



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ
ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ
ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**

ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΜΠΑΝΙΩΤΗ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2011

*Στους γονείς μου
στα παιδιά μου Χρήστο και Φαίδωνα
στην Άννα, στον Νεοκλή
στον Πάνο Ραζή*

Περιεχόμενα

	<i>Σελίδα</i>
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ	11
1.1. Οι νεφροί και η μορφολογία τους	11
1.2. Οι λειτουργίες των νεφρών	11
2. ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	12
2.1. Ορισμός νεφρικής ανεπάρκειας	12
2.2. Μορφές νεφρικής ανεπάρκειας	12
<i>Οξεία νεφρική ανεπάρκεια</i>	12
<i>Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια</i>	12
2.3. Αιτίες χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας	13
2.4. Στάδια χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας – χρόνιας νεφρικής νόσου	13
2.5. Θεραπεία	13
2.6. Προβλήματα ασθενών σε ΧΝΝ	14
3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	15
3.1. Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό	15
3.2. Περιτοναϊκή κάθαρση	16
3.3. Διαστάσεις προσωπικότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση	17
<i>Υπό αιμοκάθαρση</i>	17
<i>Υπό περιτοναϊκή κάθαρση</i>	18
3.4. Ψυχικές εκδηλώσεις κατά την αντίδραση προσαρμογής στην εξωνεφρική κάθαρση	19
3.5. Γενικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση	21
4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	27
4.1. Ορισμός	27
4.2. Διαστάσεις της ποιότητας ζωής	29
4.3. Μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής	30
4.4. Ποιότητα ζωής και χρόνιες παθήσεις	32
4.5. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία	34
4.6. Μηχανισμός επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής	37

Περιεχόμενα (συνέχεια)	<i>Σελίδα</i>
5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	39
6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	41
7. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	43
8. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ	46
9. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
10. ΥΛΙΚΟ	49
11. ΜΕΘΟΔΟΣ	50
12. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	52
13. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	71
14. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

GFR	:	ρυθμός σπειραματικής διήθησης
EPQ	:	ερωτηματολόγιο προσωπικότητας
KDQOL	:	kidney disease quality of life
KDSFTM	:	kidney disease short form
SF-36	:	short form-36
AK	:	αιμοκάθαρση
ΑΠΚ	:	αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση
ΚΠΑ	:	κοινωνική παραγωγή λειτουργιών
ΟΝΑ	:	Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
ΠΖ	:	ποιότητα ζωής
ΠΚ	:	περιτοναϊκή κάθαρση
ΠΟΥ	:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΦΠΚ	:	συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση
TN	:	τεχνητός νεφρός
ΤΣΧΝΑ	:	τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας
ΤΣΧΝΝ	:	τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου
ΧΝΑ	:	χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
ΧΝΝ	:	χρόνια νεφρική νόσος

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με βοήθησαν και στήριξαν την προσπάθειά μου αυτή:

- Τον επιβλέποντα Σύμβουλο Καθηγητή μου κ. Δημήτρη Ζλατάνο για τη βοήθειά του και τις πολύτιμες συμβουλές του
- Τον Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Πέτρο Σκαπινάκη για την πολύτιμη βοήθειά του στη στατιστική ανάλυση
- Την Προϊσταμένη της Μονάδας Περιτοναϊκής Κάθαρσης του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων κα Μαργαρίτα Οικονόμου για την άψογη συνεργασία τόσων χρόνων και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε ενθαρρύνοντάς με στην προσπάθειά μου αυτή
- Την κα Αλέκα Παπαγεωργίου για τη στήριξή της
- Και τέλος, τους γονείς μου για τη μεγάλη υπομονή που έδειξαν όλο αυτό το διάστημα των τεσσάρων χρόνων μέχρι και την αποφοίτησή μου από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, το οποίο μου έδωσε την ευκαιρία να διευρύνω τις γνώσεις μου και να γνωρίσω αξιόλογους ανθρώπους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η ποιότητα ζωής των ασθενών αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο σε κάθε διάσταση λήψης απόφασης, που τους αφορά. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη συγκριτική διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό και περιτοναϊκή κάθαρση και η σύγκρισή τους με το γενικό πληθυσμό. Το συγκεκριμένο θέμα είναι διαχρονικά επίκαιρο, καθώς, τόσο η εξέλιξη της νεφρικής νόσου, όσο και οι μέθοδοι υποκατάστασης, που υιοθετούνται, έχουν συνήθως δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια η νεφρική νόσος έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας στην Ελλάδα και σε ολόκληρο τον κόσμο. Βασικός σκοπός της έρευνας είναι, να συμβάλλει στη μελλοντική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και στη σωστή διαχείριση των ασθενών αυτών από την επιστημονική ομάδα.

Υλικό - Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 190 ασθενείς από τους οποίους οι 90 προήλθαν από την Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, 39 ασθενείς από την Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης του ίδιου Νοσοκομείου, ενώ 43 είχαν χρόνια νεφρική νόσο και 18 είχαν κάνει μεταμόσχευση. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν με επί τόπου ηλεκτρονική συνέντευξη το ερωτηματολόγιο SF-36, το οποίο εκφράζει τη γενική κατάσταση υγείας.

Αποτελέσματα: Υπολογίζεται ότι, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι αιμοκαθαιρόμενοι με τεχνητό νεφρό και περιτοναϊκή κάθαρση παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στις εξής διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, γενική υγεία, ζωτικότητα, ρόλο σωματικό. Για τα δημογραφικά στοιχεία που καταγράφηκαν, προκύπτει, ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για κάθε μία από τις διαστάσεις του SF-36.

Συμπεράσματα: Οι αιμοκαθαιρόμενοι παρουσιάζουν χειρότερη ψυχική υγεία και μικρότερα επίπεδα σωματικού πόνου, έναντι των ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. Υπό το πρίσμα της πολυμεταβλητής ανάλυσης οι τιμές της σωματικής λειτουργικότητας επηρεάζονται μόνο από την ηλικία των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, τεχνητός νεφρός, περιτοναϊκή κάθαρση, τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου, ερωτηματολόγιο SF-36

ABSTRACT

Aim: The quality of patients' life constitutes the corner stone in each dimension of decision-making that concerns them. The present paper aims at the comparative study of the quality of life of patients with kidney failure that are submitted to haemodialysis and peritoneal dialysis in comparison to the general population. The particular issue is diachronic as both the development of the Kidney disease and the methods of Kidney replacement therapy that are adopted have usually unfavourable effects on the quality of patients' life. Moreover, during the past few years the Kidney disease has taken the dimensions of an epidemic in Greece and the whole world, as well. Thus, the basic purpose of the present research is to contribute to the future improvement of health services and the right treatment of these patients from the scientific team.

Material - Method: The present research took place in the General University Hospital of Ioannina. Subjects for this research were 190 patients, 90 of whom came from the Unit of Artificial Kidney, 39 patients from the Unit of Peritoneal dialysis, while 43 of them suffered from chronic Kidney disease and 18 of them had been submitted to transpantation. The method of data collection undertaken for the study is a survey by means of the SF-36 questionnaire through an on-the-spot electronic interview, which expresses the general health condition.

Results: It is estimated that, compared to the general population, the patients with an artificial Kidney submitted to haemodialysis and peritoneal dialysis present lower rates in the following dimensions: physical function, general health, vitality, physical role. As far as the demographic data that were recorded is concerned, it seems that there are statistically important differences for each one of the dimensions of the SF-36.

Conclusions: The patients submitted to haemodialysis present a worse mental health and lower levels of physical pain than the patients that are submitted to peritoneal dialysis. In the light of the multivariate analysis, the rates of the physical function seem to be influenced only by the age of patients.

Words keys: quality of life, artificial kidney, peritoneal dialysis, final stage of chronic kidney failure, questionnaire SF-36

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται, ως η μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας των νεφρών και αποτελεί χρόνια νόσο. Εμφανίζει προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, μέχρι την κατάληξή της σε τελικό στάδιο, οπότε και επιβάλλεται η αντιμετώπιση του ασθενή με μία από τις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης, την αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο και την περιτοναϊκή κάθαρση στο σπίτι. Όσον αφορά τον τρόπο επιλογής της μεθόδου, αξίζει να τονιστεί, ότι και οι δύο μέθοδοι είναι το ίδιο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου (Νιάκας και συν, 2004).

Στη διάρκεια της πορείας της νόσου, ο ασθενής υφίσταται τις επιδράσεις της ίδιας της νόσου, τους διαιτητικούς περιορισμούς, τις βιολογικές διαταραχές, ενώ παράλληλα υποχρεώνεται να μεταβάλλει διαρκώς τον τρόπο ζωής του και να προσαρμόζεται στις αλλαγές που επιφέρει η νόσος στην εξωτερική του εμφάνιση και στη σωματική του εικόνα. Όλα αυτά επηρεάζουν καθοριστικά την ποιότητα ζωής (ΠΖ), με κορύφωση την ένταξη του ασθενή σε μία από τις δύο μεθόδους (Acaray & Pinar, 2005).

Η ΠΖ κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας και άλλων ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας. Ως όρος έχει δεχθεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως, περιλαμβάνει παραμέτρους της καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του αντίληψη. Σήμερα παρατηρείται αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον από τους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τις επιπτώσεις των μεθόδων υποστήριξης της νεφρικής λειτουργίας στην ΠΖ των ασθενών (Θεοφίλου, 2010). Αυξημένο ενδιαφέρον αποτελεί και η συγκριτική διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, που υποβάλλονται στις δύο μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης. Η νεφρική νόσος αποτελεί μια χρόνια νόσο, που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ΠΖ των ασθενών και ειδικότερα στην κοινωνική, την οικονομική και την ψυχολογική τους ευημερία.

Η προοδευτική επικράτηση της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και της αντίληψης ότι ο ασθενής πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της ιατρικής πράξης, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων διερεύνησης και παρεμβάσεων από την πλευρά των ειδικών σε θέματα ποιότητας ζωής των ασθενών, καθώς, πρωταρχικός σκοπός είναι η σωστή αντιμετώπιση και διαχείριση του ασθενούς (Θεοφίλου, 2010).

1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

1.1. Οι νεφροί και η μορφολογία τους

Οι νεφροί είναι δύο ομοιόμορφα όργανα, που βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκά, δεξιά και αριστερά της σπονδυλικής στήλης. Ο άνω λοβός του νεφρού βρίσκεται στο ύψος του 12^{ου} θωρακικού σπονδύλου και ο κάτω λοβός περίπου στον 3^ο οσφυϊκό. Ο δεξιός νεφρός είναι λίγο πιο χαμηλά, λόγω της παρουσίας του ήπατος από αυτή την πλευρά. Κάθε νεφρός έχει βάρος περίπου 150 gr. Η εξωτερική επιφάνεια του νεφρού έχει δύο περιοχές: μια σκουρόχρωμη εξωτερική στοιβάδα (φλοιός) και μια ανοιχτόχρωμη (μυελός). Όλος ο νεφρός περιβάλλεται από λίπος και η εξωτερική στοιβάδα περιβάλλεται από ινώδη κάψα (Ζηρογιάννης, 2001, Chalmers, 2002).

1.2. Οι λειτουργίες των νεφρών

Ο ρόλος των νεφρών είναι τεράστιας σημασίας για την ορθή λειτουργία του οργανισμού. Οι κύριες λειτουργίες του νεφρού είναι:

- Ρυθμιστική: Ρυθμίζει τη διήθηση, την απέκκριση και την επαναρρόφηση, μέσω των οποίων, διατηρεί σταθερό τον όγκο και την σύσταση των διαλυμάτων του ανθρώπινου σώματος.
- Απεκκριτική: Αποβάλλονται τα τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού, όπως, ουρία, κρεατινίνη, κ.λπ.
- Ενδοκρινική και Μεταβολική: Περιλαμβάνει την παραγωγή ορμονών, όπως, της βιταμίνης D και της ερυθροποιητίνης και την ορμονική ρύθμιση του εξωκυττάριου όγκου υγρών και της αρτηριακής πίεσης με το σύστημα ρενίνης - αγγειοτασίνης (Λαγκουράνης, 2001).

Στη φυσιολογική λειτουργία, ο νεφρός ενός ενήλικα έχει δύο εκατομμύρια σπειράματα, τα οποία διηθούν κατά μέσο όρο 120 ml αίματος το λεπτό. Η ποσότητα του διηθήματος που παράγεται το λεπτό, ονομάζεται ρυθμός σπειραματικής διήθησης. Στην περίπτωση κατεστραμμένου παρεγχύματος λόγω νεφρικής νόσου, ο ρυθμός διήθησης μειώνεται στα 20 - 30 ml το λεπτό. Η μείωση οδηγεί στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της νεφρικής ανεπάρκειας (Yürügen, 2002).

2. ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

2.1. Ορισμός νεφρικής ανεπάρκειας

Με τον όρο νεφρική ανεπάρκεια, εννοούμε την ανικανότητα των νεφρών να ανταποκριθούν στην αποστολή τους. Η κύρια αποστολή των νεφρών είναι η διατήρηση της ομοιοστασίας του οργανισμού, δηλαδή, η διατήρηση σταθερού εσωτερικού περιβάλλοντος. Αυτό επιτυγχάνεται διατηρώντας σταθερό τον όγκο και την σύσταση των διαλυμάτων του ανθρώπινου σώματος και εξισορροπώντας τις τυχόν διακυμάνσεις, που προκύπτουν από τη λήψη τροφής, τον κυτταρικό μεταβολισμό και άλλους παράγοντες, όπως είναι η σωματική κόπωση και το περιβάλλον (Βλαχογιάννης, 1991).

2.2. Μορφές νεφρικής ανεπάρκειας

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ONA): ονομάζουμε την αιφνίδια μείωση της νεφρικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα την αδυναμία απέκκρισης των προϊόντων του μεταβολισμού. Με τη σειρά της η διαδικασία προκαλεί αύξηση της ουρίας του αίματος και άλλων παραγώγων του αζώτου. Ανάλογα με τη σοβαρότητα και τη διάρκειά της, η ONA είναι συχνά παροδική και με προσεκτική νοσηλευτική φροντίδα, ο ασθενής μπορεί να ανακτήσει τη φυσιολογική νεφρική λειτουργία (Papper, 1981).

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (XNA): ορίζεται ως το τελικό στάδιο της νεφρικής λειτουργίας, στο οποίο οι νεφροί δεν μπορούν να διατηρήσουν την ακεραιότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού (Papper, 1981). Η νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζεται είτε αιφνίδια (ONA), είτε βαθμιαία και προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (XNA). Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται και ο όρος νεφρική νόσος, για να αποδώσει την προοδευτική, μη αναστρέψιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, μέχρι την κατάληξή της σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας (Νιάκας και συν, 2004).

Το κλινικοεργαστηριακό σύνδρομο της XNA οφείλεται σε διαταραχές της απομάκρυνσης των τοξικών ουσιών και της ρύθμισης της οξεοβασικής ισορροπίας, καθώς και του ισοζυγίου του νερού και των ηλεκτρολυτών. Η άθροιση των τοξικών ουσιών προκαλεί διάφορες μεταβολικές, θρεπτικές και βιοχημικές διαταραχές, που συνοδεύουν τη XNA και προκαλούν μια σειρά εκδηλώσεων, όπως, αδυναμία, αναιμία, πεπτικές διαταραχές κ.λπ. (Παπαδάκης, 1995).

Η κατάσταση αυτή, όταν επιδεινωθεί και δεν είναι πλέον επαρκής για τη διατήρηση της ζωής και η διαδικασία θεωρείται αμετάκλητη, καθίσταται αναγκαία η υποκατάσταση της

νεφρικής λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση - AK με τεχνητό νεφρό - TN ή περιτοναϊκή κάθαρση - ΠΚ) ή θεραπεία με νεφρική μεταμόσχευση (Levin et al, 1997).

Η χρόνια νεφρική νόσος (XNN) προσβάλλει περίπου το 10% του πληθυσμού παγκοσμίως (Coresh & Astor, 2003) και εκτιμάται ότι, σήμερα περισσότεροι από 1,1 εκατομμύριο ασθενείς με τελικού σταδίου XNN (ΤΣΧΝΝ), χρήζουν εξωνεφρικής κάθαρσης, αριθμός που αυξάνεται με ρυθμό 7% ανά έτος (Lysagh, 2002).

2.3. Αιτίες χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας

Σημαντικός αριθμός από κληρονομικές, συγγενείς, ιδιοπαθείς και δευτεροπαθείς, όσον αφορά στους νεφρούς νόσους, είναι δυνατόν να προκαλέσει ΧΝΑ. Οι κυριότερες αιτίες είναι, η διαβητική νεφροπάθεια, οι σπειραματονεφρίτιδες, οι διάμεσες νεφροπάθειες, η υπέρταση και η πολυκυστική νόσος των νεφρών (Αγραφιώτης, 1995). Όχι σπάνια, το αίτιο της ΧΝΑ παραμένει άγνωστο.

2.4. Στάδια ΧΝΑ – ΧΝΝ

Με βάση την πορεία της εξέλιξης της σπειραματικής διήθησης, η ΧΝΑ μπορεί να διαιρεθεί θεωρητικά στα ακόλουθα στάδια, σύμφωνα με τις προτάσεις της Αμερικανικής Εθνικής Επιτροπής (US National Kidney Foundation, 2002).

Στάδιο 1: Φυσιολογικός ή αυξανόμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR), αλλά με ενδείξεις νεφρικής βλάβης π.χ. μικρολευκωματινουρία ή αιματουρία $GFR >90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$

Στάδιο 2: Ένδειξη νεφρικής βλάβης με μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης $GFR 60-89 \text{ ml/min/1.73 m}^2$

Στάδιο 3: Μέτρια μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης $GFR 30-59 \text{ ml/min/1.73 m}^2$

Στάδιο 4: Σοβαρή μείωση του GFR μεταξύ $15-29 \text{ ml/ min/1.73 m}^2$

Στάδιο 5: Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης είναι $<15 \text{ ml/ min/1.73 m}^2$ και είναι απαραίτητη η έναρξη υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

2.5. Θεραπεία

Η θεραπεία της ΧΝΑ στα τρία πρώτα στάδια αντιμετωπίζεται με δίαιτα, ιατρική παρακολούθηση και αποφυγή των παραγόντων επιδείνωσης (αρτηριακή υπέρταση,

σακχαρώδης διαβήτης κλπ.). Αν η νεφρική ανεπάρκεια εξελιχθεί σε στάδιο 4-5, τότε ο ασθενής πρέπει να προετοιμαστεί για μελλοντική θεραπεία υποκατάστασης, είτε χρόνια ΑΚ με ΤΝ ή ΠΚ.

Η πιο κοινή μέθοδος αντιμετώπισης της ΤΣΧΝΝ είναι η ΑΚ. Στην Ελλάδα το 2004, το 74,2% των ασθενών σε ΤΣΧΝΝ, υποβάλλονταν σε χρόνια ΑΚ (Collins & Kerr, 2000). Από την εισαγωγή της ΑΚ στη δεκαετία του '60, οι τεχνικές βελτιώσεις είναι μεγάλες, αλλά το κύριο σχέδιο λειτουργίας της μεθόδου παραμένει το ίδιο: ο εξοπλισμός περίπλοκος (μηχάνημα ΑΚ) και η μέθοδος δαπανηρή (Catlin, 2003). Το 1975-1980 ξεκινά να χρησιμοποιείται η ΠΚ ως εναλλακτική μέθοδος της ΑΚ ή σε συνδυασμό με ΑΚ και ΠΚ (Thodis et al, 2001).

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης της ΧΝΑ, τόσο αναφορικά με την επιβίωση, όσο και με την ΠΖ των ασθενών. Τα κύρια προβλήματα όμως, είναι, η παγκόσμια έλλειψη νεφρικών μοσχευμάτων και η χρόνια απόρριψη του μοσχεύματος (Χανιώτης, 1992, Doyle & Lecher 2004).

2.6. Προβλήματα ασθενών σε ΧΝΑ

Είναι σημαντικό, τα προβλήματα των ασθενών με ΧΝΑ να προσδιορίζονται προσεκτικά, για να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται οι παρεμβάσεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό επίπεδο. Μερικά από τα προβλήματα που παρουσιάζονται αναφέρονται παρακάτω:

1. Διαταραχή της θρέψης που σχετίζεται με την ανορεξία, τη ναυτία, τους εμέτους, τη διάρροια, το αυστηρό σχήμα δίαιτας, τον τροποποιημένο μεταβολισμό πρωτεϊνών, λιπιδίων και υδατανθράκων και τη φλεγμονή του πεπτικού συστήματος
2. Βλάβη του στοματικού βλεννογόνου που συνδέεται με τις επιδράσεις της ουραιμίας και της αμμωνίας
3. Βλάβη του δέρματος λόγω κνησμού, αναιμίας, κατακράτησης χρωστικών ουσιών και απόθεσης φωσφορικού ασβεστίου στο δέρμα
4. Διαταραχές της αντίληψης που σχετίζονται με τις επιδράσεις των ουραιμικών τοξινών, την οξέωση, τις διαταραχές των ηλεκτρολυτών
5. Μη συμμόρφωση που σχετίζεται με τις επιδράσεις της δίαιτας, της κάθαρσης ή της φαρμακευτικής αγωγής
6. Διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας που σχετίζεται με τις επιδράσεις της ουραιμίας στο ενδοκρινικό και νευρικό σύστημα και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ΧΝΑ και της θεραπείας της (Yürügen, 2002, Daugirdas, 2007).

3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η ΑΚ με ΤΝ και η ΠΚ είναι και οι δύο μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας, σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ και είναι το ίδιο αποτελεσματικές. Η κλινική κατάσταση του ασθενή καθορίζει τη μέθοδο, που θα επιλεγεί. Αν ο νεφροπαθής είναι π.χ. διαβητικός, ηλικιωμένος και με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, αν ταξιδεύει συχνά, είναι προτιμότερο να επιλεγεί η ΠΚ. Αν έχει κάνει επεμβάσεις στην κοιλία ή αν έχει οσφυαλγία, είναι προτιμότερο να κάνει ΑΚ. Αρκετοί νεφροπαθείς έχουν κάνει εξωνεφρική κάθαρση και με τις δυο μεθόδους (Νιάκας και συν, 2004).

3.1. Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό

Η εισαγωγή της ΑΚ, ως θεραπείας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, αντιπροσωπεύει μια από τις σημαντικότερες ιατρικές εξελίξεις του 20^{ου} αιώνα. Η ανακάλυψη από τον Kolff το 1943 του πρώτου μηχανήματος ΤΝ, αποτέλεσε την αρχή μιας αλματώδους ανάπτυξης στην ιστορία της ΑΚ (Γεωργιάδης και συν, 2007).

Αιμοκάθαρση είναι ο όρος, που περιγράφει την απομάκρυνση από το αίμα, με την βοήθεια ημιδιαπερατής μεμβράνης (φίλτρο), των άχρηστων ουσιών και του νερού. Η διαδικασία καθεμίας από αυτές τις θεραπευτικές μεθόδους βασίζεται στις αρχές της διάχυσης και της υπερδιήθησης (Brenner & Callaghan,2000).

Το πρώτο συνθετικό της ονομασίας υποδηλώνει, ότι η διαδικασία εφαρμόζεται στο αίμα. Το δεύτερο αναφέρεται στη διαδικασία διαχωρισμού ή διήθησης. Τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ή οι τοξίνες διηθούνται μέσω ημιδιαπερατής μεμβράνης, από το αίμα προς το διάλυμα της ΑΚ με το οποίο και απομακρύνονται (Gutch et al, 2003).

Ουσιαστικά, ορόσημο στη θεραπεία της χρόνιας αιμοκάθαρσης αποτέλεσε, η εισαγωγή των εξωτερικών αρτηριοφλεβικών παρακάμψεων από τον Quinton και τους συνεργάτες του το 1960, αλλά κυρίως η ανάπτυξη αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας από τον Appel και τους συνεργάτες του το 1966 (Γεωργιάδης και συν, 2007).

Απαραίτητη λοιπόν προϋπόθεση για τη διεξαγωγή συνεδρίας ΑΚ, είναι η ύπαρξη αγγειακής προσπέλασης, συστήματος επεξεργασίας νερού, μηχανήματος ΑΚ, φίλτρου ΑΚ, διαλύματος ΑΚ και ειδικών γραμμών μεταφοράς αίματος. Η αγγειακή προσπέλαση του ασθενούς μπορεί να είναι φυσική αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula), συνθετικό μόσχευμα ή κεντρικός καθετήρας (προσωρινός ή μόνιμος). Το συνηθέστερο χρησιμοποιούμενο φίλτρο ΑΚ είναι κυλινδρικό, αποτελούμενο από τριχοειδή, μέσα από το οποίο κυκλοφορεί το αίμα

του ασθενούς και του οποίου το τοίχωμα αποτελείται από ημιδιαπερατή μεμβράνη, μέσω της οποίας έρχεται σε επαφή το αίμα με διάλυμα ΑΚ που κυκλοφορεί στο φίλτρο και ανανεώνεται συνεχώς. Η μετακίνηση ουσιών μικρού μοριακού βάρους, όπως της κρεατινίνης μεταξύ των δύο διαμερισμάτων (αίματος και διαλύματος) γίνεται μέσω της μεμβράνης, με βάση την αρχή της διάχυσης (μετακίνηση ουσιών λόγω διαφοράς συγκεντρώσεως), ενώ η απομάκρυνση ύδατος (υπερδιήθηση), γίνεται λόγω διαφοράς υδροστατικής πίεσης, μεταξύ των δύο διαμερισμάτων (Held & Port, 1996, Ekhoian & Beck, 2002).

Οι βασικοί στόχοι που επιτυγχάνονται με την ΑΚ είναι η απομάκρυνση τοξικών ουσιών (υψηλή συγκέντρωση στο αίμα, μηδενική στο διάλυμα), η αποκατάσταση της οξεοβασικής ισορροπίας, η διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών (Daugirdas et al, 2007).

Σε ό,τι αφορά τη συχνότητα και τη διάρκεια των συνεδριών της ΑΚ, η συνήθης πρακτική είναι η διενέργεια 4ωρων συνεδριών, 3 φορές την εβδομάδα σε ειδική Μονάδα Νοσοκομείου (Thomas, 2003).

3.2. Περιτοναϊκή κάθαρση

Η ΠΚ είναι πολύτιμη θεραπευτική μέθοδος που υποκαθιστά τη νεφρική λειτουργία. Με τη χρησιμοποίηση ενός βιολογικού φίλτρου, του περιτοναίου, δια της εισαγωγής ειδικού διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα, μέσω του περιτοναϊκού καθετήρα, αφαιρούνται οι βλαβερές ουσίες.

Η ΠΚ βασίζεται στο φαινόμενο της διαπίδυσης, δηλαδή στη φυσική αρχή της μεταφοράς ουσιών σε δύο διαλύματα, που χωρίζονται με μεμβράνη. Το περιτόναιο φέρνει σε επαφή το αίμα του ασθενή με ένα κατάλληλο διάλυμα διαπίδυσης, το περιτοναϊκό διάλυμα, το οποίο εισάγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσω του καθετήρα (Μαργέλλος, 2009).

Οι δύο τύποι ΠΚ που εφαρμόζονται στην συντριπτική πλειονότητα των ασθενών είναι η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) και η αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (ΑΠΚ) και μετά την εκπαίδευση του ασθενούς, επιτελείται στο σπίτι από τον ίδιο τον ασθενή, αφού ο ενδιαφερόμενος θα αυτοεξυπηρετείται. Η ΑΠΚ εξασφαλίζει τη νυχτερινή εναλλαγή ικανών για κάθαρση ουσιών και όγκων περιτοναϊκού διαλύματος με τη βοήθεια μηχανήματος (Ανάσης, 1995).

Η συνήθης εφαρμογή της ΣΦΠΚ γίνεται με εισαγωγή και παραμονή δύο λίτρων περιτοναϊκού διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αλλαγή του διαλύματος κάθε 6 ώρες (συνολικά 4 αλλαγές την ημέρα). Η συνήθης εφαρμογή της ΑΠΚ γίνεται με πολλές (6-

8) σύντομες αυτόματες αλλαγές διαλύματος (2 λίτρων συνήθως) κατά τη διάρκεια της νύχτας με τη βοήθεια μηχανήματος (Daugirdas et al, 2007).

3.3. Διαστάσεις προσωπικότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση:

Υπό αιμοκάθαρση

Τα άτομα που έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα ΑΚ πηγαίνουν 3 φορές την εβδομάδα από 4 ώρες κάθε φορά, σε πρωινή ή απογευματινή βάρδια, στην πλησιέστερη Μονάδα ΤΝ. Ειδικότερα, ο ΑΚ ασθενής παραμένει ουραιμικός και έχει μία ποικιλία προβλημάτων, όπως αναιμία και οστικά προβλήματα μεταξύ άλλων. Κατά συνέπεια, αυτά τα προβλήματα επιβάλλουν στον ασθενή σημαντικές αλλαγές στην καθημερινή του ζωή, που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις οικογενειακές, επαγγελματικές και κοινωνικές υποχρεώσεις και την προσωπικότητά του, ενώ επιπρόσθετα επηρεάζεται και η οικονομική του κατάσταση. Είναι γεγονός, ότι η ΑΚ αποτελεί μία πολύ διαδεδομένη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στην Ελλάδα, αφού το 74,2% των ασθενών με ΤΣΧΝΑ υποβάλλονταν το 2004 σε ΑΚ. Παρά το γεγονός ότι εξακολουθεί να παραμένει μία κυρίαρχη μέθοδος θεραπείας, φαίνεται ότι συνδέεται με υψηλό κόστος, με αρνητική επίπτωση στην ΠΖ των ασθενών, καθώς επίσης και με μειωμένη παραγωγικότητα, εξαιτίας των συχνών τους εισαγωγών στο Νοσοκομείο για τη διεξαγωγή της συνεδρίας ΑΚ (Καϊτελίδου και συν, 2007).

Ως αποτέλεσμα, οι περισσότεροι ασθενείς βιώνουν ψυχολογικό στρες και κάποιες φορές εκδηλώνουν ψυχωτικά συμπτώματα.

Ο Landsman, μεταξύ άλλων ερευνητών, υποστηρίζει, στο άρθρο των Κουτσοπούλου και συν (2002) ότι, οι νεφροπαθείς αντιδρούν στην ασθένειά τους με τρόπο παρόμοιο με των άλλων ασθενών, που πάσχουν από διαφορετικά χρόνια προβλήματα υγείας. Όμως αυτή η κατάσταση αλλάζει, όταν οι ασθενείς ενταχθούν σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης. Ουσιαστικά, το παρατεινόμενο άγχος και η συνειδητοποίηση της αβέβαιης πρόγνωσης, σχετικά με τη μεταμόσχευση, επηρεάζει σημαντικά τη νέα πραγματικότητα. Ωστόσο, ένας άλλος ερευνητής, ο Shaben (1993), διαφωνεί με τον Landsman, υποστηρίζοντας ότι ο ΑΚ ασθενής, αποτελεί ένα μοναδικό μοντέλο ατόμου εξαρτημένου από ένα μηχάνημα.

Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να εμφανιστεί μια μακροχρόνια όψιμη καταθλιπτική φάση, λόγω της ανασφάλειας που αισθάνονται και της ανατροπής των όποιων προσδοκιών τους. Η κατάθλιψη είναι συνήθως συχνή σε όψιμη φάση, κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα (Χατζηπασχάλη, 1994).

Σε έρευνα των Κουτσοπούλου και συν. (2002), για τη μελέτη των διαστάσεων της προσωπικότητας των ουραιμικών ασθενών σε ΑΚ, χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (EPQ). Τα αποτελέσματα από τη χρήση του EPQ έδειξαν, ότι οι διαστάσεις προσωπικότητας (νευρωτισμός, ψυχωτισμός, εσωστρέφεια, εξωστρέφεια) διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό και συστηματικά στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ σε σύγκριση με υγιή άτομα. Ο τύπος και ο βαθμός αυτής της διαφοροποίησης για τον αιμοκαθαιρόμενο πληθυσμό εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία και την αρχική νόσο.

Η αρχική νόσος επηρεάζει σημαντικά τις διαστάσεις προσωπικότητας. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς ΤΣΧΝΝ με αρχική νόσο την αγγειοπάθεια, εμφάνιζαν μεγαλύτερη τάση νευρωτισμού, από αυτούς, με αρχική νόσο την σπειραματονεφρίτιδα, οι οποίοι εμφάνιζαν μεγαλύτερη τάση εκδήλωσης ψυχωτισμού.

Συμπερασματικά, η προσωπικότητα επηρεάζει τον τρόπο, με τον οποίο τα άτομα αντιδρούν στη χρόνια νόσο και στη θεραπεία τους. Ιδιαίτερα, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εκτός των παθοφυσιολογικών διαταραχών από την ουραιμία και των οργανικών προβλημάτων από την ΑΚ, αντιμετωπίζουν έντονο ψυχολογικό στρες, που πηγάζει από την αβεβαιότητα της κατάστασής τους. Αυτοί οι ασθενείς αντιμάχονται των σημαντικών αλλαγών της κοινωνικής τους ζωής και η συγκρότηση του νέου κόσμου τους απαιτεί διερεύνηση της προσωπικότητάς τους, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορέσουν να βελτιώσουν τη φροντίδα και την ΠΖ τους (Κουτσοπούλου και συν, 2002).

Υπό περιτοναϊκή κάθαρση

Η μέθοδος της ΠΚ απαιτεί συχνές «αλλαγές» κάθε 6 ώρες στο σπίτι των ασθενών και παρακολούθηση 1 φορά το μήνα για προγραμματισμένο έλεγχο ή σε έκτακτα συμβάντα, από το Νεφρολογικό Κέντρο που βρίσκεται πλησιέστερα στον τόπο κατοικίας τους.

Στους ασθενείς με ΠΚ που συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία και βιώνουν συνεχώς αγχογόνες καταστάσεις, κυριαρχούν οι αγχώδεις διαταραχές, που πιθανόν να συνυπάρχουν με αντίστοιχες καταθλιπτικές (Churchill et al, 1987). Το στρες που σχετίζεται με το είδος της θεραπείας είναι υπαρκτό. Οι πιο σημαντικοί αγχογόνοι παράγοντες είναι, η αβεβαιότητα για το μέλλον και οι περιορισμοί στις διακοπές (Gokal, 1993).

Ο καθετήρας Tenckhoff για την ΠΚ προκαλεί πολλά προσωπικά προβλήματα, τα περισσότερα γύρω από το σωματικό είδωλο και την αντίδραση του/της συντρόφου. Πολλοί ασθενείς φοβούνται, ότι δεν θα είναι πλέον ελκυστικοί για τους συντρόφους τους, λόγω του καθετήρα, αλλά και λόγω του σημείου εισόδου στην κοιλιακή χώρα.

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή της ΠΚ μπορεί να ταξινομηθεί στα εξής στάδια (Thomas, 2003):

- α) *Φάση πρώτη* - Ευφορία: συχνά παρουσιάζεται όταν η εφαρμογή της μεθόδου εξελίσσεται χωρίς προβλήματα και ο ασθενής ετοιμάζεται να επιστρέψει στο σπίτι του
- β) *Φάση δεύτερη* - Καταθλιπτική: Εμφανίζεται μετά τη φάση ευφορίας και απορρέει από τη συνειδητοποίηση του νέου τρόπου ζωής του. Η έλλειψη εμπιστοσύνης του ασθενούς, όσον αφορά το σωστό τρόπο εκτέλεσης της ΠΚ, μπορεί να τον οδηγήσει σε κατάσταση, κατά την οποία θα ζει με το άγχος, τότε θα τελειώσει τη μία αλλαγή για να ξεκινήσει την επόμενη
- γ) *Φάση Τρίτη* - Ρεαλιστική προσαρμογή

Ασθενείς με εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, μπορεί να ξεπεράσουν πιο εύκολα τους περιορισμούς της μεθόδου και να προσαρμόσουν τον τρόπο εφαρμογής της ΠΚ στον τρόπο ζωής, που τους ταιριάζει.

Ανάλογα με την προσωπικότητα του ασθενούς διακρίνονται τρεις τύποι αντίδρασης στη θεραπεία της ΠΚ (Μουστάκας και Ζηρογιάννης, 1991).

Στην πρώτη κατηγορία (*υπό-μανιακή*), ανήκουν οι ασθενείς που εργάζονται, διατηρούν σχέσεις με φίλους, συναναστρέφονται με το αντίθετο φύλο, κάνουν σπορ, πηγαίνουν μακροχρόνιες διακοπές μακριά από το σπίτι τους.

Η δεύτερη ομάδα (*ιδεοληψίας*), που η μέθοδος καταντά έμμονη ιδέα, ο ασθενής μπορεί να εργάζεται, αλλά έχει προγραμματίσει την εργασία του και προσαρμόσει το ρυθμό ζωής του γύρω από τη μέθοδο. Δεν κάνει παρεκκλίσεις από το πρόγραμμα αυτό. Οποιαδήποτε αλλαγή π.χ. διακοπές, του προκαλεί άγχος, αρκετές μέρες πριν πραγματοποιηθεί.

Στην τρίτη ομάδα (*καταθλιπτική αντίδραση*), είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους. Ο τρόπος ζωής υφίσταται πολύ μεγάλους περιορισμούς. Αρκετοί ασθενείς, μπορεί να επιθυμούν να ζουν σύμφωνα με τους περιορισμούς, που τους υπαγορεύει η μέθοδος. Πρέπει η θεραπεία να είναι τέτοια που να μην αποσκοπεί μόνο στην παράταση ζωής, αλλά και στη βελτίωσή της, ώστε να προσφέρει ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης και να εξασφαλίζει καλύτερη ΠΖ (Τσακίρης, 1998).

3.4. Ψυχικές εκδηλώσεις κατά την αντίδραση προσαρμογής στην εξωνεφρική κάθαρση

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

της αποθάρρυνσης και (γ) την περίοδο της μακροπρόθεσμης προσαρμογής (Reichsman & Levy, 1997).

Η περίοδος του μήνα του μέλιτος, χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη σωματική και συναισθηματική βελτίωση, την οποία βιώνει ο ασθενής σε μεγάλο βαθμό. Συνοδεύεται από προσπάθεια απόλαυσης της ζωής και από αίσθηση ελπίδας και εμπιστοσύνης. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, οι περισσότεροι αποδέχονται σχετικά εύκολα και με ευχαρίστηση την αναγκαιότητα και τη σημασία της εξάρτησης από το μηχάνημα ΑΚ ή τα διαλύματα της ΠΚ και τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διαχειρίζονται προς όφελος των ασθενών την όλη διαδικασία. Η περίοδος αυτή παρατηρείται συχνότερα στους βαρύτερα πάσχοντες και σε ασθενείς, όπου η έναρξη της νόσου είναι σχετικά οξεία, αφού η ανακούφιση, η οποία ακολουθεί την έναρξη της εξωνεφρικής κάθαρσης, είναι σε αυτούς περισσότερο εμφανής. Αντίθετα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αργή και προοδευτική εξέλιξη της ΧΝΝ, τρομάζουν στην προοπτική της επαπειλούμενης απώλειας της αυτονομίας τους, που σχετίζεται με την έναρξη της διαδικασίας της κάθαρσης (Reichsman & Levy, 1977).

Η παραπάνω περίοδος δεν είναι χωρίς προβλήματα και σχεδόν όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα έντονα επεισόδια άγχους, που σχετίζονται με τις μεθόδους κάθαρσης. Η περίοδος του μήνα του μέλιτος, αρχίζει 1-3 εβδομάδες από την πρώτη κάθαρση με ΑΚ ή ΠΚ και συνήθως διαρκεί 6 εβδομάδες έως 6 μήνες (Θεοφίλου, 2010).

Η περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης, σε άλλους ασθενείς εμφανίζεται απότομα και σε άλλους βαθμιαία. Τα αισθήματα της ικανοποίησης, της εμπιστοσύνης και της ελπίδας μειώνονται σημαντικά και τη θέση τους καταλαμβάνουν η εξάντληση και η λύπη. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρούνται επίσης ενοχές, απαισιοδοξία και ντροπή, η οποία προέρχεται από τη φύση της νόσου και των επιπλοκών της. Συναισθήματα ενόχλησης και θυμού εμφανίζονται συχνά και μερικοί ασθενείς τα εκφράζουν έντονα, ιδιαίτερα προς το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της Μονάδας. Η συναισθηματική κατάσταση διαρκεί περίπου 3-12 μήνες και σχεδόν πάντα έχει προηγηθεί κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός, που μπορεί να σχετίζεται με επαγγελματικά ή οικογενειακά θέματα του ασθενή ή και με επαναλαμβανόμενες επιπλοκές, σχετικές με την εξωνεφρική κάθαρση (Αλεξανδρόπουλος και Χριστοδούλου, 2005).

Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής, χαρακτηρίζεται από μερική αποδοχή εκ μέρους του ασθενή των περιορισμών του, καθώς και των μειονεκτημάτων και των επιπλοκών της κάθαρσης. Η μετάβαση των ασθενών σε αυτήν την περίοδο είναι σταδιακή και

χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις, τόσο στη σωματική, όσο και τη συναισθηματική τους κατάσταση. Η ένταση των διακυμάνσεων ποικίλει κατά διαστήματα, από ασθενή σε ασθενή, αλλά και στον ίδιο τον ασθενή. Οι ασθενείς βιώνουν παρατεταμένα διαστήματα ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια και των δύο αντίθετων αυτών καταστάσεων, ο πλέον συχνά χρησιμοποιούμενος από τους ασθενείς μηχανισμός άμυνας, είναι η άρνηση. Κατά τις περιόδους της ικανοποίησης συντηρεί την αίσθηση ευεξίας του ασθενή, ενώ κατά τις περιόδους της κατάθλιψης, τον προστατεύει από την εντονότερη βίωση του συναισθήματος, ότι είναι αβοήθητος και ανήμπορος (Auer, 1986, 1990, 2002).

Κατά την περίοδο αυτή, οι ασθενείς αποκτούν πλήρη επίγνωση της εξάρτησής τους από το μηχάνημα και τη διαδικασία της ΠΚ και φροντίζουν να ενημερωθούν καλύτερα (Reichsman & Levy, 1977).

Οι ασθενείς παρουσιάζουν διαφορετικό βαθμό προσαρμοστικότητας στην εξωνεφρική κάθαρση, η οποία εξαρτάται και από την κληρονομική και την επίκτητη φύση της νόσου. Ασθενείς με κληρονομικές νόσους, όπως πολυκυστικοί νεφροί, ταυτίζονται με τη δυσμενή εμπειρία ή και το θάνατο των προγόνων τους, ενώ γονείς με πάσχοντα παιδιά, διακατέχονται από αίσθημα ενοχής και θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για τη νόσο των παιδιών τους (Surman, 1987).

3.5. Γενικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση

Σεξουαλικά προβλήματα και χαμηλή γονιμότητα

Η νεφρική ανεπάρκεια επηρεάζει, τόσο τη σεξουαλική επιθυμία, όσο και την ικανότητα ολοκλήρωσης της σεξουαλικής πράξης, όπως επίσης και τη γονιμότητα. Οι λόγοι για αυτή την κατάσταση είναι πολλοί:

Οι σωματικές αιτίες, όπως, ορμονικές διαταραχές, αναιμία που οδηγεί σε κόπωση, επίδραση των φαρμάκων, κυρίως κάποιων αντιυπερτασικών, αγγειακά προβλήματα που επηρεάζουν την αιματική ροή στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

Οι ψυχολογικές αιτίες, συχνά επηρεάζουν και αυξάνουν το πρόβλημα, όπως η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοαντίληψη, αλλαγή ρόλου, οδηγώντας σε εξάρτηση και απώλεια εμπιστοσύνης στη σεξουαλική ταυτότητα και τέλος στο αίσθημα ενοχής προς τον σύντροφο (Thomas, 2003).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι κοινή ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες με ΤΣΧΝΝ. Οι κοινές διαταραχές περιλαμβάνουν τη στυτική δυσλειτουργία στους άντρες, τις

εμμηνοπαυσιακές διαταραχές στις γυναίκες και τη μειωμένη γονιμότητα και στα δύο φύλα (Thomas, 2003).

Στις γυναίκες το κύριο πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει την αυτοεκτίμηση, είναι η απώλεια γονιμότητας και η γνώση, ότι ενώ βρίσκεται σε ΑΚ, η σύλληψη είναι απίθανη και η επιτυχής εγκυμοσύνη ακόμη πιο δύσκολη (Auer, 2002). Αυτές οι ανωμαλίες είναι πρωτίστως οργανικής φύσης και σχετίζονται με την ουραιμία. Σχετίζονται επίσης και με τα συνοδά νοσήματα των χρόνιων νεφροπαθών, όπως, ο σακχαρώδης διαβήτης. Η κούραση και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, που σχετίζονται με την παρουσία της νόσου, συμβάλλουν καθοριστικά στο πρόβλημα αυτό (Palmer, 1999).

Η κατάθλιψη, ένα συχνό πρόβλημα στους ασθενείς της εξωνεφρικής κάθαρσης, συνδέεται άμεσα με την σεξουαλική δυσλειτουργία των ατόμων αυτών (Finkelstein, 2002).

Οι ασθενείς παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (απαισιοδοξία, θλίψη, μελαγχολία), η οποία συνοδεύεται από αλλαγή στον ύπνο, την όρεξη, το επίπεδο δραστηριότητας (Peng et al, 2007).

Η σεξουαλική ικανότητα υποστηρίζεται, ότι είναι σημαντικός παράγοντας στην ΠΖ και αποκατάστασης των ασθενών (Stouts et al, 1987).

Αλλαγή σωματικού ειδώλου

Τόσο η ΑΚ-ΠΚ, όσο και η μεταμόσχευση, επηρεάζουν το σωματικό είδωλο, κάνοντας τους ασθενείς να νιώθουν διαφορετικοί, μη ελκυστικοί, άρρωστοι και καθόλου άνετα με το σώμα τους. Το χειρουργείο για τη δημιουργία αγγειακής ή περιτοναϊκής προσπέλασης, έχει συχνά ως αποτέλεσμα πολλαπλές ουλές, στα χέρια, στο στήθος και στην κοιλιακή χώρα. Μία φίστουλα λειτουργική που χαρακτηρίζεται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό «πολύ καλή», είναι δυνατό να θεωρείται ως «απαίσια» από τους ασθενείς και είναι πιθανό να το κρύβουν από τους φίλους και τους περίεργους ξένους. Ο καθετήρας Tenckhoff της ΠΚ δεν είναι τόσο εμφανής, αλλά οι ασθενείς μπορεί να θεωρούν πως φαίνονται παράξενοι και ότι όλοι το καταλαβαίνουν. Πολλοί νιώθουν ντροπή μπροστά στους συντρόφους τους και θεωρούν, ότι κανείς δεν τους βλέπει ελκυστικούς. Τα περισσότερα προβλήματα είναι υποκειμενικά, αντικατοπτρίζουν την αντίδραση του ίδιου του ασθενή και την απέχθεια προς το ίδιο του το σώμα (Auer, 2003, Ellis, 1996). Οποιαδήποτε μεταβολή δε σχετίζεται με την κανονική φυσιολογική ανάπτυξη, ταξινομείται ως αλλαγή της εικόνας του σώματος (Price, 1990).

Η δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος, συνεπάγεται τις αρνητικές αντιλήψεις για το σώμα κάποιου. Η αίσθηση αυτή μπορεί να είναι ενοχλητική και η ζωή με μια χρόνια πάθηση μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα (Mac Donald, 1997).

Η αυτοαντίληψη για το σώμα ενός ατόμου μπορεί να αφορά άμεσα και τη σεξουαλική του λειτουργία, η οποία είναι ακέραιο συστατικό της αυτό-έννοιας και του αυτοσεβασμού (Galpin, 1992). Στον πληθυσμό των ασθενών της εξωνεφρικής κάθαρσης τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα, όπως η αλλαγή της εικόνας του σώματος, παράλληλα με τους οργανικούς παράγοντες, μπορούν να συμβάλλουν στην εμπειρία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Camsati et al, 1999). Η αίσθηση της σεξουαλικότητας μπορεί να είναι αρνητικά επηρεασμένη, λόγω των αλλαγών στο σώμα τους, από τις αγγειακές προσπελάσεις ή την τοποθέτηση περιτοναϊκών καθετήρων (Schmidt & Holley, 1998).

Η ύπαρξη λοιμώξεων από την εισβολή μικροβίων στην αιματική κυκλοφορία ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα, οδηγεί πολλές φορές στην ανάγκη δημιουργίας άλλης προσπέλασης, για να συνεχιστεί η κάθαρση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη περισσότερων ουλών στα χέρια ή την κοιλιά των ασθενών. Οι νέες περιοχές πρόσβασης επιδεικνύουν περισσότερο την αρνητική εικόνα και τη σεξουαλικότητα των ατόμων και συχνά συμμετέχουν στη διαταραχή των σχέσεων ανάμεσα σε συζύγους/συντρόφους (White & Grenyer, 1999).

Η παραβίαση της ακεραιότητας της εικόνας που έχει ο καθένας για τον εαυτό του, από χειρουργικές παρεμβάσεις ή και από λανθασμένη εντύπωση, ότι έχει αλλάξει, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις (Auer, 2002).

Μη συμμόρφωση του ασθενή

Η μη συμμόρφωση των ασθενών της εξωνεφρικής κάθαρσης με την καθορισμένη θεραπεία, έχει σημαντική επίδραση στον έλεγχο και την έκβαση της κατάστασής τους. Αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών και θανάτων συνδέεται με τη μη συμμόρφωση στην κάθαρση και είναι καλά τεκμηριωμένη, τόσο για τους ασθενείς της ΑΚ (Leggat & Orzol, 1998, Kimmel et al, 1998, Bleyer et al, 1999), όσο και για τους ασθενείς της ΠΚ (Blowemberger et al, 1996, Bernardini & Nayy, 2000).

Οι νεφροπαθείς έχουν λίγες πιθανότητες να αποκρύψουν τη μη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία, μιας και ο εργαστηριακός έλεγχος, η αρτηριακή πίεση και η πρόσληψη βάρους, αποκαλύπτουν ελλιπή κάθαρση και καταχρήσεις στη δίαιτα και στην πρόσληψη υγρών (Auer, 2003).

Μεταξύ των παραγόντων που συνδέονται με τη φτωχή συμμόρφωση, είχαν προσδιοριστεί και τα ακόλουθα: η συχνή χορήγηση της δόσης φαρμάκων, η αντίληψη του ασθενή για την ωφέλεια της θεραπείας, η φτωχή επικοινωνία ασθενή/γιατρού, η έλλειψη κινήτρων, το φτωχό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο, η έλλειψη οικογενειακής και κοινωνικής στήριξης και *το νεαρό της ηλικίας* (Loghman & Adham, 2003).

Η κατάθλιψη επίσης, είναι ένας παράγοντας αρκετά μελετημένος για την επίδρασή του στη μη συμμόρφωση των ασθενών και ενώ αρκετές μελέτες αναφέρουν συσχετισμό ανάμεσά τους (Kimmel et al, 1998) κάποιες άλλες καταδεικνύουν την αντίστροφη σχέση (Everett & Sletten, 1993).

Η συσχέτιση συναισθημάτων, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων με τη μη συμμόρφωση στην εξωνεφρική κάθαρση, είναι περίπλοκη (Baines & Jindal, 2000).

Ένα ποσοστό μη συμμόρφωσης 50% και πάνω, αναφέρεται για τους ασθενείς της ΑΚ σε ποικίλες πλευρές της φαρμακευτικής τους θεραπείας (Leggat et al, 1998).

Μία από τις προσπάθειες εκτίμησης της μη συμμόρφωσης στους ασθενείς της ΠΚ, αφορά το 30% σε δείγματα ασθενών, στη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών θεραπείας, οι οποίοι ακολουθούσαν λιγότερο από το 90% των απαραίτητων «αλλαγών» στην ΠΚ (Bernardini & Nayy, 2000).

Μέρος της βιβλιογραφίας εξετάζει το αποτέλεσμα της ικανοποίησης των ασθενών στη συμμόρφωσή τους και εστιάζει κυρίως στη σχέση γιατρού/ασθενή (Flocke et al, 2002, Kalda et al, 2003). Η μη ικανοποίηση στην ιατρική φροντίδα συνδέεται με μειωμένη συμμόρφωση στα προγραμματισμένα ραντεβού με τον Ιατρό τους, μη συνεργασία στη διαδικασία της θεραπείας, άρνηση της θεραπείας και των ιατρικών συμβουλών. Η ποιότητα της σχέσης ασθενή/ιατρού είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ, των οποίων η ασθένεια διαρκεί όλη τους τη ζωή και απαιτεί ένα περίπλοκο θεραπευτικό σχήμα αντιμετώπισης.

Τα οικογενειακά προβλήματα και η δυσφορία των ζευγαριών στην καθημερινή τους ζωή, μπορούν να ωθήσουν τους ασθενείς αυτούς σε συμπεριφορά μη συμμόρφωσης στις θεραπευτικές οδηγίες, δεδομένου, ότι δεν αισθάνονται επαρκή υποστήριξη (Rapisarda & Tarantino, 2006).

Η χρόνια νόσος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «οικογενειακή ασθένεια», τόσο λόγω της συναισθηματικής αλληλεπίδρασης των μελών της, όσο και λόγω της δομής της οικογένειας. Η διάγνωση ενός τέτοιου νοσήματος σε ένα από τα μέλη της, εισάγει βίαια σε μια περίοδο εξαιρετικά υψηλού στρες βιολογικού, ψυχολογικού, κοινωνικού, οικονομικού.

Καθίσταται λοιπόν, απόλυτα σημαντικό να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίον αντιλαμβάνεται η οικογένεια την ΠΖ του ασθενή της, προκειμένου να αντληθούν πληροφορίες, οι οποίες θα καθοδηγήσουν τον σχεδιασμό ενός προγράμματος φροντίδας και θεραπείας, που να εστιάζει στον ασθενή και στην οικογένεια (Acaray & Pinar, 2005, Reis, 1990).

Κοινωνική απομόνωση

Έχουν επιβεβαιωθεί τα επιβλαβή αποτελέσματα της κοινωνικής απομόνωσης, όχι μόνο στην υγεία, αλλά και στην πορεία της χρόνιας ασθένειας (Berkman, 1995, House et al, 1988).

Η κοινωνική απομόνωση λόγω του περιορισμού που επιβάλλονται από την εξωνεφρική κάθαρση, είναι μία κοινή ανησυχία. Πολλοί ασθενείς δηλώνουν, ότι δεν θα μπορούσαν να πάνε διακοπές, γιατί κουράζονται πολύ γρήγορα ή επειδή πρέπει να βρουν μια θέση σε ένα κέντρο ΑΚ. Σε μελέτη των Cleary και Drennan (2004), οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν από την ΑΚ στις ζωές αυτών των ασθενών, βρέθηκαν να περιλαμβάνουν τη δυνατότητά τους να συμμετέχουν στις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες και ρόλους. Αυτό μπορεί να έχει ιδιαίτερες επιπτώσεις στη δυνατότητα να διατηρηθεί η απασχόληση, να συμμετέχει πλήρως στην οικογένεια και την κοινωνική ζωή, αλλάζοντας έτσι τον τρόπο ζωής και δημιουργώντας ψυχοκοινωνικές επαγγελματικές και οικονομικές διακλαδώσεις (Blake & Codd, 2000).

Η ΣΦΠΚ, ως πιο απλουστευμένη διαδικασία, περιορίζει λιγότερο τις φυσικές δραστηριότητες του ασθενή, αλλά η οποιαδήποτε αποτυχία κοινωνικής συμμετοχής, μπορεί να οφείλεται και σε έλλειψη προσωπικών ενδιαφερόντων (Burton et al, 1989, Wolcott & Nissenson, 1988).

Επαγγελματική απασχόληση

Η επαγγελματική απασχόληση θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς δείκτες αποκατάστασης της φυσιολογικής ζωής ενός ασθενή με ΤΣΧΝΝ. Είναι ευνόητο, ότι εξαιτίας της χρονιότητας, αλλά και της ιδιαιτερότητας της θεραπείας, οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες, προκειμένου να διατηρήσουν το αρχικό τους επάγγελμα.

Μια πρόσφατη μελέτη αναφέρει ότι το 60% των ασθενών σε ΑΚ, αναγκάστηκαν να αλλάξουν επάγγελμα ή να συνταξιοδοτηθούν μετά την ένταξή τους στη μέθοδο (Καϊτελίδου και συν, 2007).

Η επαγγελματική απασχόληση, προωθεί μεγαλύτερη αποδοχή της νεφρικής ανεπάρκειας (Felton, 1984) και επίσης, αποδοχή και προσαρμογή στη θετική επίδραση της

ασθένειας στην ΠΖ τους. Επιπρόσθετα, η απασχόληση μπορεί να αυξήσει τον αυτοσεβασμό, να έχει μια πηγή ταυτότητας και μια αίσθηση συμβολής στο κοινωνικό σύνολο (Juneau, 1995).

4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

4.1. Ορισμός

Η ΠΖ είναι μια έννοια με ευρύ περιεχόμενο και περιλαμβάνει επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις, καθώς και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες (Yfantopoulos, 2001).

Η ΠΖ έχει απασχολήσει από τους αρχαιότετους χρόνους τους Έλληνες φιλοσόφους. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια» απέδιδε τους όρους ΠΖ (ευ ζην) και ευημερία (ευ πράττειν) με την λέξη «ευδαιμονία», δηλαδή το τέλειο και αυτάρκες αγαθό, που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου (Αριστοτέλης Άπαντα, 1993). Πολύ αργότερα, ο Bernard Shaw διαχώρισε την ευτυχία από την ΠΖ, αναφέροντας ότι η ευτυχία δεν είναι αντικειμενικός σκοπός της ζωής, είναι η ίδια αυτοσκοπός και η γενναιότητα συνίσταται στη διάθεση που έχει κάποιος, να θυσιάσει την ευτυχία για μια πιο ουσιαστική ΠΖ (Fayers & Machin, 2000).

Ο Torrance (1987) σημειώνει, ότι η ΠΖ είναι μια ευρεία έννοια που ενσωματώνει όλες τις πλευρές της ανθρώπινης ύπαρξης. Ο Liu (1976) αναφέρει, πως υπάρχουν τόσοι ορισμοί, όσοι και οι άνθρωποι. Παρομοίως, οι Baker και Intigliatta (1982) αναφέρουν, πως υπάρχουν τόσοι ορισμοί της ΠΖ, όσα και τα άτομα που τη σπουδάζουν.

Η έννοια της ΠΖ δεν έχει καθοριστεί με ένα συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο και έτσι συναντούμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες (Οικονόμου και Κοκκώδη, 2001, Κάβουρα και συν, 2003).

Το 1960-1970, η πολιτική και κοινωνική αναταραχή οδήγησε σε μια πιο υλιστική θεώρηση της ΠΖ, με έμφαση στην ατομική ελευθερία, τη διασκέδαση, την άνεση και τη δράση. Παράλληλα, η καλή κατάσταση της υγείας ήταν πρωταρχικό μέλημα, όσων ήθελαν υψηλή ΠΖ (Meeberg, 1993, Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005). Σε αυτή την κατηγορία ανήκει ο Mc Call (1975), ο οποίος υποστηρίζει, ότι η ΠΖ συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες, που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή. Μετά το 1979, οι Zautra και Goodhart υποστήριξαν ότι για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της έννοιας της ΠΖ, είναι απαραίτητος, τόσο ο συνδυασμός αντικειμενικών, όσο και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών.

Στη δεκαετία του 1980 ο όρος της ΠΖ, αρχίζει να εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα, ως δείκτης σε κοινωνικές έρευνες που είχαν ως στόχο την προαγωγή του κράτους πρόνοιας, την εξάλειψη των ανισοτήτων και την δίκαιη κατανομή πόρων (Οικονόμου και

Κοκκώδη, 2001). Σήμερα, η αξιολόγηση της ΠΖ χρησιμοποιείται, όχι μόνο στη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής και πολιτιστικής σε θέματα υγείας, αλλά και στην κλινική ιατρική (Νιάκου, 2001). Στην ιατρική, ο όρος ΠΖ απευθύνεται σε όλες εκείνες τις ανθρώπινες ανάγκες που συχνά έχουν παραμεληθεί από το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (Οικονόμου και Κοκκώδη, 2001).

Η έννοια της ΠΖ πρωτοεμφανίστηκε στο χώρο της ιατρικής θεραπευτικής και γενικότερα της φροντίδας των ασθενών, που έπασχαν από σωματικές νόσους. Αποτελεί πολυ-παραγοντική έννοια, που περιλαμβάνει και την υποκειμενική, από την πλευρά του ασθενούς, διάσταση, στο πλαίσιο μιας προσπάθειας σύνθεσης και ολοκλήρωσης των διαφόρων σημαντικών παραμέτρων της νόσου, στις οποίες περιλαμβάνονται: (1) τα σωματικά προβλήματα και οι παρενοχλήσεις της θεραπείας, (2) η σωματική και απασχολησιακή λειτουργική κατάσταση του ασθενούς, (3) η καλή ψυχολογική κατάστασή του, (4) η κοινωνική αντίδρασή του και (5) το οικονομικό κόστος (Λαυρεντιάδης, 1997).

Η έννοια της ΠΖ επηρεάζεται με έναν πολύπλοκο τρόπο, από τη φυσική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις όλων αυτών με προεξέχουσες όψεις του περιβάλλοντός τους (Testa & Simonson, 1996). Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις, σχετικά με την ΠΖ, την ορίζουν ως σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του. Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων, που ζουν σε μια κοινωνία, διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης, που αναφέρονται γενικά στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα (Θεοφίλου, 2010). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προσδιορίζει την ΠΖ ως, «την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού-αξιακού συστήματος όπου ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (WHO, 1995). Η ΠΖ δηλαδή, είναι το προϊόν των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου, σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας, ή αλλιώς, η προσωπική δήλωση των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών, τα οποία προσδιορίζουν την ζωή ενός ατόμου (Υφαντόπουλος και συν, 2001). Επομένως η ΠΖ, εκτός από ευρεία έννοια, είναι και υποκειμενική και ευμετάβλητη, με πολλαπλές διαστάσεις και χαρακτηριστικά, που καθιστούν μάλλον αδύνατη την ακριβή ποσοτικοποίηση και μέτρησή της (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

4.2. Διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Τα χρόνια νοσήματα φέρνουν τους ασθενείς αντιμέτωπους με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως, η διατήρηση ικανοποιητικής συναισθηματικής ισορροπίας και αυτοεκτίμησης, ο αυτοέλεγχος, η ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και ο συμβιβασμός με ένα αβέβαιο μέλλον (Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005). Επιπλέον, οι διαγνωστικές ασάφειες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, αποτελούν χαρακτηριστικά των χρόνιων νοσημάτων και έχουν δυσμενή επίδραση στην ΠΖ του ατόμου, η οποία επηρεάζεται σε τρία βασικά πεδία (Σαρρής, 2001):

1. *Φυσικές δραστηριότητες*: σωματική λειτουργικότητα, ικανότητα για εργασία κ.α.
2. *Ψυχολογική κατάσταση*: ικανοποίηση, ευχαρίστηση, ευημερία, αυτοεκτίμηση, άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη.
3. *Κοινωνική προσαρμοστικότητα*: αποκατάσταση στην εργασία, διασκέδαση, οικογενειακές και κοινωνικές αντιδράσεις.

Φυσικές δραστηριότητες

Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνώρισμα του ανθρώπου. Το άτομο μέσω της εργασίας μπορεί να επιτύχει την κοινωνική και οικονομική του καταξίωση. Για τα άτομα με χρόνια νοσήματα, η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και την χαμηλή αυτοεκτίμηση (Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005).

Σωματική λειτουργικότητα

Η καλή σωματική κατάσταση αναφέρεται στην σωματική λειτουργία και περιλαμβάνει εκδηλώσεις, όπως, ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Αντιπροσωπεύει μια ποικιλία παραγόντων που συνίσταται από συμπτώματα της νόσου, την αντιμετώπισή τους και τη γενική καλή κατάσταση, όπως την ορίζει ο ασθενής (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999, Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005).

Ο χρόνιος πόνος περιορίζει αυστηρά τη δυνατότητα του ατόμου να λειτουργήσει και να δημιουργήσει μια καλή ΠΖ, προκαλώντας ταυτόχρονα σημαντικά ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά άγχη (Θεοδώρου και συν, 2001).

Ψυχολογική διάσταση

Άγχος- κατάθλιψη

Ο Πλάτωνας ήταν ο πρώτος που μίλησε για την σπουδαιότητα της ολιστικής φροντίδας, *«όπως δεν προσπαθούμε να φροντίσουμε τα μάτια αγνοώντας το κεφάλι ή το κεφάλι αγνοώντας το υπόλοιπο σώμα, ο μόνος τρόπος πρέπει να συμβαίνει και με την ψυχή»*. Επομένως είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση των ψυχολογικών προβλημάτων και η άμεση θεραπεία τους. Η θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τα άτομα, να αλλάξουν τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης (Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005). Είναι γνωστό ότι, οι ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη και άγχος, είναι ανήμποροι να αντιληφθούν και να ευχαριστηθούν όποια άλλη πλευρά συμβάλλει στην ΠΖ τους.

Η υγιής ψυχολογική λειτουργία και η ικανότητα προσαρμογής σε διάφορες καταστάσεις ασθένειας, είναι το κομβικό σημείο για τη διατήρηση καλής ΠΖ (Θεοδώρου και συν, 2001).

Κοινωνική διάσταση

Σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και μακροχρόνια νόσηση παρατηρείται κατάθλιψη, που οφείλεται στο φόβο, ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν. Υπάρχουν περιπτώσεις, που η υποστήριξη της οικογένειας είναι πολύ σημαντική. Όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης, που δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπόλοιπους ανθρώπους (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στην κοινωνική διάσταση υπάγεται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση ψυχαγωγίας, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και η κοινωνική υποστήριξη είναι μείζονος σημασίας για τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ΠΖ (Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005).

4.3. Μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κατά κύριο ρόλο ερωτηματολογίων, αυτοσυμπληρούμενων ή συμπληρούμενων σε δομημένες και ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η ανασκόπηση των ψυχομετρικών εργαλείων έχει στόχο, να παρουσιάσει τα βασικά στοιχεία των περισσότερων οργάνων, που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Οικονόμου και Κοκκώδη, 2001).

Τα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, εκφράζουν ένα μικρό αντιπροσωπευτικό δείγμα των οργάνων μέτρησης, που έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες για την μέτρηση της ποιότητας ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001, Σαρρής, 2001, Κοντοδημόπουλος και Νιάκας 2007, Danquah et al, 2010).

Γενικές μετρήσεις

Αυτές περιλαμβάνουν πολύ γνωστά και ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια, όπως το Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36), το Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP) και το World Health Organization Quality of assessment (WHOQOL), Karnofsky Performance Index.

Τα γενικά ερωτηματολόγια βασίζονται σε μια ευρεία και γενικευμένη αντίληψη της ΠΖ. Αξιολογούν πολλαπλές πλευρές του επιπέδου υγείας, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ή την νόσο των ατόμων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλο τον πληθυσμό και διευκολύνουν τις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων του γενικού πληθυσμού ή μεταξύ των πληθυσμών των χωρών. Εστιάζουν σε μια γενική θεώρηση για την υγεία και δεν είναι ευαίσθητα για καταγραφή ιδιαίτερων προβλημάτων, που χαρακτηρίζουν μία συγκεκριμένη ασθένεια. Αποδίδουν μία ενιαία, τελική βαθμολογία ή ένα βαθμό για κάθε διάσταση ξεχωριστά. Για παράδειγμα, το γενικό ερωτηματολόγιο SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας.

Ειδικές μετρήσεις

Τα ειδικά ερωτηματολόγια, παρότι προσομοιάζουν στα γενικά ερωτηματολόγια, σε ότι αφορά στη δομή και τη χρήση, είναι σχεδιασμένα να χρησιμοποιούνται στη μελέτη μιας συγκεκριμένης κατάστασης μόνο. Το πλεονέκτημα αυτών των ερωτηματολογίων είναι το γεγονός, ότι σχεδιάζονται πάνω στη διαθέσιμη εξειδικευμένη περιοχή των συνθηκών που στοχεύουν και δεν καλύπτονται από γενικές μετρήσεις. Παράδειγμα αποτελεί το ψυχομετρικό όργανο kidney disease quality of life (KDQOL)-SFTM.

Για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών στην αιμοκάθαρση, αρχικά δημιουργήθηκε το ψυχομετρικό όργανο KDQOL-SFTM το οποίο, έπειτα από ευρείας κλίμακας δοκιμή, επέδειξε εξαιρετική εγκυρότητα και αξιοπιστία. Αποτελείται, συνολικά από 134 ερωτήσεις, που το καθιστούν ιδιαίτερα κουραστικό και χρονοβόρο στη συμπλήρωση, με αποτέλεσμα αρκετοί ερευνητές να είναι διστακτικοί στη χορήγησή του σε αιμοκαθαιρόμενους, οι οποίοι, έτσι και αλλιώς, είναι επιφορτισμένοι με τα

προβλήματα της κατάστασής τους. Με ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης απομονώθηκαν οι ερωτήσεις, που σχετίζονται ισχυρότερα με τις κλίμακες και δημιουργήθηκε ένα όργανο μικρότερης έκτασης, αλλά με εξίσου καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Έτσι, προέκυψε το ευρέως γνωστό KDQOL-SFTM.

Το όργανο συνδυάζει ένα γενικό μέρος, αποτελούμενο από 36 ερωτήσεις, που συνθέτουν 8 κλίμακες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμία, και ένα ειδικό μέρος που απευθύνεται σε αιμοκαθαιρόμενους, αποτελούμενο από 43 ερωτήσεις που συνοψίζονται σε 11 ειδικές κλίμακες. Η 44^η ερώτηση του ειδικού μέρους, είναι μια βαθμονομημένη κλίμακα βαθμολόγησης της συνολικής υγείας. Το γενικό μέρος είναι το γνωστό όργανο SF-36, το οποίο εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας, που δε χαρακτηρίζονται ως ειδικές κάποιας νόσου και δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ το 1992 (Κοντοδημόπουλος και Νιάκας, 2007).

4.4. Ποιότητα ζωής και χρόνιες παθήσεις

Στην Ιατρική, η χρόνια νόσος είναι μια ασθένεια, η οποία έχει μεγάλη διάρκεια ή είναι επαναλαμβανόμενη. Είναι γνωστό, ότι οι χρόνιες νόσοι, εκτός από τη νοσηρότητά τους δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή ζωή του πάσχοντος, επηρεάζουν την οικογενειακή του κατάσταση, τη συναισθηματική του ζωή και πολλές άλλες παραμέτρους της καθημερινότητας. Η επίδραση αυτή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως: (α) παράγοντες ανεξάρτητους από τη βαρύτητα της νόσου και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά σχετικούς με την προσωπικότητα του ασθενή (ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, στάση απέναντι στη νόσο, (β) παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τη νόσο (βαρύτητα νόσου, συχνότητα υποτροπών, φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία και (γ) θεραπεία που εφαρμόζεται και την επίδρασή της στη ζωή του ασθενή (ποιότητα περίθαλψης) (Μουζιάς και Πάλλης, 2001).

Οι χρόνιες παθήσεις χαρακτηρίζονται από ένα μίγμα αιτιωδών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων μερικών γνωστών παραγόντων κινδύνου, μια παρατεταμένη πορεία της ασθένειας, μια μη μεταδοτική προέλευση, μια λειτουργική εξασθένηση και ανικανότητα. Πολλές όμως σοβαρές μεταδοτικές ασθένειες (π.χ. AIDS) έχουν χρόνια χαρακτηριστικά (McQueen, 2007).

Στις χρόνιες παθήσεις, εκτός της ΧΝΝ ανήκουν: ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιακή ανεπάρκεια, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές παθήσεις, οι διάφορες μορφές ηπατίτιδας κ.α. Οι περισσότερες χρόνιες παθήσεις, συνδέονται με ή προκαλούνται από έναν συνδυασμό κοινωνικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφοριστικών παραγόντων. Η ευρεία παραλλαγή

αυτών των παραγόντων προσθέτει στην πολυπλοκότητα των προσπαθειών των φορέων δημόσιας υγείας, να εξεταστεί και να αντιμετωπιστεί η χρόνια νόσος, με σκοπό τη συστηματική και έγκαιρη επιτήρηση των παραγόντων κινδύνου σε όλη την υδρόγειο (Ebrahim & Garcia, 2007).

Οι χρόνιες παθήσεις φαίνεται ότι θα είναι η κυρίαρχη πηγή νοσηρότητας και θνητότητας κατά τη διάρκεια του 21^{ου} αιώνα. Για να εξετάσουμε το μεγάλο φορτίο της χρόνιας πάθησης συνολικά και την επίδρασή της στην ΠΖ των ασθενών, υπάρχει πληθώρα ερευνών στη βιβλιογραφία, οι οποίες επικεντρώνονται στο θέμα αυτό. Σε αρκετές περιπτώσεις, μία χρόνια πάθηση μπορεί να περιορίσει σοβαρά τη δυνατότητα ενός ατόμου να εργαστεί, ή να φροντίσει για τις καθημερινές του ανάγκες (McQueen, 2007).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται ενδεικτικά κάποιες μελέτες, που στοχεύουν να διερευνήσουν το βαθμό που η χρόνια πάθηση επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών αυτών.

Ενδεικτική είναι η ερευνητική εργασία των Υφαντόπουλου και συν. (2001), η οποία εξετάζει την ΠΖ ασθενών με ηπατίτιδα C. Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της ΠΖ, η Επισκόπηση Υγείας SF-36. Οι ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα C, παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα, τόσο στην σωματική, όσο και στην πνευματική τους υγεία. Στον τομέα της πνευματικής τους υγείας, μειωμένη είναι κυρίως η ζωτικότητα τους, αλλά και η κοινωνική δραστηριότητά τους, γεγονός που αντικατοπτρίζεται στη γενικότερη πνευματική τους υγεία στο SF-36.

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές παθήσεις, είναι χρόνια νοσήματα, που η επίδρασή τους στη ζωή είναι άμεση, καθώς η διαδρομή τους χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Έχει μετρηθεί η ΠΖ πριν και μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, με σκοπό να αξιολογηθεί η χειρουργική επέμβαση, ως προς τη βελτίωση της ΠΖ, με τα ειδικά ερωτηματολόγια το Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) και το Rating Form of Inflammatory Patient Concerns (RFIPC) (Μουζιάς και Πάλλης, 2001).

Μια άλλη ερευνητική εργασία, των Σαρρή και συν. (2008), επιχειρεί να διερευνήσει τη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ των ασθενών, που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση ήπατος. Συγκριτικά με ασθενείς, που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση καρδιάς, πνευμόνων ή νεφρού, οι μεταμοσχευμένοι ηπατοπαθείς, αναφέρουν καλύτερα επίπεδα βελτίωσης της ποιότητας ζωής, 1-5 χρόνια μετά από τη μεταμόσχευση. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί, όχι μόνο με τα βιβλιογραφικά ευρήματα, που αφορούν στην αυτοαντιλαμβανόμενη ΠΖ μετά από μεταμόσχευση, αλλά και με τα ιατρικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία, οι μεταμοσχευμένοι ηπατοπαθείς όχι μόνο ζουν περισσότερο, αλλά

αισθάνονται ότι έχουν καλύτερη ΠΖ, μετά από την ηπατική μεταμόσχευση, έναντι των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση άλλων συμπαγών οργάνων.

Μία άλλη μελέτη των Γαλάνη και συν. (2007), έχει σκοπό να συγκρίνει τη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β και C, για να καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι μεταξύ των άλλων επιπτώσεων/επιπλοκών, η χρόνια ηπατίτιδα Β και C οδηγεί τόσο στην εξασθένηση της ΠΖ των ασθενών, όσο και στην αύξηση του έμμεσου κόστους της νόσου, λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας και των χαμένων ημερών από την εργασία.

Μία ακόμη εργασία των Σαρρή και συν. (2008), εξετάζει την ΠΖ ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Για τους μεταμοσχευμένους νεφροπαθείς, τόσο η σωματική, όσο και η ψυχοκοινωνική τους υγεία, είναι εξίσου καλές, χωρίς να παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις, μεταξύ των δύο αυτών βασικών διαστάσεων της υγείας. Οι μεταμοσχευμένοι φαίνεται να έχουν βελτιώσει κυρίως, την κοινωνική διάσταση της υγείας τους, καθώς, μετά από την επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού ανεξαρτητοποιούνται, τουλάχιστον από τις δεσμεύσεις της εξωνεφρικής κάθαρσης, δεδομένου ότι εκτελούν τις συνηθισμένες κοινωνικές τους δραστηριότητες με μικρότερη επιρροή από σωματικά ή ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα και με μικρότερη επιρροή του σωματικού πόνου στις συνηθισμένες τους δραστηριότητες εντός και εκτός κατοικίας. Οι μεταμοσχευμένοι καταγράφουν βελτίωση της κοινωνικής τους υγείας και μείωση του άγχους.

4.5. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Ολιστική θεώρηση

Ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από τον ΠΟΥ, ως η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία της νόσου ή αναπηρίας (WHO, 2000), τονίζει ιδιαίτερα, τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας. Η ολιστική προσέγγιση εκτιμά ότι, η υγεία συσχετίζεται θετικά περισσότερο με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό), ενώ επηρεάζεται ταυτόχρονα από τη βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα) (Θεοδώρου και συν, 2001). Η υιοθέτηση του ολιστικού ορισμού έχει δύο συνέπειες: Πρώτον, υπερβαίνει την παραδοσιακή αρνητική οπτική και προσλαμβάνει την υγεία ως μια θετική κατάσταση ευεξίας. Λαμβάνονται υπόψη και οι ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτισμικές παράμετροι, οι οποίες διαμορφώνουν την υποκειμενική αντίληψη και το βίωμα της υγείας. Δεύτερον, τονίζει τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της υγείας, στρέφοντας το ενδιαφέρον στη διερεύνηση του κοινωνικοπολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος, που επιδρά στο επίπεδο υγείας (Οικονόμου, 2005).

Η υγεία λοιπόν, ορίζεται ως μια ολότητα, όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999). Η έλλειψη αυτής της ισορροπίας οφείλεται σε ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο (White, 2005). Τρεις τύποι ψυχοκοινωνικών παραγόντων, σχετικών με τις διαταραχές της υγείας, έχουν διακριθεί: (α) οι αρνητικές εμπειρίες ζωής, όπως τα γεγονότα ζωής και το χρόνιο στρες, (β) η ψυχολογική προδιάθεση ή τα χαρακτηριστικά, τα οποία είτε προστατεύουν, είτε αυξάνουν την ευπάθεια στο στρες και (γ) παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος, όπως, η κοινωνική στήριξη και η κοινωνική απομόνωση. Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι υπάρχει μια αλληλεπίδραση, ανάμεσα στην έκθεση σε αντιξοότητες και σε ψυχολογικούς παράγοντες προστασίας, τέτοια, που η επίδραση των αρνητικών εμπειριών να αντισταθμίζεται από επαρκείς διεξόδους αντιμετώπισής τους (Lazarus & Folkman, 1984).

Σύμφωνα με τον Drossman (1995), η σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ είναι μια γενική εκτίμηση της άποψης του ασθενή, σχετικά με τη νόσο του, τον τρόπο με τον οποίο βιώνει, καθώς και το πώς αυτή επηρεάζει τη δραστηριότητά του στον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα.

Η ταχεία ανάπτυξη και καθιέρωση θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής ασθενών τελικού σταδίου, προκάλεσε το ενδιαφέρον των ιατρών και άλλων επιστημόνων υγείας, για να μελετήσουν την ΠΖ των ασθενών αυτών, προκειμένου να διερευνηθούν οι τυχόν κίνδυνοι ή τα οφέλη από τις ιατρικές αυτές πράξεις, καθώς και οι επιπτώσεις τους στη ζωή του ασθενή. Στο πλαίσιο αυτό τοποθετείται η μελέτη για την ΠΖ: αφενός η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου, η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ του (αντικειμενική διάσταση) (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

Ο Jones (1995), ορίζει τη σχετική με την υγεία ΠΖ ως «ποσοτικοποίηση της επίδρασης της νόσου στην καθημερινή ζωή και ευεξία με ένα επίσημο και τυποποιημένο τρόπο». Ενώ, για τους Bullinger και Anderson. (1993) είναι, η «προσωπική αντίληψη ενός ατόμου για την επίδραση της κατάστασης υγείας – θεραπείας στις διάφορες πλευρές της καθημερινής ζωής».

Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας μας οδηγεί στον εντοπισμό των μεταβλητών, που παίζουν κάποιο ρόλο στη διαδικασία προσαρμογής του πάσχοντα στη χρόνια νόσο και γενικότερα στην ΠΖ του (Ελληνικού και Ζήση, 2002).

Το πρώτο σύνολο περιλαμβάνει μεταβλητές, που αφορούν χαρακτηριστικά συσχετιζόμενα με τον πάσχοντα:

- α. κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά: φύλο, ηλικία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μορφωτικό επίπεδο, συζυγική κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση.
- β. μεταβλητές γνωστικού προσανατολισμού: αντιλήψεις, πεποιθήσεις και αιτιολογικές αποδόσεις του πάσχοντα, για τη φύση, την αιτιογένεση, την πρόγνωση και την έκβαση της ασθένειάς του. Οι αιτιολογικές αποδόσεις αναφέρονται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ασθενή, σχετικά με την πρόκληση της νόσου του και το βαθμό ευθύνης, που ο ίδιος φέρει για την εμφάνισή της.
- γ. εξωτερικοί και εσωτερικοί πόροι που ο ασθενής διαθέτει ή όχι: οι υποστηρικτικοί πόροι αναφέρονται στο κοινωνικο-υποστηρικτικό σύστημα του ασθενή (επαγγελματίες υγείας, ψυχικής υγείας). Οι εσωτερικοί πόροι του ασθενή αναφέρονται σε χαρακτηριστικά, μόνιμα ή λιγότερο μόνιμα, ιδιότητες και ποιότητες της προσωπικότητάς του. Συγκεκριμένα, αφορούν:
 - *αντιλαμβανόμενη εστία ελέγχου*: κατά πόσο δηλαδή ο ασθενής πιστεύει, ότι μπορεί να ελέγξει την πορεία ή την εξέλιξη της νόσου του και τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτή.
 - *αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας*: κατά πόσο δηλαδή ο ασθενής πιστεύει ότι μπορεί να ανταποκριθεί με επιτυχία και επάρκεια στα προβλήματα και τις δυσκολίες της νόσου.
 - *αυτοεκτίμηση*: ο βαθμός αποδοχής και επιδοκίμασίας του εαυτού του και ο βαθμός εμπιστοσύνης που επιδεικνύει σε προσωπικές του δυνάμεις και επιλογές για θετική έκβαση.
 - *αυτορρύθμιση*: κατά πόσο δηλαδή ο ασθενής πιστεύει, πως είναι ικανός να ρυθμίσει αποτελεσματικά τις δυσκολίες της νόσου και να τις εναρμονίσει με το καθημερινό του πρόγραμμα.
 - *αυτοκυριαρχία*: κατά πόσο δηλαδή ο ασθενής πιστεύει, ότι μπορεί να κυριαρχήσει σε δυνητικά δύσκολες καταστάσεις και να τις ρυθμίσει αποτελεσματικά.
 - *αίσθημα αισιοδοξίας*: κατά πόσο δηλαδή ο ασθενής αισιοδοξεί, πως η νόσος του θα έχει θετική έκβαση και ότι θα μπορέσει με επιτυχία, να αντιμετωπίσει ενδεχόμενες δύσκολες καταστάσεις.
 - *θετικές προσδοκίες*: αναφορικά με την πορεία της χρόνιας νόσου, αλλά και με την αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητά του.

- *αίσθημα συνοχής*: το οποίο αναφέρεται σε μια ολιστική προσέγγιση της υγείας. Η εμφάνιση οποιασδήποτε νόσου θεωρείται από τον ασθενή ως μέρος της υγείας.
- δ. στρατηγικές αντιμετώπισης που ο ασθενής υιοθετεί, προκειμένου να χειριστεί ζητήματα που προκύπτουν από τη νόσο. Οι στρατηγικές διακρίνονται σε γνωστικού και συμπεριφορικού τύπου. Οι συμπεριφορές τύπου Α αναφέρονται σε ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, δηλαδή στην επικέντρωση του ασθενή σε ενδεχόμενες θετικές πλευρές του προβλήματος και στην αναζήτηση υποστήριξης και βοήθειας. Ουσιαστικά, οι συμπεριφορές τύπου Α περικλείουν ενεργητικούς χειρισμούς, μη παθητική αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε αντίθεση, οι αποσυρμένες συμπεριφορές τύπου Β και οι στρατηγικές αποφυγής, είναι αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες, όσον αφορά την προσαρμογή και την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.
- ε. μεταβλητές σχετιζόμενες με την ψυχική υγεία του ασθενή, ψυχολογική/συναισθηματική κατάσταση: οι μεταβλητές αυτές αναφέρονται στις ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές που προκύπτουν, ως αποτέλεσμα της εμφάνισης της νόσου, όπως: δυσθυμία, ευαρέσκεια, ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη, έλλειψη ενεργητικότητας και αίσθημα κόπωσης.

4.6. Μηχανισμός επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής

Η ΠΖ είναι σύμπλεγμα αλληλεπιδρώντων παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργίας σε όλες τις διαστάσεις του ατόμου: την ψυχολογική, την κοινωνική, την επαγγελματική και τη σωματική (Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005). Υπάρχουν μηχανισμοί, οι οποίοι επιδρούν στην ΠΖ με την εμφάνιση μιας ασθένειας, σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών (ΚΠΛ). Σύμφωνα με τη ΚΠΛ θεωρία, τα συμπτώματα και οι επιπλοκές μιας ασθένειας, οι μειονεξίες ή οι αναπηρίες, δημιουργούν δεσμευτικούς περιορισμούς κατά την άσκηση των μέσων (δραστηριότητες, χαρίσματα, πόροι) επίτευξης των λειτουργικών στόχων. Οι περιορισμοί αυτοί αυξάνουν το κόστος και καθιστούν την επίτευξη των λειτουργικών στόχων «δαπανηρή», σε σχέση με το όφελος της επίτευξής τους, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην ΠΖ. Αναπηρίες και μειονεκτήματα επιδρούν στην ΠΖ βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα (Σαρρής και συν, 2001).

Δραστηριότητες που σχετίζονται με την σωματική και κοινωνική κατάσταση, επιδρούν βραχυπρόθεσμα αρνητικά στην ΠΖ, όταν μειώνεται το εύρος των δραστηριοτήτων και των λειτουργιών. Σε μακροπρόθεσμη βάση, η επίδραση εξαρτάται από την ελάττωση της

δυνατότητας και της ικανότητας αναπλήρωσης των λειτουργικών στόχων (Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005).

Όταν το άτομο διαθέτει μεγάλο αριθμό εναλλακτικών στόχων, τότε επηρεάζεται σε μικρό βαθμό από τις απώλειες δραστηριοτήτων (Fallowfield, 1991). Η επίδραση της ασθένειας στην ΠΖ ελαττώνεται, όταν το άτομο διαθέτει ικανότητες, οι οποίες επιτρέπουν την παραγωγή νέων λειτουργιών και ενισχύουν την ικανότητα αντικατάστασης λειτουργικών στόχων (Σαρρής, 2001).

Η θεωρία της ΚΠΛ προτείνει δύο στρατηγικές βελτίωσης της ΠΖ. Η πρώτη μέθοδος βελτίωσης προτείνει τον εντοπισμό και την απομάκρυνση εκείνων των παραγόντων, που περιορίζουν την ικανότητα αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων. Η δεύτερη μέθοδος προτείνει την προσπάθεια εμπλουτισμού και διεύρυνσης των εναλλακτικών δραστηριοτήτων, που επιτρέπουν την επίτευξη των λειτουργικών στόχων. Η ικανότητα αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων αποτελεί βασική παράμετρο της θεωρίας ΚΠΛ. Όταν η σωματική αναπηρία δεν επιτρέπει την αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων, η ικανότητα αναπλήρωσης είναι αυτή, που επιτρέπει την διατήρηση της ευεξίας. Η προσαρμογή στην ασθένεια, τα ατομικά βιώματα και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης των απειλών της ΠΖ μπορούν να επιτευχθούν μόνο με την αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων. Όταν το άτομο διαθέτει πλήθος εναλλακτικών στόχων, μπορεί να αντιμετωπίσει με μεγαλύτερη ευχέρεια τις σωματικές αναπηρίες και τις δυσλειτουργίες. Η δραστηριότητα που επιτρέπει την επίτευξη κοινωνικής αναγνώρισης και ενεργητικότητα – εγρήγορση, συμβάλλει τα μέγιστα στην ευεξία και την προσαρμογή ή αντιμετώπιση της επίδρασης της ασθένειας στην ΠΖ, σε αντίθεση με μια απλή ικανοποίηση μιας μόνης ανάγκης (Σαρρής και συν, 2001, Σαρρής, 2001).

5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί μία χρόνια νόσο, που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ΠΖ των ασθενών και ειδικότερα στην κοινωνική, την οικονομική και την ψυχολογική τους ευημερία (Θεοφίλου και Παναγιωτάκη, 2010).

Οι ασθενείς με νεφρολογικά νοσήματα αποτελούν μία ειδική κατηγορία χρονίως πασχόντων ασθενών, οι οποίοι εκτός από τα προβλήματα που αφορούν αυτή καθ' αυτή τη νόσο, βρίσκονται αντιμέτωποι με τη νέα κατάσταση, που δημιουργεί η ένταξή τους στο πρόγραμμα της ΑΚ με ΤΝ ή της ΠΚ και η υλικότεχνική εξάρτησή τους (Θεοφίλου, 2010).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων διερεύνησης και παρεμβάσεων, από την πλευρά των ειδικών, σε θέματα ΠΖ των ασθενών. Στην κατεύθυνση αυτή, έχει συμβάλλει η προοδευτική επικράτηση της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και της αντίληψης, ότι ο ασθενής πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της ιατρικής πράξης (Laine & Davidoff, 1996).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα παρουσιάστηκε αύξηση του ενδιαφέροντος για την ανάπτυξη μιας συνδυαστικής πολιτικής προσέγγισης για την υγεία και την ασθένεια, εξαιτίας της προόδου της σύγχρονης ψυχιατρικής και ψυχολογίας. Το ενδιαφέρον αυτό συνέβαλε στη διαμόρφωση μιας νέας θεώρησης της υγείας και της ασθένειας, που υποστηρίζεται από το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Υιοθετώντας το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και ξεκινώντας από τη βιολογική διάσταση του προβλήματος, η νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζει διάφορες βιολογικές διαταραχές, κυρίως μεταβολικού τύπου, που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική κατάσταση. Τα θεραπευτικά προγράμματα, όπως, η εξωνεφρική κάθαρση, η μεταμόσχευση νεφρού κ.α. είναι δυνατόν να έχουν ψυχοπιεστικό αποτέλεσμα στον ασθενή και στην οικογένειά του. Συχνά, η ίδια η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτική συμπτωματολογία (Σπυρίδης και συν, 2008).

Ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα της ΧΝΑ, που σχετίζονται με ψυχικές εκδηλώσεις, συχνότερα είναι, οι διαταραχές στύσης, η αναιμία, η σεξουαλική δυσλειτουργία. Η κατάθλιψη φαίνεται να επιδεινώνει την ανορεξία, που οφείλεται σε ουραιμία και στην υπολευκωματιναιμία, λόγω της μειωμένης πρόσληψης πρωτεϊνών (Friend & Hatchett, 1997, Lew & Pirainot, 2005). Η αναιμία από μειωμένη έκκριση ερυθροποιητίνης, κλινικά εμφανίζεται ως εύκολη κόπωση ή και κατάθλιψη και φαίνεται να συνδέεται με πτωχή ΠΖ σε αυτή την ομάδα ασθενών (Merkus et al, 1999).

Για το υψηλό ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας στους νεφροπαθείς, υπεύθυνοι φαίνεται να είναι, ενδοκρινικές διαταραχές και μεταβολικές διαταραχές, με κυριότερη την επίδραση ουραιμικών τοξινών (Ιακωβίδης και συν, 1991).

Οι διαταραχές αυτές δεν βελτιώνονται με την ΑΚ ή την ΠΚ, αντιθέτως, μπορεί και να επιδεινωθούν, ενώ συχνά αποκαθίστώνται μετά από μεταμόσχευση. Στους άνδρες εκδηλώνονται συνήθως, ως διαταραχή στη στύση, ενώ στις γυναίκες ως ανωμαλίες του κύκλου ή μειωμένη σεξουαλική επιθυμία (Σπυρίδης και συν, 2008).

Για την επιβάρυνση όμως, της ψυχικής και ψυχοκοινωνικής ζωής των χρόνιων νεφροπαθών, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό και η θεραπεία, που περιλαμβάνει, είτε τη συντηρητική φαρμακευτική αγωγή, είτε τη νεφρική μεταμόσχευση. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νεφρική νόσο (κορτικοστεροειδή) κ.α., αποτελούν αιτίες για νευροψυχιατρικές επιπλοκές, που κυμαίνονται από κατάθλιψη ή ευφορία, έως σύγχυση, ψευδαισθήσεις, άνοια ή ψύχωση (Σπυρίδης και συν, 2008).

Η ανάγκη για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλούνται από την ίδια τη νόσο, αλλά και από τα θεραπευτικά προγράμματα, καθώς και η ανάγκη για βελτίωση της ΠΖ, καθιστούν σημαντική την παρέμβαση της Συμβουλευτικής ομάδας σε ασθενείς με ΧΝΑ (Σπυρίδης και συν, 2008).

6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Με την προοδευτική εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής βλάβης σε ΤΣΧΝΑ και την ένταξη των ασθενών σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, αναπτύσσονται συμπτώματα που επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητές τους. Η επίπτωση της νόσου στη λειτουργική τους κατάσταση και την ΠΖ τους είναι σοβαρή (Αποστόλου, 2005). Η χρόνια ασθένεια είναι συνυφασμένη με τη ζωή των ανθρώπων που πάσχουν και επιδρά στην ταυτότητα του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, η οποία ξεκινά πριν από τη διάγνωση της ασθένειας και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκειά της (Nettleton, 2002). Την αβεβαιότητα αυτή, έρχεται να ενισχύσει η ένταξη του ασθενή σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης. Η διάγνωση της ανάγκης έναρξης εξωνεφρικής κάθαρσης, είναι χωρίς αμφιβολία ένα δυνατό χτύπημα για τον ασθενή. Οποιαδήποτε πληροφορία και συμβουλή δοθεί, αμέσως μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης, είναι σχεδόν απίθανο να αφομοιωθούν, διότι κάποιος που υφίσταται ένα τέτοιο χτύπημα, είναι ανήμπορος να αντιληφθεί και να επεξεργαστεί τις πληροφορίες για τη θεραπεία του (Auer, 2003). Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν, ότι οι ομάδες αυτές των ασθενών είναι οι πιο δύσκολες, λόγω της πολυπλοκότητας και της πολυδιάστατης φύσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Εκτός από τις βιολογικές διαταραχές, κυρίως μεταβολικού τύπου, που μπορεί να επηρεάσουν τη ψυχική κατάσταση του ασθενή, τα θεραπευτικά προγράμματα είναι δυνατό να έχουν ψυχοπιεστικό αποτέλεσμα στον ασθενή και στην οικογένειά του (Σπυρίδης και συν, 2008). Πέρα από τους βιολογικούς παράγοντες, τον σημαντικότερο, ίσως, ρόλο, στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΧΝΑ, διαδραματίζουν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Με τον όρο ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, αναφερόμαστε σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, όπου οι κοινωνικές διαστάσεις ενός ατομικού προβλήματος αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, ως προς τη θεραπεία ή την πρόληψη, όπου η έννοια του ατομικού συμπλέκεται αποφασιστικά με το κοινωνικό και οικογενειακό πλαίσιο (Αμπατζόγλου, 2005).

Η αρχική εμπειρία της εξωνεφρικής κάθαρσης επηρεάζεται από τη σοβαρότητα και τη χρονιότητα της νόσου, από τις προσδοκίες του ασθενή, αλλά και από τεχνικούς παράγοντες (Θεοφίλου και Παναγιωτάκη, 2010).

Το στάδιο της προσαρμογής στη διαδικασία της εξωνεφρικής κάθαρσης κυριαρχείται από την μοναδική εμπειρία, που συνιστά, στην κυριολεξία, τρόπο ζωής. Για τους ασθενείς της ΑΚ είναι γεγονός, ότι η ζωή τους εξαρτάται από το μηχάνημα ΤΝ και από τους ανθρώπους που το συντηρούν και το χειρίζονται (Θεοφίλου, 2010).

Οι ασθενείς της ΠΚ παρακολουθούν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης από τη νοσηλευτική ομάδα της Μονάδας, όπου εντάσσονται και στη συνέχεια επιστρέφουν στο σπίτι ακολουθώντας μόνιμα ένα πρόγραμμα κάθαρσης τέσσερις φορές το 24/ωρο, το οποίο γίνεται από τους ίδιους ή τους οικείους τους. Το μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι, ότι ο ασθενής μπορεί να κάνει «αλλαγή» των διαλυμάτων μόνος του στο σπίτι, ακόμη και στο χώρο της εργασίας του (Paper, 1981). Η ΠΚ είναι μια πρακτική, η οποία, εφαρμόζεται εύκολα από τους ασθενείς, οι οποίοι παραμένουν ανεξάρτητοι και έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν μια, όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή (Rivetti et al, 2002).

Ο πρωτοεντασσόμενος ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει πρώτα απ' όλα τον ίδιο του τον εαυτό, να δει τις προοπτικές της νέας πραγματικότητας, να ατενίσει το μέλλον του μέσα από την νεφρική ανεπάρκεια. Ταυτόχρονα, έχει το βάρος της οικογένειάς του, που πρέπει να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της νόσου. Πρέπει να προσαρμοστεί σε μία καινούρια πραγματικότητα, που διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες και περιορισμούς (Καραθανάσης, 2005).

7. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο ασθενής με ΤΣΧΝΝ έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε δύο μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης:

- (α) *Την ΠΚ που επιτρέπει στον ασθενή να είναι περισσότερο αυτόνομος και ευέλικτος, ως προς το χρόνο και τον τόπο της κάθαρσης, να έχει περισσότερο ελεύθερο χρόνο, άρα και καλύτερη επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα.*
- (β) *Την χρόνια περιοδική ΑΚ που εφαρμόζεται 3 φορές την εβδομάδα για 4 ώρες σε εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο, που απαιτεί την σύνδεση με το μηχάνημα ΑΚ. Ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου και των διατροφικών συνηθειών, η δυσκολία στην απομάκρυνση από τον τόπο μόνιμης διαμονής, οι επιπλοκές, όπως, συχνές λοιμώξεις, οι συχνές νοσηλείες και η εξάρτηση, είτε από μέλη της οικογένειας, είτε από το θεραπευτικό κέντρο, τροποποιούν σε τέτοιο βαθμό τις καθημερινές συνήθειες, ώστε αντιδραστικά να παρατηρούνται ευερεθιστότητα, άγχος και κατάθλιψη και να επηρεάζεται η ΠΖ (Σπυρίδης και συν, 2008).*

Αναφέρεται, ότι ασθενείς που βρίσκονται σε ΠΚ, περίπου το 1/3 παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Ιακωβίδης και συν, 1991, Mital & Ahern, 2001). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται με αύξηση του φόβου του θανάτου. Η χαμηλή ΠΖ και η κατάθλιψη συνδέονται με χαμηλή διατροφική κατάσταση, αναιμία, χαμηλή υπολειμματική νεφρική λειτουργία και αύξηση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η κατάθλιψη είναι ευρέως, ένας σημαντικός ψυχολογικός παράγοντας, που συναντάται σε ασθενείς με χρόνια ΑΚ τελικού σταδίου (Lew & Pirainot, 2005).

Η χαμηλή ποιότητα ύπνου που περιλαμβάνει, αϋπνία, σύνδρομο ανήσυχου ποδιού, υπνική άπνοια, υπνοβασία, ξύπνημα στη διάρκεια της νύχτας και υπερβολική υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας, παρουσιάζεται στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε ποσοστό 45%-80% και συνδέεται με χαμηλή ΠΖ (Hiescu, 2003).

Μελετώντας τους ψυχολογικούς παράγοντες και την ΠΖ ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, υπάρχει στενή σχέση μεταξύ αυτών και της ΠΖ. Η κατάθλιψη και το άγχος σχετίζονται με «φτωχή» ΠΖ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Vazquez & Valderrabano, 2005).

Σε σύγκριση ανάμεσα σε ασθενείς με ΧΝΑ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ψυχιατρική νοσηρότητα και τις επιπτώσεις στην ΠΖ (WU AW et al, 2004).

Ενδιαφέρον φαίνεται να είναι το γεγονός, ότι σε ασθενείς με εξωνεφρική κάθαρση επιβαρύνεται η ΠΖ με το πέρασμα του χρόνου, σε σχέση με νεότερους στην μέθοδο ασθενείς, αλλά και η αντίληψη των ασθενών, ότι κυρίως η σωματική τους υγεία χειροτερεύει (Merkus, 1999, Apostolou, 2007).

Έρευνα των Rugh και Koufaki (2001) είχε ως σκοπό, να αξιολογήσει την επίδραση ενός εξαμήνου εκπαιδευτικού προγράμματος ασκήσεων στην ΠΖ των ασθενών, για να καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ασκήσεων βελτίωσε την ΠΖ των ασθενών.

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί, ότι οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ, ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, από τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΠΚ (Kimmel et al, 1995, Μοσχοπούλου και Σαββιδάκη, 2003, Karamanidou et al, 2009). Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί, ότι σχετίζεται με την ιατρική διαδικασία της αιμοκάθαρσης, εφόσον οι ασθενείς χρειάζεται να είναι συνεχώς συνδεδεμένοι με το μηχάνημα TN, συνθήκη η οποία συμβάλλει στην ύπαρξη σοβαρών περιορισμών στην αυτόνομη διαβίωση (Kimmel et al, 1995, Μοσχοπούλου και Σαββιδάκη, 2003).

Επίσης, το ποσοστό των αυτοκτονιών στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ είναι υψηλότερο, στο οποίο θα μπορούσε να συνυπολογιστεί το ποσοστό των θανάτων, που προέρχονται από διαιτολογικές παραβιάσεις (Οικονομίδου και συν, 2005).

Αντίθετα, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ φαίνεται να βιώνουν καλύτερη ΠΖ και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (Ginieri et al, 2008).

Είναι φυσικό, ένας ασθενής σε ΠΚ να βιώνει καλύτερη ΠΖ από τον ασθενή σε ΑΚ, καθώς συμμετέχει κι ο ίδιος στη θεραπεία του, κρατώντας ενεργό ρόλο. Δεν είναι υποχρεωμένος να επισκέπτεται το Νοσοκομείο τρεις φορές την εβδομάδα, για να κάνει τη θεραπεία του, όμως είναι υποχρεωμένος, να τηρεί το πρόγραμμα αυτό, όταν υποβάλλεται σε ΑΚ (Martin & Thompson, 2001).

Ασθενείς με μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση, χαμηλότερη λειτουργικότητα και ανεπιτυχή προσαρμογή, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για σχετιζόμενες με την εξωνεφρική κάθαρση λοιμώξεις και νοσηλείες (Juergensen et al, 1996).

Συγκρίνοντας την ΠΖ και τις αιτίες νοσοκομειακής περίθαλψης, ανάμεσα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ και σε εκείνους που υποβάλλονται σε ΠΚ στην Κίνα, διαφαίνεται, ότι οι ασθενείς υπό ΠΚ είχαν καλύτερη ΠΖ από τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η πιο

κοινή αιτία νοσοκομειακής περίθαλψης ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα στους ΑΚ και τα περιστατικά περιτονιτίδων στους ΠΚ ασθενείς (Zhang & Cheng, 2007).

Υψηλότερα ποσοστά περιτονιτίδας σε ασθενείς υπό ΠΚ φαίνεται να σχετίζονται και ως ανεξάρτητος παράγοντας με πτωχή ΠΖ και με κατάθλιψη, είτε γιατί ένας ασθενής με κατάθλιψη μαθαίνει και εφαρμόζει δυσκολότερα την διαδικασία που απαιτεί η ΠΚ (Juergensen et al, 1996), είτε γιατί η κατάθλιψη μειώνει την επάρκεια του ανοσοποιητικού (Lew & Pirainot, 2005).

Το βασικό μέτρο εκτίμησης του θεραπευτικού αποτελέσματος μιας μεθόδου είναι αναμφισβήτητα η επιβίωση των ασθενών. Ωστόσο, η παράταση της ζωής από μόνη της δεν αρκεί, για να καταξιώσει μια θεραπευτική μέθοδο, αν δεν συνοδεύεται και από όσο γίνεται καλύτερη ΠΖ. Έτσι, ο στόχος της εξωνεφρικής κάθαρσης δεν πρέπει να προσανατολίζεται μόνο στην επιβίωση των ασθενών, αλλά και στην αδιάκοπη προσπάθεια για εξασφάλιση καλύτερης ΠΖ (Τσακίρης, 1998).

Η επιστημονική ομάδα πρέπει να έχει ως στόχο και να καταβάλλει προσπάθειες για τη βελτίωση της ΠΖ των ασθενών, που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση (Han & Kim, 2009).

8. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για τη σύνδεση της έννοιας της ΠΖ, ως άμεσου αποτελέσματος της θεραπευτικής φροντίδας των ασθενών με ΧΝΝ. Ο σχεδιασμός ενός εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας και θεραπείας του νεφροπαθή, έχει ως στόχο την ενδυνάμωση και τη βελτίωση της ΠΖ του ασθενή και της οικογένειάς του. Η παρέμβαση της ομάδας υγείας ξεκινά μέσα από την παρακολούθηση, την πρόληψη, την ενημέρωση και την εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας και τέλος την επιλογή της μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης (Δαμίγος και συν, 2010).

Στόχος της επιστημονικής ομάδας είναι:

- (α) η προετοιμασία των ασθενών και της οικογένειας για τη μεγάλη αλλαγή, που θα έρθει στη ζωή τους και η καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασής τους σε βραχυχρόνιο και μακροχρόνιο επίπεδο.
- (β) η καλύτερη προσαρμογή στη διαδικασία της εξωνεφρικής κάθαρσης, αλλά και της μεταμόσχευσης.
- (γ) η ενδυνάμωση και στήριξη της οικογένειας να μοιραστεί τις ανησυχίες, τις απογοητεύσεις και τις στενοχώριες με τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και με άλλες ανάλογες οικογένειες με τις οποίες ενθαρρύνεται η επαφή.
- (δ) η δημιουργία μιας λειτουργικής θεραπευτικής σχέσης.

Στα σύγχρονα Νεφρολογικά Τμήματα θεωρείται πλέον απαραίτητη η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή, από μια πολυδύναμη διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από Νεφρολόγους, νοσηλευτές Νεφρολογίας, Ψυχολόγους, καθώς επίσης Διαιτολόγους και Φυσικοθεραπευτές.

Η θεραπευτική προσέγγιση που είναι απαραίτητη, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν σε όλα τα επίπεδα ζωής του ασθενή και της οικογένειάς του, μας θέτει στην αναζήτηση συμπληρωματικών διεπιστημονικών παρεμβάσεων στην ιατρική κλινική πράξη. Από την ικανότητα να απαντήσουμε σε αυτές τις ανάγκες, θα εξαρτηθεί σε σημαντικό βαθμό και η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης θεραπευτικής φροντίδας και κατ' επέκταση η βελτίωση της ΠΖ των ασθενών (Δαμίγος και συν, 2010).

9. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η ζωή των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που υπόκειται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, βρίσκεται κάτω από την επίδραση των αποτελεσμάτων της νόσου, αλλά και την επίδραση της θεραπευτικής διαδικασίας. Κάθε πτυχή της ζωής τους επηρεάζεται από τη νεφρική ανεπάρκεια και τη θεραπεία της και τα αποτελέσματα αφορούν τους ίδιους και επεκτείνονται σε όλους εκείνους, που βρίσκονται στο περιβάλλον του ασθενή. Η μεγάλη αλλαγή στον τρόπο ζωής τους συντελείται με την ένταξη σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης με μια από τις δύο μεθόδους: ΑΚ με ΤΝ ή ΠΚ. Με την ένταξη σε μία από τις μεθόδους, επηρεάζεται η ΠΖ τους, η οποία αποτελεί βασική παράμετρο της υγείας (Σπύρος, 2002).

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η συγκριτική διερεύνηση της ΠΖ των ασθενών, που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Τίθεται ο προβληματισμός για το ποιά μέθοδος παρέχει καλύτερη ΠΖ στον ασθενή. Υπάρχουν άραγε διαφορές στην ΠΖ των δύο μεθόδων; Σε τί βαθμό επηρεάζεται η καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών και σε τί βαθμό παρεμποδίζονται οι κοινωνικές τους δραστηριότητες; Γίνεται προσπάθεια μέσα από το γενικό μέρος, για την κατανόηση των παραμέτρων από τις οποίες επηρεάζεται η ΠΖ των ασθενών.

Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το γενικό ερωτηματολόγιο SF-36 σε ασθενείς:

- Υπό ΑΚ
- Υπό ΠΚ

Εξετάστηκαν παράμετροι της καθημερινής τους ζωής, όπως:

- Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Επαγγελματική κατάσταση
- Φυσική κατάσταση
- Κοινωνική κατάσταση
- Ψυχολογική κατάσταση

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

10. ΥΛΙΚΟ

Το δείγμα αποτέλεσαν 190 ασθενείς από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Συγκεκριμένα, περιλάμβανε 90 ασθενείς από τη Μονάδα ΤΝ, 39 ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΣΦΠΚ στη Μονάδα ΠΚ, ενώ 43 είχαν ΧΝΝ και 18 είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση. Από τον παραπάνω πληθυσμό 122 ήταν άνδρες και 68 γυναίκες. Επειδή στόχος της μελέτης είναι η συγκριτική παρουσίαση των ομάδων ΤΝ και ΠΚ σε σχέση με την ποιότητα ζωής και με το γενικό πληθυσμό, επιλέχθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με την εγκυροποίηση της ελληνικής μετάφρασης του SF-36 και προτυποποίησή του από τον Παπά και συν. (2006).

11. ΜΕΘΟΔΟΣ

Η εκπόνηση της εργασίας στηρίχθηκε σε δεδομένα από πρωτογενή έρευνα. Τα πρωτογενή δεδομένα προήλθαν από τις απαντήσεις των ασθενών στο ερωτηματολόγιο (SF-36). Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν με την επί τόπου συνέντευξη, μέσω ηλεκτρονικής μορφής. Η συγκεκριμένη μέθοδος λήψης δεδομένων είχε το πλεονέκτημα της προσωπικής επαφής, της παροχής διευκρινήσεων και εξηγήσεων και της διαμόρφωσης μιας γενικότερης άποψης για την κατανόηση των ερωτήσεων. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, υπήρχε ένα άνετο κλίμα, που δημιούργησε στους περισσότερους ασθενείς την επιθυμία, όχι μόνο να απαντήσουν με ευχαρίστηση στις ερωτήσεις, αλλά επιπλέον, να μιλήσουν για την κατάστασή τους και να μοιραστούν προσωπικά ή οικογενειακά τους προβλήματα.

Το γενικό ερωτηματολόγιο SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας.

Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που συνθέτουν οκτώ κλίμακες, οι οποίες διαμορφώνουν μετρήσεις σε δύο συνοπτικές κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο για αυτο-συμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο. Αποτελεί ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ΠΖ και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων.

Οι 8 κλίμακες του SF-36 είναι οι εξής:

- 1^η: Σωματική λειτουργικότητα- φυσική λειτουργικότητα (10 ερωτήσεις)
- 2^η: Σωματικός ρόλος-περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας (4 ερωτήσεις)
- 3^η: Σωματικός πόνος (2 ερωτήσεις)
- 4^η: Γενική Υγεία-Υποκειμενική αντίληψη επιπέδου υγείας (5 ερωτήσεις)
- 5^η: Ψυχική υγεία (5 ερωτήσεις)
- 6^η: Ρόλος συναισθηματικός-περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (3 ερωτήσεις)
- 7^η: Κοινωνική λειτουργικότητα-κοινωνικότητα (2 ερωτήσεις)
- 8^η: ζωτικότητα-Ενέργεια (4 ερωτήσεις)

Οι κλίμακες του SF-36 βαθμολογούνται με βάση νόρμες (norm-based scoring), όπου 50 είναι η μέση τιμή των κλιμάκων για τον γενικό πληθυσμό και 10 η τυπική τους απόκλιση.

Η βαθμολόγηση των απαντήσεων έγινε σε 100βάθμια κλίμακα, με το 0 να αντιστοιχεί στη χειρότερη κατάσταση και το 100 στην καλύτερη, επομένως όσο υψηλότερες είναι οι τιμές, τόσο καλύτερη η ΠΖ, ανάλογα με την παράμετρο ή τη διάσταση που μετρά κάθε ερώτηση ή κλίμακα.

Αξίζει να τονιστεί ότι οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στο SF-36, Std_PHYS (Physical Component Summary) και Std_MENT (Mental Component Summary), είναι η συνοπτική κλίμακα σωματικής και ψυχικής υγείας και είναι χρήσιμες για την συγκριτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Stada V-90 για ηλεκτρονικό υπολογιστή. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Kruskal Wallis, για την πολυμεταβλητή ανάλυση. Η ανάλυση έγινε με σκοπό να μελετηθεί η επίδραση κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή και η οικονομική κατάσταση στις διαστάσεις του SF-36 και κατά επέκταση στην ΠΖ των ασθενών. Στη συνέχεια εκτελέστηκαν στατιστικοί έλεγχοι με το κριτήριο t-test, προκειμένου να ελεγχθούν οι διαφορές ανάμεσα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ και σε ΑΚ.

12. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για τις ανάγκες του ερευνητικού μέρους της μελέτης συλλέχθηκε δείγμα 190 ασθενών από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Από αυτούς, οι 90 ασθενείς προήλθαν από τη Μονάδα ΤΝ, 39 από τη Μονάδα ΠΚ, ενώ 43 είχαν ΧΝΝ και 18 είχαν κάνει μεταμόσχευση.

Στάδιο	Συχνότητα	Ποσοστό
ΧΝΝ	43	22,51
ΤΝ	90	47,64
ΠΚ	39	20,42
Μεταμόσχευση	18	9,42
Σύνολο	190	100

Στόχος της μελέτης είναι η συγκριτική παρουσίαση των ομάδων που υποβάλλονται σε ΑΚ με ΤΝ και ΠΚ με το γενικό πληθυσμό, αναφορικά με την ΠΖ, αλλά και μεταξύ τους, και η καταγραφή των στατιστικά σημαντικών διαφορών που μπορεί να σχετίζονται με τη γενική κατάσταση υγείας τους όπως αυτή καταγράφεται από το ερωτηματολόγιο SF-36. Οι πιθανές διαφορές ελέγχονται στη συνέχεια μέσω πολυμεταβλητής ανάλυσης για την ανεξαρτησία τους από τους ακόλουθους παράγοντες:

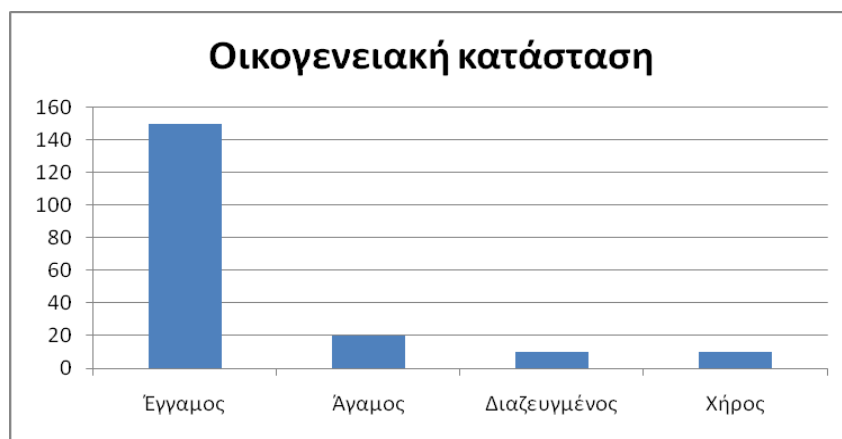
- Φύλο
- Ηλικία
- Οικογενειακή κατάσταση
- Οικονομική κατάσταση και
- Μορφωτικό επίπεδο

Η κατάταξη των ασθενών με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά εκφράζεται με συχνότητες και ποσοστά, σύμφωνα με τους ακόλουθους πίνακες και γραφήματα:

Οικογενειακή κατάσταση: Η κατανομή των συμμετοχόντων ασθενών ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση φαίνεται στον πίνακα 1. Παρατηρείται ότι οι έγγαμοι είναι περισσότεροι από τους άγαμους, διαζευγμένους και χήρους.

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγγαμος	150	78,95
Άγαμος	20	10,53
Διαζευγμένος	10	5,26
Χήρος	10	5,26
Σύνολο	190	100

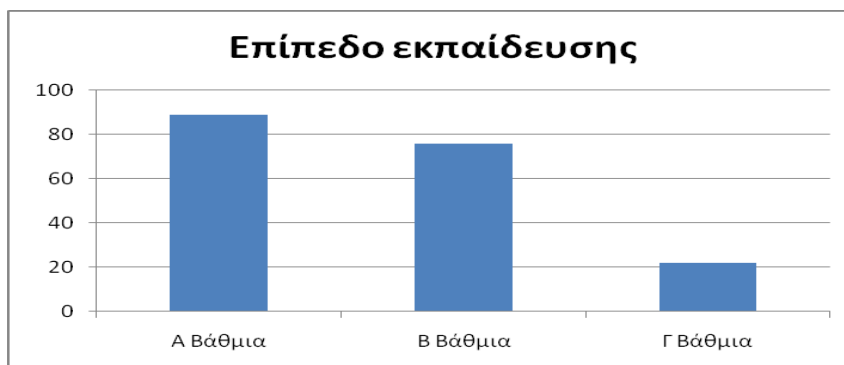
Πίνακας 1.



Επίπεδο εκπαίδευσης: Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των υπό μελέτη ασθενών παρατηρείται, ότι μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι ασθενείς της Α-βάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 2).

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό
Α Βάθμια	89	47,59
Β Βάθμια	76	40,64
Γ Βάθμια	22	11,76
Σύνολο	187	100

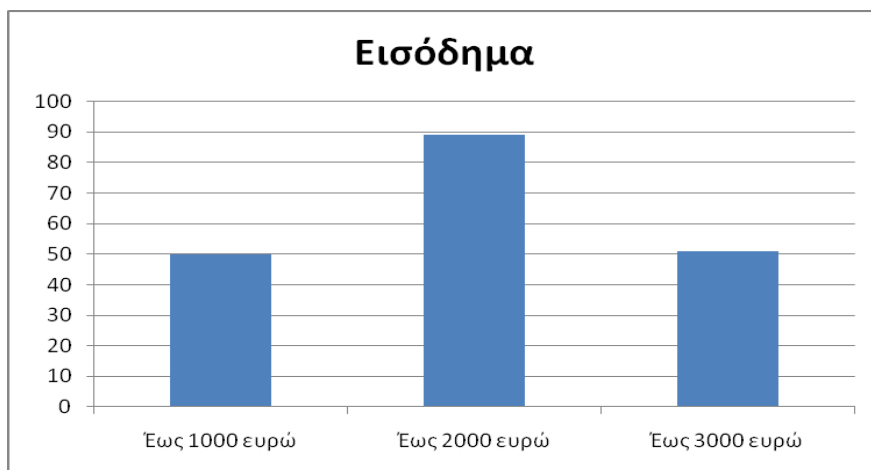
Πίνακας 2.



Εισόδημα: Στον Πίνακα 3, καταγράφεται το ύψος του εισοδήματος των υπό μελέτη ασθενών και παρατηρείται ότι, η συχνότητα είναι μεγαλύτερη για το εισόδημα έως 2000 ευρώ.

Εισόδημα	Συχνότητα	Ποσοστό
Έως 1000 ευρώ	50	26,32
Έως 2000 ευρώ	89	46,84
Έως 3000 ευρώ	51	26,84
Σύνολο	190	100

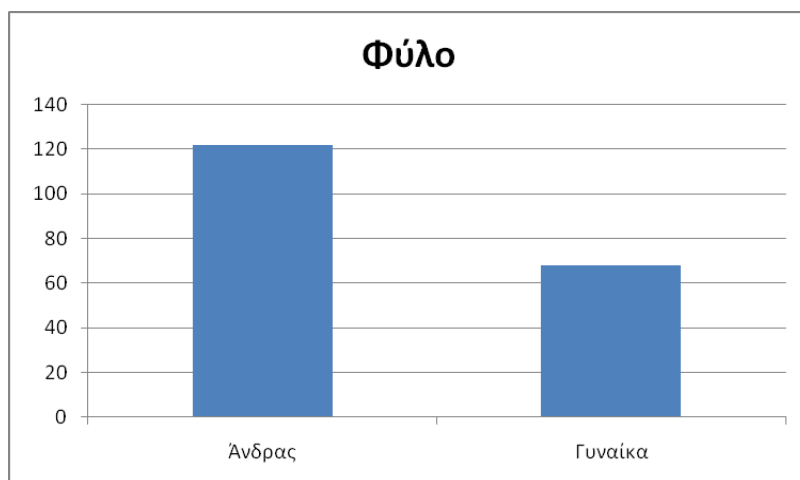
Πίνακας 3.



Φύλο: Στην υπό ομάδα μελέτη, σύμφωνα με τον πίνακα 4, οι άνδρες φαίνεται να υπερτερούν έναντι των γυναικών.

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό
Άνδρας	122	64,21
Γυναίκα	68	35,79
Σύνολο	190	100

Πίνακας 4.



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

Σύνολο περιστατικών SF36	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Σωματική λειτουργικότητα	190	73,66	24,05
Γενική υγεία	190	53,84	22,26
Ζωτικότητα	190	63,05	23,14
Ψυχική υγεία	190	72,84	18,47
Ρόλος σωματικός	190	52,50	44,73
Ρόλος συναισθηματικός	190	72,63	37,71
Κοινωνική λειτουργικότητα	190	76,45	30,88
Σωματικός πόνος	190	70,75	32,39
Std PHYS (Συν.κλίμακα σωματικής υγείας)	190	42,89	10,59
Std MENT(Συν.κλίμακα ψυχικής υγείας)	190	50,17	10,63



Σύγκριση με το γενικό πληθυσμό

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

Σύγκριση με το γενικό πληθυσμό SF36	ΠΚ (N=39)	TN (N=90)	Γενικός πληθυσμός (N=1007)
Σωματική λειτουργικότητα	70,00 (25,81)	63,72 (26,37)	79,5 (26,3)
Γενική υγεία	52,20 (21,58)	53,00 (20,61)	66,7 (23,8)
Ζωτικότητα	56,33 (22,45)	52,82 (21,88)	66,0 (22,5)
Ψυχική υγεία	70,44 (18,65)	68,10 (20,07)	68,2 (21,2)
Ρόλος σωματικός	47,50 (43,39)	42,95 (43,28)	78,6 (38,7)
Ρόλος συναισθηματικός	73,33 (35,40)	78,63 (31,05)	81,2 (36,6)
Κοινωνική λειτουργικότητα	73,19 (32,26)	68,91 (34,75)	81,3 (28,7)
Σωματικός πόνος	63,35 (34,50)	56,00 (34,88)	72,4 (31,9)
Std PHYS(Συν. κλίμακα σωματικής υγείας)	40,67 (11,33)	38,08 (11,99)	50,0 (16,6)
Std MENT(Συν. κλίμακα ψυχικής υγείας)	49,33 (10,26)	49,57 (10,54)	50,0 (16,6)

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

Σύγκριση μεταξύ ομάδων-γενικού πληθυσμού SF36	TN (N=90)	ΠΚ (N=39)	Γενικός πληθυσμός (N=1007)	p (2-sided t-test) για τη ΜΠΚ	p (2-sided t-test) για τη ΜΤΝ
Σωματική λειτουργικότητα	70,00 (25,81)	72,05 (23,72)	79,5 (26,3)	0,0573	0,0007
Γενική υγεία	52,20 (21,58)	48,35 (20,87)	66,7 (23,8)	0,0001	0,0001
Ζωτικότητα	56,33 (22,45)	72,56 (19,32)	66,0 (22,5)	0,0405	0,0001
Ψυχική υγεία	70,44 (18,65)	76,71 (17,26)	68,2 (21,2)	0,0144	0,1323
Ρόλος σωματικός	47,50 (43,39)	52,56 (46,87)	78,6 (38,7)	0,0013	0,0001
Ρόλος συναισθηματικός	73,33 (35,40)	70,08 (38,83)	81,2 (36,6)	0,0819	0,0378
Κοινωνική λειτουργικότητα	73,19 (32,26)	79,80 (24,77)	81,3 (28,7)	0,7088	0,0193
Σωματικός πόνος	63,35 (34,50)	75,71 (30,13)	72,4 (31,9)	0,496	0,0148

Τα παρατηρούμενα επίπεδα σημαντικότητας (p-values) που δηλώνουν στατιστικά σημαντική διαφορά, σημειώνονται με κόκκινο χρώμα. Έτσι, προκύπτει ότι, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις:

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

και για τις δύο ομάδες ασθενών που μελετώνται.

Παράλληλα, για τη Μονάδα TN παρατηρούνται συγκριτικά χαμηλότερες τιμές και για τις υπόλοιπες τρεις διαστάσεις:

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

Τέλος, για τη Ψυχική υγεία των ασθενών υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του γενικού πληθυσμού με τη Μονάδα ΠΚ αλλά όχι και με τη Μονάδα TN.

Σύγκριση μεταξύ των ομάδων

Τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ηλικία και το φύλο για την κάθε ομάδα ξεχωριστά φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα:

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	TN	ΠΚ
Άνδρες	51	27
Γυναίκες	39	12
Ηλικία	57,92	58,00

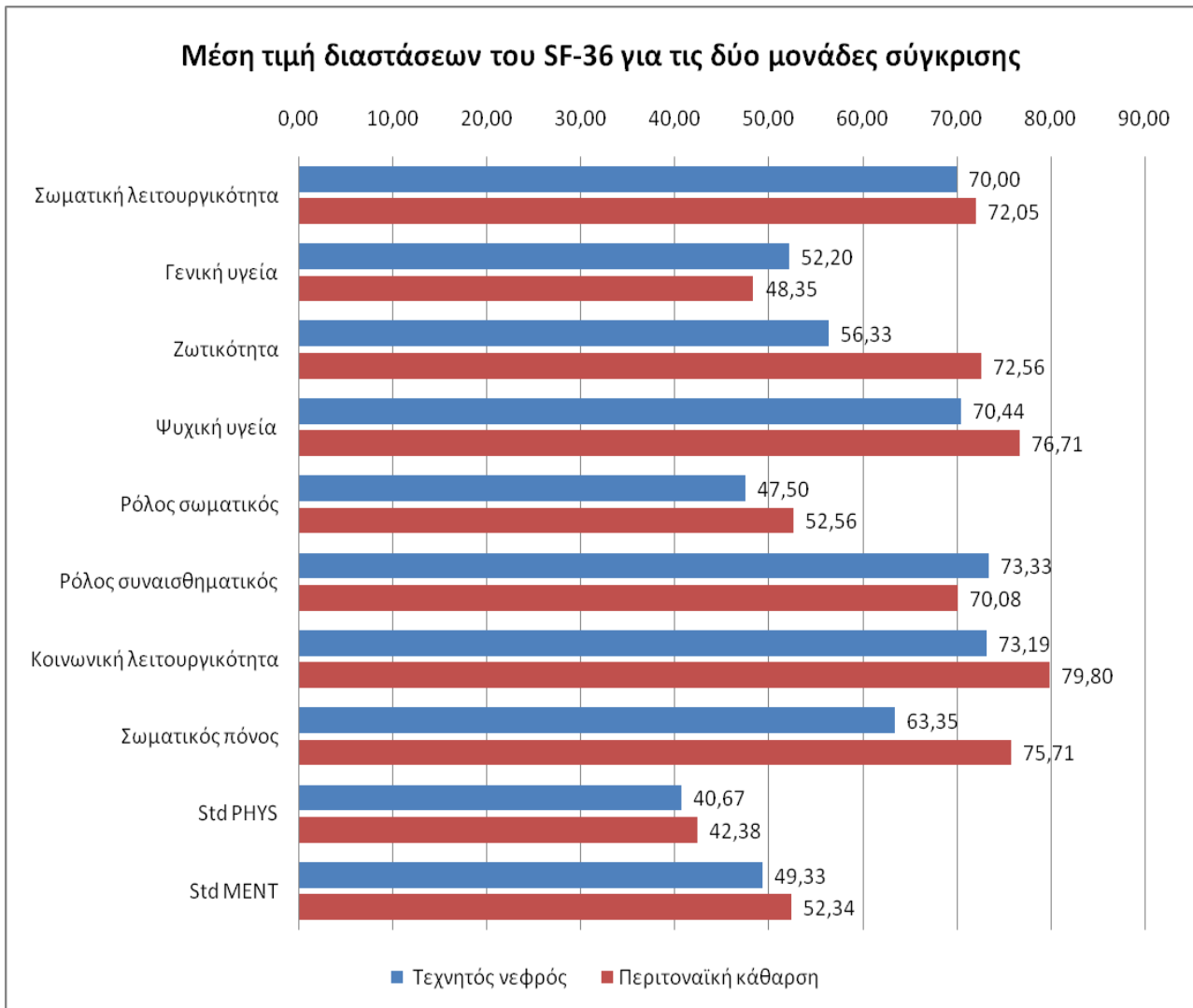
Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις διαστάσεις του SF-36 στις δύο ομάδες σύγκρισης. Ο στατιστικός έλεγχος που διεξάγεται για τη σύγκριση των δύο ομάδων είναι το t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Με κόκκινο σημειώνονται τα αποτελέσματα τα οποία δηλώνουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Σύγκριση μεταξύ των ομάδων SF36	TN	ΠΚ	p (2-sided t-test)
Σωματική λειτουργικότητα	70,00 (25,81)	72,05 (23,72)	0,6719
Γενική υγεία	52,20 (21,58)	48,35 (20,87)	0,3504
Ζωτικότητα	56,33 (22,45)	72,56 (19,32)	0,0001
Ψυχική υγεία	70,44 (18,65)	76,71 (17,26)	0,0753
Ρόλος σωματικός	47,50 (43,39)	52,56 (46,87)	0,5535
Ρόλος συναισθηματικός	73,33 (35,40)	70,08 (38,83)	0,6430
Κοινωνική λειτουργικότητα	73,19 (32,26)	79,80 (24,77)	0,2558
Σωματικός πόνος	63,35 (34,50)	75,71 (30,13)	0,0547
Std PHYS (Συν.κλίμακα)	40,67 (11,33)	42,38 (10,02)	0,4148
Std MENT (Συν.κλίμακα)	49,33 (10,26)	52,34 (9,08)	0,1151

Προκύπτει ότι παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα Ζωτικότητας στους ασθενείς TN σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ ($p=0,0001$). Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός, ότι σημειώνονται δυο αποτελέσματα, που είναι οριακά μη σημαντικά. Το πρώτο αφορά την Ψυχική Υγεία των ασθενών ($p=0,0753$) και το δεύτερο τον Σωματικό Πόνο ($p=0,0547$). Και στις δύο περιπτώσεις οι ασθενείς της ομάδας TN έχουν

χαμηλότερες τιμές, υποδεικνύοντας τάση για συγκριτικά «χειρότερη» ψυχική υγεία, αλλά και μικρότερα επίπεδα σωματικού πόνου.

Τα συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ των δύο ομάδων αποδίδονται στο ακόλουθο γράφημα:



Πολυμεταβλητή προσέγγιση

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

ανάλυση. Τα αποτελέσματα αυτής παρουσιάζονται ξεχωριστά για κάθε μία διάσταση του ερωτηματολογίου.

Σωματική λειτουργικότητα

Σχετικά με την Σωματική λειτουργικότητα προκύπτει, ότι εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, με την οικογενειακή τους κατάσταση, αλλά και με την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

	Σωματική λειτουργικότητα		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	67,47191	24,898927	0,003
B-βάθμια	81,11842	21,14393	
Γ-βάθμια	75	23,904572	
Έγγαμος	73,96667	23,87254	0,028
Άγαμος	82,5	17,584383	
Διαζευγμένος	70,5	30,226001	
Χήρος	54,5	23,386843	
Εισόδημα <1000	65,1	24,877	0,0048
Εισόδημα <2000	76,9662	23,724	
Εισόδημα <3000	76,274	22,109	

Σωματική λειτουργικότητα	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	-0,59414	0,206932	-2,87	0,005	-1,00403	-0,18425
Φύλο	-5,75649	4,809706	-1,2	0,234	-15,2836	3,770614
Μονάδα	1,255297	4,746569	0,26	0,792	-8,14674	10,65734
B-βάθμια	6,14099	5,601427	1,1	0,275	-4,95436	17,23634
Γ-βάθμια	4,110898	9,592348	0,43	0,669	-14,8897	23,11149
Άγαμος	-13,8042	8,58505	-1,61	0,111	-30,8096	3,201115
Διαζευγμένος	-17,8665	10,76601	-1,66	0,1	-39,1919	3,458943
Χήρος	-10,7148	11,28676	-0,95	0,344	-33,0716	11,64215
Εισόδημα<2000	7,464286	5,522157	1,35	0,179	-3,47404	18,40262
Εισόδημα<3000	-0,3009	6,63942	-0,05	0,964	-13,4523	12,85051
_cons	108,8819	17,33049	6,28	0	74,55354	143,2103

Οι διαφορές αυτές όμως, εξαλείφονται υπό το πρίσμα της πολυμεταβλητής ανάλυσης. Προκύπτει συνολικά, ότι οι τιμές της Σωματικής Λειτουργικότητας επηρεάζονται μόνο από την ηλικία των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας, η Σωματική λειτουργικότητα μειώνεται κατά 0,6 περίπου μονάδες (p=0,005).

Γενική υγεία

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

	Γενική υγεία		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	54,4607	21,890251	0,999
B-βάθμια	53,5526	22,32511	
Γ-βάθμια	54,1364	25,298777	
Έγγαμος	53,1133	21,859078	0,7127
Άγαμος	58,55	21,119896	
Διαζευγμένος	54,4	27,191502	
Χήρος	54,8	27,417756	0,7642
Εισόδημα <1000	52	22,5605	
Εισόδημα <2000	54,033	22,799	
Εισόδημα <3000	55,313	21,287	

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

Γενική υγεία	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	-0,12281	0,190084	-0,65	0,52	-0,49933	0,253716
Φύλο	-0,86736	4,418121	-0,2	0,845	-9,61881	7,884091
Μονάδα	4,933352	4,360124	1,13	0,26	-3,70322	13,56992
B-βάθμια	-6,73497	5,145384	-1,31	0,193	-16,927	3,457043
Γ-βάθμια	-11,9288	8,811382	-1,35	0,178	-29,3825	5,52482
Άγαμος	6,419163	7,886093	0,81	0,417	-9,20167	22,04
Διαζευγμένος	-12,0288	9,88949	-1,22	0,226	-31,6179	7,560419
Χήρος	2,001312	10,36784	0,19	0,847	-18,5354	22,53801
Εισόδημα <2000	-0,46984	5,072567	-0,09	0,926	-10,5176	9,577936
Εισόδημα <3000	0,461529	6,098868	0,08	0,94	-11,6192	12,54221
_cons	59,9809	15,91952	3,77	0	28,44739	91,51441

Ζωτικότητα

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

	Ζωτικότητα		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	60,50562	23,681659	0,4199
B-βάθμια	66,05263	22,080395	
Γ-βάθμια	64,54546	23,498181	
Έγγαμος	63,2	22,15927	0,1168
Άγαμος	73,25	21,90139	
Διαζευγμένος	49,5	31,309388	
Χήρος	54	24,4722	
Εισόδημα <1000	57,3	22,274	0,1779
Εισόδημα <2000	65,3932	22,8908	
Εισόδημα <3000	64,6078	23,8923	

Η πολυμεταβλητή ανάλυση φανερώνει, ότι ρόλο παίζει το φύλο, η Μονάδα, η οικογενειακή και η οικονομική κατάσταση. Συγκεκριμένα οι γυναίκες έχουν κατά 8,5 περίπου μονάδες χαμηλότερη Ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες ($p=0.043$). Παράλληλα οι ασθενείς του TN καταγράφουν κατά μέσο όρο 12 μονάδες χαμηλότερης ζωτικότητας σε σχέση με τους ασθενείς της ΠΚ ($p=0.002$). Φαίνεται επίσης, ότι οι διαζευγμένοι έχουν κατά 25 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή Ζωτικότητας συγκριτικά με τους έγγαμους ($p=0,006$) και όσοι έχουν εισόδημα <2000 ευρώ έχουν κατά 9,5 περίπου μονάδες περισσότερη Ζωτικότητα συγκριτικά με όσους έχουν εισόδημα <1000 ευρώ.

Ζωτικότητα	Coef.	Std. Err.	T	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	-0,12267	0,177578	-0,69	0,491	-0,47441	0,22908
Φύλο	-8,44259	4,127424	-2,05	0,043	-16,6182	-0,26696
Μονάδα	-12,9997	4,073243	-3,19	0,002	-21,068	-4,93139
B-βάθμια	-5,53072	4,806835	-1,15	0,252	-15,0521	3,990698
Γ-βάθμια	-8,79475	8,231622	-1,07	0,288	-25,1	7,510508
Άγαμος	12,22266	7,367215	1,66	0,1	-2,37038	26,81569
Διαζευγμένος	-25,6641	9,238795	-2,78	0,006	-43,9643	-7,36378
Χήρος	3,102439	9,685672	0,32	0,749	-16,083	22,28789
Εισόδημα <2000	9,550563	4,73881	2,02	0,046	0,163893	18,93723
Εισόδημα <3000	3,755827	5,697583	0,66	0,511	-7,52999	15,04164
_cons	86,91978	14,87207	5,84	0	57,46106	116,3785

Ψυχική υγεία

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

	Ψυχική υγεία		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	72,53933	18,212793	0,7521
B-βάθμια	73,26316	18,151487	
Γ-βάθμια	74,36364	21,722373	
Έγγαμος	73,28	17,532757	0,3902
Άγαμος	76,2	20,86447	
Διαζευγμένος	62,8	27,19803	
Χήρος	69,6	16,35169	0,3037
Εισόδημα <1000	71,52	18,58048	
Εισόδημα <2000	74,921	17,275	
Εισόδημα <3000	70,509	20,2853	

Η πολυμεταβλητή ανάλυση φανερώνει, ότι ρόλο παίζει το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα οι γυναίκες έχουν κατά 7,2 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στην Ψυχική υγεία σε σχέση με το μ άνδρες ($p=0.048$). Παράλληλα φαίνεται, ότι οι διαζευγμένοι έχουν κατά 25 περίπου μονάδες χαμηλότερες τιμές στην Ψυχική υγεία συγκριτικά με τους έγγαμους ($p=0,002$).

Ψυχική υγεία	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	0,040657	0,154543	0,26	0,793	-0,26546	0,346778
Φύλο	-7,17601	3,59204	-2	0,048	-14,2912	-0,06087
Μονάδα	-2,71586	3,544887	-0,77	0,445	-9,7376	4,305875
B-βάθμια	-3,21484	4,183322	-0,77	0,444	-11,5012	5,071512
Γ-βάθμια	-4,80312	7,163867	-0,67	0,504	-18,9934	9,387123
Άγαμος	6,238543	6,411585	0,97	0,333	-6,46157	18,93866
Διαζευγμένος	-25,227	8,040395	-3,14	0,002	-41,1535	-9,3005
Χήρος	-1,63101	8,429306	-0,19	0,847	-18,3279	15,06582
Εισόδημα <2000	3,483006	4,12412	0,84	0,4	-4,68608	11,65209
Εισόδημα <3000	-2,80653	4,958527	-0,57	0,572	-12,6284	7,015361
_cons	83,78979	12,94296	6,47	0	58,15228	109,4273

Ρόλος σωματικός

Σχετικά με το Σωματικό ρόλο προκύπτει, ότι εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών και με την οικονομική τους κατάσταση. Οριακή είναι η διαφορά σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

	Ρόλος σωματικός		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	42,13483	44,847517	0,0128
B-βάθμια	63,48684	43,673178	
Γ-βάθμια	56,81818	40,22394	
Έγγαμος	53,3333	45,21264	0,0763
Άγαμος	67,5	38,13066	
Διαζευγμένος	37,5	46,02233	
Χήρος	25	37,26	0,0306
Εισόδημα <1000	38,5	42,91959	
Εισόδημα <2000	54,213	46,654	
Εισόδημα <3000	63,2352	40,1101	

Η πολυμεταβλητή ανάλυση φανερώνει, ότι ρόλο παίζει μόνο η οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι οι διαζευγμένοι έχουν κατά 44 περίπου μονάδες χαμηλότερες τιμές στο Σωματικό ρόλο συγκριτικά με τους έγγαμους ($p=0,025$).

Ρόλος σωματικός	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	-0,62764	0,374698	-1,68	0,097	-1,36984	0,114567
Φύλο	5,780446	8,709077	0,66	0,508	-11,4706	23,03145
Μονάδα	-0,59034	8,594752	-0,07	0,945	-17,6149	16,43421
B-βάθμια	9,788505	10,14267	0,97	0,337	-10,3022	29,87918
Γ-βάθμια	11,45942	17,36915	0,66	0,511	-22,9455	45,86435
Άγαμος	-10,5942	15,5452	-0,68	0,497	-41,3863	20,19783
Διαζευγμένος	-44,2884	19,49433	-2,27	0,025	-82,903	-5,67392
Χήρος	-28,5267	20,43727	-1,4	0,165	-69,009	11,95558
Εισόδημα <2000	9,510943	9,999132	0,95	0,344	-10,2954	29,3173
Εισόδημα <3000	5,252112	12,02219	0,44	0,663	-18,5615	29,06576
_cons	71,31327	31,38084	2,27	0,025	9,153873	133,4727

Ρόλος συναισθηματικός

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

	Ρόλος συναισθηματικός		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	71,91	39,854178	0,4826
B-βάθμια	75,44	35,010442	
Γ-βάθμια	63,64	39,72004	
Έγγαμος	71,56	38,885	0,4179
Άγαμος	78,33	31,11	
Διαζευγμένος	60	40,9757	
Χήρος	90	22,498	0,5269
Εισόδημα <1000	68,67	38,3385	
Εισόδημα <2000	75,28	38,444	
Εισόδημα <3000	71,9	36,1309	

Η πολυμεταβλητή ανάλυση φανερώνει, ότι ρόλο παίζει τελικά η οικονομική κατάσταση. Συγκεκριμένα, φαίνεται, ότι όσοι έχουν εισόδημα <2000 ευρώ έχουν κατά 17 περίπου μονάδες μεγαλύτερες τιμές στο Συναισθηματικό ρόλο, συγκριτικά με όσους έχουν εισόδημα <1000 ευρώ. (p=0,044).

Ρόλος συναισθηματικός	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	0,030695	0,31518	0,1	0,923	-0,59362	0,655005
Φύλο	2,26137	7,325701	0,31	0,758	-12,2494	16,77217
Μονάδα	3,317836	7,229536	0,46	0,647	-11,0025	17,63815
B-βάθμια	-3,24698	8,531576	-0,38	0,704	-20,1464	13,65243
Γ-βάθμια	-21,141	14,61018	-1,45	0,151	-50,0809	7,798998
Άγαμος	6,962144	13,07596	0,53	0,595	-18,9388	32,8631
Διαζευγμένος	-23,6607	16,39779	-1,44	0,152	-56,1416	8,820137
Χήρος	27,83276	17,19095	1,62	0,108	-6,2192	61,88472
Εισόδημα <2000	17,09378	8,41084	2,03	0,044	0,433522	33,75403
Εισόδημα <3000	7,202678	10,11255	0,71	0,478	-12,8283	27,2337
_cons	57,21478	26,39621	2,17	0,032	4,928971	109,5006

Κοινωνική λειτουργικότητα

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

	Κοινωνική λειτουργικότητα		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	76,26	32,47841	0,9024
B-βάθμια	76,64	29,884647	
Γ-βάθμια	78,41	30,41915	
Έγγαμος	76,25	30,9168	0,9354
Άγαμος	78,75	29,5525	
Διαζευγμένος	78,75	34,38446	
Χήρος	72,5	33,747	0,1653
Εισόδημα <1000	76,5	33,181	
Εισόδημα <2000	79,92	29,29195	
Εισόδημα <3000	70,34	30,9193	

Διαφορές στην κοινωνική λειτουργικότητα δεν προκύπτουν, ούτε μετά από την πολυμεταβλητή ανάλυση, για κάποιο από τα χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν.

Κοινωνική λειτουργικότητα	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	-0,24329	0,270658	-0,9	0,371	-0,77941	0,292836
Φύλο	-4,79984	6,290889	-0,76	0,447	-17,2609	7,661198
Μονάδα	-5,05207	6,208308	-0,81	0,417	-17,3495	7,245394
B-βάθμια	-5,13495	7,326425	-0,7	0,485	-19,6472	9,37729
Γ-βάθμια	-13,726	12,54638	-1,09	0,276	-38,578	11,12598
Άγαμος	-1,5723	11,22888	-0,14	0,889	-23,8145	20,66994
Διαζευγμένος	-1,04327	14,08148	-0,07	0,941	-28,936	26,84943
Χήρος	0,405074	14,76259	0,03	0,978	-28,8368	29,64693
Εισόδημα <2000	2,335452	7,222744	0,32	0,747	-11,9714	16,64232
Εισόδημα <3000	-8,87342	8,684076	-1,02	0,309	-26,0749	8,328063
_cons	104,6437	22,66754	4,62	0	59,74362	149,5437

Σωματικός πόνος

Σχετικά με το Σωματικό πόνο προκύπτει, ότι εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, μόνον, ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των ασθενών. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

	Σωματικός πόνος		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	66,1	34,284918	0,0955
B-βάθμια	74,04	30,405895	
Γ-βάθμια	82,14	27,672051	
Έγγαμος	71,39	30,79261	0,1175
Άγαμος	82,25	26,3196	
Διαζευγμένος	63,9	42,207	
Χήρος	45,1	44,856	0,0224
Εισόδημα <1000	58,84	37,7474	
Εισόδημα <2000	77,73	27,56	
Εισόδημα <3000	70,25	31,692	

Η πολυμεταβλητή ανάλυση φανερώνει όμως, ότι τελικά ρόλο παίζει η οικογενειακή κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι διαζευγμένοι και οι χήροι έχουν κατά 38 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή σωματικού πόνου, συγκριτικά με τους έγγαμους ($p=0,008$ και $p=0,045$ αντίστοιχα).

Σωματικός πόνος	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	-0,01515	0,274518	-0,06	0,956	-0,55892	0,528613
Φύλο	-9,1423	6,380596	-1,43	0,155	-21,781	3,496431
Μονάδα	-4,72486	6,296837	-0,75	0,455	-17,1977	7,747968
B-βάθμια	5,242992	7,430899	0,71	0,482	-9,47619	19,96217
Γ-βάθμια	17,61425	12,72529	1,38	0,169	-7,5921	42,8206
Άγαμος	5,926981	11,389	0,52	0,604	-16,6324	28,48639
Διαζευγμένος	-38,5416	14,28228	-2,7	0,008	-66,832	-10,2511
Χήρος	-30,3403	14,97311	-2,03	0,045	-59,9991	-0,68144
Εισόδημα<2000	11,43796	7,325739	1,56	0,121	-3,07292	25,94883
Εισόδημα<3000	-3,10605	8,807909	-0,35	0,725	-20,5528	14,34072
_cons	79,34474	22,99078	3,45	0,001	33,80443	124,885

Std_PHYS

Σχετικά με την Std_PHYS προκύπτει, ότι εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, με την οικογενειακή τους κατάσταση, αλλά και με την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

	Std_PHYS		p-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	40,16562	10,724575	0,002
B-βάθμια	45,65103	9,7793779	
Γ-βάθμια	45,51314	9,7817424	
Έγγαμος	43,04508	10,1659	0,0216
Άγαμος	47,6128	7,884	
Διαζευγμένος	41,666	12,2315	
Χήρος	32,424	13,744	
Εισόδημα<1000	38,333	10,96757	0,0019
Εισόδημα<2000	44,2611	10,4413	
Εισόδημα<3000	44,9802	9,24142	

Οι διαφορές αυτές παραμένουν στατιστικά σημαντικές και υπό το πρίσμα της πολυμεταβλητής ανάλυσης, μόνον για την περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης. Προκύπτει συνολικά, ότι οι τιμές της Std_PHYS επηρεάζονται από την ηλικία των ασθενών και από την οικογενειακή τους κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας, η Std_PHYS μειώνεται κατά 0,2 μονάδες ($p=0,026$). Παράλληλα, φαίνεται ότι, τόσο οι διαζευγμένοι, όσο και οι χήροι έχουν κατά 10 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στην Std_PHYS, συγκριτικά με τους έγγαμους ($p=0,025$ και $p=0,037$ αντίστοιχα).

std_PHYS	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	-0,20014	0,088564	-2,26	0,026	-0,3755712	-0,0247138
Φύλο	-1,1575	2,058493	-0,56	0,575	-5,234978	2,91998
Μονάδα	0,122267	2,031471	0,06	0,952	-3,901687	4,146221
B-βάθμια	2,551815	2,39734	1,06	0,289	-2,196854	7,300483
Γ-βάθμια	4,593445	4,105403	1,12	0,266	-3,538568	12,72546
Άγαμος	-3,06007	3,674292	-0,83	0,407	-10,33813	4,217998
Διαζευγμένος	-10,4782	4,607716	-2,27	0,025	-19,6052	-1,351206
Χήρος	-10,1682	4,830589	-2,1	0,037	-19,7367	-0,5997626
Εισόδημα<2000	2,557436	2,363413	1,08	0,281	-2,12403	7,238903
Εισόδημα<3000	0,135194	2,841587	0,05	0,962	-5,493444	5,763832
ons	53,08028	7,417232	7,16	0	38,38817	67,77239

std_MENT

Σχετικά με την Std_Ment προκύπτει, ότι δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, την οικογενειακή ή την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

	Std_Ment		P-Kruskal Wallis test
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
A-βάθμια	50,86684	10,848728	0,5755
B-βάθμια	49,72632	10,396442	
Γ-βάθμια	49,0329	11,527168	
Έγγαμος	50,053	10,2708	0,4719
Άγαμος	51,3	12,398	
Διαζευγμένος	45,688	14,3495	
Χήρος	54,058	7,28408	
Εισόδημα<1000	50,52246	10,558	0,2772
Εισόδημα<2000	51,07	10,356	
Εισόδημα<3000	48,236	11,117	

Η πολυμεταβλητή ανάλυση φανερώνει όμως, ότι τελικά ρόλο παίζει το μορφωτικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι απόφοιτοι Γ –βάθμιας εκπαίδευσης, έχουν κατά 8 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στην std_Ment συγκριτικά με τους αποφοίτους Α –βάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,036$).

std_MENT	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	0,056114	0,083148	0,67	0,501	-0,10859	0,220815
Φύλο	-2,41506	1,932604	-1,25	0,214	-6,24318	1,41306
Μονάδα	-2,31703	1,907235	-1,21	0,227	-6,0949	1,460832
B-βάθμια	-3,67242	2,250728	-1,63	0,105	-8,13068	0,785838
Γ-βάθμια	-8,18008	3,854334	-2,12	0,036	-15,8148	-0,54538
Άγαμος	5,265594	3,449588	1,53	0,13	-1,56738	12,09856
Διαζευγμένος	-7,83688	4,325927	-1,81	0,073	-16,4057	0,731947
Χήρος	6,971387	4,535171	1,54	0,127	-2,01191	15,95469
Εισόδημα<2000	2,977895	2,218877	1,34	0,182	-1,41727	7,373062
Εισόδημα<3000	-0,48926	2,667808	-0,18	0,855	-5,77367	4,795157
_cons	52,54263	6,963625	7,55	0	38,74903	66,33623

13. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την παρούσα έρευνα φάνηκε ότι, στις περισσότερες διαστάσεις υγείας, όπως αυτές εκφράστηκαν μέσω των κλιμάκων του SF-36, η ΠΖ των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ με ΤΝ και ΠΚ ήταν χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού στις εξής διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, γενική υγεία, ζωτικότητα και ρόλο σωματικό. Για την ομάδα των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ με ΤΝ, παρατηρούνται συγκριτικά χαμηλότερες τιμές για τις ακόλουθες διαστάσεις: ρόλο συναισθηματικό, κοινωνική λειτουργικότητα, σωματικό πόνο. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό φαίνεται να βιώνει καλύτερη ψυχική υγεία η ομάδα που υποβάλλεται σε ΠΚ, έναντι της ομάδας που υποβάλλεται σε ΤΝ. Σε αντίθεση έρχεται η έρευνα των Νιάκα και συν. (2004), η οποία παρουσιάζει τους ΑΚ και ΠΚ ασθενείς να βιώνουν την ίδια ψυχική υγεία. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό όλες οι διαστάσεις υγείας είναι επηρεασμένες σύμφωνα με τις μέσες τιμές χρησιμότητας ανά κλίμακα του SF-36. Ο σωματικός ρόλος παρουσιάζει χαμηλότερη τιμή στην ΑΚ σύμφωνα με τους Νιάκα και συν. (2004). Οι υπόλοιπες διαστάσεις δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με προηγούμενη μελέτη της Θεοφίλου (2010), που αφορούσε την ΠΖ και την ψυχική υγεία ασθενών σε ΑΚ και ΠΚ, δείχνει ότι, καλύτερη ψυχική υγεία παρουσιάζουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ. Στην ίδια μελέτη χρησιμοποιήθηκε σε δείγμα 144 ασθενών υπό ΑΚ και ΠΚ το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας, το ερωτηματολόγιο άγχους και κατάθλιψης. Οι ΑΚ ασθενείς, ανέφεραν πιο περιορισμένη ΠΖ σε σχέση με τους ΠΚ ασθενείς, καταδεικνύοντας μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σε διαφορετικές πτυχές της ζωής τους και περιορισμούς. Αντίθετα, οι ΠΚ ασθενείς είναι εκείνοι που αξιολογούν καλύτερα την ΠΖ μέσα από καλύτερη γενική υγεία. Στην παρούσα έρευνα η γενική υγεία είναι η μόνη διάσταση, η οποία βρίσκεται σε χαμηλότερο επίπεδο στην ΠΚ, εύρημα το οποίο είναι αδιευκρίνιστο. Επιπλέον, εστιάζοντας στις διαφορές μεταξύ ισοδύναμων ομάδων ΑΚ και ΠΚ ασθενών, οι ΑΚ ασθενείς ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα άγχους, προβλήματα στον ύπνο και κατάθλιψη. Η κατάθλιψη και οι φοβίες που οι ασθενείς βιώνουν με την ένταξή τους σε ΤΝ ή ΠΚ επηρεάζουν αρνητικά την ΠΖ των ασθενών αυτών, όπως φαίνεται και στην έρευνα του Wasserfallen (2004). Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έδειξαν μεγαλύτερη προτίμηση στην ψυχική διάσταση, εστιάζοντας περισσότερο στον προσωπικό τους έλεγχο, για να ρυθμίσουν την κατάσταση υγείας τους και τους διαιτητικούς περιορισμούς, που η φύση της ασθένειάς τους επιβάλλει. Η καλή ψυχική υγεία συμβάλλει σε καλύτερη ΠΖ, με λιγότερα σωματικά συμπτώματα και στις δυο υποομάδες ασθενών. Όσον αφορά στην ψυχική υγεία έχει βρεθεί, ότι οι ασθενείς που

υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΠΚ σε έρευνα της Καραμανίδου (2009). Στην ίδια μελέτη, χαμηλότερη ΠΖ παρατηρείται, ιδιαίτερα, στην ομάδα των ασθενών σε ΑΚ, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοδιάλυση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι ασθενείς αυτοί βίωναν σημαντικές αλλαγές στην ΠΖ τους με την πάροδο του χρόνου, όπως, επιδείνωση στη σωματική, την κοινωνική και την περιβαλλοντική υγεία. Η σύγκριση της ποιότητας ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ και ΠΚ στην αρχή της ένταξής τους και ένα χρόνο μετά, έδειξε ότι, καλύτερη ποιότητα ζωής παρουσιάζουν οι ασθενείς στην ΠΚ έναντι των ασθενών σε ΑΚ τον πρώτο χρόνο. Σε ένα χρόνο αργότερα οι διαστάσεις του SF-36 βελτιώνονταν σε μερικούς ασθενείς και σε άλλους χειρότερου. Οι ΑΚ ασθενείς παρουσίαζαν βελτίωση σε δύο διαστάσεις του SF-36, τη Σωματική Λειτουργικότητα και Γενική Υγεία σε σχέση με τους ασθενείς σε ΠΚ (Wu et al, 2004).

Όσον αφορά την ΠΖ, φαίνεται ότι οι ασθενείς σε ΠΚ βιώνουν καλύτερη ΠΖ έναντι των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ. Το ίδιο αποτέλεσμα έδειξε και η μελέτη των Gokal et al (1999). Παρατηρούνται χαμηλότερα επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις υγείας για τον TN σε σχέση με την ΠΚ. Σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα παρουσιάζουν, η ζωτικότητα, η ψυχική υγεία και ο σωματικός πόνος.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η ΠΖ των ασθενών φαίνεται να σχετίζεται με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες. Συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση και η οικογενειακή – οικονομική κατάσταση, μπορούν να επηρεάσουν, είτε ευνοϊκά, είτε δυσμενώς την ΠΖ και την ψυχική υγεία των ασθενών.

Ενδιαφέρον εύρημα παρουσιάζει το γεγονός ότι, η ψυχική υγεία επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση. Αντίθετα, πρόσφατη ελληνική μελέτη με ηπατοπαθείς έδειξε το αντίθετο. Η ψυχική υγεία φάνηκε σχεδόν ανεπηρέαστη από τις μεταβλητές αυτές (Γαλάνης και συν, 2007).

Από τις συγκρίσεις των βαθμολογιών που σημείωσαν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς στις κλίμακες του SF-36, με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, της πολυμεταβλητής ανάλυσης, επιβεβαιώθηκαν τα εξής: όσον αφορά τη σωματική λειτουργικότητα αυτή επηρεάζεται από τη ηλικία των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας η σωματική λειτουργικότητα μειώνεται κατά 0,6 περίπου μονάδες. Η πάροδος της ηλικίας φαίνεται, ότι επιδρά αρνητικά στο πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, τη σωματική και την ψυχολογική τους υγεία. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα

σωματικής ευεξίας και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στην ΑΚ, σύμφωνα με διάφορες μελέτες (Apostolou et al, 2007, Chiang CK et al, 2004).

Σχετικά με την Std_PHYS, οι τιμές της επηρεάζονται από την ηλικία των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας η Std Phys μειώνεται κατά 0,2 μονάδες. Σε αντίστοιχη έρευνα φαίνεται, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν χαμηλότερη τιμή ΠΖ σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς τον πρώτο χρόνο έναρξης της ΑΚ (Mendoza et al, 2006).

Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες έχουν κατά 8,5 περίπου μονάδες χαμηλότερη ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες. Παράλληλα, οι ασθενείς του TN καταγράφουν κατά μέσο όρο 12 μονάδες χαμηλότερης ζωτικότητας σε σχέση με τους ασθενείς της ΠΚ. Ειδικότερα, οι γυναίκες ασθενείς έδειξαν να αξιολογούν πιο αρνητικά την ψυχολογική τους υγεία. Οι γυναίκες έχουν κατά 7,2 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στην ψυχική υγεία, σε σχέση με τους άνδρες. Σε αντίθεση έρχεται η μελέτη των Garcia et al. (2010), που παρουσιάζει τους άνδρες να βιώνουν κατάθλιψη, ενώ υποβάλλονται σε TN.

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση φάνηκε να έχει επίδραση στο πώς αξιολογούν οι ασθενείς το περιβάλλον τους. Σύμφωνα με ευρήματα έρευνας, τα λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης προδιαθέτουν τους ασθενείς στο να διατυπώνουν μια περισσότερο αρνητική αντίληψη σχετικά με το περιβάλλον, στο οποίο διαβιών. Αντίθετα, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με θετικότερες εκτιμήσεις της σωματικής υγείας και της ΠΖ (Ελληνικού και Ζήση, 2002).

Στη συγκεκριμένη μελέτη φαίνεται, ότι απόφοιτοι της Γ-βάθμιας εκπαίδευσης έχουν κατά περίπου 8 μονάδες χαμηλότερη τιμή στην Std MENT, συγκριτικά με τους απόφοιτους Α-βάθμιας εκπαίδευσης.

Όσον αφορά στην παράμετρο της οικογενειακής κατάστασης, φάνηκε ότι επιδρά στην ψυχική υγεία αυτών των ασθενών. Η συνθήκη του ασθενούς που είναι χήρος ή διαζευγμένος, προδιαθέτει σε μία πολύ πιο αρνητική αξιολόγηση της ψυχολογικής του υγείας. Ειδικότερα, οι διαζευγμένοι έχουν κατά 25 περίπου μονάδες χαμηλότερη ζωτικότητα και ψυχική υγεία συγκριτικά με τους έγγαμους. Σχετικά με το σωματικό ρόλο προκύπτει ότι, οι διαζευγμένοι έχουν κατά 44 περίπου χαμηλότερες τιμές στο σωματικό ρόλο, σε σχέση με τους έγγαμους. Παράλληλα, οι διαζευγμένοι και οι χήροι έχουν κατά 38 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή σωματικού πόνου σε σχέση με τους έγγαμους. Τέλος, τόσο οι διαζευγμένοι όσο και οι χήροι έχουν κατά 10 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στην Std_PHYS σε σχέση με τους έγγαμους. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η νεφρική νόσος, είναι κατεξοχήν οικογενειακή

ασθένεια και επηρεάζει όλη την οικογένεια, η οποία στηρίζει ψυχικά τον ασθενή (Acaray & Pinar, 2005). Σε μελέτη 55 ζευγαριών, των οποίων το ένα μέλος υποβάλλονταν σε χρόνια αιμοκάθαρση, βρέθηκε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης των συζύγων, συσχετίζονταν. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι ο πάσχων και ο σύντροφός του λειτουργούν ως μία ψυχοκοινωνική δυάδα. Η ψυχοκοινωνική κατάσταση του/της συζύγου μπορεί να έχει αντίκτυπο στην κατάθλιψη του ασθενούς. Ο/Η σύζυγος θα μπορούσε να είναι επιδεκτικός σε παρεμβάσεις, που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την έκβαση του ασθενούς (Daneker et al, 2001).

Η οικονομική κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο, αφού, όσοι έχουν υψηλό εισόδημα, έχουν καλύτερες τιμές στο συναισθηματικό ρόλο, συγκριτικά, με όσους έχουν χαμηλότερο εισόδημα. Σε μελέτη των Ελληνικού και Ζήση (2002), βρέθηκε ότι, ασθενείς που βρίσκονται στα χαμηλότερα επίπεδα οικονομικής κατάστασης και υποβάλλονται σε TN, αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, σχετικά με την ψυχική και σωματική υγεία. Διαφορές στην κοινωνική λειτουργικότητα δεν προκύπτουν μετά από την πολυμεταβλητή ανάλυση.

14. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι, διαφορετικές διαστάσεις στην ΠΖ, προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και διαφορετικές πεποιθήσεις υγείας, μπορούν να χαρακτηρίζουν τους ασθενείς σε ΑΚ και ΠΚ. Τα ευρήματά της θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών παροχής ιατρικής φροντίδας, καθώς και στη διαχείριση του ασθενούς

Ωστόσο, η μελέτη εστιάζει στις διαφορές αναφορικά με την ΠΖ σε όλες τις διαστάσεις, όπως αυτές καταγράφονται στο ερωτηματολόγιο γενικής υγείας SF-36.

Από την παρούσα μελέτη καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αιμοκαθαιρόμενους με ΤΝ και ΠΚ στις περισσότερες διαστάσεις υγείας, αναφορικά με την ποιότητα ζωής, όπως αυτές παρουσιάζονται στο SF-36. Παρατηρούνται χαμηλότερα επίπεδα ζωτικότητας στους ασθενείς ΤΝ σε σχέση με τους ασθενείς που είναι σε ΠΚ. Οι ασθενείς σε ΤΝ έχουν τάση για χειρότερη ψυχική υγεία, αλλά και μικρότερα επίπεδα σωματικού πόνου, έναντι αυτών, που υποβάλλονται σε ΠΚ. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας, γενικής υγείας, ζωτικότητας, ρόλου σωματικού, σωματικού πόνου και κοινωνικής λειτουργικότητας και για τις δύο ομάδες των ασθενών που μελετώνται.

Συνολικά προκύπτει, ότι διαφορά μεταξύ των ομάδων ΤΝ και ΠΚ παρατηρείται στη ζωτικότητα, ψυχική υγεία και στο σωματικό πόνο, από όλες τις διαστάσεις του SF-36. Σύμφωνα με την πολυμεταβλητή ανάλυση, η γενική υγεία και η κοινωνική λειτουργικότητα φαίνεται να μην επηρεάζονται από τις μεταβλητές που καταγράφηκαν.

Η μελέτη αυτή μπορεί να καταστεί χρήσιμη στην προσπάθεια κατανόησης των αλλαγών που επιφέρει στην ποιότητα ζωής, η ένταξη του ασθενούς σε μια από τις δυο μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Είναι χρήσιμη και για τη σωστή οργάνωση φροντίδας, που πρέπει να παρέχεται στον ασθενή από όλα τα μέλη της ομάδας υγείας και από την οικογένεια.

Προτείνεται, οι επαγγελματίες υγείας να αναμένουν ενδεχομένως πιθανές αρνητικές επιρροές από την ΑΚ και ΠΚ στην ΠΖ και περιοδικά πρέπει να αξιολογούν την ΠΖ των ασθενών, λαμβάνοντας υπ' όψιν όμως και τις απόψεις της οικογένειας σε αυτό το τόσο σοβαρό θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acaray A, Pinar R, (2005). Απόψεις ασθενών και οικογένειας σε σχέση με την ποιότητα ζωής στην χρόνια αιμοκάθαρση. *EDTNA/ERCA Journal*, 31 (1) :42-46.
- Apostolou T, (2007). Quality of life in the elderly patients on dialysis. *Int Urol Nephrol* 39:679-83.
- Auer J, (1986). Psychological aspects on elderly renal patients. In: Stevens E, Monkhouse P. Aspects of renal care. Eastbourne, Bailliere Tindall, 200-8.
- Auer J, (1990). The Oxford-Manchester study on dialysis patient: age risk factors and treatment method in relation to quality of life. *Scand J Urol Nephrol* 131:31-7.
- Auer J, (2002). Psychological Perspectives. In Thomas N, Jeffrey C., *Renal Nursing*, 75-102 Eastbourne, Bailliere Tindall.
- Auer J, (2002). *Renal nursing*. Thomas N (ed). 2nd Edition. London UK, Bailliere Tindall.
- Auer J, (2003), «Ψυχολογικές πλευρές της νόσου» στο Thomas N, *Νεφρολογική Νοσηλευτική* University studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Auer J, (2003). Preparing for dialysis treatment. In: Towards a closer understanding, caring together. Chapter 3. *EDTA-ERA*, Switzerland.
- Baines L, Jindal R, (2000) non-compliance in patients receiving hemodialysis: an in-depth review. *Nephron* 85: 1-7.
- Baker F, Intigliatta J, (1982). Quality of life in the evaluation and community support systems. *Evaluation and program planning* 5:69.
- Berkman L, (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 57:245-54.
- Bernardini J, Nayy M, (2000). Pattern of noncompliance with dialysis exchanges in peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 35:1104-10.
- Blake C, Codd M, (2000). Physical function, employment and quality of life in end stage renal disease. *J Nephrol* (online) 13 (2).
- Bleyer A, Hylander B, (1999). An international study of patients compliance with hemodialysis. *J Am Med Assoc* 281:1211-3.
- Blowembergen W, Port F, (1996). A comparison of mortality between patients treated with hemodialysis and peritoneal dialysis. *J Am Soc Nephrol* 6 :177-83.
- Bullinger M, Anderson R (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments: from minimum requirements to optimal models. *Qual Lif Res* 2: 451-9.

- Burton H J, Cannona L, Lindsay RM, (1989). Quality of life in peritoneal dialysis patients: instruments and application. In : Nolph KD Dordrecht, Textbook of peritoneal dialysis. *Kluwer Academic Publishers* (3): 429-46.
- Camsati T, Cavdar C, Yemez B, (1999). Psychosexual function in CAPD and haemodialysis patients. *Perit Dial Intern* 19: 585-8.
- Catlin M, (2003). Haemodialysis vs. Peritoneal Dialysis. NSW Biomedical Technician Conference SMBE (SA) *Inc Newsletter* vol X No 6.
- Chalmers A, (2002) Ανατομία, φυσιολογία και διαδικασία της νεφρικής νόσου στο νεφρολογική νοσηλευτική του Thomas N, Θεσσαλονίκη εκδόσεις University studio press.
- Chiang C, Peng Y, Chiang S, Yang C, Hey H, Hung K, (2004). Health-related quality of life of haemodialysis patients in Taiwan : *Multicenter Study* 22(6): 440-8.
- Churchill D, Torrance G, Taylor D, (1987). Measurement of Quality of life in end-stage renal disease : the time trade-off approach. *Clin Invest Med* 10 (3) :220-8.
- Cleary J, Drennan P, (2004). Quality of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *J Adv Nursing* 51 (6):577-83.
- Collins J, Kerr P, (2000). ANZDATA Registry 2001 Report chapters 4-6.
- Coresh J, Astor BC, (2003). Prevalence of chronic Kidney disease and decreased Kidney function in the adult US population: Third national health and nutrition examination survey. *Am J Kidney Dis*, 41, (1):1-12.
- Daneker B, Kimmel P, Ranich T, (2001). Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses. *Am J Kidney Dis* 38: 834-46.
- Danquah F. V. N, Wasserman J, Meininger J, (2010). Quality of life Measures for patients on Haemodialysis: A review of Psychometric Properties *Nephrology Nursing Journal*: 37 (3): 255-270.
- Daugirdas J, Peter B, Todd S, (2007). *Special problems in dialysis patients*, in Handbook of Dialysis 4th Edition, Lippincott Williams and Wilkins, USA, 413-440.
- Doyle A. M, Lecher RI, (2004). Organ transplantation: halfway through the first century. *J Am Soc Nephrol* 15 (12): 2965.
- Drossman D, (1995). Psychosocial consideration in gastroenterology. In: Sleisenger M (ed). *Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis and management*. Philadelphia, WB Saunders, pp 69-79.
- Ebrahim S, Garcia G, (2007). Globalization of behavioral risks needs faster diffusion of interventions. *Prev Chronic Dis* 4 (2):A 32.

- Ekoyan G, Beck GJ, (2002). Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance haemodialysis. *N Engl J Med* 347 (25): 2010-9.
- Ellis PA (1996). Altered body image in patients on CAPD. *Professional Nurse* 11: 337-8.
- Everett K, Sletten C (1993). Predicting non-compliance to fluid restriction in haemodialysis patients. *Dial Transplant* 22:614-21.
- Fallowfield L, (1991). The quality of life the missing measurement in health care. Philosophical issues and Methodological issues. New York, Paul edition: 17-19.
- Fayers PM, Machin D, (2000). Quality of life –Assessment, Analysis and interpretation. John Wiley and Sons, Sussex England 3-5.
- Felton B, (1984),. Stress and coping in explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med* 18: 889.
- Finkelstein S, Finkelstein F, (2002). Evaluation of sexual dysfunction in dialysis patient. In: dialysis therapy Nissenson AR 9ed) 3th Edition Philadelphia PA Hanley and Beltus pp 368-73.
- Flocke S, Miller W, Crabtree B, (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction and primary care. *J Fam Pract* 51:835-40.
- Friend R, Hatchett L, (1997). Serum albumin and depression in end–stage renal disease. *Adv Pert. Dial* 13:155.
- Galpin C, (1992). Body image in end-stage renal failure. *Br J Nursing* 1:21-3.
- Ginieri 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. *BCM* 9 (14):1-9.
- Gokal R, (1993). Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney Int* 40:23-27.
- Gokal R, Figuras M, Olie A, Rovira J, Badia X, (1999). Outcomes in peritoneal dialysis and haemodialysis –a comparative assessment of survival and quality of life. *Nephrol Dialys Transplantation* 14(6) : 24-30.
- Garcia T, Veiga J, Motta L, Moura F, Casulari F, (2010). Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing haemodialysis. *Rev Braw Psiquitar* 19(3) : 80-9
- Han S, Kim K, (2009). Quality of life and mortality from a nephrologist view: a prospective observational study. *BMC Nephrology* 10: 39.
- Held P, Port F, (1996). The dose of haemodialysis and patient mortality. *Kidney Int* 50 (2):550-6.

- Held P, Port F, Webb R, (1996). Experts from the United States Data System 1996 Annual Data Report. *Am J Kidney Dis* 28n (suppl 2): s1-165.
- House J, Landis K, Umberson D, (1988). Social relationships and health. *Science* 241:540-5.
- Iliescu E.A, (2003) Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients, *Nephrol Dial Transplant* 18:126-132.
- Jones P, (1995). Issues concerning health-related quality of life in CAPD. *Chest* 107:1875-935.
- Juergensen P, Juergensen D, Wuerth, (1996). Psychosocial factors and incidence of peritonitis. *Adv Perit Dial* 12:196-98.
- Juneau B, (1995). Psychological and psychosocial aspects of renal rehabilitation. *Crit Care Nurs Q* 17:62-6.
- Kalda R, Polluste K, Lember M, (2003). Patients satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy* 64:55-62.
- Karamanidou C, Theofilou P, Ginieri M, (2009). Anxiety, depression and health beliefs in end-stage renal disease patients. 17th European congress of Psychiatry. Lisbon Abstract R 38.
- Kimmel PL, Peterson R W, Eihls K, Samuel J, Simmens K, Verme WO, Umana J, Veis H, Alieyne S, (1995). Behavioral compliance with dialysis prescription in haemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 5: 1826-34.
- Kimmel PL, Peterson R W, Eihls K, Samuel J, Simmens K, Verme WO, Umana J, Veis H, Alieyne S, (1998). Psychosocial factors, behavioural compliance and survival in urban haemodialysis patients. *Kidney Int* 54:245.
- Laine C, Davidoff F, (1996). Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMMA* (275):152-156.
- Lasarus RS, Folkman S, (1984). Stress, appraisal and coping. New York, Springer.
- Leggat J, Orzol SM, (1998). Non compliance in haemodialysis: predictors and survival analysis. *Am J Kidney Dis* 32: 139-45.
- Levin A, Lewis M, Mortiboy P, (1997). Multidisciplinary pre-dialysis programs: Quantification and Lamination of their impact on patient outcomes in two Canadian settings. *Am J Kidney Dis*, 29:533.
- Lew SQ, Pirainot B, (2005). Quality of life and Psychological issues in Peritoneal Dialysis patients. *Seminars in Dialysis* 18:2, pp 119-120.
- Liu BC, (1976). Quality of life Indicators in US. Metropolitan Areas: A statistical Analysis New York, Praeger.
- Logman A, Adhman M, (2003). Medication non-compliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *Am J Manag Care* 9:155-71.

- Lysagh MJ, (2002). Maintenance dialysis population dynamics. Current trends and long term implications. *J Am Soc Nephrol*, 13:37-40.
- MacDonald J, (1997). (part 1): continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing standard* 11:48-45.
- Martin C.R, Thompson D.R, (2001) Does dialysis adequacy impact on the Quality of life of end –stage renal disease patient. *Clinical effectiveness in nursing*,5 :57-65.
- Mc Call W V, (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*: (2): 229.
- McQueen D, (2007). Continuing efforts in global chronic disease prevention. *Chronic Dis Prev* 4(2): 21-25.
- Meeberg G, (1993). Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs* 18:32-8.
- Merkus M, Jager K, Dekker F, (1999). For the NECOSAD Group over time in dialysis: The Netherlands Cooperative on Adequacy of Dialysis. *Kidney Int* 56:720-8.
- Mendoza M, Valdes C, Ortega t, Rebollo P, Ortega F, (2006). Differences in health-related quality of life between elderl younger patients on hemodialysis. *J Nephrol* 19 (6):808-18.
- Mittal SK, Ahern L, (2001). Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. *Am J Nephrol* 21: 215-216.
- National Kidney Foundation (2002). K/DOQI Guidelines.
- Palmer BF, (1999). Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol* 10:1381-8
- Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D, (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Qual Life Res* 14:1433-1438.
- Papper S, (1981), *Κλινική νεφρολογία*, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Peng VS, Chiang CK, Hung KY, (2007). The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male haemodialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 22: 857-61.
- Price B, (1990). *Body image: nursing concepts and care*. New York, Prentice Hall.
- Rapisarda F, Tarantino A, (2006). Dialysis and Kidney transplantation: similarities and differences in the psychological aspects of non- compliance. *Transplant Pro* 38 (4):1006-9.
- Reichsman F, Levy N, (1997). Problems in adaptation to maintenance hemodialysis. In Moos RH (ed) *Coping with physical illness*, pp 311-328.
- Reis D, (1990). Patient, family and staff responses to end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Disease*, 15(3) :194-200.
- Rugh K, Koufaki P, Rowley V, Mercer T, Naish P, (2002). Βελτίωση της ποιότητας ζωής αιμοκαθαρόμενων ασθενών στη διάρκεια εξαμήνου προγράμματος ασκήσεων. *EDTNA-ERCA JOURNAL* 18 (1): 13-15.

- Schmidt R, Holley J, (1998). Fertility and contraception in end-stage renal disease. *Adv Renal Repl Ther* 5:38-44.
- Shaben T, (1993). Psychological issues in Kidney-transplanted children and adolescents. *ANNA JOURNAL* 20 (6):663-668.
- Stouts J, Auer J, Kinsey J, (1987). Sexual and marital relationships and dialysis patients viewpoint. *Perit Dial Bull* 7:97-101.
- Surman O, (1987). Hemodialysis and renal transplantation. In Hackett TP and Cassem NH (eds), Massachusetts General Hospital, Handbook of General Hospital Psychiatry 2th Edition 381-402 PSC, Publishing Company, Littleton Massachusetts.
- Testa M, Simonson D, (1996). Assessment of quality of life outcomes. *N Eng J Med* 334:835-840.
- Thodis E, Passadakis R, Vargemezis V, Oreopoulos D, (2001). Peritoneal dialysis: better than, aqual to, or worse than haemodialysis. Data worth knowing before choosing dialysis modality. *Perit Dial Int* 21 (1) :25-35.
- Torrance G. W, (1987). Utility approach to measuring health –related Quality of Life. *Journal of Chronic Disease*, 40 (6): 1-6.
- Vazquez I, Valderrabano F, (2005). Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res* 14: 179.
- Wasserfallen J, Halabi G, Saudan p, Perneger T, Felman H, Martin P, Wauters J,(2004).Quality of life on chronic dialysis:comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 19(6) EDTA.
- White P, (2005). Biopsychosocial medicine. London, Oxford University Press.
- White Y, Grenyer B, (1999). The biophychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nursing* 30:1311-2.
- Wolcott DI, Nissenson AR, (1988). Quality of life in chronic dialysis patients:A critical comparison of continuous peritoneal dialysis and hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 11:402-12.
- World Health Organization (Who), (1995). The WHOQOLGROUP. The world health organization. Quality of life. Assessment (WHOQOL): Potition paper from the Health organization. *Social svience and Medicine* 41: 1403-09.
- World Health Organization (WHO), (2000). Introduction the WHO quality of life instruments. Διαδίκτυο <http://www.who-int/inhh/mhp/qiz.htm>.
- Wu AW, Fink N, Marsh J, Meyer K, Finelstein F, Chapman M, Powe N, (2004).Changes in Quality of life during Hemodialysis and peritoneal dialysis treatment :Generic and Disease Measures. *J Am Nephrol* 15 :743-753.

- Yfandopoulos J, (2001). Quality of life and QUALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*. 18(2):114-130.
- Yurugen B, (2002). Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, νοσηλευτική διάγνωση και παρεμβάσεις στο *EDTNA/ERCA JOURNAL XXVIII* no 1. Ελληνική έκδοση.
- Zautra A, Goodhart D, (1979). Quality of life indicators: A review of the Literature. *Community Mental Health Review*: 4:1-10.
- Zhang A-H, Cheng L-T, (2007). Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. Health and quality of life outcomes. *Bio-Med* (5) :49
- Αγραφιώτης Θ, (1995). Η συμμετοχή του νοσηλευτή νεφρολογίας στην αντιμετώπιση του ασθενούς με νεφρική ανεπάρκεια πριν την ένταξη σε εξωνεφρική κάθαρση. 6^η επιστημονική ημερίδα, Αθήνα.
- Αλεξανδρόπουλος Κ, Χριστοδούλου Χ, (2005). Ψυχιατρικές –Ψυχολογικές διαταραχές. *Κλινική Νεφρολογία* 14:1347-59.
- Αμπατζόγλου Γ, (2005). Ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Διαδίκτυο: <http://www.childmentalhealth.gr> .
- Ανάσης Π, (1995).| «Αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση» στο Ζηρογιάννη Π, Αγραφιώτη Α, Ντόμπρο Ν, *Περιτοναϊκή κάθαρση 2^ο Συμπόσιο*, Αθήνα.
- Αποστόλου Θ, (2005). « Αξιολόγηση ποιότητας ζωής» στο Ζηρογιάννης ΠΝ, Πιερίδης ΑΜ, Διαμαντόπουλος Α. *Κλινική νεφρολογία*, Αθήνα, Τεχνόγραμμα, 366-77.
- Αριστοτέλης Άπαντα, (1993). Ηθικά Νικομάχεια. *Αρχαία Ελληνική Γραμματεία*, Τόμος 7, Αθήνα, Κάκτος.
- Βλαχογιάννης ΙΓ, (1991). Ενημερωτικό φυλλάδιο νεφροπαθούς 6 (3) : 2-7, Αθήνα.
- Brenner M, Callaghan C, (2000), *Ο νεφρός με μια ματιά*, επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα.
- Γαλάνης Κ, Κοντοδημόπουλος Ν, Νταλέκος Γ, Νιάκας Δ, (2007). «Συγκριτική μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β-С», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24(1):51-57.
- Γεωργιάδης Γ, Κανταρτζή Κ, Βαργεμέζης Β, Λαζαρίδης Μ, (2007). «Η ιστορία των αγγειακών προσπελάσεων σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς» *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (4):389.
- Gutch CF, Stoner Mh, Corea AI, (2003), *Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη. Ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας*, έκτη έκδοση, Αθήνα.
- Δαμίγος Δ, Καλτσούδα Α, Οικονόμου Μ, Σιαμόπουλος Κ, (2010) «Βιοψιχοκοινωνική προσέγγιση της χρόνιας νεφρικής νόσου. Ο ρόλος της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας» *Ελληνική Νεφρολογία* 22(2):124-126.

- Ελληνικού Μ, Ζήση Α, (2002). «Ποιότητα ζωής και χρόνιες νόσοι. Προγνωστικές μεταβλητές για την ψυχική και κοινωνική προσαρμογή των πασχόντων με χρόνια ασθένεια» *Ιατρική* 82: 124-31.
- Ζηρογιάννης Π.Ν, (2001). «Ο νεφρός στα συστηματικά νοσήματα» Τόμος Α, Τεχνόγραμμα, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ, (2001) *Συστήματα υγείας* Εκδ.οίκος Παπαζήση, Αθήνα.
- Θεοφίλου Π, (2010). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση. *Περιοδικό Επιστήμη και Τεχνολογία* 5 (4) :43-50.
- Θεοφίλου Π, (2010). Ψυχιατρικές διαταραχές στην χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9 (4): 420-430.
- Θεοφίλου Π, Παναγιωτάκη Ε, (2010). Παράγοντες επίδρασης στην ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. *Νοσηλευτική* 49 (2):174-181.
- Ιακωβίδης Α, Τσαγκαλίδης Τ, Αληβάνης Π, Ιεροδιακόνου Χ, (1991). Διερεύνηση των ψυχικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ΧΝΑ. Πρακτικά 6^{ου} Βορειοελλαδικού Ιατρικού Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη.
- Κάβουρα Μ, Κυριόπουλος Γ, Γείτονα Μ, (2003). Ποιότητα Ζωής. Εκδ. JANSSEN-CILAC, Αθήνα.
- Καϊτελίδου Δ, Λιαρόπουλος Λ, Σίσκου Ο, Θεοδώρου Μ, Ζηρογιάννης Π, Μανιαδάκης Ν, Παπακωνσταντίνου Β, Πρεζεράκος Π, (2007). Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική* 46 (2):246-55.
- Καραθανάσης Δ, (2005). Συνέντευξη. *Dialysis Living* 14:34-5.
- Κοντοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ, (2007). «Η χρήση του KDQOL-SFtm για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με τη υγεία ΠΖ. Ελλήνων αιμοκαθαιρόμενων» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24(6):591.
- Κουτσοπούλου Β, Θεοδοσοπούλου Ε, Βάντση Ε, Κοτρότσιου Ε, Κωνσταντίνου Β, Ντουνούση Ε, (2002). Διαστάσεις προσωπικότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και η σχέση τους με την αρχική νόσο. *EDTNA/ERCA JOURNAL XXVIII*. Ελληνική έκδοση, 18 (1) : 26-29.
- Λαγκουράνης Α, (2001), «Η αντιμετώπιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου: παρόν και μέλλον», *Επιθεώρηση* 27:9-12.
- Λαυρεντιάδης ΓΚ, (1997), «Τα ψυχοφάρμακα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών» *Ψυχιατρική*, 8:283-291.
- Μαργέλλος Β, (2009), «Περιτοναϊκή Κάθαρση. Ετήσιος οδηγός νεφρικής νόσου» *Dialysis Living*, (1) :54-59.

- Μηνασίδου Ε, Λεμονίδου Χ, (2005). Η ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Νοσηλευτική* 44(2): 202-211.
- Μοσχοπούλου Ε, Σαββιδάκη Ε, (2003). Ψυχοκοινωνική εικόνα ασθενών σε χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. *Dialysis Living* 7:1-5.
- Μουζάς Γ, Πάλλης Α, (2001) «Η εκτίμηση της ΠΖ στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες με ειδικά ερωτηματολόγια. Τα παραδείγματα των χειρουργικών επεμβάσεων» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18(3):267-271.
- Μουστάκας Γ, Ζηρογιάννης Π, (1991). Ποιότητα ζωής στη ΣΦΠΚ. Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συμποσίου Περιτοναϊκής Κάθαρσης. 312-31.
- Nettleton S, (2002), *Κοινωνιολογία της Υγείας και της ασθένειας*, εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Νιάκας Δ, Κοντοδημόπουλος Ν, Κυριακάκη Α, (2004), «Εκτίμηση του κόστους και της συνεπαγόμενης ποιότητας ζωής στην αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση» στο Νιάκας Δ, *Υπηρεσίες Υγείας –Μάνατζμεντ και τεχνολογία*, εκδ. Mediforce, Αθήνα.
- Νιάκου Σ, (2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας –εφαρμογές στην παιδιατρική» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18:254-66.
- Οικονόμου, Χ. (2005), *Κοινωνιολογία της Υγείας*. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις. Εκδόσεις Διόνικος, τόμος Α, Αθήνα.
- Οικονομίδου Γ, Ζλατάνος Δ, Βαϊόπουλος Χ, Χατζηδημητρίου Χ, (2005), Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Dialysis Living* 14:22-32.
- Οικονόμου Μ, Κοκκώδη Μ, (2001), «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία-εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18:239-53.
- Παπαδάκης ΙΤ, (1995). Η φυσική ιστορία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στην 6^η Επιστημονική ημερίδα νοσηλευτών. Η συμμετοχή του νοσηλευτή νεφρολογίας στην αντιμετώπιση του ασθενούς με νεφρική ανεπάρκεια πριν την ένταξη σε εξωνεφρική κάθαρση, Αθήνα.
- Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ, (1999), Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, ΣΤ έκδοση, Αθήνα.
- Παππά Ε, Κοντοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ, (2006) «Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 23(2):159-166.
- Rivetti M, Batu P, Barrile S, Berruto A, Bosiol L, (2002). Η συμμόρφωση στην αυτοματοποιημένη Περιτοναϊκή κάθαρση στο EDTNA/ERCA JOURNAL XXVIII no 1 Ελληνική έκδοση.

- Σαρρής Μ, Γούλας Α, Σταυροπούλου Α, (2008), «Επισκόπηση Υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών τελικού σταδίου ΧΝΑ» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25(2):177-183.
- Σαρρής Μ, (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σαρρής Μ, Γούλας Α, Σούλης Σ, (2008), «Σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από μεταμόσχευση ήπατος» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25(3):334-340.
- Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Ι, (2001). «Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18(3):230-38.
- Σπυρίδης Σ, Ιακωβίδης Α, Καπρίνης Γ (2008). Νεφρική ανεπάρκεια. Βιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. *Ψυχιατρική* 19(1): 28-34.
- Σπύρος, Μ, (2002) Πόσο κοντά και πόσο μακριά από τον τρόπο ζωής του υγιούς ανθρώπου βρίσκεται ο τρόπος ζωής του σημερινού αιμοκαθαιρόμενου, *Επιθεώρηση-Όργανο ενημέρωσης του Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών Τεύχος 28* : 1-6.
- Thomas N, (2003).Νεφρολογική νοσηλευτική. University studio press, θεσσαλονίκη.
- Τσακίρης Δ, (1998). Συγκριτικά αποτελέσματα περιτοναϊκής κάθαρσης και αιμοκάθαρσης, 3^ο Πανελλήνιο συμπόσιο ΠΚ, Θεσσαλονίκη.
- Υφαντόπουλος Γ, Πιερράκος Γ, Ζανάκης Β, (2001) «Ποιότητα ζωής ασθενών με ηπατίτιδα C» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18(3):288-290.
- Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ, (2001), «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18 (3):225-228.
- Χανιώτης Φ, (1992). *Παθολογία*. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Χατζηπασχάλη Α, (1994). Προσέγγιση ψυχολογικών προβλημάτων νεφροπαθών. Ελληνική Νεφρολογική Ένωση Νοσηλευτών. 5^ο Επιμορφωτικό Σεμινάριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας. 37-41.