



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών

σε αιμοκάθαρση και η επίδραση

των διαταραχών ύπνου και της κατάθλιψης

Άννα Μποζίνη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιανουάριος 2015

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών σε αιμοκάθαρση, και η επίδραση των διαταραχών ύπνου και της κατάθλιψης

Άννα Μποζίνη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
Δρ. Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιανουάριος 2015

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	5
Ελληνική περίληψη	6
Αγγλική περίληψη	8
<b>Κεφάλαιο Πρώτο – Εισαγωγή</b>	<b>9</b>
1. Εισαγωγή	9
1.1 Καταγραφή του προβλήματος	10
1.2 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης	11
1.3 Σκοποί και στόχοι	12
1.4 Δομή της μεταπτυχιακής διατριβής	12
<b>Κεφάλαιο Δεύτερο – Χρόνια Νεφρική Νόσος – Ποιότητα Ζωής</b>	<b>13</b>
2.1 Νεφρική λειτουργία	13
2.1.1 Ορισμός νεφρικής λειτουργίας	13
2.1.2 Χρόνια νεφρική νόσος	13
2.1.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας	14
2.1.4 Αίτια Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας	15
2.2 Υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας	16
2.2.1 Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση	17
2.2.2 Περιτοναϊκή κάθαρση (PD -Peritoneal Dialysis)	18
2.2.3 Μεταμόσχευση νεφρού (Kidney transplantation)	19
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία Χρόνιας Νεφρικής Νόσου - Διεθνής και Ελληνική πραγματικότητα	19
2.3.1 Αιτίες ΧΝΝ παγκοσμίως	24
2.3.3 Προοπτικές και δράσεις για τη ΧΝΝ σε παγκόσμια κλίμακα	25
<b>Κεφάλαιο Τρίτο – Ποιότητα ζωής – Βιβλιογραφική ανασκόπηση</b>	<b>27</b>
3.1 Ποιότητα ζωής	27
3.1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός	27
3.1.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life–HRQL	28
3.1.3 Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	29
3.1.4 Ασθενείς σε αιμοκάθαρση και ποιότητα ζωής	30
3.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	33
<b>Κεφάλαιο Τέταρτο – Μεθοδολογία</b>	<b>36</b>
4.1 Σκοπός – Στόχοι	36
4.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	36
4.3 Μεθοδολογία και σχεδιασμός	37
4.4 Πληθυσμός και δείγμα	37
4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	38
4.5.1 Εργαλεία μέτρησης	38
4.5.2 Παρουσίαση του εξειδικευμένου ερωτηματολογίου KDQOL - SF™	38
4.5.3 Παρουσίαση των γενικών ερωτηματολογίων: Κλίμακας Αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale – AIS), της κλίμακας αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης του Zung (Depression Rating Scale, ZRDS), και του EQ-5D	40
4.6 Διαδικασία	41
4.7 Ηθικές προεκτάσεις	41
4.8 Ανάλυση αποτελεσμάτων	42
<b>Κεφάλαιο Πέμπτο – Αποτελέσματα</b>	<b>43</b>
5.1 Δημογραφικά – Κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος	43

5.2	Παρουσίαση των αποτελεσμάτων αϋπνίας σύμφωνα με την κλίμακα Athens Insomnia Scale – AIS	45
5.3	Παρουσίαση των αποτελεσμάτων κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Depression Rating Scale	46
5.4	Παρουσίαση των αποτελεσμάτων ποιότητα ζωής SF – 36	47
5.5	Παρουσίαση των αποτελεσμάτων ποιότητα ζωής με τη νεφρική νόσο	62
5.6	Παρουσίαση των αποτελεσμάτων ποιότητα ζωής EQ-5D	75
	<b>Κεφάλαιο Έκτο – Συζήτηση – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις</b>	79
6.1	Συζήτηση	79
6.2	Περιορισμοί της μελέτης	81
6.3	Συμπεράσματα	81
6.4	Εισηγήσεις	81
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	83

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φτάνοντας αισίως στο τέλος αυτής της προσπάθειας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας, χωρίς τη βοήθεια των οποίων η εργασία δεν θα μπορούσε να διεξαχθεί.

✚ Πρώτα απ' όλους τους ίδιους τους ασθενείς, που δέχθηκαν να αφιερώσουν λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους παρ' όλη την ταλαιπωρία τους, για να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια.

✚ Τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου κύριο Νικόλαο Κοντοδημόπουλο, για τις πολύτιμες συμβουλές του, την αγαστή συνεργασία μας και τη συμπαράσταση.

✚ Τους καθηγητές μου στο τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, κ. Γεώργιο Κοντέο, κ. Ευστράτιο Λιβάνη και κ. Μιχαήλ Τάλια για τη βοήθεια και τις πολύτιμες γνώσεις που μου πρόσφεραν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου.

✚ Τους γονείς μου Δημήτρη και Ιορδάνα, που αδιαμαρτύρητα απασχολούσαν και διαπαιδαγωγούσαν τα παιδιά μου όσες ώρες εγώ εργαζόμουν για την εκπόνηση της εργασίας.

✚ Το σύζυγό μου Κωνσταντίνο, για την ηθική υποστήριξη και τη βοήθεια που μου προσέφερε όλο το διάστημα της συγγραφής της διπλωματικής μου.

***Η παρούσα εργασία είναι αφιερωμένη στη Μελίνα και στο Σταύρο***

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί μια χρόνια ασθένεια με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Παρόλο που η ιατρική επιστήμη έχει συμβάλει σημαντικά στην επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσής τους, αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίζουν καθημερινά πολλούς περιορισμούς με αποτέλεσμα να παρατηρείται αποσταθεροποίηση της προσωπικής, οικογενειακής αλλά και κοινωνικής τους ζωής. Έτσι, για την επιστημονική κοινότητα η ανάπτυξη μεθόδων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής αυτής της ομάδας ασθενών είναι εξίσου σημαντική όσο και η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Πραγματοποιείται διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων των τεσσάρων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται, καθώς επίσης καταγραφή των κοινωνικό-οικονομικών και δημογραφικών στοιχείων και διερεύνηση συσχετίσεων τους με τα ερευνητικά ευρήματα.

**Μεθοδολογία:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 ασθενείς της μονάδας τεχνητού νεφρού. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το ειδικό ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής για ασθενείς σε αιμοκάθαρση KDQOL-SF™, παράλληλα με τα γενικά ερωτηματολόγια, της κλίμακας αυτο-αξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung, το ερωτηματολόγιο μέτρησης της υγείας EQ-5D και το ερωτηματολόγιο μέτρησης των διαταραχών ύπνου Athens Insomnia Scale.

**Αποτελέσματα:** Το 57,0% των ασθενών έπασχε από αϋπνία. Στο γενικό πληθυσμό το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 25,3%, το οποίο ήταν σημαντικά χαμηλότερο από της παρούσης μελέτης ( $p < 0,001$ ). Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής των ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τον λοιπό πληθυσμό. Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης έχουν οι ασθενείς τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής τους. Οι ασθενείς με αϋπνία έχουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

**Συμπεράσματα:** Η ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την κατάθλιψη και την αϋπνία. Η ύπαρξη αρνητικής σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης χρήζει περαιτέρω μελέτης από τους ερευνητές. Επίσης, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης

αλλά και τη συννοσηρότητα. Η ανάπτυξη προγραμμάτων για της βελτίωση της ποιότητας ζωής τους κρίνεται αναγκαία.

## Summary

**Introduction:** Chronic kidney disease is a chronic disease with significant impact on the quality of life of patients. Although modern medicine has a significant contribution to the lengthening of the life expectancy, these patients have to deal with many limitations daily, resulting to a destabilization of their personal, family and social life. So, for the scientific community, the development of tools assessing the quality of life of this patient group is equally important as the lengthening of life expectancy.

**Purpose:** The purpose of this study is to evaluate quality of life of patients receiving renal replacement treatment (RRT). Investigation of the relationships among the dimensions of the four questionnaires used is carried out, as well as recording of social-economic and demographic data and investigation of their relationships with the research findings.

**Methodology:** The survey was conducted in Edessa General Hospital. The sample consisted of 100 patients in the dialysis unit. To collect data, the special questionnaire for the assessment of the quality of life of patients under dialysis **KDQOL-SF™** was used, along with the general questionnaires of self-assessment of depression (**Zung's questionnaire**), the **EQ-5D** health measurement questionnaire and measurement of sleep disturbances questionnaire (**Athens Insomnia Scale**).

**Results:** 57.0% of patients suffered from insomnia. In the general population this percentage was 25.3%, which was significantly lower than in the present study ( $p < 0,001$ ). The scores for the variables of the quality of life questionnaire for patients were significantly lower than those of the general population, suggesting that these patients had significantly lower quality of life compared to general population. The more the symptoms of depression patients experience, the lower their quality of life. Patients experiencing insomnia have significantly lower scores in all aspects of quality of life.

**Conclusions:** The quality of life of patients receiving RRT, is significantly affected by depression and insomnia. The negative relationship between quality of life and depression yet needs to be confirmed by further studies. Moreover, quality of life is affected by age, education level, as well as by existent co-morbidities. The development of programs for the improvement of these patients' quality of life is necessary.



# Κεφάλαιο Πρώτο

## Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες, στον κλάδο της ιατρικής έχουν επιτευχθεί σημαντικά βήματα στην αντιμετώπιση διαφόρων νοσημάτων. Κατηγορίες χρόνιων αρρώστων, που κάποτε αφήνονταν στην τύχη τους, μέσα από την σύγχρονη τεχνολογία και ιδιαίτερα από τον κλάδο της βιοτεχνολογίας, έχουν πλέον αυξημένες δυνατότητες διατήρησης και επιμήκυνσης της ζωής τους (Αποστόλου, 2000). Αναπόφευκτα λοιπόν, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και συνύπαρξης με τη χρόνια νόσο, που τώρα πια αντιμετωπίζεται, γέννησε την ανάγκη δημιουργίας εργαλείων μέτρησης της διάρκειας και της ποιότητας ζωής (Νάκου, 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), με το καταστατικό του, τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας, και στον ορισμό που δίνει στην υγεία προσδιορίζοντάς την ως: «φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας» (WHO, 1946). Στη διακήρυξή του «Υγεία για Όλους», επαναδιατυπώνεται η θέση ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας τους, για να μπορέσουν να ζήσουν μια «ζωή που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά (WHO-EURO, 1985).

Η χρόνια νόσος, ονομάζεται χρόνια ακριβώς γιατί δε θεραπεύεται, παρά μόνο αντιμετωπίζεται. Η αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου δεν περιορίζεται στις ιατρικές και βιολογικές παραμέτρους, αλλά επεκτείνεται, ούτως ώστε να επιμηκύνει τη διάρκεια ζωής του αρρώστου, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα ότι αυτή η ζωή, θα διατηρεί μια αξιοπρεπή ποιότητα, σε κοινωνικό, οικονομικό και συναισθηματικό πεδίο (Σπύρου, 2004).

Οι χρονίως πάσχοντες, αντιμετωπίζουν προβλήματα λίγο πολύ κοινά. Η αυξανόμενη δυσκολία έως αποτυχία στην εύρεση και πολύ συχνά, στη διατήρηση της εργασίας, η περιθωριοποίηση και ο στιγματισμός από μεγάλο μέρος της κοινωνίας, καθώς και η χρονοβόρα διαγνωστική περίοδος, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των χρονίως πασχόντων, οδηγώντας σε αισθήματα αυτοενοχοποίησης, κατάθλιψης, αίσθημα ότι είναι βάρος για τους οικείους τους και συναισθηματική κατάρρευση (Μηνασίδου, 2005).

Μια σημαντική ομάδα χρονίως πασχόντων, αποτελούν οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Επιπλέον της ταλαιπωρίας που συνεπάγεται η χρόνια θεραπεία, οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν επιπλέον σοβαρά προβλήματα αυτοεκτίμησης, συναισθηματικής ισορροπίας

και αυτοέλεγχου, ενώ πολλές φορές νοιώθουν τρομοκρατημένοι λόγω της αίσθησης του αβέβαιου μέλλοντος.

Μια από τις σημαντικότερες μεθόδους αντιμετώπισης της νεφρικής ανεπάρκειας εκτός της περιτοναικής διάλυσης και νεφρικής μεταμόσχευσης είναι η αιμοκάθαρση.

Αποτελεί θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης, για περισσότερους από 425.824 ασθενείς με Χ.Ν.Α τελικού σταδίου στην Ευρώπη (USRDS, 2009), ενώ περίπου 71.631 ασθενείς τον χρόνο εντάχθηκαν για το 2011 για αιμοκάθαρση, στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ERA-EDTA, 2011). Σε όλο τον κόσμο, σχεδόν 1.5 εκατομμύρια νεφροπαθών υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Kramer et al., 2009). Με αυτόν τον τρόπο τα άτομα ζουν περισσότερο, αντιμετωπίζουν όμως πολλές παρενέργειες και εμπόδια στην καθημερινότητα τους.

Για το σκοπό αυτό καθίσταται επιτακτική η ανάγκη αξιολόγησης της «Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» ΣΥΠΖ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

## **1.1 Καταγραφή του προβλήματος**

Η ΧΝΑ ως νόσος αυτή καθεαυτή, και σε συνδυασμό με τις πολύ περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές, δημιουργούν ένα περιβάλλον ανασφάλειας, απογοήτευσης και γενικότερα έκπτωσης της καθημερινότητας του πάσχοντος. Οι τεράστιες αλλαγές που επιφέρει στην εργασία, τη διατροφή, ακόμα και της ψυχαγωγία του πάσχοντος, έχουν δραματική επίπτωση στην κοινωνική ζωή, τις σχέσεις με την οικογένεια, τους οικείους αλλά και τους συνεργάτες τους. Επιπλέον, η αντικειμενικά μειωμένη σωματική δύναμη, αντοχή κι ενεργητικότητα επιδεινώνουν το πλήγμα στην αυτοεκτίμησή του. Προσθέτοντας σ' όλα αυτά τη δυσκολία του πάσχοντος να βρει ή να διατηρήσει την εργασία του, την αδυναμία του να προσφέρει στην οικογένειά του όλα όσα θα ήθελε κι ενδεχομένως έκανε μέχρι τούδε, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που επιδεινώνεται διαρκώς κι από ένα σημείο και μετά, εμπεριέχοντας το μηχανισμό της άρνησης, επηρεάζει αρνητικά τη συμμόρφωσή του με την, εξ' ορισμού δύσκολη, απαιτητική και σύνθετη θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης (Perlman et al., 2005 ,Gayle at al., 2009).

Η θεραπευτική προσέγγιση σήμερα, δεν είναι περιορισμένη στην υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας, όπως στο παρελθόν. Μια ολιστική προσέγγιση, που συμπεριλαμβάνει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και τη θεωρεί εξίσου σημαντική όσο και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι σε εφαρμογή. Η διασφάλιση της υπάρχουσας

ποιότητας ζωής ή ακόμα και η βελτίωσή του, αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη συμμόρφωση των ασθενών με την απαιτητική θεραπεία της εξωνεφρικής κάθαρσης, κι επομένως η ανάγκη διερεύνησης της ποιότητας ζωής, ο εντοπισμός και προσδιορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν, με σκοπό τη βελτίωσή τους, φαντάζει πιο επιτακτική από ποτέ, δεδομένης της αύξησης των ασθενών με ΧΝΑ που καταλήγουν στην αιμοκάθαρση.

## **1.2. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης**

Εφαλτήριο για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, είναι το εκθετικά αυξανόμενο ενδιαφέρον των τελευταίων ετών, όσον αφορά την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, αλλά και το γεγονός ότι ο αριθμός των αρρώστων που καταλήγουν τελικά στην ΑΜΚ, αυξάνεται σημαντικά σε ετήσια βάση. Τα τελευταία χρόνια δε, το βάρος των προσπαθειών των επαγγελματιών υγείας, πέφτει κυρίως στην πρόληψη και δευτερευόντως στη θεραπεία της ΧΝΑ. Η επίπτωση της αιμοκάθαρσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών, όπως θα δούμε στη συνέχεια, είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική κι επιπλέον, το κόστος της θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, σε οποιαδήποτε μορφή της, εκτινάσσει σε δυσθεώρητα ύψη τον κρατικό προϋπολογισμό για την υγεία.

Η αύξηση των αρρώστων που κατέληγαν στην ΑΜΚ, εκτίναξε, όπως ήταν αναμενόμενο, το οικονομικό κόστος των εθνικών συστημάτων υγείας ενώ παράλληλα, συνέτριψε κυριολεκτικά το κοινωνικό και συναισθηματικό κόστος ολόένα αυξανόμενου αριθμού πολιτών-ασθενών, που εξ ανάγκης εντάσσονται στη διαδικασία της ΑΜΚ, επηρεάζοντας δραματικά την ποιότητα ζωής τους. Έγινε λοιπόν σαφές, δεδομένου ότι η ΑΜΚ είναι αναπόφευκτη για τον άρρωστο με ΤΣΧΝΑ, οι προσπάθειες θα πρέπει να εστιαστούν στη μελέτη, αξιολόγηση και τελικά βελτίωση της ποιότητας ζωής. Οι παράγοντες που μειώνουν το επίπεδο ποιότητας ζωής θα πρέπει να διερευνηθούν, να προσδιοριστούν, ν'αξιολογηθεί η βαρύτητα και η σημασία καθενός απ'αυτούς στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής και να βρεθεί η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισής τους. Εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς, ότι η στοχευμένη παρέμβαση και βελτίωση αυτών των παραγόντων, θα φέρει σημαντική αύξηση στην ποιότητα, αλλά και τη διάρκεια της ζωής υπό ΑΜΚ.

### **1.3. Σκοποί και στόχοι**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί εάν κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες αλλά και η επίδραση των διαταραχών ύπνου, της κατάθλιψης και το άγχος αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, μέσα από μία προσπάθεια ολιστικής και πολυπαραγοντικής προσέγγισης για την προβολή μίας αξιόπιστης και ολοκληρωμένης εικόνας της πραγματικότητας.

### **1.4 Δομή της μεταπτυχιακής διατριβής**

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια και πιο συγκεκριμένα: στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται βιβλιογραφική ανασκόπηση στις έννοιες της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και στις μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας καθώς και επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση στις έννοιες της ποιότητας ζωής καθώς και στη ποιότητα ζωής ατόμων σε αιμοκάθαρση. Το κεφάλαιο κλείνει με μια αναφορά στα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία και ο σχεδιασμός της έρευνας, ο σκοπός και οι στόχοι της, περιγράφονται τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και εξηγείται η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και τέλος, στο έκτο κεφάλαιο αναγράφονται τα συμπεράσματα και παρατίθενται προτάσεις για την αντιμετώπιση εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών σε αιμοκάθαρση.

## Κεφάλαιο Δεύτερο

### Χρόνια Νεφρική Νόσος – Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια – Ποιότητα ζωής

#### 2.1 Νεφρική λειτουργία

##### 2.1.1 Ορισμός νεφρικής λειτουργίας

Αρχικά, πρέπει να διαλευκανθεί ποιος είναι ο ρόλος των νεφρών, τονίζοντας ότι οι νεφροί έχουν ως αποστολή την διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού, δηλαδή την διασφάλιση της ισορροπημένης και ομαλής λειτουργίας του οργανισμού. Οι βασικές λειτουργίες των νεφρών είναι:

1. Ρυθμιστική λειτουργία, περιλαμβάνει την διήθηση, απέκκριση και την επαναρρόφηση μέσω των οποίων διατηρεί σταθερό τον όγκο και τη σύσταση των διαλυμάτων του ανθρώπινου σώματος.

2. Απεκκριτική λειτουργία, καθώς αποβάλλονται τα τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού ή οι εξωγενείς ουσίες.

3. Ενδοκρινική και μεταβολική, περιλαμβάνει την παραγωγή ενζύμων και ορμονών καθώς και την ενεργοποίηση ανενεργών μορίων, μέσω των οποίων οι νεφροί εξασφαλίζουν άλλες ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού όπως η αιμοδυναμική σταθερότητα και ο μεταβολισμός των οστών.

4. Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, έκκριση διαφόρων ορμονών καθώς και παραγωγή της ερυθροποιητίνης, ορμόνη η οποία επηρεάζει τον ρυθμό παραγωγής των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος. Τροποποίηση της βιταμίνης D, έτσι ώστε να καθίσταται δραστική για τον οργανισμό, ισορροπία των ηλεκτρολυτών του σώματος (Σταυριανού, 2007).

##### 2.1.2 Χρόνια Νεφρική Νόσος

Ως χρόνια νεφρική νόσος ορίζεται ο μειωμένος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, η αυξημένη απέκκριση λευκωματίνης στα ούρα, ή και τα δύο, και αποτελεί ένα αυξανόμενο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Η επίπτωση εκτιμάται παγκοσμίως 8-16%. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν αύξηση καρδιαγγειακής θνησιμότητας, την εξέλιξη της νεφρικής νόσου, οξεία νεφρική βλάβη, γνωσιακές διαταραχές, αναιμία, διαταραχές των ιχνοστοιχείων και των

οστών και κατάγματα. Παγκοσμίως, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η πιο κοινή αιτία για τη χρόνια νεφρική νόσο, αλλά σε ορισμένες περιοχές άλλες αιτίες, όπως βότανα και περιβαλλοντικές τοξίνες, είναι πιο συνηθισμένες. Οι φτωχότεροι πληθυσμοί βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Ο τακτικός έλεγχος και η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει τη χρόνια νεφρική νόσο, και όπου έχουν εφαρμοστεί στρατηγικές διαχείρισης της υγείας, η συχνότητα νεφρικής νόσου τελικού σταδίου έχει μειωθεί (Vivekanand et al., 2013).

### 2.1.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

Με τον όρο χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται η μόνιμη ανικανότητα των νεφρών να ανταποκριθούν στην αποστολή τους. Επέρχεται μη αναστρέψιμη απώλεια των νεφρώνων, η οποία όταν προσεγγίσει το 90-95% του συνολικού αριθμού τους, τότε έχουμε πλήρη διακοπή της νεφρικής λειτουργίας, που ονομάζεται τελικού σταδίου Χ.Ν.Α., η οποία οδηγεί απαραίτητα τον ασθενή σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας, γνωστή ως *αιμοκάθαρση*.

Το 2002, το αμερικανικό Εθνικό Ίδρυμα Νεφρικών Νόσων, εξέδωσε κατευθυντήριες οδηγίες με τις οποίες καθορίζει τη χρόνια νεφρική νόσο σαν νεφρική βλάβη ή ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) < 60ml/h για διάστημα > 3 μηνών, προτείνοντας παράλληλα ένα σύστημα κατάταξης της βαρύτητας της νόσου, βασισμένο στην έκπτωση του GFR (Vivekanand et al., 2013).

Η ΧΝΑ διακρίνεται σε πέντε στάδια ανάλογα από το βαθμό σπειραματικής διήθησης (GFR). Όσο μικρότερος είναι ο βαθμός σπειραματικής διήθησης τόσο βαρύτερη είναι η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Στον πίνακα 2.1 παρουσιάζονται τα στάδια της ΧΝΑ (Daugirdas, 2008).

**Πίνακας 2.1. Στάδια της νεφρικής ανεπάρκειας.**

<u>ΣΤΑΔΙΟ</u>	<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</u>	<u>GFR (ml/min/1,73m<sup>2</sup>)</u>
1 <sup>ο</sup>	Νεφρική βλάβη με φυσιολογικό ή ↑ GRF	≥90
2 <sup>ο</sup>	Νεφρική βλάβη με ↓ GRF	60-89
3 <sup>ο</sup>	Μέτρια ↓ GRF	30-59
4 <sup>ο</sup>	Σοβαρή ↓ GRF	15-29
5 <sup>ο</sup>	Νεφρική ανεπάρκεια	<15

Η προοδευτική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας στη Χ.Ν.Α δίνει το δικαίωμα στους νεφρούς να προσαρμοστούν και έτσι η εξέλιξη της να είναι για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς συμπτώματα. Όταν η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας αυξηθεί, μπορεί να εμφανιστούν διάφορα συμπτώματα τα οποία κατά κύριο λόγο οφείλονται στην αδυναμία των νεφρών να αποβάλλουν διάφορες ουσίες άχρηστες για τον οργανισμό καθώς και σε ορμονικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπου όλες μαζί συνθέτουν το ουραιμικό σύνδρομο. Μερικά από τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσουν οι ασθενείς όταν η νεφρική ανεπάρκεια έχει επιδεινωθεί είναι : απώλεια βάρους, λαχάνιασμα, κακουχία, κνησμός, κατακράτηση υγρών, χλωμή και γκριζοκίτρινη απόχρωση στο πρόσωπο, οιδήματα κάτω άκρων ακόμη και έκπτωση της νοητικής λειτουργίας (Βλαχογιάννης, 1999).

Στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας για την επιβίωση του ασθενούς, η διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με αιμοκάθαρση ή με μεταμόσχευση νεφρού .

#### **2.1.4 Αίτια Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας**

Τα κυριότερα αίτια της νεφρικής ανεπάρκειας σύμφωνα με δεδομένα από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (USRDS 2013), κατά σειρά συχνότητας, έχουν ως εξής (γράφημα 2.1.) :

Σακχαρώδης Διαβήτης.

Αρτηριακή υπέρταση.

Πρωτοπαθείς πειραματικές νόσοι: Σπειραματονεφρίτιδες, Σύνδρομο Goodpasture.

Κυστικές / κληρονομικές νόσοι των νεφρών.

Διάμεση νεφρίτιδα / Πυελονεφρίτιδα.

Β'παθείς σπειραματονεφρίτιδες / Αγγειίτιδες / Νεφραγγειακή νόσος.

Αποφρακτικές νόσοι άνω μοίρας: λίθοι, νεοπλάσματα, οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση.

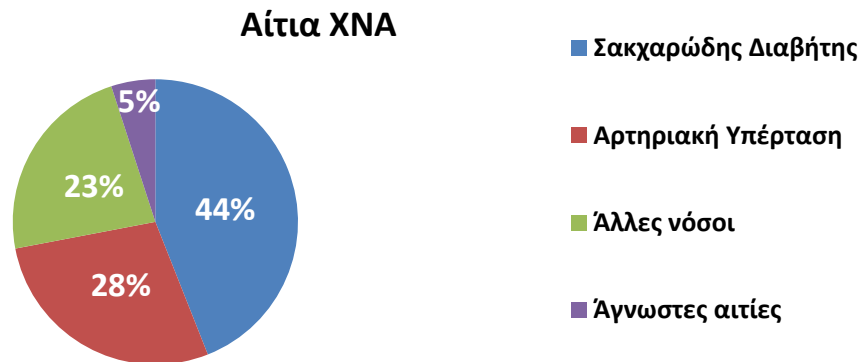
Αποφρακτικές νόσοι κάτω μοίρας: συγγενείς ανωμαλίες του αυχένα της κύστης, ή της ουρήθρας, νεοπλασίες προστάτη.

Νόσοι του κολλαγόνου: Συστηματική σκληροδερμία, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, οξώδης πολυαρτηρίτιδα.

Μεταβολικές νόσοι: αμυλοείδωση, πρωτοπαθής υπερπαραθυροειδισμός, σαρκοείδωση.

Συγγενείς ανωμαλίες των νεφρών: υποπλαστικοί νεφροί, πολυκυστικοί νεφροί.

### Γράφημα 2.1. Κυριότερα αίτια νεφρικής ανεπάρκειας



Πηγή: USRDS, 2013.

Η χρόνια επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ενδέχεται να οφείλεται σε σημαντικό βαθμό σε δευτερογενείς παράγοντες όπως η συστηματική και η ενδοσπειραματική υπέρταση, η πρωτεϊνουρία, η υπερλιπιδαιμία κ.α.. Παρόλα αυτά μέσα από μελέτες αναδεικνύονται τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης των πασχόντων, όπως η σωστή αντιμετώπιση της αναιμίας και η διατήρηση του βάρους και της μυϊκής μάζας σε φυσιολογικά επίπεδα (Foley et al., 1995).

## 2.2 Υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας

Οι νεφροί είναι αναντικατάστατο όργανο του ανθρώπινου σώματος. Οι λειτουργίες που επιτελούν δε μπορούν να υποκατασταθούν από κανένα άλλο όργανο, συνεπώς εάν αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στην αποστολή τους, η επιβίωση καθίσταται αδύνατη. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, είναι μια μη αναστρέψιμη κατάσταση, η οποία κατά την έναρξη και την αρχική περίοδο, μπορεί να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτική αγωγή, αποφυγή επιβαρυντικών παραγόντων και τακτική παρακολούθηση από τους ειδικούς γιατρούς. Στην τελικού σταδίου ΧΝΑ όμως, καμία αγωγή ή αλλαγή τρόπου ζωής δεν επαναφέρει μια στοιχειώδη νεφρική λειτουργία. Στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, στο αίμα, καθημερινά, μαζεύονται



νερό, αλλά και άχρηστες και βλαβερές ουσίες (ουρία, αμμωνία και διάφορα προϊόντα μεταβολισμού), τις οποίες οι νεφροί πλέον δεν μπορούν να απομακρύνουν από τον οργανισμό. Σε αυτό το στάδιο η νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αντιμετωπίζεται με την εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση (Βλαχογιάννης, 1999).

Η θεραπεία της εξωνεφρικής κάθαρσης δεν αντικαθιστά τους νεφρούς, αλλά αποκαθιστά ποσοστό της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας ικανό να δώσει τη δυνατότητα στον ασθενή να ζήσει, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Με την εξωνεφρική κάθαρση, η νεφρική λειτουργία δεν επανέρχεται ποτέ, ούτε θεραπεύονται οι κατεστραμμένοι νεφροί, αλλά εξασφαλίζεται μια αποδεκτή κατάσταση υγείας με την υποκατάσταση των λειτουργιών του φυσιολογικού νεφρού, ελαχιστοποιώντας έτσι την πιθανότητα δυσλειτουργίας και βλάβης άλλων οργάνων και συστημάτων.

Η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης της τελικού σταδίου ΧΝΑ, παραμένει η μεταμόσχευση νεφρού, κι αυτό διότι επιμηκύνει κατά πολύ την επιβίωση αυτών των ασθενών, αλλά και βελτιώνει θεαματικά την ποιότητα ζωής τους. Δυστυχώς, όμως, η μέθοδος αυτή δε βρίσκει ευρεία εφαρμογή κυρίως λόγω της έλλειψης νεφρικών μοσχευμάτων αλλά και λόγω της απόρριψής τους (Doyle et al., 2004).

### **2.2.1 Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση**

Η αιμοκάθαρση αποτελεί τη θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης, για περισσότερους από 425.824 ασθενείς με τελικού σταδίου Χ.Ν.Α στην Ευρώπη, ενώ περίπου 71.631 ασθενείς εντάσσονται μέσα στο 2011 σε αιμοκάθαρση, στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ERA-EDTA, 2011).

Η αιμοκάθαρση είναι μια θεραπεία που αρχίζει όταν η νεφρική λειτουργία φτάσει σε τόσο χαμηλά επίπεδα, που ο ασθενής δεν παράγει ούρα ή βιώνει τοξικές επιδράσεις και διαταραχές της ομοιόστασης ύδατος και ηλεκτρολυτών, που με τη σειρά τους επηρεάζουν και προκαλούν ανεπάρκεια και σε άλλα όργανα (νοσογόνος καταρράκτης – illness cascade). Αποσκοπεί στο να διηθεί (φιλτράρει) το αίμα και μέσω της διαδικασίας αυτής να αντικαθιστά σε κάποιο βαθμό, όσο το δυνατόν μεγαλύτερο, την απέκκριση των ηλεκτρολυτών, του νερού και των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού (Αντωνοπούλου, 1994). Το αίμα καθαρίζεται έξω από το σώμα χρησιμοποιώντας μηχανήμα αιμοκάθαρσης και φίλτρο (μεμβράνη αιμοκάθαρσης), που προσομοιώνει τη λειτουργία του νεφρώνα. Κάθε θεραπεία διαρκεί από 2 έως 4 ώρες, αναλόγως με τη λειτουργία του νεφρού που πρέπει να

υποκατασταθεί (ξηρά αιμοκάθαρση, κλασσική, ταχεία κ.α.) και, με την εξαίρεση κάποιου έκτακτου κι επείγοντος συμβάματος, εκτελείται συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα.

Ένας άλλος τρόπος αιμοκάθαρσης, γίνεται μέσω της δορυφορικής μονάδας αιμοκάθαρσης. Η μονάδα είναι απομακρυσμένη από τα νοσοκομεία, αλλά συνδέεται οργανωτικά και επιστημονικά με αυτά. Ο περιορισμός της απαραίτητης μετακίνησης των ασθενών, η ευελιξία επιλογής της διάρκειας, της συχνότητας και της χρονικής στιγμής της θεραπείας ανήκουν στα θετικά της μεθόδου αυτής. Μέσω της μεθόδου αυτής, δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς να παραμείνουν στην εργασίας τους αλλά τους παρέχεται το αίσθημα της αυτοφροντίδας και της ανεξαρτητοποίησης. Δυστυχώς, αυτός ο τρόπος αιμοκάθαρσης είναι άγνωστος στη χώρα μας ενώ την ίδια στιγμή στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό των ασθενών με τελικού σταδίου ΧΝΑ που χρησιμοποιούσε δορυφορική μονάδα αιμοκάθαρσης ως μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, το 2001 αντιστοιχούσε στο 10,9% των ασθενών (Gonzalez-Perez, 2005).

## **2.2.2 Περιτοναϊκή κάθαρση (PD- Peritoneal Dialysis)**

Η περιτοναϊκή κάθαρση είναι η δεύτερη συχνότερη μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Στη μέθοδο αυτή η μεταφορά των ουσιών γίνεται μεταξύ του αίματος των τριχοειδών αγγείων του περιτοναίου και ενός διαλύματος που εγχύεται, μέσω ενός καθετήρα, στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Μέσω της διαδικασίας αυτής, οι επιβλαβείς και άχρηστες ουσίες από το αίμα του ασθενή μεταφέρονται προς το διάλυμα και προσλαμβάνονται χρήσιμες για τον οργανισμό ουσίες.

Η περιτοναϊκή κάθαρση υπερτερεί της χρόνιας αιμοκάθαρσης σε τρία βασικά σημεία (Cestero et al., 1980):

- Ανεξαρτησία του ασθενή από το νοσοκομείο, οπότε έχουμε καλύτερη ποιότητα ζωής,
- Ο ασθενής προσαρμόζει τη θεραπεία με βάση το δικό του πρόγραμμα,
- Χαμηλότερο κόστος,

Παρόλο που η περιτοναϊκή κάθαρση παρέχει μεγαλύτερη αυτονομία στον ασθενή, καθώς η μέθοδος γίνεται στο σπίτι και όχι στο νοσοκομείο, για το 2012 στην χώρα μας μόλις 13,3% ασθενών με ΧΝΑ, χρησιμοποιούσαν ως θεραπεία υποκατάστασης την περιτοναϊκή κάθαρση (ERA-EDTA,2014).

### 2.2.3 Μεταμόσχευση Νεφρού (Kidney transplant)

Η μεταμόσχευση νεφρού θεωρείται σήμερα η καλύτερη θεραπεία εκλογής για ασθενείς που βρίσκονται σε ΤΣΧΝΑ, ανάμεσα στην αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή διήθηση (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004). Τα πλεονεκτήματα της μεταμόσχευσης νεφρού είναι τα εξής:

- Μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής,
- Καλύτερη ποιότητα ζωής,
- Μικρότερο κόστος σε σχέση με την θεραπεία υπό αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή διάλυση.

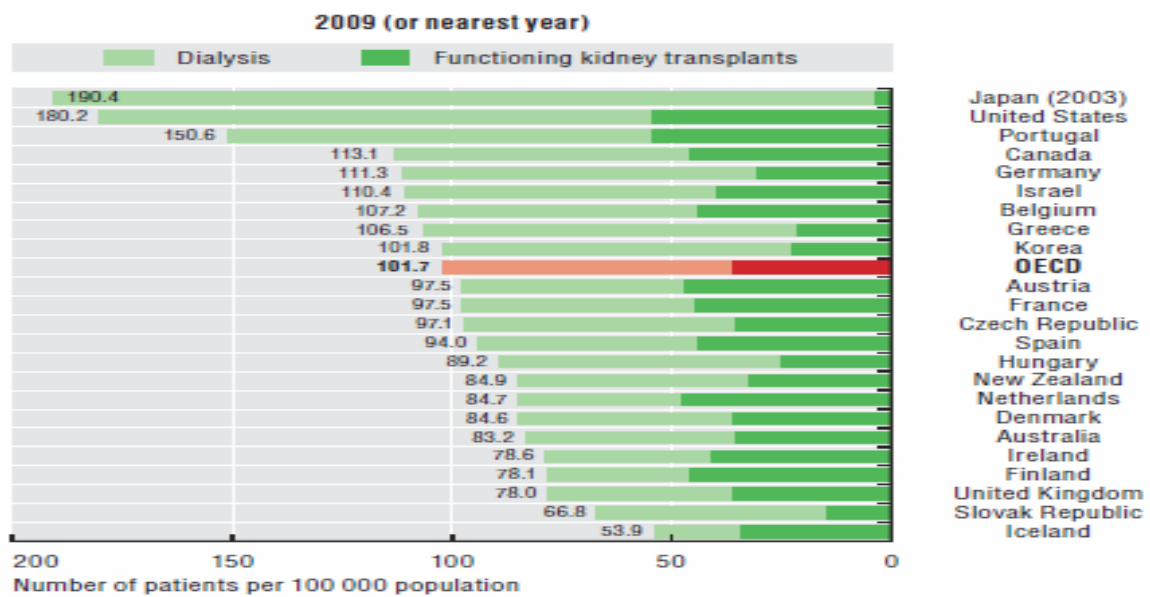
Τα μοσχεύματα νεφρών προέρχονται από δύο κύριες πηγές: από ζώντα ή από νεκρό δότη. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, ο ασθενής δεν έχει πλέον εξάρτηση από τεχνητές μεθόδους, επιστρέφει σε σχετικά υγιή κατάσταση οπότε και το επίπεδο υγείας και η ποιότητα ζωής του είναι σε καλύτερο επίπεδο (Gordon, 2001).

## 2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας - Διεθνής και Ελληνική πραγματικότητα

Η συχνότητα των ασθενών που χρειάζονται σ'ολόκληρο τον κόσμο εξωνεφρική κάθαρση συνεχώς αυξάνει, με κύριες αιτίες τη διαβητική νεφροπάθεια και την αρτηριακής υπέρταση (OECD, 2011). Αποτελούν τις πιο διαδεδομένες αιτίες στις χώρες του ΟΟΣΑ. Στις Ηνωμένες Πολιτείες ο διαβήτης και η υπέρταση αντιπροσωπεύουν πάνω από το 60% της πρωτογενούς διάγνωσης για όλους τους ασθενείς σε τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια (ESRF), με 44% για το διαβήτη και 28% για την υπέρταση (OECD, 2011). Όταν οι ασθενείς καταλήγουν στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, απαιτείται θεραπεία είτε με κάποιο είδος αιμοκάθαρσης είτε με μεταμόσχευση νεφρού. Η θεραπεία με διάλυση τείνει να είναι πιο δαπανηρή και προσφέρει μειωμένη ποιότητα ζωής στους ασθενείς από μια επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού λόγω του επαναλαμβανόμενου χαρακτήρα της. Κατά τη διάρκεια των δυο τελευταίων δεκαετιών στις χώρες του ΟΟΣΑ λαμβάνοντας υπόψη και τις δυο μορφές θεραπείας, η αναλογία των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης έχει αυξηθεί κατά ένα ποσοστό άνω του 5% ετησίως στις χώρες αυτές. Αυτό σημαίνει ότι η επικράτηση της θεραπείας αιμοκάθαρσης έχει υπερδιπλασιαστεί από το 1990 (OECD, 2011).

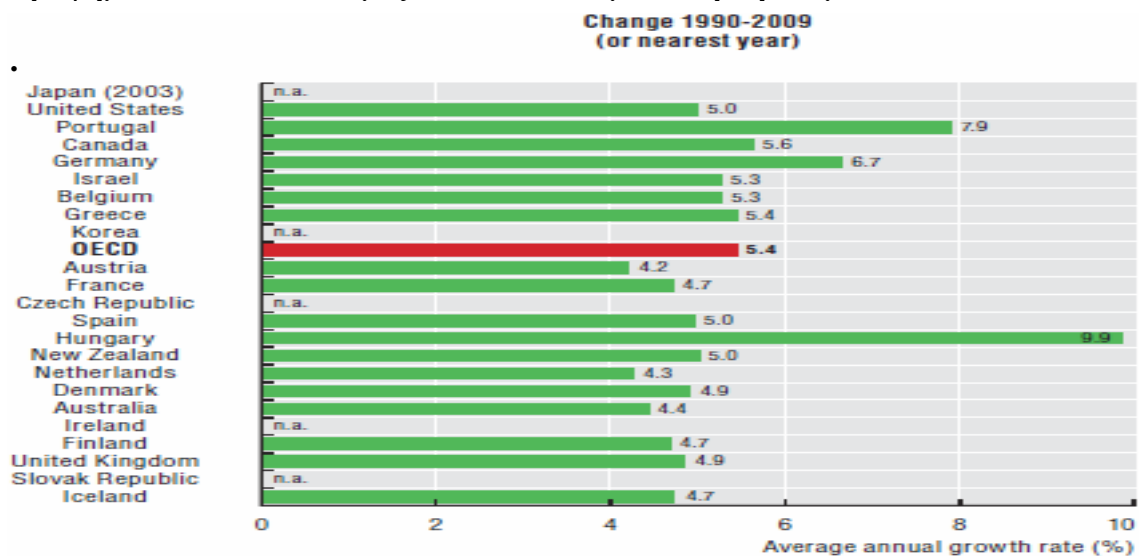
Η Ιαπωνία και οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν τα υψηλότερα ποσοστά, με 190 και 180 τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας ασθενών ανά 100.000 κατοίκους αντίστοιχα (γράφημα 2.3.1.). Ακολουθεί η Πορτογαλία η οποία έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ανάπτυξης της νόσου από το 1990 (γράφημα 2.3.2.) . Δεν είναι σαφές γιατί αυτές οι χώρες αναφέρουν τόσο υψηλά ποσοστά θεραπείας αλλά το ποσοστό ανάπτυξης δε σχετίζεται από το υψηλό ποσοστό του διαβήτη μιας που το ποσοστό σε αυτές τις χώρες δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (γράφημα 2.3.3).

**Γράφημα 2.3.1. Επιπολασμός ασθενών σε αιμοκάθαρση/100.000 πληθυσμού.**



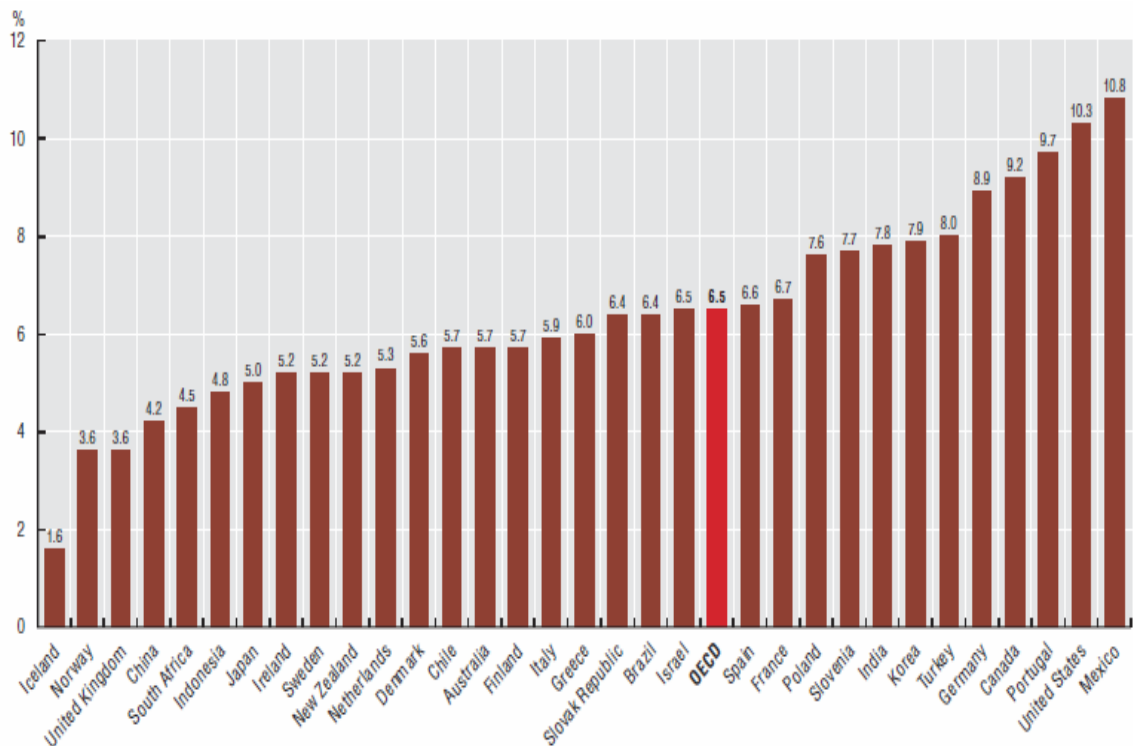
Source: OECD Health Data 2011.

**Γράφημα 2.3.2. Επιπολασμός ασθενών σε αιμοκάθαρση ανάμεσα στο 1990 και 2000**



Πηγή: OECD Health Data 2011

**Γράφημα 2.3.3. Εκτίμηση επιπολασμού του διαβήτη (τύπου I και II), 2010.**



**Πηγή: OECD Health Data 2011.**

Στην Ευρώπη ετησίως, η αύξηση των νεοεισαχθέντων ασθενών που χρειάζονται εξωνεφρική κάθαρση αντιστοιχεί περίπου σε 117 άτομα/εκατομμύριο πληθυσμού (ERA-EDTA Registry, 2014). Το 2012 στην Ελλάδα ο αριθμός των νέων ασθενών που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ήταν 2059 άτομα, εκ των οποίων 1840 (90%) εντάχθηκε στην αιμοκάθαρση και 148 άτομα (7%) στην περιτοναϊκή κάθαρση. Το υπόλοιπο ποσοστό, υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού (ERA-EDTA Registry, 2014). (γράφημα 2.3.4).

**Γράφημα 2.3.4. Αριθμός νέων ασθενών στην Ελλάδα το 2012**

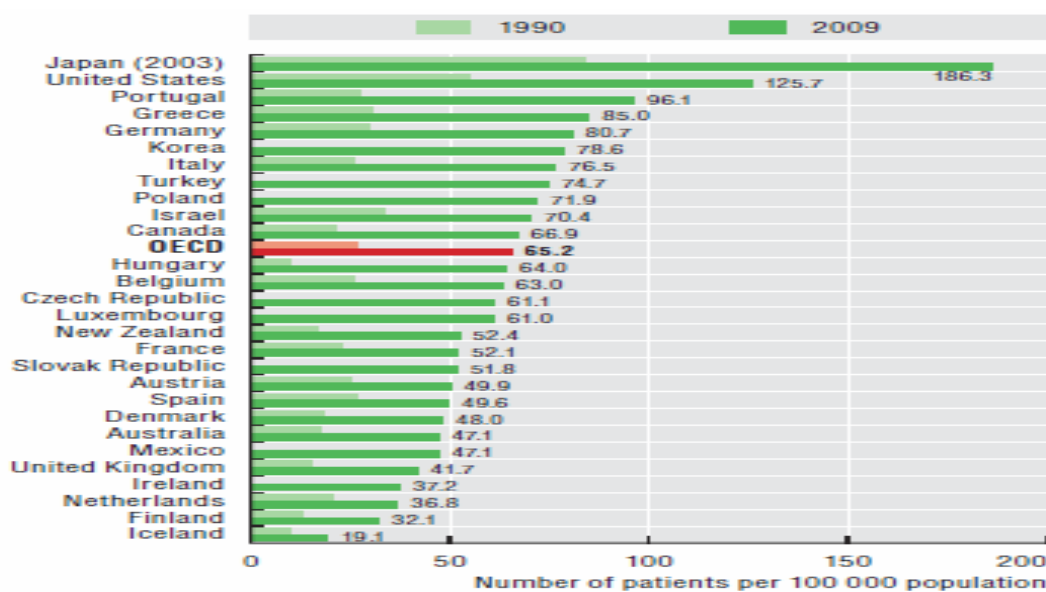


**Πηγή: ERA-EDTA Registry,**

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, η πλειοψηφία των ασθενών τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης σε αντίθεση με τη μεταμόσχευση νεφρού. Αυτό συμβαίνει επειδή, ενώ έχουμε μεγάλη αύξηση των ατόμων σε τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια και αριθμό μεταμοσχεύσεων περιορίζεται από τον μικρό αριθμό δοτών. Οι εξαιρέσεις είναι η Φιλανδία, η Ισλανδία η Ολλανδία και η Ιρλανδία, όπου οι περισσότεροι ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια έκαναν μεταμόσχευση νεφρού.

Στην Ιαπωνία και τις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό των ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι πολύ υψηλό (γράφημα 2.3.5.). Σχεδόν όλοι οι νεφροπαθείς ασθενείς στην Ιαπωνία αντιμετωπίζονται με αιμοκάθαρση και τα ποσοστά μεταμόσχευσης είναι πολύ χαμηλά. Τα τελευταία 20 χρόνια υπήρξε μεγάλη αύξηση των ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ σε αντίθεση με τις μεταμοσχεύσεις οι οποίες παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα.

**Γράφημα 2.3.5. Επιπολασμός των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση από το 1990 και 2009.**

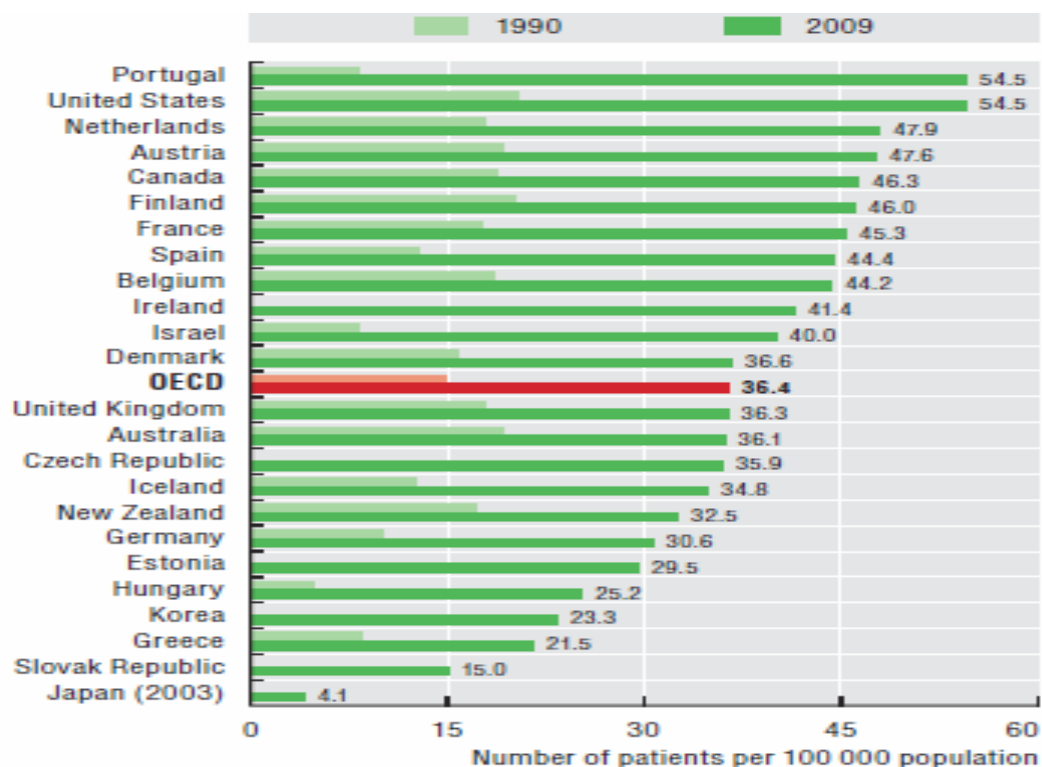


**Πηγή: OECD Health Data 2011.**

Η πρόοδος στις χειρουργικές πρακτικές και η ανάπτυξη νέων φαρμάκων για την πρόληψη της απόρριψης του νεφρού μετά από μεταμόσχευση έδωσαν την δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων μεταμοσχεύσεων, καθώς και για τη βελτίωση της στο ποσοστό επιτυχίας της, από ότι συνέβαινε πριν από 20 χρόνια. Η επιτυχής μεταμόσχευση βελτιώνει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών, χωρίς αυστηρή δίαιτα και περιορισμό των δραστηριοτήτων.

Ο αριθμός των ατόμων που ζουν με μεταμόσχευση νεφρού έχει αυξηθεί σταθερά από το 1990 σε όλες τις χώρες. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ υπερδιπλασιάστηκε, αυξανόμενος από 15 σε 36 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού μεταξύ 1990 και 2009 (γράφημα 2.3.6.). Το 2009 η Πορτογαλία οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Ολλανδία και η Αυστρία ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά μεταμόσχευσης νεφρού. Αντίθετα, τα χαμηλότερα ποσοστά ατόμων που έχουν κάνει μεταμόσχευση νεφρού ήταν στην Ιαπωνία, ακολουθεί η Σλοβακία, η Ελλάδα και Κορέα (OECD,2011).

**Γράφημα 2.3.6. Επιπολασμός των ασθενών που ζουν με μεταμόσχευση νεφρού από το 1990 έως το 2009**



*Πηγή: OECD Health Data 2011.*

Σε πολλές χώρες οι λίστες αναμονής των ατόμων για μεταμόσχευση νεφρού έχουν αυξηθεί, καθώς η ζήτηση για μεταμοσχεύσεις έχει ξεπεράσει κατά πολύ τον αριθμό των δωτών. Σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τις μεταμοσχεύσεις αποτελούν πολιτισμικοί παράγοντες και οι παραδόσεις που επικρατούν. Παράδειγμα αποτελεί η Ιαπωνία όπου η μεταμόσχευση νεφρού εξακολουθεί να είναι λιγότερο αποδεκτή.

### 2.3.1 Αιτίες ΧΝΝ παγκοσμίως

Ο διαβήτης και η υπέρταση αποτελούν τις κύριες αιτίες της χρόνιας νεφρικής νόσου σε όλες τις αναπτυγμένες και αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά οι σπειραματονεφρίτιδες και άλλες άγνωστες αιτίες είναι πιο κοινές σε χώρες της Ασίας και της υποσαχάριας Αφρικής. Αντίθετα, τα λοιμώδη νοσήματα συνεχίζουν να αποτελούν κύρια αιτία σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, και σ' αυτό συμβάλλει η κακή υγιεινή, η ανεπαρκής πρόσβαση σε πόσιμο νερό και οι υψηλές συγκεντρώσεις φορέων μετάδοσης των διαφόρων νόσων. Η ρύπανση του περιβάλλοντος, τα φυτοφάρμακα, η κατάχρηση αναλγητικών φαρμάκων, τα φυτικά φαρμακευτικά προϊόντα και η χρήση των μη ελεγχόμενων προσθέτων στα τρόφιμα, συμβάλλουν επίσης στην επιβάρυνση της χρόνιας νεφρικής νόσου στις αναπτυσσόμενες χώρες (Vivekanand et al., 2013).

Η ταχεία αστικοποίηση και η παγκοσμιοποίηση έχουν επιταχύνει τη μετακίνηση πληθυσμών προς τα μεγάλα αστικά κέντρα στις χώρες της Νότια Ασίας και της Λατινικής Αμερικής, η οποία έχει οδηγήσει σε αύξηση των λοιμωδών νόσων και αυξανόμενο επιπολασμό και σοβαρότητα των διαταραχών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση. Γενετικοί παράγοντες επίσης συμβάλουν. Παραλλαγές στα γονίδια MYH9 και APO1 συνδέονται με μη διαβητικής αιτιολογίας χρόνια νεφρική νόσο σε άτομα Αφρικανικής καταγωγής (Vivekanand et al., 2013).

Τα τελευταία χρόνια, διάφορα φυτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως από τους αγροτικούς πληθυσμούς σε Αφρική και Ασία, έχουν γίνει δημοφιλή και στις αναπτυγμένες χώρες. Ωστόσο, νεφροτοξικές επιδράσεις μπορεί να προκύψουν από την κατανάλωση δυνητικά τοξικών βοτάνων. Τα βότανα αυτά, μπορεί να προκαλέσουν οξεία νεφρική βλάβη, σωληναριακή δυσλειτουργία, διαταραχές ηλεκτρολυτών, υπέρταση, νεφρολιθίαση, χρόνια νεφρική νόσο, και ουροθηλιακό καρκίνο (Vivekanand et al., 2013).

Επιδημιολογικά δεδομένα από την Ταϊβάν και την Κίνα, έδειξαν μια συσχέτιση μεταξύ της χρήσης των βοτάνων που περιέχουν αριστολοχικό οξύ και της χρόνιας νεφρικής νόσου (Guh et al., 2007). Νεφροπάθεια οφειλόμενη στο αριστολοχικό-οξύ, παρατηρήθηκε για πρώτη φορά το 1993, σε νεαρές γυναίκες που έλαβαν αγωγή που περιέχει ένα βότανο, το οποίο αργότερα αναγνωρίστηκε ως *Aristolochia fangchi* σε μία βελγική μελέτη μεθόδων αδυνατίσματος (Vanherweghem et al., 1993). Παρατηρείται μια προοδευτική διάμεση νεφρίτιδα που οδηγεί σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο και κακοήθη νόσο του ουροθηλίου.



Η παγκόσμια επίπτωση της νεφροπάθειας οφειλόμενης σε αριστολογικό οξύ είναι πιθανώς υψηλότερη από ότι αρχικά πιστευόταν, ιδιαίτερα στις ασιατικές χώρες, όπου οι παραδοσιακές θεραπείες είναι πολύ δημοφιλείς και τα φάρμακα πολύ συχνά υποκαθίστανται ή συμπληρώνονται από φυτικά προϊόντα, που περιέχουν αριστολογικό οξύ.

Η ενδημική νεφροπάθεια των Βαλκανίων προσβάλλει ανθρώπους που ζουν κατά μήκος των ακτών του Δουνάβεως και χαρακτηρίζεται από χρόνια διάμεση ίνωση του νεφρού, με αργή εξέλιξη σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο και κακοήθη εξαλλαγή του ουροθηλίου. Οφείλεται στην κατανάλωση αριστολογικού οξέος σε άλευρα, παραγόμενα από σιτηρά που καλλιεργούνται σε εκτάσεις μολυσμένες με *Aristolochia clematitis* και, ως εκ τούτου, θεωρείται μορφή νεφροπάθειας οφειλόμενης σε αριστολογικό οξύ (Stefanovic et al., 2009).

### **2.3.2 Προοπτικές και δράσεις για τη ΧNN σε παγκόσμια κλίμακα**

Η χρόνια νεφρική νόσος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας με διαφορετικά χαρακτηριστικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη σε διαφορετικά μέρη του κόσμου. Το ποσοστό της χρόνιας νεφρικής νόσου αυξάνεται σε όλο τον κόσμο, όπως προκύπτει από τις αυξήσεις των θανάτων από νοσήματα που σχετίζονται μ' αυτήν, καθώς και από την εμφάνιση και επικράτηση της νόσου. Η χρόνια νεφρική νόσος και οι επιπλοκές της, που εμπλέκουν τα περισσότερα συστήματα οργάνων, μπορεί να προληφθεί, αλλά η ευαισθητοποίηση και η χρήση των μεθόδων ακριβείας είναι απαραίτητα για να είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση (Vivekanand et al., 2013).

Ένα σχέδιο προαγωγής της νεφρικής υγείας, ξεκίνησε στην Ταϊβάν το 2003, με προϋπολογισμό \$15.000.000 ετησίως. Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται είναι απαγόρευση χρήσης βοτάνων που περιέχουν αριστολογικό οξύ, εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού κι εκπαίδευσης των ασθενών, χρηματοδότηση της έρευνας για τη νεφρική νόσο και τη συγκρότηση ομάδων παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας (Hwang et al., 2010).

Το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας της Κούβας, υλοποίησε ένα εθνικό πρόγραμμα που υποστηρίζει την επιδημιολογική έρευνα, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση για νεφρολόγους, οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες της υγείας, και επαναπροσανατολισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προς την κατεύθυνση της αύξησης των υπηρεσιών νεφρολογίας, την επιτήρηση και την παρέμβαση (Almaguer et al., 2005). Στο Μεξικό, το Υπουργείο Υγείας έχει δημιουργήσει ένα δίκτυο υπηρεσιών υγείας κατά της χρόνιας

νεφρικής νόσου (Vivekanand et al., 2013). Το κόστος από την εφαρμογή αυτού του δικτύου εκτιμάται ότι ανέρχεται στα \$50.000.000. Ο στόχος είναι να μειωθεί ο αριθμός των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο κατά 50% έως το 2025. Σύμφωνα με επίσημες εκθέσεις, η ετήσια επίπτωση του τελικού σταδίου νεφρικής νόσου στην Ταϊβάν μειώθηκε από 432 ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2005, σε 361 ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2010. Το πρόγραμμα είχε ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 36 εκατομμυρίων δολαρίων ανά έτος, λόγω της μείωσης της δαπάνης αιμοκάθαρσης και μέσω της βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Στην Ουρουγουάη, ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης της συχνότητας του τελικού σταδίου νεφρικής νόσου μειώθηκε από 1,6% το διάστημα 1994-2003, σε 0,13% κατά την επόμενη δεκαετία. Στη Χιλή, η ετήσια συχνότητα και επιπολασμός μειώθηκαν μετά την εισαγωγή του προγράμματος πρόληψης, από 13,3% και 14,5% αντίστοιχα, το 2005-08, σε 1,9% και 4,6% το 2009-10 (Vivekanand et al., 2013).

### Ποιότητα ζωής – Βιβλιογραφική ανασκόπηση

#### 3.1 Ποιότητα ζωής

##### 3.1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία δύσκολα μπορεί να ορισθεί και να μετρηθεί. Ο λόγος που έχει λάβει κατά διαστήματα διαφορετικούς ορισμούς από διαφορετικά επιστημονικά πεδία οφείλεται στο πλούσιο περιεχόμενο της (Υφαντόπουλος, 2003).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας είναι «στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για την θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας μέσα στην οποία ζουν σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (The WHOQOL Group, 1995).

Η εξέλιξη και η πρόοδος της κοινωνίας, έφερε στο προσκήνιο τη σχέση υγείας – ποιότητας ζωής. Αποδεικνύεται πως πρόκειται για έννοιες με στενότερη σχέση, αφού τελικά η μία εξαρτάται από την άλλη κι επιπλέον, ποιότητα ζωής χωρίς υγεία, αλλά και το αντίστροφο, δε μπορεί ουσιαστικά να υπάρξει. Το εισόδημα του ατόμου, ο τόπος διαμονής, το εργασιακό περιβάλλον, οι κοινωνικές συναναστροφές, το μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο, αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη μία ή την άλλη παράμετρο, επομένως και τη σχέση μεταξύ τους. (Θεοδώρου και συν., 1997). Κατά συνέπεια, πρόκειται για ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις, τη σωματική, τη ψυχική και τη κοινωνική ευεξία που καθορίζουν τον όρο ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τις παραμέτρους αυτούς διακρίνουμε την εξής κατηγοριοποίησή τους (Σαρρής, 2001):

- από παράγοντες που σχετίζονται με την οικονομική και κοινωνική λειτουργία της κοινωνίας,
- από οικονομικούς αλλά και πολιτικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα η οικονομική ευημερία, ο προγραμματισμός,

- από πολιτισμικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα από την ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, ήθη και έθιμα, κοινωνική συμπεριφορά,
- από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες όπως το επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος,
- από δημογραφικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα,
- από υγειονομικούς και ιατρικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα το επίπεδο εξέλιξης των ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Παγκοσμίως, η ποιότητα ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία, στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης (1989). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει συμφωνήσει σε μία λίστα θεμάτων σχετικών με την ποιότητα ζωής, στην οποία περιλαμβάνονται θέματα, όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling, 1997).

**Πίνακας 3.1 Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής**



Πηγή: Υφαντόπουλος Ι., Τα Οικονομικά της Υγείας (2003)

### 3.1.2 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Health Related Quality of Life-HRQL)

Μία από τις αναζητήσεις του ανθρώπου ανέκαθεν, ήταν η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Με την πρόοδο της επιστήμης και της ιατρικής, αυτό έχει επιτευχθεί σε κάποιο βαθμό, κυρίως στις κοινωνίες δυτικού τύπου. Αυτό όμως το επιπλέον διάστημα επιβίωσης, γεννά το ερώτημα αν είναι εξίσου ποιοτικού όπως πριν ή αν τελικά, η αυξημένη διάρκεια

ζωής, υποβοηθούμενη από την ιατρική και την επιστήμη γενικότερα, είναι ένα διάστημα με κακή ποιότητα, λόγω αυξημένης νοσηρότητας, καταφυγής σε πολύπλοκες και ψυχοφθόρες θεραπείες και αν τελικά αξίζει η επιμήκυνση της ζωής του ατόμου κάτω απ' αυτές τις συνθήκες ή πρόκειται για ένα διάστημα χρόνιας νοσηρότητας και ταλαιπωρίας.

Ως αποτέλεσμα αυτών, οι μετρήσεις των καταστάσεων υγείας εστιάζονται πλέον στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και όχι στις παραδοσιακές μετρήσεις θνησιμότητας και νοσηρότητας, όπως παλαιότερα (Υφαντόπουλος, 2007).

Με άλλα λόγια, οι κλασικές μετρήσεις σε απόλυτο αριθμό της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, δεν επαρκούν πλέον για την εκτίμηση της νόσου. Υπεισέρχονται διάφοροι άλλοι παράγοντες, που επηρεάζουν άμεσα το πώς και όχι το πόσο επιβιώνει ένα άτομο με τη νόσο του. Εστιάζεται λοιπόν το ενδιαφέρον στο κατά πόσο το άτομο διάγει μια ικανοποιητική σε ποιότητα, αλλά και λειτουργικότητα ζωή.

Πρόκειται δηλαδή, για μια πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, που αφορά στις θετικές και στις αρνητικές όψεις ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη σωματική, τη ψυχική και την κοινωνική υγεία» (Υφαντόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι προκύπτουν πολλά οφέλη από τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μπορούμε να ελέγχουμε το κατά πόσο οι διάφορες παρεμβάσεις και μικρές ή μεγάλες αλλαγές στη θεραπεία είναι αποτελεσματικές, κι αυτό από την πιο έγκυρη πηγή, τον ίδιο τον ασθενή. Με τα δεδομένα που συλλέγονται, μπορούμε στη συνέχεια να πετύχουμε καλύτερη κατανομή των πόρων που διατίθενται για την υγεία, αλλά και να σχεδιάσουμε μια καλύτερη στρατηγική αντιμετώπισης, βασισμένη πλέον στις ανάγκες των ίδιων των ασθενών μας. Η λήψη αποφάσεων για την επιλογή μεταξύ εναλλακτικών κλινικών παρεμβάσεων γίνεται σε σωστή βάση και αυτό γιατί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μας παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την πορεία της νόσου αλλά και την αποτελεσματικότητα της εκάστοτε θεραπευτικής παρέμβασης (Γείτονα και συν, 2004).

### **3.1.3 Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής**

Τα πρώτα ερωτηματολόγια για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εμφανίστηκαν στη δεκαετία του 1970 και είχαν ως στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος, συμπεριλαμβάνοντας μετρήσεις της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας (Υφαντόπουλος, 2007). Η σχετιζόμενη με την υγεία

ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων τα οποία εστιάζονται στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου (generic instruments) ή στις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (disease-specific measures) (Υφαντόπουλος, 2007).

**Πίνακας 3.2 Εργαλεία γενικής χρήσης**

<b>Nottingham Health Profile (NHP)</b>
<b>SF-36</b>
<b>Sickness Impact Profile (SIP)</b>
<b>EQ-15D</b>
<b>EQ-5D (Euro Qol)</b>
<b>Short form 12 (SF-12)</b>

**Πίνακας 3.3 Εργαλεία ειδικής χρήσης**

<b>Kidney Disease Quality Of Life</b>
<b>Chronic Heart Failure</b>
<b>The Karnofsky Performance Status Measure</b>

### 3.1.4 Ασθενείς σε αιμοκάθαρση και ποιότητα ζωής

Οι πρώτες μελέτες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παρουσιάστηκαν μετά το 1980 και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εξωνεφρική κάθαρση δημιουργεί σοβαρές επιπλοκές και αντικειμενικά μειωμένη ποιότητα ζωής (Evans, 1985). Την τελευταία εικοσαετία, το ερευνητικό ενδιαφέρον στο πεδίο έρευνας της ποιότητας ζωής των ασθενών με τελικού σταδίου ΧΝΑ επικεντρώνεται στους εξής πέντε άξονες (Gokal, 2002) :

- Σχέση της ποιότητας ζωής με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα,
- Επίδραση της μεθόδου θεραπείας στην ποιότητα ζωής,
- Επίδραση χαρακτηριστικών της θεραπείας, όπως π.χ. επάρκεια αιμοκάθαρσης, ερυθροποιητίνη, φαρμακοληψία κ.α.,
- Προγνωστικοί παράγοντες και διαχρονικές μεταβολές της ποιότητας ζωής,

- Σύγκριση της τελικού σταδίου ΧΝΑ με άλλες χρόνιες ασθένειες ως προς την ποιότητα ζωής.

Ανάλογα με την οικονομική, κοινωνική δομή, ύπαρξη των απαραίτητων δομών υγείας αλλά και από την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κάθε χώρας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών (Γείτονα & Κυριόπουλος, 1999).

Η επίπτωση της θεραπευτικής διαδικασίας της υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στη ποιότητα ζωής των ασθενών με όποιον τρόπο και να αντιμετωπίζεται, δημιουργεί μια σειρά προβλημάτων. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί, αντιμετωπίζουν ψυχικά, εργασιακά, οικονομικά αλλά και οικογενειακά προβλήματα.

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με αιμοκάθαρση είναι η αϋπνία. Η κατάσταση αυτή, συνοδεύεται από έντονο αίσθημα δυσφορίας για τον ασθενή καθώς ταυτόχρονα διαταράσσει το καθημερινό του πρόγραμμα αλλά και γενικότερα τον βαθμό λειτουργικότητας στην καθημερινότητά του (Κοσμαδάκης, 2010). Πιο συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια της ημέρας έπειτα από συνεχείς νύχτες με αϋπνία, το άτομο μπορεί να παρουσιάζει αυξημένη υπνηλία και αίσθημα κόπωσης, μειωμένη πνευματική διαύγεια, διαταραχές που σχετίζονται με τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου αλλά και ναρκοληψία, υπνοβασία και εφιάλτες (Κοσμαδάκης, 2010).

Επιπρόσθετα, η χρόνια αιμοκάθαρση επηρεάζει και την εικόνα που έχει ο ασθενής για το σώμα του, γεγονός το οποίο μπορεί να συμμετρηθεί ως αιτιολογικός παράγοντας στην εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, ο μόνιμος καθετήρας, η fistula, η αύξηση του σωματικού βάρους εξαιτίας της κατακράτησης υγρών, η σύνδεση με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης και η διακοπή της ούρησης μπορεί να έχουν καταστροφικές συνέπειες στη σχέση του ασθενούς με το σώμα του (Kimmel, 2006). Αυτή η αρνητική εικόνα του σώματος μπορεί να μειώσει τα επίπεδα αυτοεκτίμησης του ατόμου, με αποτέλεσμα να αισθάνεται λιγότερο ελκυστικός, περισσότερο διστακτικός και αρνητικός ως προς τη σεξουαλική δραστηριότητα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε καταθλιπτικά συμπτώματα ή να επιτείνουν την ήδη υπάρχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία (Kimmel, 2006).

Εδώ πρέπει να υπογραμμισθεί ότι τα προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι πολυπαραγοντικά και σχετιζόμενα με ψυχολογικές μεταβλητές, σωματικούς παράγοντες αλλά και άλλες παθογόνες καταστάσεις ενώ αυξάνονται όσο μειώνεται η νεφρική λειτουργία και επιδεινώνονται όσο επιδεινώνονται τα προβλήματα της νεφρικής ανεπάρκειας (Palmer, 1999).

Πολλοί από τους παράγοντες που συγκαταλέγονται μεταξύ των πιο κρίσιμων μεταβλητών για συναισθήματα άγχους και στρες αποτελούν την ίδια στιγμή μερικά από τα πιο σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς, όπως για παράδειγμα ο περιορισμός των υγρών, της φυσικής δραστηριότητας, της χρήσης του ελεύθερου χρόνου, περιορισμοί στο στυλ ένδυσης, ελάττωση της κοινωνικής ζωής και απώλεια της ισορροπημένης σωματικής λειτουργίας (Gurklis & Menke, 1988).

Επίσης, στους νεφροπαθείς είναι υψηλά τα επίπεδα στρες με σημαντικότερους αγχογόνους παράγοντες η αβεβαιότητα για το μέλλον, οι συχνές νοσηλείες, η μακρά διάρκεια της θεραπείας και το αίσθημα της κόπωσης (Gokal, 2002).

Επιπρόσθετα, ένας από τους λόγους που επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση των νεφροπαθών είναι η ρουτίνα, καθώς είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν συγκεκριμένο πρόγραμμα, περιορισμένη και συγκεκριμένη διατροφή αλλά και συχνά να νοσηλεύονται, γεγονός που περιορίζει την ελευθερία κινήσεών τους και τους δημιουργεί πιο έντονα αισθήματα κατάθλιψης αλλά και κόπωσης (Nolph, 1986).

Επιπρόσθετα, η συναισθηματική κατάσταση και διάθεση των νεφροπαθών επηρεάζεται σημαντικά από την αναγκαιότητα προσαρμογής του ασθενούς σε μία νέα εικόνα σώματος, το οποίο επηρεάζεται σημαντικά, μπορεί να αλλάξει και να απαιτήσει αλλαγές ακόμη και στον τρόπο που ντύνεται ο/η ασθενής, καταλήγοντας σε μειωμένα επίπεδα ικανοποίησης από το σώμα. Όλα αυτά προκαλούν, αυξημένα ποσοστά ανησυχίας, αγχώδεις διαταραχές ακόμη και οι κρίσεις πανικού ή συγκεκριμένες φοβίες (Bossola et al., 2010, Murtagh et al., 2007).

Συμπερασματικά, οι νεφροπαθείς ως μία συγκεκριμένη ομάδα ασθενών εμφανίζουν σημαντική κατάπτωση στη συναισθηματική τους κατάσταση, δηλώνοντας μία σειρά από αρνητικά συναισθήματα και μειωμένη διάθεση ως αποτέλεσμα των σωματικών αλλαγών που επιφέρει η συγκεκριμένη ασθένεια, αλλά και αλλαγών στον τρόπο ζωής, προβλημάτων στον ύπνο και θεάσεων της ασθένειας, της πρόγνωσης της πορείας της και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Για τους παραπάνω λόγους, η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ή η ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική έχουν βρεθεί ότι μπορούν να μειώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και κατ' επέκταση να βελτιώσουν τις σεξουαλικές σχέσεις των νεφροπαθών (Finkelstein, 2007, Kimmel, 2006). Άλλωστε, η βελτίωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και της μείωσης των καταθλιπτικών αισθημάτων προτιμάται ως ένας



έμμεσος τρόπος βελτίωσης της ποιότητας ζωής των χρόνιων νεφροπαθών αλλά και της μείωσης των αρνητικών τους συναισθημάτων (Seidman, 2001, Turk, 2004).

### 3.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το εξιδεικευμένο ερωτηματολόγιο KDQOL-SF σε 10 κέντρα αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα το 2007, στην οποία συμμετείχαν 146 ασθενείς, παρατηρήθηκε ότι μόνο το 23% των ασθενών είχε παραμείνει στην εργασία του, τρεις ασθενείς αναγκάστηκαν να αλλάξουν τόπο διαμονής για να είναι πιο κοντά στη μονάδα αιμοκάθαρσης και ο σακχαρώδης διαβήτης ήταν η πιο συχνά εμφανιζόμενη πρωτογενής αιτία νεφρικής ανεπάρκειας 20%. Από κλίμακες του KDQOL-SF, χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στην εργασία, την σεξουαλική λειτουργία και το φόρτο της νεφροπάθειας. Η σύγκριση των κλιμάκων SF-36 του δείγματος με τον ελληνικό γενικό πληθυσμό παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p < 0.001$ ) σε όλες τις κλίμακες, πλην του σωματικού πόνου. Επίσης, η σύνοψη συνιστωσών ψυχικής υγείας του δείγματος των αιμοκαθαιρομένων ήταν ελαφρώς χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού, ενώ η σύνοψη συνιστωσών σωματικής υγείας ήταν αρκετά χαμηλότερη (Σταυριανού, 2007).

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, συγκρίθηκαν με αντίστοιχο δείγμα Ισπανών αιμοκαθαιρούμενων ασθενών, που συμπλήρωσαν το ίδιο ερωτηματολόγιο. Από τη σύγκριση αυτή, δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα σωματικού πόνου, ενδυναμώνοντας έτσι την εγκυρότητα της μέτρησης και υποδεικνύει ότι οι ασθενείς σε τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια, δεν υπέφεραν σημαντικά από σωματικό πόνο εξαιτίας της ασθένειάς τους, σε σημείο τέτοιο, που να έχει αρνητική απήχηση στην αντίληψη τους για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Σταυριανού, 2007).

Σε μία άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Παιδιατρική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημίου της Πάντοβα στην Ιταλία, παρατηρήθηκαν διαταραχές ύπνου σε 54 ασθενείς από τους 112 που συμμετείχαν στην έρευνα. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, φάνηκε ότι μόνο το 9% των ασθενών κοιμόταν περισσότερο από 6 ώρες τη νύχτα ενώ σε μία κλίμακα από το 0-10 μόνο το 35% των ερωτηθέντων απάντησε ότι με τον ύπνο αναπαυόταν ενώ κανένας δεν σημείωσε την επιλογή του 10 αξιολογώντας την ποιότητα του ύπνου του (Di Barbieri & Zampieron, 2004).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 13 κέντρα τεχνητού νεφρού, με θέμα την «Ποιότητα ζωής» στην αιμοκάθαρση, φάνηκε ότι η ένταση του πόνου έχει άμεση σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες οι οποίες επηρεάζονται αρνητικά ( Merkus et al., 1999).

Σε ένα άλλο ερευνητικό πεδίο, αυτό της κατάθλιψης, μια άλλη έρευνα χρησιμοποιώντας την κλίμακα αυτοαναφοράς καταθλιπτικών συμπτωμάτων του Zung διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη ήταν παράγοντας πρόβλεψης για τη θνησιμότητα των ασθενών (Einwohner et al., 2004). Επίσης, σε μια άλλη έρευνα διαπιστώθηκαν καταθλιπτικά συμπτώματα σε ποσοστό 25% του υπό εξέταση δείγματος (Kimmel et al., 2006).

Παρόμοια αποτελέσματα αποκτήθηκαν και από την εργασία η οποία μάλιστα χρησιμοποίησε ένα αρκετά μεγάλο δείγμα 5200 ασθενών από ΗΠΑ και Ευρώπη (Lopes et al., 2004).

Σχετικές έρευνες καταδεικνύουν ότι το 40% των γυναικών και το 55% των ανδρών αντιμετωπίζουν κάποιου είδους σεξουαλική δυσλειτουργία αλλά και στην επίτευξη οργασμού. Ειδικότερα, οι άνδρες ασθενείς πολύ συχνά εμφανίζουν μειωμένη διάθεση για σεξουαλικές επαφές, δυσκολίες στη σεξουαλική διέγερση, στυτική δυσλειτουργία αλλά και πρόωρη ή καθυστερημένη εκσπερμάτιση (Finkelstein & Finkelstein, 2007).

Ειδικότερα, σεξουαλική δυσλειτουργία εμφανίζεται σε ποσοστό 9% σε ασθενείς με μέτρια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, σε αντίθεση με το 65% των ανδρών ασθενών που βρίσκονται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης και το 55% των γυναικών που βρίσκονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης (Palmer, 1999).

Αποτέλεσμα έρευνας η οποία μελετούσε το επίπεδο ελέγχου (health locus of control), το οποίο πίστευαν ασθενείς ότι είχαν όσον αφορά την υγεία τους, απέδειξε ότι όσο η ασθένεια εξελισσόταν οδηγώντας στην αναπόφευκτη λύση της αιμοκάθαρσης, αλλαγές στον εσωτερικό έλεγχο αποτελούσαν προγνωστικούς δείκτες κατάθλιψης (Cvengros et al., 2004).

Τέλος, σε μία πρόσφατη έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκε το Body Image Disturbance Questionnaire, ζητήθηκε από τους ασθενείς σε αιμοκάθαρση να περιγράψουν τα συναισθήματά τους σε σχέση με το σώμα τους αλλά και την εικόνα που έχουν για αυτό. Με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, καταγράφηκε ότι η πλειοψηφία αυτών ντρέπονταν για την εικόνα του σώματός τους, αμφέβαλλαν για τη σωματική και σεξουαλική τους ελκυστικότητα απέναντι στους συντρόφους τους και στους άλλους ενώ τα συναισθήματα αυτά ήταν παρόντα όταν ήταν μαζί με ξένους, με την οικογένεια, με φίλους και μαζί με

ενδεχόμενους ή μόνιμους συντρόφους. Ακόμη, οι συμμετέχοντες τόνισαν ότι αποφεύγουν να ξεντυθούν μπροστά σε άλλα άτομα ή να είναι μερικώς γυμνοί σε σχετικές δραστηριότητες όπως η σάουνα, η εμφάνιση στην παραλία αλλά και στο κολύμπι . Ακόμη, δήλωσαν ότι άλλαξαν τον τύπο ρούχων που προτιμούν προκειμένου να κρύβουν καλύτερα το σώμα τους ενώ η αγορά ρούχων περιγράφεται ως μία οδυνηρή δραστηριότητα η οποία αποφεύγεται όταν και όποτε είναι αυτό δυνατόν να συμβεί (Cash et al., 2002).

Σχετικές έρευνες καταδεικνύουν ότι περίπου το 60% των νεφροπαθών δηλώνουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό ότι αισθάνονται ένα αίσθημα κόπωσης, το οποίο τους εμποδίζει από το να συμμετέχουν ενεργά και ικανοποιητικά σε καθημερινές δραστηριότητες (Bonner et al., 2010). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο της Λισσαβόνας στην Πορτογαλία, βρέθηκε ότι σε 75 ασθενείς ηλικίας 18-65 ετών η κόπωση ήταν ο πιο υψηλός στην κατάταξη αγχογόνος παράγοντας. Οι ασθενείς κατέγραψαν και άλλους αγχογόνους παράγοντες, όπως: η αναμονή για μεταμόσχευση, τα οικογενειακά προβλήματα, η μειωμένη ικανότητα τεκνοποίησης, αβεβαιότητα αναφορικά με το μέλλον κ.α. (Cristovao, 1999). Άλλοι παράγοντες που συνδέονται θετικά με την αίσθηση κόπωσης είναι η αναιμία, η κακή διατροφή, τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αλλά και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον ύπνο (Jhamb et al., 2008).

### Μεθοδολογία

#### 4.1 Σκοπός – Στόχοι

Ο κεντρικός σκοπός της έρευνας είναι α) η διερεύνηση και εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρούμενων ασθενών που αντιμετωπίζονται στο Νοσοκομείο Έδεσσας, ώστε να υπάρχει μία ενδεδειγμένη μελέτη των επιδράσεων της νόσου σε ψυχοκοινωνικό και σωματικό επίπεδο, β) στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών αυτών αλλά και γ) στην πρόταση βελτιωτικών προτάσεων όπου αυτό θεωρείται απαραίτητο και βοηθητικό.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας έχουν ως εξής:

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων με τα κλινικά και δημογραφικά στοιχεία των ασθενών.

Η μελέτη και η περιγραφή των συσχετίσεων των διαστάσεων των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

#### 4.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Βασικός σκοπός σήμερα είναι η ολιστική φροντίδα του ασθενούς σε όλα τα στάδια της νόσου, με απώτερο στόχο τη διατήρηση ή και τη βελτίωση του επιπέδου ποιότητας ζωής η οποία αποτελεί, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών.

Παράλληλα σημαντική προκύπτει ότι είναι και ανάγκη αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στα Ελληνικά νοσοκομεία λόγω έλλειψης σχετικών μελετών στα επαρχιακά νοσοκομεία της χώρας. Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώνονται και επιχειρείται να προσεγγιστούν στα πλαίσια της παρούσας έρευνας είναι τα εξής :

- Ποιά είναι τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των αιμοκαθαιρούμενων;
- Ποιά η γενική υγεία, όπως αυτή προσδιορίζεται ως αντίληψη της υποκειμενικής και αντικειμενικής κατάστασης της υγείας τους;

- Ποιά η σωματική λειτουργικότητα όπως αυτή προσδιορίζεται από την ικανότητα του σε σωματικές δραστηριότητες όπως καθημερινές οικιακές εργασίες, την επαγγελματική απόδοση και τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια;
- Ποιά η επίδραση της ποιότητας ύπνου των ασθενών στην ευεξία και λειτουργικότητα τους το επόμενο 24ωρο;
- Ποιός ο συναισθηματικός ρόλος, όπως αυτός προσδιορίζεται από το βαθμό που τα συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν την εργασία και άλλες δραστηριότητες;
- Ποιά η ψυχική υγεία, όπως αυτή προσδιορίζεται από τη γενική διανοητική υγεία, συμπεριλαμβάνοντας την κατάθλιψη, την ανησυχία, τον έλεγχο της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων;
- Ποιά η κοινωνική λειτουργικότητα όπως αυτή προσδιορίζεται από τον βαθμό στον οποίο η νόσος επηρεάζει τις κοινωνικές δραστηριότητες και την ικανοποίηση του ασθενή από το υποστηρικτικό περιβάλλον του;

### **4.3 Μεθοδολογία και Σχεδιασμός**

Η έρευνα σχεδιάστηκε για περιγράψει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρούμενων ασθενών και να εξετάσει τις πιθανές συσχετίσεις της με ανεξάρτητες μεταβλητές όπως δημογραφικές, συννοσηρότητα, ποιότητα ύπνου, κατάθλιψη.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από έγκυρα ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας ζωής. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι ποσοτική.

### **4.4 Πληθυσμός και δείγμα**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2014 έως και το Μάιο του 2014 σε ασθενείς με τελικού σταδίου Χ.Ν.Α που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης στο Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας. Ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα ήταν 100, εκ των οποίων το 67% ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 33% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία τα 67,2 έτη.

## 4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

### 4.5.1 Εργαλεία μέτρησης

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη διεξαγωγή της έρευνας και ειδικότερα για τη συλλογή των στοιχείων είναι τα εξής:

Ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που κατέγραφαν δημογραφικές πληροφορίες όπως, την ηλικία, το φύλλο το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και το είδος ασφαλιστικής κάλυψης.

Ένα δελτίο καταγραφής κλινικών στοιχείων το οποίο περιελάμβανε δεδομένα για την βασική αιτία νεφροπάθειας τους, τον αρχικό χρόνο ένταξης στην αιμοκάθαρση, την ένταξη σε λίστα για μεταμόσχευση, τυχόν νοσηλείες στο νοσοκομείο για λόγους σχετικούς με την νεφροπάθεια και τέλος την ύπαρξη συννοσηρότητας.

Το ειδικό ερωτηματολόγιο για αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς, KDQOL - SF™.

Τρία γενικά ερωτηματολόγια. Το Athens Insomnia Scale, για την μέτρηση της ποιότητας ύπνου, το ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της ψυχικής διάθεσης του Zung, και ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής τοEQ-5D.

### 4.5.2 Παρουσίαση του **εξειδικευμένου** ερωτηματολογίου KDQOL-SF™

Το ερωτηματολόγιο KDQOL™ είναι ένα ψυχομετρικό όργανο που δημιουργήθηκε από μία ομάδα επιστημόνων του Πανεπιστημίου της Αριζόνα στις ΗΠΑ για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Το KDQOL-SF™ περιείχε αρχικά 134 ερωτήσεις αλλά λόγω της έκτασης του χαρακτηρίστηκε κουραστικό και χρονοβόρο. Αργότερα ένα όργανο μικρότερης έκτασης, 80 ερωτήσεων και το οποίο ονομάστηκε KDQOL-SF™, το οποίο περιλαμβάνει 43 ερωτήσεις **εξειδικευμένες** στην νεφροπάθεια και 36 ερωτήσεις που παρέχουν γενικά στοιχεία για την κατάσταση της υγείας (Hays et al., 1995). Ο πυρήνας του KDQOL-SF™ είναι το SF-36. Κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου κυμαίνεται σε τιμές από 0 έως 100, όπου όσο υψηλότερες είναι οι τιμές, τόσο καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υποδεικνύουν. Οι κλίμακες της σύνοψης συνιστωσών σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-36 βαθμολογούνται σε μετρικό σύστημα βασισμένο σε νόρμες (norm-based scoring), όπου 50 είναι η μέση τιμή των

κλιμάκων για τον γενικό πληθυσμό και 10 η τυπική τους απόκλιση (Ware, 1993, Ware, 1994).

Το ερωτηματολόγιο μέσα από έρευνα που έγινε σε 933 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς στην Ελλάδα έδειξε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της ελληνικής μετάφρασης του KDQOL-SF™ (Kontodimopoulos & Niakas, 2005). Μέσα από την κωδικοποίηση των ερωτήσεων σε κλίμακες δημιουργήθηκαν οι ακόλουθες κλίμακες για την αξιολόγηση και κατηγοριοποίηση των απαντήσεων των συμμετεχόντων:

#### **Κλίμακες εξειδικευμένες στην νεφροπάθεια KDQOL-SF™**

- Λίστα συμπτωμάτων
- Συνέπειες νεφροπάθειας
- Φόρτος νεφροπάθειας
- Εργασία
- Γνωστική Λειτουργία
- Κοινωνική αλληλεπίδραση
- Σεξουαλική λειτουργία
- Ποιότητα ύπνου
- Κοινωνική υποστήριξη
- Ενθάρρυνση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- Ικανοποίηση ασθενούς

#### **Γενικό κομμάτι KDQOL-SF™**

- |                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| • Σωματική λειτουργικότητα  | Physical functioning (PF) |
| • Σωματικός ρόλος           | Role-physical (RP)        |
| • Σωματικός πόνος           | Bodily pain (BP)          |
| • Γενική υγεία              | General health (GH)       |
| • Ζωτικότητα                | Vitality (VT)             |
| • Κοινωνική λειτουργικότητα | Social functioning (SF)   |
| • Συναισθηματικός ρόλος     | Role-emotional (RE)       |
| • Ψυχική υγεία              | Mental health (MH)        |

### 4.5.3 Παρουσίαση των γενικών ερωτηματολογίων: Κλίμακας Αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale - AIS), της κλίμακας αυτο-αξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung (Depression Rating Scale, ZDRS) και του EQ-5D

➤ Η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών, στηρίζεται στην υποκειμενική εκτίμηση του ερωτούμενου για τον νυχτερινό του ύπνο. Είναι ένα ψυχομετρικό όργανο αυτό-αξιολόγησης που έχει σχεδιαστεί για την ποσοτικοποίηση της δυσκολίας του ύπνου. Κάθε ερώτηση περιλαμβάνει 4 επίπεδα αυτοαξιολόγησης από το 0 έως το 3 και το συνολικό αποτέλεσμα αθροίζεται ποσοτικά με συνολικό βαθμό 24 που εκφράζει και το σημαντικότερο βαθμό ύπαρξης του προβλήματος. Η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε και στον Ελληνικό πληθυσμό, για τον εντοπισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στην μείωση της ποιότητας ύπνου των ασθενών. Σύμφωνα με την έρευνα, αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης των προβλημάτων του ύπνου συγκριτικά με άλλα εργαλεία μέτρησης (Soldatos, et al., 2000).

➤ Η κλίμακα του Zung αποτελεί ένα εργαλείο εκτίμησης της βαρύτητας της κατάθλιψης, που καλύπτει συναισθηματικές, γνωσιακές, συμπεριφορικές και σωματικές πλευρές της καταθλιπτικής νόσου. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις με κλίμακες διαβάθμισης από 1 έως το 4 και συνολική βαθμολογία το 80 που εκφράζει και το μεγαλύτερο σκορ βαθμολογίας, ενώ το μικρότερο σκορ βαθμολογίας είναι το 20 και ο μέσος όρος κυμαίνεται από 60-69 όπου εκφράζει τη μέση τιμή έκφρασης του προβλήματος. Ο ασθενής καλείται να επιλέξει την απάντηση που ανταποκρίνεται καλύτερα στην προσωπική του κατάσταση την τελευταία εβδομάδα. Η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει ο ερωτώμενος, αντιστοιχεί σε μια τιμή του δείκτη Self-Depression Scale. Η κλίμακα κατάθλιψης του Zung έχει χρησιμοποιηθεί σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού και έχει σταθμιστεί για τα ελληνικά δεδομένα (Fountoulakis et al., 2001).

➤ Το EQ-5D, είναι ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής το οποίο αποτελείται από 2 μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από 5 διαστάσεις οι οποίες αναφέρονται στην κινητικότητα, στην αυτοεξυπηρέτηση, στις συνήθειες δραστηριότητες του ατόμου, στον πόνο-δυσφορία και στο άγχος-κατάθλιψη.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από μια οπτική αναλογική κλίμακα που βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του, υπό τη μορφή ενός θερμομέτρου, που λαμβάνει τιμές από 0 έως 100 (χειρότερη και άριστη νοητή υγεία αντίστοιχα). Ενδιάμεσες τιμές της κλίμακας αυτής δηλώνουν ενδιάμεσες καταστάσεις υγείας (Kontodimopoulos et al., 2008). Έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα ανά την Ευρώπη και την



υφήλιο ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής (Brooks et al., 2003). Έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί και για τα Ελληνικά δεδομένα, ενώ σε έρευνα που έγινε στον Ελληνικό πληθυσμό (n=1388), αναδείχθηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της κλίμακας αυτοεκτίμησης του επιπέδου υγείας EQ-5D και αποδείχτηκε η χρησιμότητα του στην εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ατόμων (Kontodimopoulos et al., 2008).

#### **4.6 Διαδικασία**

Οι ασθενείς προσεγγίσθηκαν στο πλαίσιο των προγραμματισμένων επισκέψεων τους για αιμοκάθαρση στην μονάδα τεχνητού νεφρού στο Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας. Αφού πρωταρχικά ενημερώνονταν για το είδος και το σκοπό της μελέτης, όσοι συναινούσαν προφορικά, συνέχιζαν την ίδια χρονική στιγμή στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθώς και του συνοδευτικού εντύπου καταγραφής των δημογραφικών τους στοιχείων. **Παράλληλα**, παρέχονταν από τον ερευνητή ή απαραίτητη βοήθεια σε όσους χρειάζονταν για τη συμπλήρωση του. Στην συνέχεια από τον προσωπικό φάκελο του ασθενή αναζητούνταν και καταγράφονταν τα κλινικά στοιχεία όσων είχαν δεχτεί να συμμετάσχουν στην έρευνα. Για τις ανάγκες της έρευνας προσεγγίσθηκαν 108 άτομα, 8 από τα οποία αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, με κυριότερο λόγο την **έλλειψη** ενδιαφέροντος στη μελέτη.

#### **4.7 Ηθικές προεκτάσεις**

Μεγάλη προσοχή δόθηκε στην τήρηση των αρχών ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν τις κλινικές έρευνες καθώς και στην ανωνυμία και εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων. Για το σκοπό αυτό εγκρίθηκε, κατόπιν σχετικής αιτήσεων, η διεξαγωγή της μελέτης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Επίσης, ενημερώθηκαν οι συμμετέχοντες για το σκοπό και την αναγκαιότητα της μελέτης, διαβεβαιώθηκαν για την τήρηση ανωνυμίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και απαντήσεων και τους δόθηκε χρόνος για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

## 4.8 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες ποιότητας ζωής από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

## Κεφάλαιο Πέμπτο

### Αποτελέσματα

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Αναφέρονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής των ασθενών σε αιμοκάθαρση, το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης αυτών των ασθενών καθώς και οι μεταξύ τους συσχετίσεις.

#### 5.1 Δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 100 νεφρολογικούς ασθενείς με μέση ηλικία τα 67,2 έτη ( $\pm 12,6$  έτη). Το 67,0% των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Επίσης, η πλειοψηφία των ασθενών ήταν απόφοιτοι δημοτικού, με το ποσοστό να φτάνει το 51,0%. Ακόμα, το 69,0% των ασθενών ήταν συνταξιούχοι και το 65,0% έγγαμοι. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς (98,0%) είχαν δημόσια ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 5.1.Δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά

		N	%
Φύλο	Άνδρες	67	67,0
	Γυναίκες	33	33,0
Ηλικία, μέση τιμή $\pm$ SD		67,2 $\pm$ 12,6	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	51	51,0
	Γυμνάσιο	29	29,0
	Λύκειο	19	19,0
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	1	1,0
Επαγγελματική απασχόληση	Άνεργοι	8	8,0
	Ιδιωτικοί υπάλληλοι	1	1,0
	Δημόσιοι υπάλληλοι	1	1,0
	Ελεύθεροι επαγγελματίες	10	10,0
	Οικιακά	11	11,0
	Συνταξιούχοι	69	69,0
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	11	11,0
	Έγγαμοι	65	65,0
	Διαζευγμένοι	2	2,0
	Χήροι	22	22,0
Ασφαλιστική κάλυψη	Δημόσια	97	98,0
	Ιδιωτική	1	1,0
	ανασφάλιστος	1	1,0

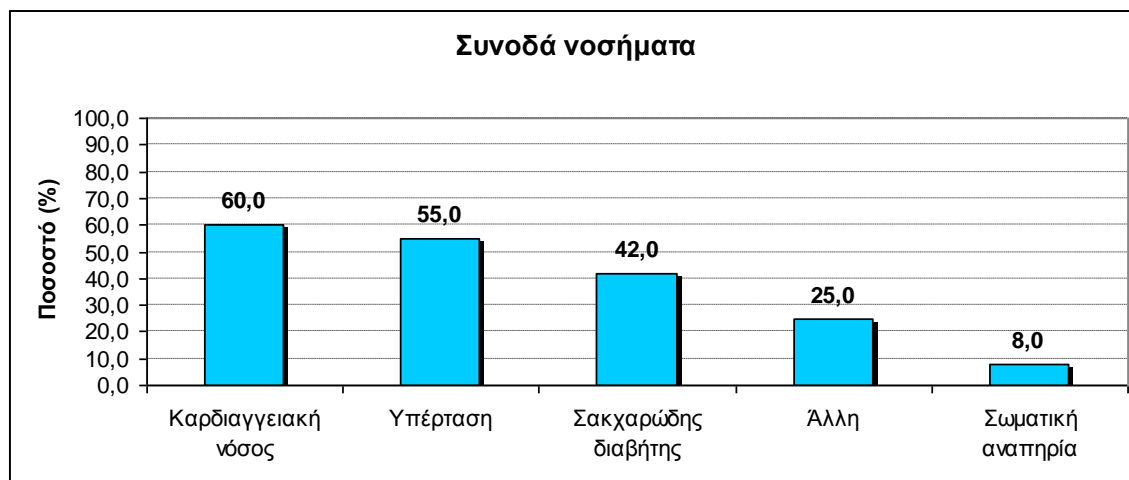
Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες είχαν κάποιο συνοδό νόσημα, με το ποσοστό να φτάνει το 99,0%. Πιο συγκεκριμένα, το 60,0% των συμμετεχόντων έπασχαν από κάποια

καρδιαγγειακή νόσο, το 55,0% από υπέρταση και το 42,0% από σακχαρώδη διαβήτη. Ακόμα, 4 από τους ασθενείς είχαν παρουσιάσει λοίμωξη και μάλιστα οι μισοί από αυτούς ηπατίτιδα Β και οι υπόλοιποι μισοί ηπατίτιδα C.

**Πίνακας 5.2. Ατομικό ιστορικό**

		N	%
Συνοδό νόσημα	Όχι	1	1,0
	Ναι	99	99,0
Αν ναι, τι	Καρδιαγγειακή νόσος	60	60,0
	Σωματική αναπηρία	8	8,0
	Σακχαρώδης διαβήτης	42	42,0
	Υπέρταση	55	55,0
	Άλλη	25	25,0
Λοιμώξεις που έχουν παρουσιαστεί	Καμία	96	96,0
	Ηπατίτιδα Β	2	2,0
	Ηπατίτιδα C	2	2,0

**Γράφημα 5.1. Συνοδά νοσήματα**

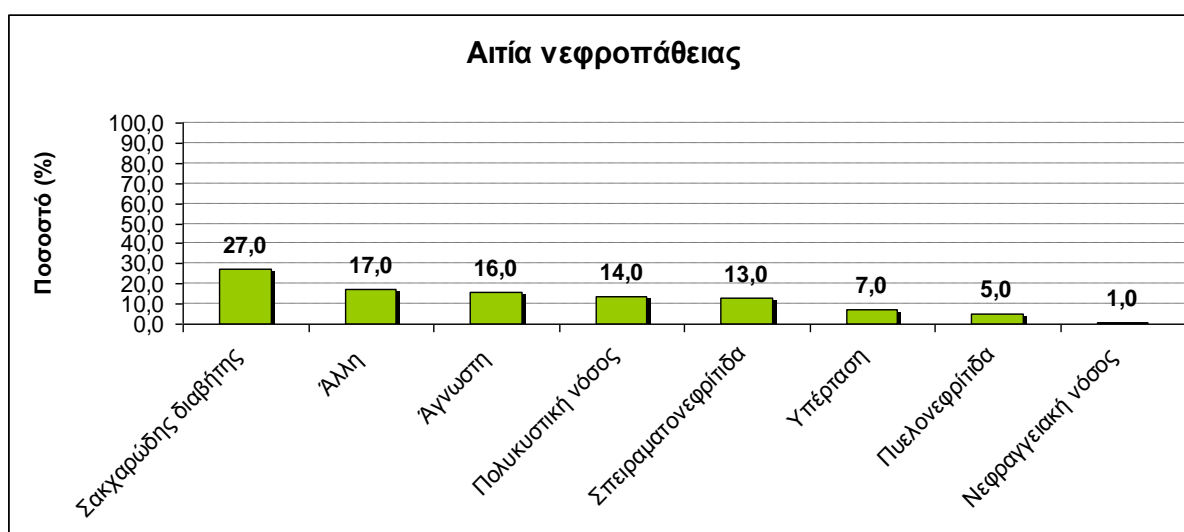


Το 27,0% των ασθενών παρουσίασε νεφροπάθεια λόγω σακχαρώδους διαβήτη, το 14,0% λόγω πολυκυστικής νόσου και το 13,0% λόγω σπειραματονεφρίτιδας. Η μέση διάρκεια από την ένταξη των ασθενών ήταν 5,8 έτη ( $\pm 5,0$  έτη). Ακόμα το 14,1% των ασθενών είχαν μπει σε λίστα αναμονής. Το 6,0% των ασθενών είχε υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, πριν από 12,3 έτη κατά μέσο όρο ( $\pm 6,9$  έτη), όπου έγινε απόρριψη του μοσχεύματος σε όλες τις περιπτώσεις. Τέλος, το 22,0% των ασθενών είχε επισκεφτεί νοσοκομείο μια φορά εξαιτίας της νεφροπάθειας ενώ το 8,0% 2 ή περισσότερες φορές (πίνακας 5.3).

**Πίνακας 5.3. Ιατρικό ιστορικό**

		N	%
Αιτία νεφροπάθειας	Σπειραματονεφρίτιδα	13	13,0
	Υπέρταση	7	7,0
	Σακχαρώδης διαβήτης	27	27,0
	Πυελονεφρίτιδα	5	5,0
	Νεφραγγειακή νόσος	1	1,0
	Πολυκυστική νόσος	14	14,0
	Άλλη	17	17,0
	Άγνωστη	16	16,0
Χρόνια από ένταξη, μέση τιμή±SD		5,8±5,0	
Λίστα αναμονής	Όχι	85	85,9
	Ναι	14	14,1
Μεταμόσχευση νεφρού	Όχι	94	94,0
	Ναι	6	6,0
Έτη από μεταμόσχευση νεφρού, μέση τιμή±SD		12,3±6,9	
Επίσκεψη σε νοσοκομείο για τη νεφροπάθεια	Ναι	6	100,0
	Καμία	70	70,0
	Μία	22	22,0
	δύο	4	4,0
	περισσότερες	4	4,0

**Γράφημα 5.2. Αίτια νεφροπάθειας με φθίνουσα σειρά**



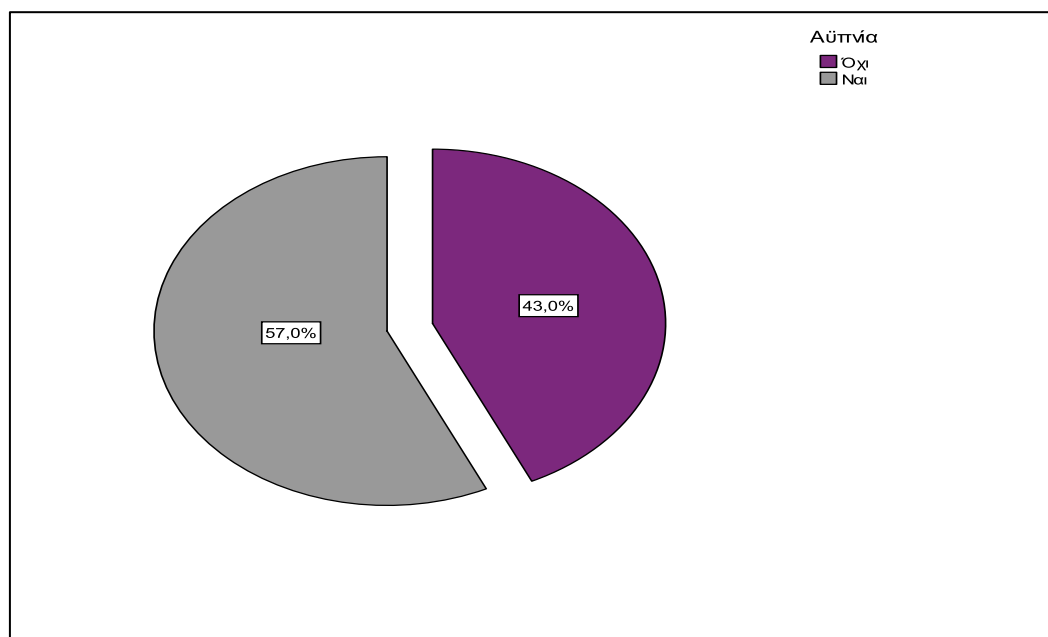
## 5.2 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων αϋπνίας σύμφωνα με την κλίμακα Athens Insomnia Scale

Το 57,0% των ασθενών έπασχαν από αϋπνία. Στο γενικό πληθυσμό το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 25,3% (254/1005) (Paparrigopoulos et al., 2010), το οποίο ήταν σημαντικά χαμηλότερο από της παρούσας μελέτης ( $p < 0,001$ ).

**Πίνακας 5.2.1. Ποσοστό ασθενών που έπασχε από αϋπνία**

Αϋπνία	N	%
Όχι	43	43,0
Ναι	57	57,0

**Γράφημα 5.2.1. Ποσοστό ασθενών με αϋπνία**



### **5.3 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Zung.**

Η βαθμολογία κατάθλιψης κυμαίνεται από 22 έως 72 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 43,4 μονάδες ( $\pm 10,9$  μονάδες). Επίσης, 36 από τους ασθενείς (37,1%) είχαν βαθμολογία άνω των 45 μονάδων (που θεωρείται το cut-off του ελληνικού πληθυσμού), που υποδηλώνει ότι έπασχαν από κατάθλιψη.

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 5.3.1) δίνεται η βαθμολογία κατάθλιψης των ασθενών σύμφωνα με την κλίμακα Zung. Η βαθμολογία μπορεί να πάρει τιμές από 20 μέχρι 80. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

**Πίνακας 5.3.1. Βαθμολογία κατάθλιψης κλίμακας Zung**

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)	22	72	43,4	10,9

## 5.4 Ποιότητα ζωής SF-36 - Αποτελέσματα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι διαστάσεις ποιότητας ζωής των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη καθώς και του γενικού ελληνικού πληθυσμού.

**Πίνακας 5.4.1. Διαστάσεις ποιότητας ζωής ασθενών καθώς και του γενικού ελληνικού πληθυσμού**

	Παρούσα μελέτη				Ελληνικός πληθυσμός*		P t-test
	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	0,0	100,0	48,6	32,1	80,8	25,6	<0,001
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	0,0	100,0	39,7	44,2	79,7	37,7	<0,001
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ</b>	0,0	100,0	62,3	31,8	73,0	31,7	0,001
<b>ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	0,0	87,0	29,6	19,5	67,5	23,5	<0,001
<b>ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	0,0	90,0	46,4	25,1	66,5	22,4	<0,001
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	0,0	100,0	59,6	27,7	82,1	28,1	<0,001
<b>ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ</b>	0,0	100,0	50,3	44,1	81,5	36,3	<0,001
<b>ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	4,0	96,0	58,1	22,6	68,2	21,3	<0,001
<b>ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	15,5	58,1	35,8	11,3	-	-	-
<b>ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	17,0	61,5	43,1	11,5	-	-	-

Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ» ήταν 48,6 μονάδες ( $\pm 32,1$  μονάδες), στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» ήταν 39,7 μονάδες ( $\pm 44,2$  μονάδες) και στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ» ήταν 62,3 μονάδες ( $\pm 31,8$  μονάδες). Επίσης, η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ήταν 29,6 μονάδες ( $\pm 19,5$  μονάδες), στη διάσταση «ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ» ήταν 46,4 μονάδες ( $\pm 25,1$  μονάδες) και στη διάσταση «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» ήταν 59,6 μονάδες ( $\pm 27,7$  μονάδες). Ακόμα, η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ» ήταν 50,3 μονάδες ( $\pm 44,1$  μονάδες) και στη διάσταση «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ήταν 58,1 μονάδες ( $\pm 22,6$  μονάδες). Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής των ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού (Pappa et al, 2005), υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τον λοιπό πληθυσμό. Τέλος, η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ήταν 35,8 μονάδες ( $\pm 11,3$  μονάδες) και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ήταν 43,1 μονάδες ( $\pm 11,5$  μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας ζωής και της βαθμολογίας κατάθλιψης.

Πίνακας 5.4.2.Συσχέτιση διαστάσεων ποιότητας ζωής και της βαθμολογίας κατάθλιψης

		Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	r	-0,69
	P	<0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	r	-0,42
	P	<0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	r	-0,59
	P	<0,001
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	-0,50
	P	<0,001
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	r	-0,77
	P	<0,001
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	r	-0,62
	P	<0,001
ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	r	-0,37
	P	<0,001
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	-0,70
	P	<0,001
ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	r	-0,62
	P	<0,001
ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	r	-0,60
	P	<0,001

➤ Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση των διαστάσεων ποιότητας ζωής με τη βαθμολογία κατάθλιψης. Συνεπώς, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των ασθενών στις διαστάσεις ποιότητας ζωής ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία ή όχι.

Πίνακας 5.4.3 Βαθμολογίες ασθενών στο SF-36 με την ύπαρξη η μη αϋπνίας

	Αϋπνία				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	67,9	23,5	33,7	30,0	<0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	57,0	45,7	25,9	37,9	<0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	79,7	25,6	49,2	29,8	<0,001
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	39,4	17,1	22,1	17,9	<0,001
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	63,6	17,8	33,7	22,1	<0,001
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	76,2	20,9	47,1	25,7	<0,001
ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	71,4	38,7	34,0	41,2	<0,001
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	72,4	17,4	47,8	20,2	<0,001
ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	42,1	9,1	31,2	10,5	<0,001
ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	50,3	9,8	37,9	9,8	<0,001



➤ Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας ζωής, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς αϋπνία.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 5.4.4 Συσχέτιση «Σωματικής Λειτουργικότητας» με δημογραφικά-ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		<b>β‡</b>	<b>SE+</b>	<b>P</b>
<b>Ηλικία</b>		-0,58	0,23	<b>0,012</b>
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	Δημοτικό	0,00*		
	Γυμνάσιο	19,01	5,37	<b>0,001</b>
	Λύκειο/ ΑΕΙ/ΤΕΙ	6,62	7,16	0,357
<b>Αϋπνία</b>	Όχι	0,00		
	Ναι	-11,52	5,27	<b>0,031</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-1,29	0,25	<b>&lt;0,001</b>

‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

➤ Η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ύπαρξη αϋπνίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ». Συγκεκριμένα:

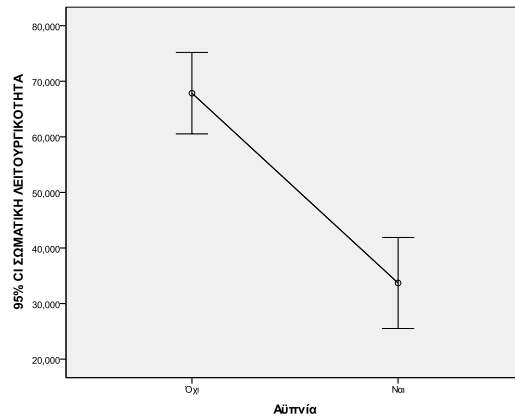
Όσο αυξανόταν η ηλικία των ασθενών τόσο μειωνόταν η βαθμολογία, δηλαδή τόσο χειρότερε η σωματική τους λειτουργικότητα.

Οι απόφοιτοι γυμνασίου είχαν κατά 19,01 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, σε σύγκριση με τους απόφοιτους δημοτικού.

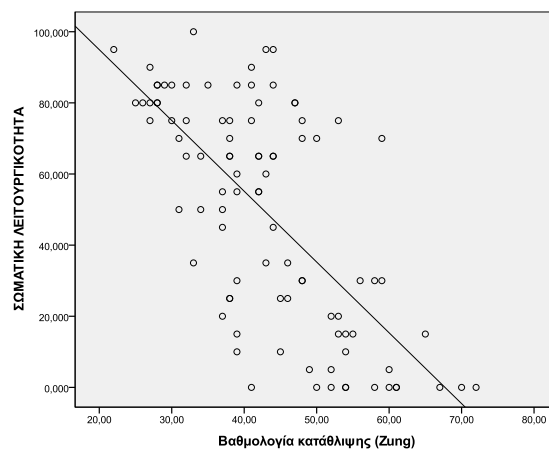
Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 11,52 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερε η σωματική τους λειτουργικότητα.

**Γράφημα 5.4.1. Βαθμολογία ασθενών στη «Σωματική λειτουργικότητα» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.**



**Γράφημα 5.4.2. Βαθμολογία ασθενών στη «Σωματική λειτουργικότητα» με την κλίμακα κατάθλιψης**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (πίνακας 5.4.5).

**Πίνακας 5.4.5 Συσχέτιση βαθμολογίας «Σωματικού ρόλου» με δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		$\beta \ddagger$	SE+	P
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-1,51	0,38	<0,001
<b>Σακχαρώδης διαβήτης</b>	Όχι	0,00*		
	Ναι	-16,89	8,47	<b>0,049</b>

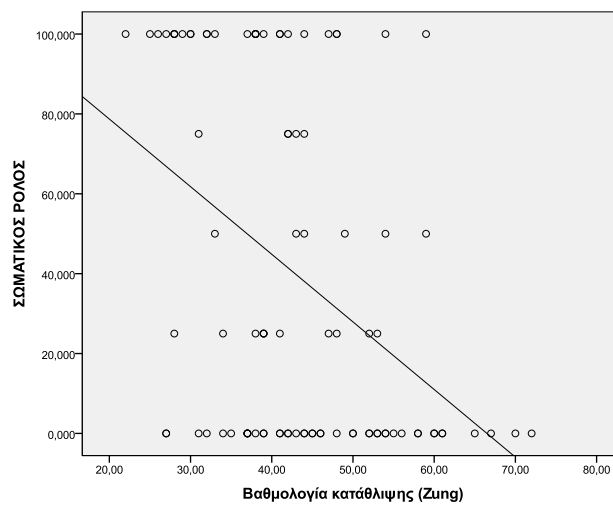
‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ». Συγκεκριμένα:

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη η σωματικός τους ρόλος.

Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είχαν κατά 16,89 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη.

**Γράφημα 5.4.3. Συσχέτιση της βαθμολογίας «Σωματικός Ρόλος» με την κλίμακα κατάθλιψης.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.4.6).

**Πίνακας 5.4.6 Συσχέτιση βαθμολογίας «Σωματικός Πόνος» με δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
Σωματική αναπηρία	Όχι	0,00*		
	Ναι	-20,70	10,01	<b>0,041</b>
Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)		-1,35	0,26	<b>&lt;0,001</b>
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	0,00		
	Γυμνάσιο	11,89	5,91	<b>0,047</b>
	Λύκειο/ ΑΕΙ/ΤΕΙ	11,63	7,03	0,102

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ύπαρξη κάποιας σωματικής αναπηρίας, το επίπεδο εκπαίδευσης και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ». Συγκεκριμένα:

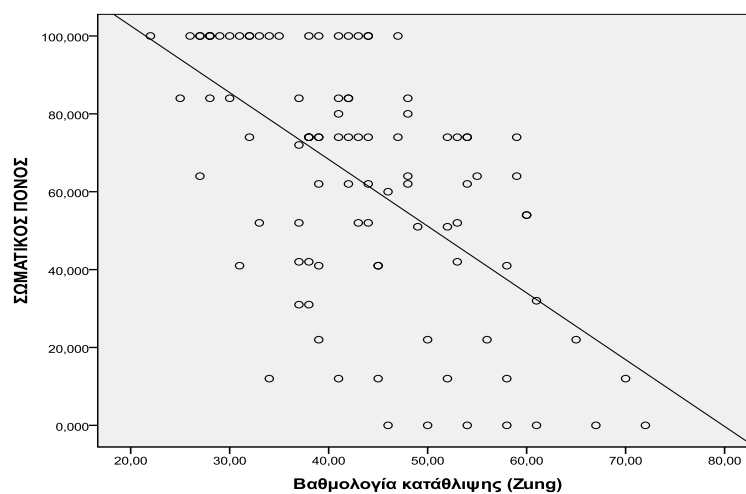
Οι ασθενείς με σωματική αναπηρία είχαν κατά 20,70 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερο σωματικό πόνο, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν κάποια σωματική αναπηρία.

Οι απόφοιτοι γυμνασίου είχαν κατά 11,89 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερο σωματικό πόνο, σε σύγκριση με τους απόφοιτους δημοτικού.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερε η σωματικός τους πόνος.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.4.4. Συσχέτιση βαθμολογίας «Σωματικός Πόνος» με την κλίμακα κατάθλιψης.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 5.4.7).

**Πίνακας 5.4.7** Συσχέτιση βαθμολογίας «Σωματικού ρόλου» με δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-0,67	0,17	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ηλικία</b>		-0,35	0,14	<b>0,0017</b>
<b>Σακχαρώδης διαβήτης</b>	Όχι	0,00*		
	Ναι	-8,31	3,48	<b>0,019</b>

‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ηλικία, η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ». Συγκεκριμένα:

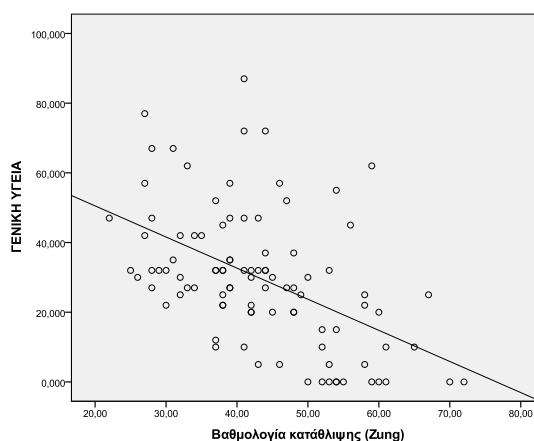
Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη η γενική τους υγεία.

Όσο αυξανόταν η ηλικία των ασθενών τόσο μειωνόταν η βαθμολογία, δηλαδή τόσο χειρότερη η γενική τους υγεία.

Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είχαν κατά 8,31 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν σακχαρώδη διαβήτη.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.4.5.** Συσχέτιση βαθμολογίας «Γενική Υγεία» με την κλίμακα κατάθλιψης.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη

βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.4.8).

**Πίνακας 5.4.8. Συσχέτιση « Ζωτικότητα» με δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
Αϋπνία	Όχι	0,00*		
	Ναι	-9,69	4,14	<b>0,021</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-1,46	0,19	<b>&lt;0,001</b>

‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

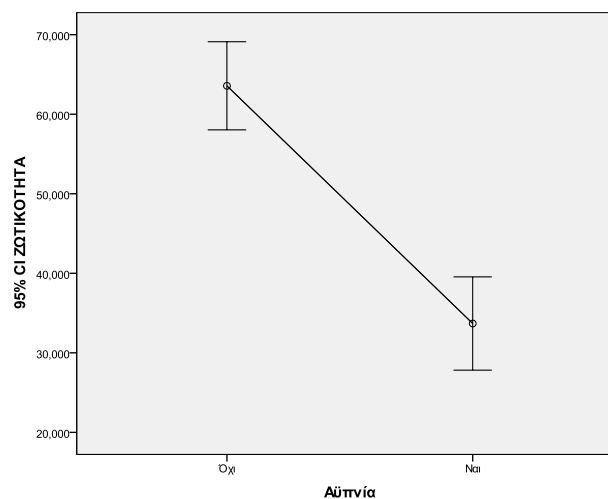
Η ύπαρξη αϋπνίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ». Συγκεκριμένα:

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 9,69 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ζωτικότητα, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερε η ζωτικότητά τους.

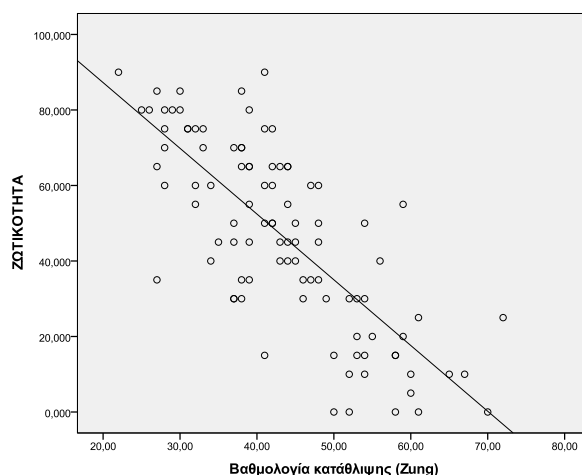
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.4.6.Βαθμολογία στη διάσταση « Ζωτικότητα» με την αϋπνία.**



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.4.7. Συσχέτιση βαθμολογίας « Ζωτικότητα» με την κλίμακα κατάθλιψης.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.4.9).

**Πίνακας 5.4.9 Αποτελέσματα συσχέτισης «Κοινωνικός Ρόλος» με δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		$\beta\ddagger$	SE+	P
Σακχαρώδης διαβήτης	Όχι	0,00*		
	Ναι	-10,99	4,25	<b>0,011</b>
Αϋπνία	Όχι	0,00		
	Ναι	-14,77	5,31	<b>0,007</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		<b>-1,00</b>	<b>0,25</b>	<b>&lt;0,001</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, η ύπαρξη αϋπνίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ». Συγκεκριμένα:

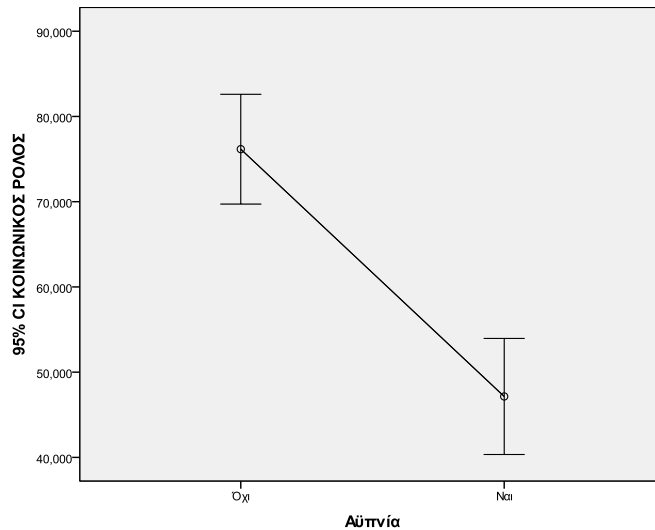
Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είχαν κατά 10,99 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερο κοινωνικό ρόλο, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη.

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 14,77 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερου ο κοινωνικός τους ρόλος.

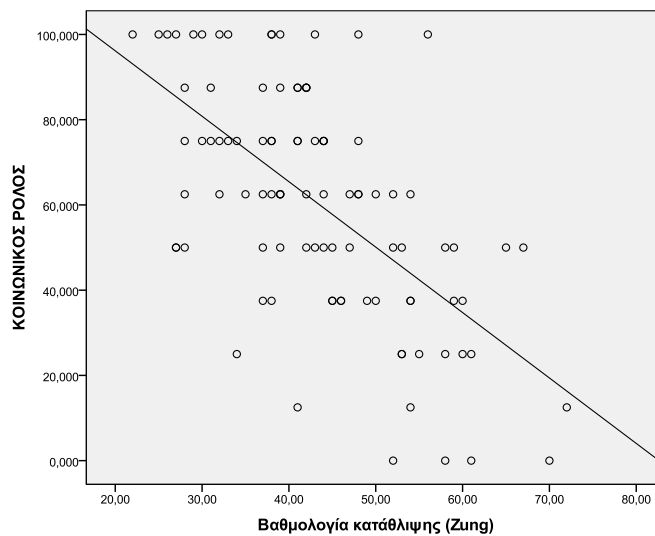
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.4.8 Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Ρόλος» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.**



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.4.9 Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Ρόλος» με την κλίμακα κατάθλιψης.**





Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.4.10).

**Πίνακας 5.4.10 Αποτελέσματα συσχέτισης «Ρόλος Συναισθηματικός» με δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
Σακχαρώδης διαβήτης	Όχι	0,00*		
	Ναι	-22,28	7,82	<b>0,005</b>
Αϋπνία	Όχι	0,00		
	Ναι	-35,74	7,82	<b>&lt;0,001</b>
Λίστα αναμονής	Όχι	0,00		
	Ναι	-31,79	11,63	<b>0,008</b>

‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, αϋπνίας και το αν είχαν μπει σε λίστα αναμονής βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ». Συγκεκριμένα:

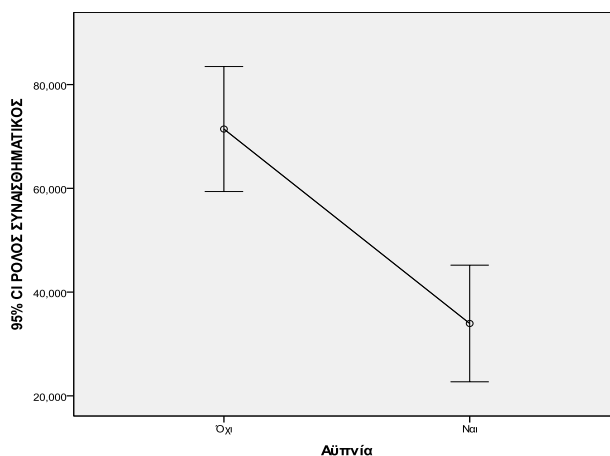
Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είχαν κατά 22,28 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερο συναισθηματικό ρόλο, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη.

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 35,74 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Οι ασθενείς που ήταν σε λίστα αναμονής είχαν κατά 31,79 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν ήταν σε λίστα αναμονής.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.4.10 Βαθμολογία στη διάσταση «Ρόλος Συναισθηματικός» ανάλογα με την ύπαρξη ή μη αϋπνίας.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.4.11).

**Πίνακας 5.4.11 Αποτελέσματα συσχέτισης «Ψυχική Υγεία» με δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
<b>Σωματική αναπηρία</b>	Όχι	0,00*		
	Ναι	-15,27	6,42	<b>0,019</b>
<b>Αϋπνία</b>	Όχι	0,00		
	Ναι	-9,54	4,20	<b>0,025</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-1,01	0,21	<b>&lt;0,001</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ύπαρξη κάποιας σωματικής αναπηρίας, αϋπνίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ». Συγκεκριμένα:

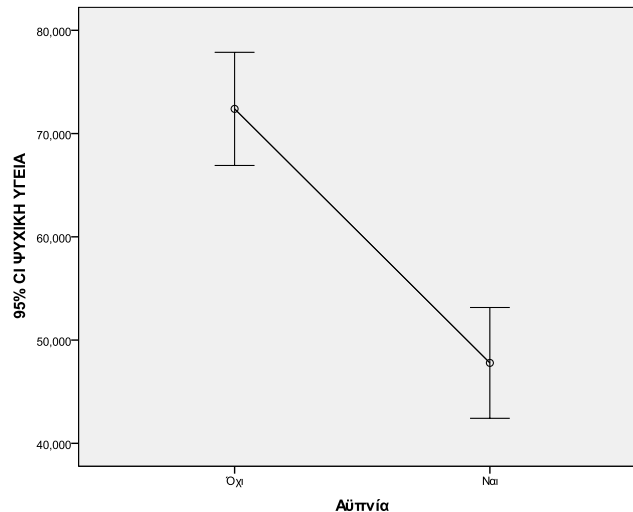
Οι ασθενείς με κάποια σωματική αναπηρία είχαν κατά 15,27 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ψυχική υγεία, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς κάποια σωματική αναπηρία.

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 9,54 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη η ψυχική τους υγεία.

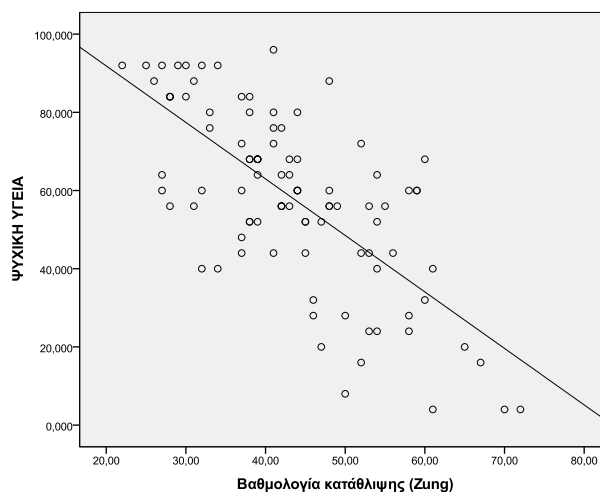
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.4.11 Βαθμολογία στη διάσταση « Ψυχική Υγεία» ανάλογα με την ύπαρξη ή μη αϋπνίας.**



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.4.12 Συσχέτιση βαθμολογίας «Ψυχική Υγεία» με την κλίμακα κατάθλιψης.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας

και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.4.12).

**Πίνακας 5.4.12 Αποτελέσματα συσχέτισης συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας με τα δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		$\beta \ddagger$	SE+	P
<b>Ηλικία</b>		-0,27	0,09	<b>0,002</b>
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	Δημοτικό	0,00*		
	Γυμνάσιο	7,94	2,01	<b>&lt;0,001</b>
	Λύκειο/ ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,77	2,69	0,306
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-0,48	0,07	<b>&lt;0,001</b>

‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας. Συγκεκριμένα:

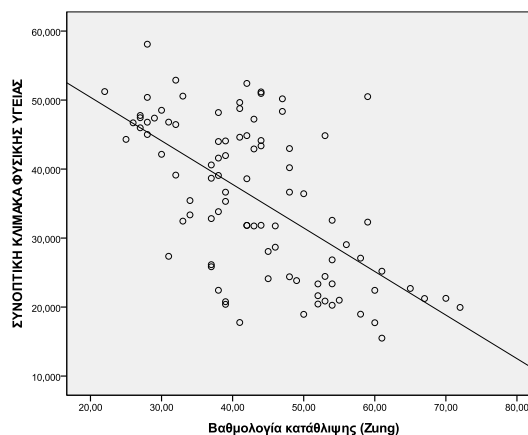
Όσο αυξανόταν η ηλικία των ασθενών τόσο μειωνόταν η βαθμολογία, δηλαδή τόσο χειρότερη η φυσική τους υγεία.

Οι απόφοιτοι γυμνασίου είχαν κατά 7,94 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη φυσική υγεία, σε σύγκριση με τους απόφοιτους δημοτικού.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη η φυσική τους υγεία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.4.13 Βαθμολογία συσχέτισης συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας με την κλίμακα κατάθλιψης.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.4.13).

**Πίνακας 5.4.13 Αποτελέσματα συσχέτισης συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας με τα δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
<b>Αϋπνία</b>	Όχι	0,00*		
	Ναι	-6,46	2,43	<b>0,009</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-0,45	0,11	<b>&lt;0,001</b>

‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

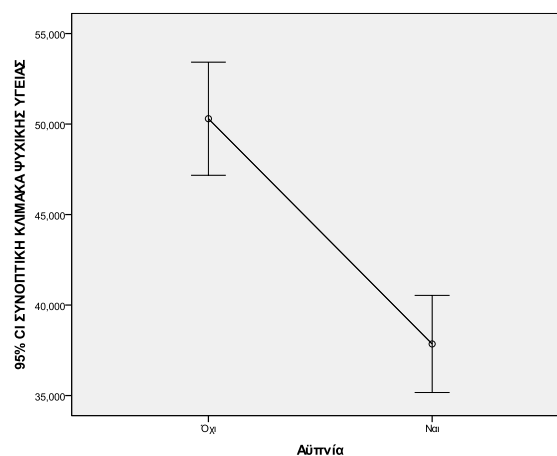
Η ύπαρξη αϋπνίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα:

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 6,46 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ψυχική υγεία, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερε η ψυχική τους υγεία.

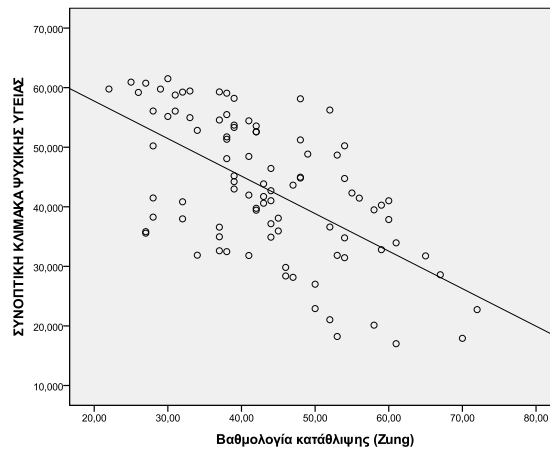
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.4.14 Βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.**



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.4.15** Συσχέτιση βαθμολογίας στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας με την κατάθλιψη.



## 5.5 Ποιότητα ζωής με τη νεφρική νόσο

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι διαστάσεις ποιότητας ζωής των ασθενών που αφορούν στη νόσο τους.

**Πίνακας 5.5.1** Διαστάσεις ποιότητας ζωής των ασθενών που αφορούν στη νόσο τους.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Κατάλογος συμπτωμάτων	20,8	100,0	76,6	19,3
Επιπτώσεις της νεφρικής νόσου	0,0	90,6	49,2	20,6
Βαρύτητα της νεφρικής νόσου	0,0	93,8	40,8	24,3
<b>Εργασιακή κατάσταση*</b>	0,0	100,0	33,3	32,6
Γνωσιακή κατάσταση	6,7	100,0	74,6	23,5
Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	13,3	100,0	74,0	20,6
Σεξουαλική λειτουργικότητα	0,0	100,0	47,9	38,5
Ύπνος	12,5	100,0	63,2	21,6
Κοινωνική υποστήριξη	16,7	100,0	86,8	19,7
Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοκάθαρσης	25,0	100,0	87,3	15,2
Ικανοποίηση ασθενούς	16,7	100,0	82,2	18,5

\*αφορά μόνο στους ασθενείς που εργάζονταν (N=12)

Η μέση τιμή των ασθενών στη βαθμολογία της διάστασης «Κατάλογος Συμπτωμάτων» (Symptom problem list) ήταν 76,6 μονάδες ( $\pm 19,3$  μονάδες) και της διάστασης «Επιπτώσεις της νεφρικής νόσου» (Effects of kidney disease) ήταν 49,2 μονάδες ( $\pm 20,6$  μονάδες). Επίσης, η μέση τιμή των ασθενών στη βαθμολογία της διάστασης «Βαρύτητα της νεφρικής νόσου» (Burden of kidney disease) ήταν 40,8 μονάδες ( $\pm 24,3$

μονάδες), της διάστασης «Εργασιακή κατάσταση» (Work status) ήταν 33,3 μονάδες ( $\pm 32,6$  μονάδες) και της διάστασης «Γνωσιακή κατάσταση» (Cognitive status) ήταν 74,6 μονάδες ( $\pm 23,5$  μονάδες). Ακόμα, η μέση τιμή των ασθενών στη βαθμολογία της διάστασης «Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης» (Quality of social interaction) ήταν 74,0 μονάδες ( $\pm 20,6$  μονάδες), της διάστασης «Σεξουαλική λειτουργικότητα» (Sexual function) ήταν 47,9 μονάδες ( $\pm 38,5$  μονάδες) και της διάστασης «Sleep» ήταν 63,2 μονάδες ( $\pm 21,6$  μονάδες). Τέλος, η μέση τιμή των ασθενών στη βαθμολογία της διάστασης «Κοινωνική στήριξη» (Social support) ήταν 86,8 μονάδες ( $\pm 19,7$  μονάδες), της διάστασης «Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοδιάλυσης» (Dialysis staff encouragement) ήταν 87,3 μονάδες ( $\pm 15,2$  μονάδες) και της διάστασης «Ικανοποίηση ασθενούς» (Patient satisfaction) ήταν 82,2 μονάδες ( $\pm 18,5$  μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας ζωής με νεφρική νόσο και της βαθμολογίας κατάθλιψης.

**Πίνακας 5.5.2 Συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ ποιότητας ζωής με νεφρική νόσο και βαθμολογία κατάθλιψης.**

		<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>
<b>Κατάλογος συμπτωμάτων</b>	r	-0,50
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Επιπτώσεις της νεφρικής νόσου</b>	r	-0,58
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Βαρύτητα της νεφρικής νόσου</b>	r	-0,64
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Εργασιακή κατάσταση*</b>	r	0,10
	P	0,775
<b>Γνωσιακή κατάσταση</b>	r	-0,55
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης</b>	r	-0,59
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Σεξουαλική λειτουργικότητα</b>	r	-0,24
	P	<b>0,02</b>
<b>Ύπνος</b>	r	-0,66
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κοινωνική υποστήριξη</b>	r	-0,52
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοκάθαρσης</b>	r	-0,18
	P	0,074
<b>Ικανοποίηση ασθενούς</b>	r	-0,19
	P	0,063

\*αφορά μόνο στους ασθενείς που εργάζονταν (N=12)

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση όλων σχεδόν των διαστάσεων ποιότητας ζωής με νεφρική νόσο με τη βαθμολογία κατάθλιψης. Συνεπώς, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους. Εξαιρέση αποτελούν οι διαστάσεις «Εργασιακή κατάσταση», «Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοκάθαρσης» και «Ικανοποίηση ασθενούς» που δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με τη βαθμολογία κατάθλιψης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των ασθενών στις διαστάσεις ποιότητας ζωής με νεφρική νόσο ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία ή όχι.

**Πίνακας 5.5.3 Βαθμολογία ασθενών στις διαστάσεις ποιότητας ζωής με νεφρική νόσο ανάλογα με την ύπαρξη αϋπνίας ή όχι.**

	Αϋπνία				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Κατάλογος συμπτωμάτων	86,4	10,8	69,2	21,1	<0,001
Επιπτώσεις της νεφρικής νόσου	57,0	16,7	43,3	21,5	<0,001
Βαρύτητα της νεφρικής νόσου	56,7	20,1	28,8	20,1	<0,001
Εργασιακή κατάσταση*	33,3	25,0	33,3	57,7	1,000
Γνωσιακή κατάσταση	90,2	15,6	62,8	21,5	<0,001
Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	84,7	16,0	66,0	20,1	<0,001
Σεξουαλική λειτουργικότητα	54,6	35,7	42,7	40,1	0,138
Ύπνος	78,8	15,6	51,4	17,8	<0,001
Κοινωνική υποστήριξη	96,9	7,5	79,2	22,6	<0,001
Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοκάθαρσης	92,4	14,2	83,3	14,8	0,003
Ικανοποίηση ασθενούς	88,4	15,2	77,5	19,5	0,003

\*αφορά μόνο στους ασθενείς που εργάζονταν (N=12)

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας ζωής, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς αϋπνία. Εξαιρέση αποτελούν οι διαστάσεις «Εργασιακή κατάσταση» και «Σεξουαλική λειτουργικότητα», οι βαθμολογίες των οποίων δεν βρέθηκαν να διαφέρουν ανάλογα με την ύπαρξη αϋπνίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Κατάλογος συμπτωμάτων» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.



**Πίνακας 5.5.4 Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης**

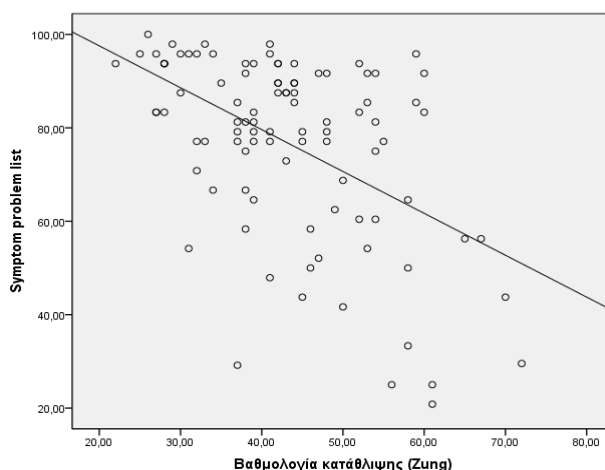
	$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>	-0,90	0,16	<b>&lt;0,001</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα

Μόνο η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Κατάλογος συμπτωμάτων». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η κατάσταση τους λόγω των συμπτωμάτων τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «Κατάλογος συμπτωμάτων» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.5.1 Συσχέτιση βαθμολογίας «Κατάλογος συμπτωμάτων» με την κατάθλιψη.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Επιπτώσεις της νεφρικής νόσου» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.5.5).

**Πίνακας 5.5.5 Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης**

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
<b>Σωματική αναπηρία</b>	Όχι	0,00*		
	Ναι	-22,10	6,57	<b>0,001</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-0,88	0,17	<b>&lt;0,001</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

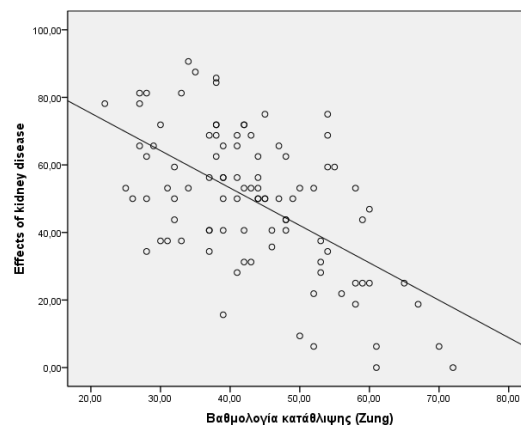
Η ύπαρξη κάποιας σωματικής αναπηρίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Επιπτώσεις της νεφρικής νόσου». Συγκεκριμένα:

Οι ασθενείς με κάποια σωματική αναπηρία είχαν κατά 22,10 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής λόγω των επιδράσεων της νόσου τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς κάποια σωματική αναπηρία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερε η ποιότητα ζωής τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «Effects of kidney disease» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.5.2** Συσχέτιση βαθμολογίας «Επιπτώσεις της νεφρικής νόσου» με την κλίμακα κατάθλιψης.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Βαρύτητα της νεφρικής νόσου» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα πίνακα (5.5.6).

**Πίνακας 5.5.6** Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
Σωματική αναπηρία	Όχι	0,00*		
	Ναι	-15,50	7,29	<b>0,036</b>
Αϋπνία	Όχι	0,00		
	Ναι	-14,39	4,75	<b>0,003</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		<b>-0,84</b>	<b>0,23</b>	<b>0,001</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ύπαρξη κάποιας σωματικής αναπηρίας, αϋπνίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Βαρύτητα της νεφρικής νόσου». Συγκεκριμένα:

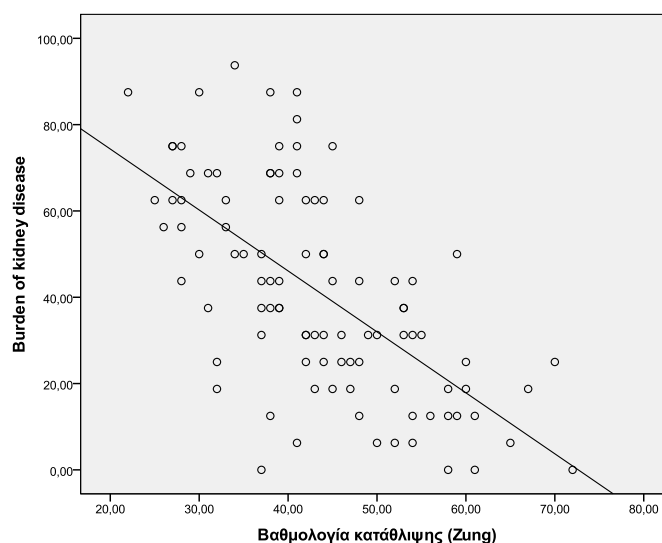
Οι ασθενείς με κάποια σωματική αναπηρία είχαν κατά 15,50 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής λόγω των εμποδίων της νόσου τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς κάποια σωματική αναπηρία.

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 14,39 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερε η ποιότητα ζωής τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «Βαρύτητα της νεφρικής νόσου» με την κλίμακα κατάθλιψης.

### Γράφημα 5.5.3 Συσχέτιση βαθμολογίας «Βαρύτητα της νεφρικής νόσου» με την κατάθλιψη.



Όταν έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Εργασιακή κατάσταση» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους [με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise)] δεν βρέθηκε κάποιος παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με αυτή.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Γνωσιακή κατάσταση» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας

και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.5.7).

**Πίνακας 5.5.7 Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης**

		$\beta \ddagger$	SE+	P
Σωματική αναπηρία	Όχι	0,00*		
	Ναι	-15,72	7,39	<b>0,036</b>
Αϋπνία	Όχι	0,00		
	Ναι	-18,16	4,82	<b>&lt;0,001</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-0,49	0,24	<b>0,040</b>

‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ύπαρξη κάποιας σωματικής αναπηρίας, αϋπνίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Γνωσιακή κατάσταση». Συγκεκριμένα:

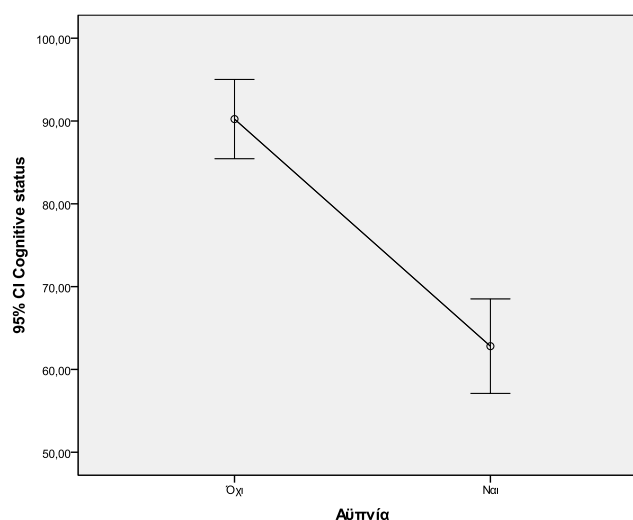
Οι ασθενείς με κάποια σωματική αναπηρία είχαν κατά 15,72 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς κάποια σωματική αναπηρία.

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 18,16 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη η ποιότητα ζωής τους.

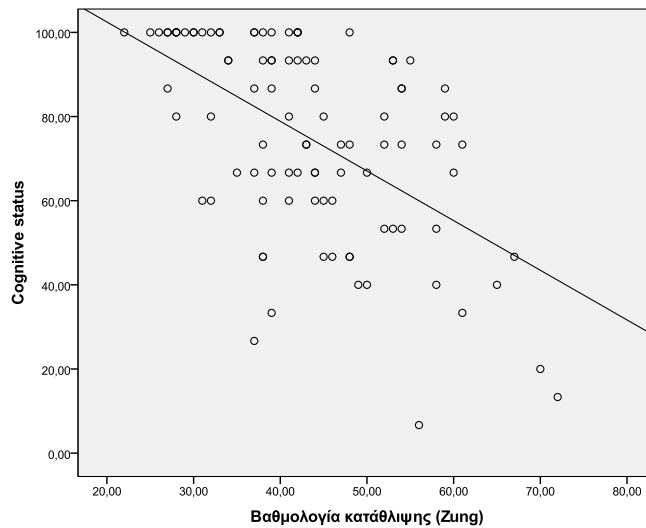
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Γνωσιακή κατάσταση» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.5.4. Βαθμολογία ασθενών «Γνωσιακή κατάσταση» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.**



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «Γνωσιακή κατάσταση» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.5.5** Συσχέτιση βαθμολογίας «Γνωσιακή κατάσταση» με την κλίμακα κατάθλιψης.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.5.8).

**Πίνακας 5.5.8** Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης.

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
Καρδιαγγειακή νόσος	Όχι	0,00*		
	Ναι	-9,62	3,42	<b>0,006</b>
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		<b>-1,03</b>	0,15	<b>&lt;0,001</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

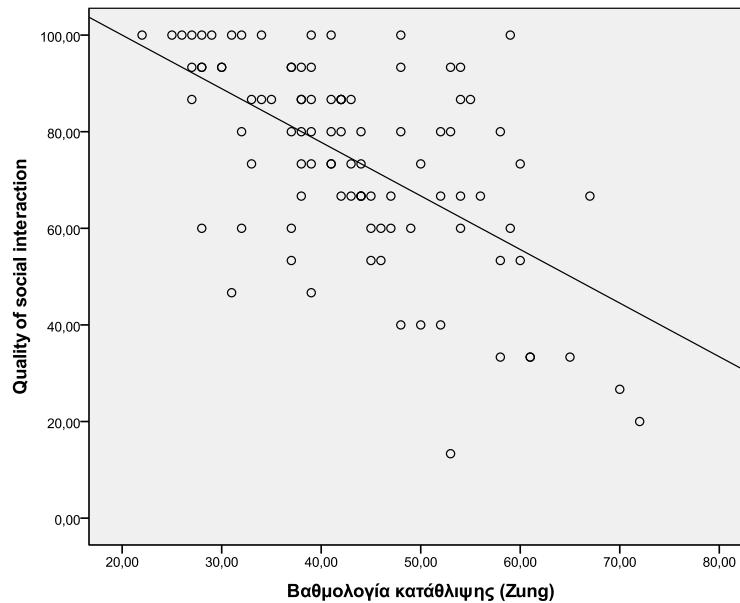
Η ύπαρξη καρδιαγγειακής νόσου και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης». Συγκεκριμένα:

Οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο είχαν κατά 9,62 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερες κοινωνικές σχέσεις σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έπασχαν από καρδιαγγειακή νόσο.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειροτέρευαν οι κοινωνικές τους σχέσεις.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.5.6** Συσχέτιση βαθμολογίας «Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης» με την κλίμακα κατάθλιψης.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Σεξουαλική λειτουργικότητα» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.5.9).

**Πίνακας 5.5.9** Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης.

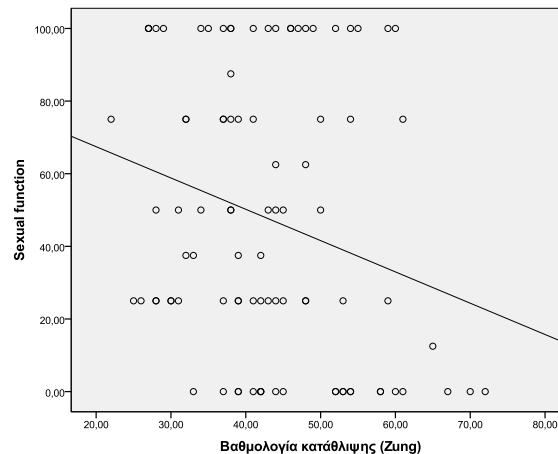
	$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>	-0,86	0,36	<b>0,018</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα

Μόνο η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Σεξουαλική λειτουργικότητα». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειροτέρευε η σεξουαλική τους λειτουργικότητα.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «Σεξουαλική λειτουργικότητα» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.5.7** Συσχέτιση βαθμολογίας «Σεξουαλική λειτουργικότητα» με την κλίμακα κατάθλιψης.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ύπνος» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.5.10).

**Πίνακας 5.5.10** Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης.

		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
<b>Αϋπνία</b>	Όχι	0,00		
	Ναι	-16,17	4,05	<0,001
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>		-0,85	0,18	<0,001

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

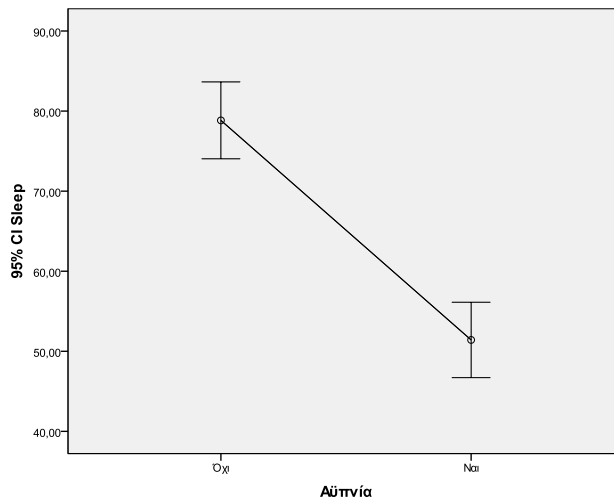
Η ύπαρξη αϋπνίας και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ύπνος». Συγκεκριμένα:

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 16,17 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ύπνου, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερε η ποιότητα ύπνου τους.

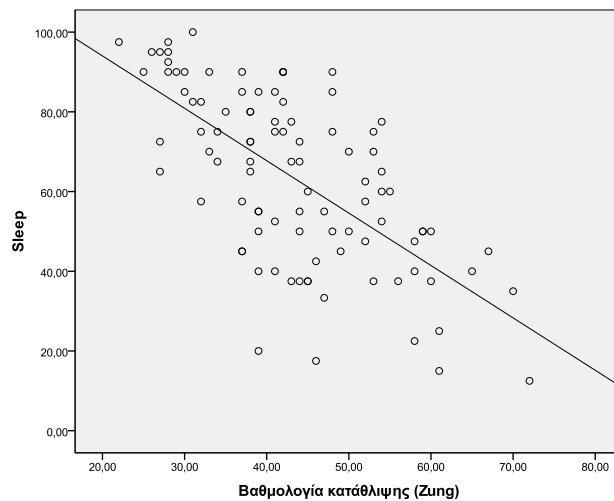
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ύπνος» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.5.8 Βαθμολογία ασθενών «Υπνος» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.**



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «Υπνος» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.5.9. Συσχέτιση βαθμολογίας «Υπνος» με την κλίμακα κατάθλιψης.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Κοινωνική υποστήριξη» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.5.11).



**Πίνακας 5.5.11 Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης.**

		$\beta \ddagger$	SE+	P
Καρδιαγγειακή νόσος	Όχι	0,00*		
	Ναι	-7,75	3,51	<b>0,030</b>
Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)		-0,88	0,16	<b>&lt;0,001</b>

‡ συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

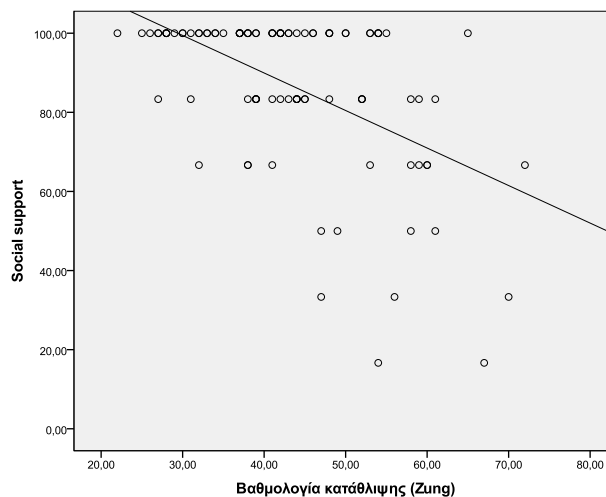
Η ύπαρξη κάποιας καρδιαγγειακής νόσου και η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Κοινωνική υποστήριξη». Συγκεκριμένα:

Οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο είχαν κατά 7,75 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έπασχαν από καρδιαγγειακή νόσο.

Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο λιγότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «Κοινωνική υποστήριξη» με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.5.10 Συσχέτιση βαθμολογίας «Κοινωνική υποστήριξη» με την κλίμακα κατάθλιψης.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοκάθαρσης» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.5.12).

**Πίνακας 5.5.12 Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης.**

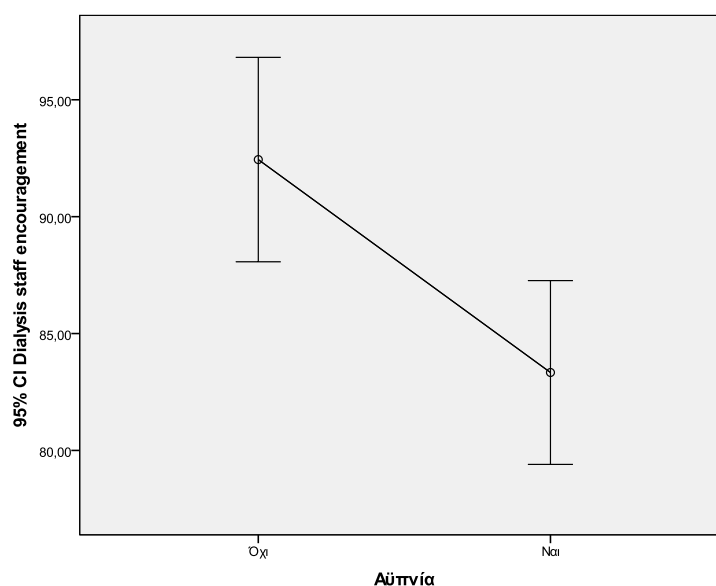
		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
Αϋπνία	Όχι	0,00		
	Ναι	-9,11	2,94	<b>0,003</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ύπαρξη αϋπνίας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοκάθαρσης». Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 9,11 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή εισέπρατταν λιγότερη ενθάρρυνση από το προσωπικό, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοκάθαρσης» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.5.11.Βαθμολογία ασθενών «Ενθάρρυνση από το προσωπικό της αιμοκάθαρσης» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ικανοποίηση ασθενούς» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.5.13).

**Πίνακας 5.5.13 Αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης.**

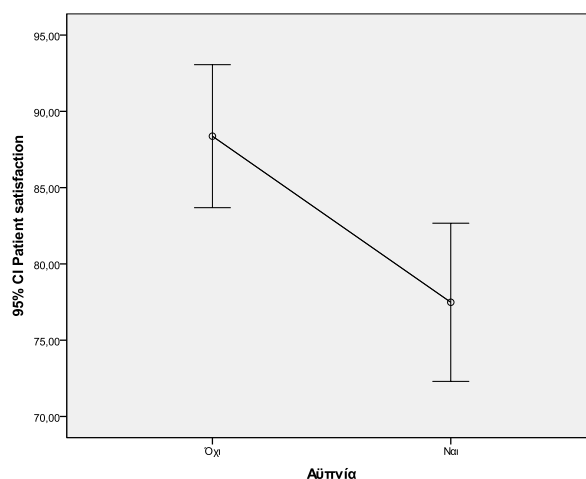
		$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
Αϋπνία	Όχι	0,00		
	Ναι	-10,89	3,60	<b>0,003</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα \*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ύπαρξη αϋπνίας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ικανοποίηση ασθενούς». Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με αϋπνία είχαν κατά 10,89 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, ήταν δηλαδή λιγότερο ικανοποιημένοι, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν αϋπνία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ικανοποίηση ασθενούς» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.

**Γράφημα 5.5.12 Βαθμολογία ασθενών «Ικανοποίηση ασθενούς» ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία.**



## 5.6 Ποιότητα ζωής (EQ-5D)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στο δείκτη ποιότητας ζωής EQ-5D καθώς και στο δείκτη κατάστασης της υγείας τους (VAS).

**Πίνακας 5.6.1 Βαθμολογία στο δείκτη ποιότητας EQ-5D καθώς και στο δείκτη κατάσταση της υγείας τους (VAS)**

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Δείκτης ποιότητας ζωής (EQ-5D)	-0,59	1,00	0,63	0,39
Δείκτης κατάστασης της υγείας σήμερα (VAS)	10,0	100,0	60,4	17,0

Η μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων στο δείκτη ποιότητας ζωής EQ-5D ήταν 0,63 μονάδες ( $\pm 0,39$  μονάδες). Ακόμα, η μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων στο δείκτη κατάστασης της υγείας τους (VAS) ήταν 60,4 μονάδες ( $\pm 17,0$  μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας ζωής και της βαθμολογίας κατάθλιψης.

**Πίνακας 5.6.2. Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας ζωής και της βαθμολογίας κατάθλιψης.**

		<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>
<b>Δείκτης ποιότητας ζωής (EQ-5D)</b>	r	-0,72
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Δείκτης κατάσταση της υγείας σήμερα (VAS)</b>	r	-0,70
	P	<b>&lt;0,001</b>

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση των διαστάσεων ποιότητας ζωής με τη βαθμολογία κατάθλιψης. Συνεπώς, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των ασθενών στις διαστάσεις ποιότητας ζωής ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία ή όχι.

**Πίνακας 5.6.3. Βαθμολογία ασθενών στις διαστάσεις ποιότητας ζωής ανάλογα με το αν είχαν αϋπνία ή όχι.**

	<b>Αϋπνία</b>				<b>P Student's t-test</b>
	<b>Όχι</b>		<b>Ναι</b>		
	<b>Μέση τιμή</b>	<b>SD</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>SD</b>	
<b>Δείκτης ποιότητας ζωής (EQ-5D)</b>	0,86	0,14	0,45	0,42	<b>&lt;0,001</b>
<b>Δείκτης κατάσταση της υγείας σήμερα (VAS)</b>	70,3	12,7	52,4	15,8	<b>&lt;0,001</b>

Οι ασθενείς με αϋπνία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις ποιότητας ζωής, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς αϋπνία.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στο δείκτη ποιότητας ζωής EQ-5D και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και

τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.6.4.).

**Πίνακας 5.6.4 Βαθμολογία EQ-5D και συσχέτιση με δημογραφικά-κλινικά, ύπαρξη αϋπνίας και βαθμολογία κατάθλιψης.**

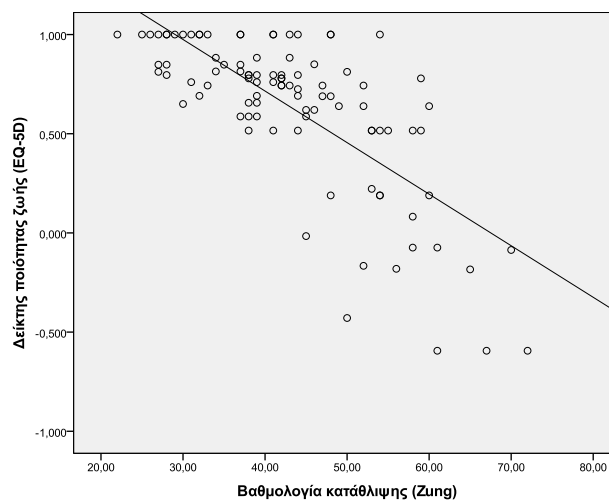
	$\beta\ddagger$	SE+	P
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>	-0,03	0,003	<b>&lt;0,001</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα

Μόνο η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στο δείκτη ποιότητας ζωής EQ-5D. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη η ποιότητα ζωής τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στο δείκτη ποιότητας ζωής EQ-5D με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.6.1 Συσχέτιση βαθμολογίας EQ-5D με την κλίμακα κατάθλιψης.**



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των ασθενών στο δείκτη κατάστασης της υγείας τους (VAS) και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους καθώς και την ύπαρξη αϋπνίας και τη βαθμολογία κατάθλιψής τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα (5.6.5.).

**Πίνακας 5.6.5** Συσχέτιση βαθμολογίας στο δείκτη VAS με την κλίμακα κατάθλιψης.

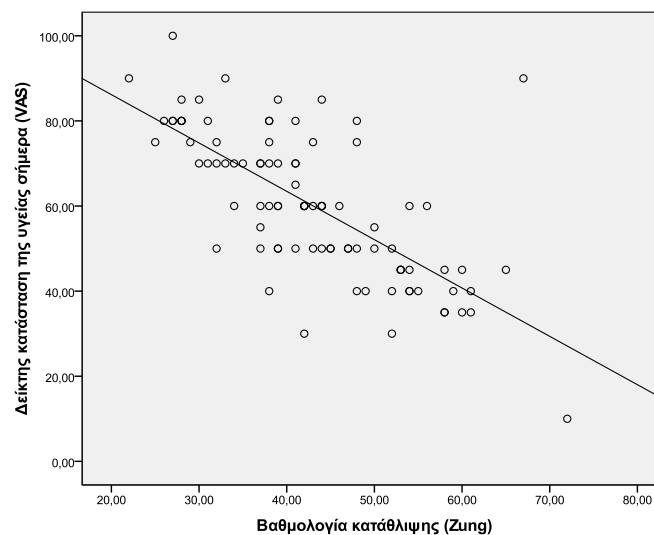
	$\beta_{\ddagger}$	SE+	P
<b>Βαθμολογία κατάθλιψης (Zung)</b>	-1,14	0,12	<b>&lt;0,001</b>

$\ddagger$  συντελεστής εξάρτησης +Τυπικό σφάλμα

Μόνο η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των ασθενών στο δείκτη κατάστασης της υγείας τους (VAS). Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς τόσο χειρότερη η κατάσταση της υγείας τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των ασθενών στο δείκτη κατάστασης της υγείας τους (VAS) με την κλίμακα κατάθλιψης.

**Γράφημα 5.6.2** Συσχέτιση βαθμολογίας στο δείκτη VAS με την κλίμακα κατάθλιψης.



### ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

#### 6.1 Συζήτηση

Στόχος της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής ήταν η επίδραση της νόσου στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών καθώς και η μέτρηση της, και του προσδιορισμού της πιθανής επίδρασης της κατάθλιψης και της αϋπνίας. Ταυτόχρονα σκοπός ήταν η σύγκριση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής με κλινικά και δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Στη μελέτη συμμετείχαν 100 (N=100) αιμοκαθαιρούμενοι ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου 2014- Μαΐου 2014. Τα εργαλεία μέτρησης της έρευνας ήταν συνδυασμός τεσσάρων αναγνωρισμένων, σταθμισμένων και μεταφρασμένων στα Ελληνικά ερωτηματολογίων, του εξειδικευμένου για ασθενείς στην αιμοκάθαρση KDQOL-SF™, τριών γενικών, της κλίμακας αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης του Zung, το ερωτηματολόγιο μέτρησης της υγείας EQ-5D και το ερωτηματολόγιο μέτρησης των διαταραχών ύπνου Athens Insomnia Scale. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 67,2 έτη (τυπική απόκλιση 12,6), με την πλειοψηφία των ασθενών να είναι άντρες (67,0%) και αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση να είναι παντρεμένοι το 65%. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν απόφοιτοι δημοτικού (51,0%) και το 98,0% είχαν δημόσια ασφαλιστική κάλυψη.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, το 57,0% των ασθενών έπασχαν από αϋπνία. Στο γενικό πληθυσμό το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 25,3% (254/1005) το οποίο ήταν σημαντικά χαμηλότερο από της παρούσας μελέτης ( $p < 0,001$ ) (Paparrigopoulos et al., 2010). Οι δυσκολίες με τον ύπνο αποτελούν κεντρικό θέμα για πολλές διαταραχές και εξετάζονται συχνά σε υγιείς πληθυσμούς καθώς και σε πληθυσμούς με προβλήματα υγείας (Soldatos et al., 2005).

Η βαθμολογία κατάθλιψης στην έρευνα κυμάνθηκε από 22 έως 72 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 43,4 μονάδες ( $\pm 10,9$  μονάδες). Επίσης, 36 από τους ασθενείς (37,1%) είχαν βαθμολογία άνω των 45 μονάδων (που θεωρείται το cut-off του ελληνικού πληθυσμού), που υποδηλώνει ότι έπασχαν από κατάθλιψη. Βάσει της σχετικής βιβλιογραφίας, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Οικονομίδου και συν., 2005).

Οι βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής SF-36 των ασθενών, ήταν σημαντικά χαμηλότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τον λοιπό πληθυσμό (Pappa et.al.,2005). Τέλος, η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ήταν 35,8 μονάδες ( $\pm 11,3$  μονάδες) και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ήταν 43,1 μονάδες ( $\pm 11,5$  μονάδες).

Βάσει των ευρημάτων της μελέτης, η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών φαίνεται να επηρεάζεται από την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατάθλιψη, την αϋπνία αλλά την ύπαρξη σωματικής αναπηρίας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το να είναι ο ασθενής νεότερος σε ηλικία, περισσότερο μορφωμένος έχει ευνοϊκή επίδραση σε ορισμένες διαστάσεις της ποιότητας ζωής του. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία που δείχνουν ότι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες μπορούν έως ένα βαθμό να συμβάλουν στην εξήγηση της συνολικής ποιότητας ζωής (Arnold et al., 2004). Ανεξάρτητα με το είδος της νόσου, το να είναι ο ασθενής μεγαλύτερος σε ηλικία, λιγότερο μορφωμένος σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής (Sprangers et al., 2000). Το πέρασμα της ηλικίας σε αυτή την ομάδα ασθενών, φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην αίσθηση της σωματικής ευεξίας και στη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή.

Πέρα των δημογραφικών μεταβλητών, η κατάθλιψη βρέθηκε να επηρεάζει όλες τις διαστάσεις ποιότητας ζωής, όπως τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία και τις κοινωνικές του σχέσεις. Αυτά τα ευρήματα της έρευνας, είναι συμβατά με τη διεθνή βιβλιογραφία, ως προς τη συσχέτιση ψυχολογικών παραμέτρων με την ποιότητα ζωής στη Χρόνια Νεφρική Νόσο (Kimmel et al., 1995). Επιπρόσθετα και η ποιότητα ύπνου, βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά διαστάσεις της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών όπως, τη ψυχική τους υγεία, τη σωματική λειτουργικότητα και τον κοινωνικό τους ρόλο.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη παρεμβάσεων προγραμμάτων προαγωγής υγείας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, εστιάζοντας σε συγκεκριμένες συνιστώσες της ψυχικής υγείας, όπως τα καταθλιπτικά στοιχεία. Η ανάπτυξη εξατομικευμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο τη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων που είναι ηλικιακά μεγαλύτεροι, λιγότερο μορφωμένοι και οι οποίοι αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, θα βοηθούσε θετικά.



## 6.2 Περιορισμοί της μελέτης

Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας επιτακτική είναι η ανάγκη συνυπολογισμού σημαντικών περιορισμών που προκύπτουν αφενός από τον αριθμό του δείγματος που είναι μικρός (100 ασθενείς), αφετέρου από το χώρο της έρευνας ο οποίος είναι ένα περιφερειακό μικρό νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, στους περιορισμούς της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί και η έλλειψη κατάλληλου χώρου για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες. Παρόλο που οι παραπάνω περιορισμοί δεν επιτρέπουν οποιαδήποτε γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο των Ελλήνων ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ωστόσο η παρούσα έρευνα ενίσχυσε σε κάποιο βαθμό την αναγκαιότητα διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σύμφωνα με τα ευρήματα της.

## 6.3 Συμπεράσματα

Τα κυριότερα συμπεράσματα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι τα εξής :

1) Το 57,0% των ασθενών έπασχαν από αϋπνία. Στο γενικό πληθυσμό το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 25,3%, το οποίο ήταν σημαντικά χαμηλότερο από της παρούσης μελέτης ( $p < 0,001$ ).

2) Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής των ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τον λοιπό πληθυσμό.

3) Βρέθηκε ότι όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης έχουν οι ασθενείς τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής τους.

4) Οι ασθενείς με αϋπνία έχουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

## 6.4 Εισηγήσεις

Η χρόνια νεφρική νόσος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας με διαφορετικά χαρακτηριστικά τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Το ποσοστό της χρόνιας νεφρικής νόσου αυξάνεται σε όλον τον κόσμο, όπως προκύπτει από τις αυξήσεις των

θανάτων από νοσήματα που σχετίζονται με αυτήν, καθώς και από την εμφάνιση και επικράτηση της νόσου. Η χρόνια νεφρική νόσος και οι επιπλοκές της, μπορεί να προληφθεί, αλλά η ευαισθητοποίηση των κρατικών μηχανισμών υγείας κρίνεται απαραίτητη για να είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση. Η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως διαβητικούς, συγγενείς νεφροπαθών, υπερτασικούς, ο τακτικός έλεγχος και η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει χρόνια νεφρική νόσο, και όπου έχουν εφαρμοστεί στρατηγικές διαχείρισης της υγείας, η συχνότητα νεφρικής νόσου τελικού σταδίου έχει μειωθεί. Η έγκαιρη αναγνώριση της χρόνιας νεφρικής νόσου είναι απαραίτητη για την επιβράδυνση της εξέλιξής της και τη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας. Γι'αυτό το λόγο, η ανάμιξη των οργανισμών δημόσιας υγείας, είναι ολοένα αυξανόμενη και πιο έντονη.

Στο χώρο της υγείας τώρα, θα πρέπει από τη πλευρά της πολιτείας να υπάρξει επαρκής στελέχωση των νοσοκομείων σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και σε νοσοκομειακό εξοπλισμό.

Η ανάπτυξη και άλλων μεθόδων αιμοκάθαρσης, όπως της περιτοναϊκής και της κατ'οίκον αιμοκάθαρσης, θα βελτιώσει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής. Η αποφυγή του στρεσογόνου περιβάλλοντος του νοσοκομείου θα λειτουργήσει ευεργετικά στη ζωή τους.

Από πλευράς πολιτείας αποτελεσματικές θα μπορούσαν να αποδειχθούν οι εκστρατείες ενημέρωσης του πληθυσμού για τη δωρεά οργάνων, καθώς και η εκπαίδευση γι'αυτό το σκοπό των ιατρών που εργάζονται στις ΜΕΘ.

# Βιβλιογραφία

## Ξενόγλωσση

Almaguer M, Herrera R, Alfonso J, Magrans C, Manalich R, Martinez A. Primary health care strategies for the prevention of end-stage renal disease in Cuba. *Kidney Int Suppl* 2005; 68 (suppl 97): S4-10.

American Kidney Fund. <http://www.kidneyfund.org/>.

Arnold, R., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Kempen, G.I.J.M., Ormel, J. & Suurmeijer, T.P.B.M. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life Research*, 13, 883-896.

Bonner, A., Wellard, S. & Caltabiano, M. (2010). The impact of fatigue on daily activity in people with chronic kidney disease. *J Clin Nurs*, 19, 3006-3015.

Bossola, M., Ciciarelli, C., Di Stasio, E., Conte, G.L., Vulpio, C., Luciani, G., et al. (2010). Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 32, 125-131

Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. UK: Open University Press.

Brooks R., Rabin R., Charro F., (2003). *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective*. Kluwer Academic Publ, Netherlands.

Cash, T. F. & Fleming, E. C. (2002). The impact of body-image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 455-460.

Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Kidney Disease Surveillance System. Atlanta, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2011. Accessed August 5, 2013.

Cestero, RMV., Jacobs, MO. & Freeman, RB., (1980). Twelve years' experience with a regional and stage renal disease program. In: *Ann Intern Med*, 93,494-498.

Cristovao, F. (1999). Άγχος, η αντιμετώπιση του και η ποιότητα ζωής στους χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. *EDTNA ERCA Journal*, 25, 39-44.

Cvengros, J.A, Christensen, A.J., & Lawton, W.J. (2004) The role of perceived control and preferences for control in adherence to a chronic medical regimen. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(3), 155-161.

Daugirdas J., Blake P., Ihg T., (2008). *Εγχειρίδιο Αιμοκάθαρσης, Ελληνικό Κολλέγιο Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Αθήνα.*

Di Barbieri, I. & Zampieron, A. (2004). Περιγραφική ανάλυση των διαταραχών ύπνου αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. *EDTNA ERCA Journal*, 30 (4): 242-6.19. Auer J. *Psychological asp.*

Doyle, A.M., Lechler, R.I et al. (2004). Organ transplantation: halfway through the first century. In: *Soc Nephrol* 15 (12), 2965-2971.

Einwohner R., Bernardini J., Fried L., & Piraino B. (2004): The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int*; 24:256–63.

ERA-EDTA Registry (2014). ERA-EDTA Registry 2011 Annual Report. Academic Medical Center. The Netherlands.

Evans RW, Manninen DL, Garrison LP Jr, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, Hull AR, Lowrie EG. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med.* 1985; 312(9), pp. 553-559.

Evelina Pappa, Nick Kontodimopoulos & Dimitris Niakas; (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research.* 14: 1433–1438.

Finkelstein, F.O. & Finkelstein S.H. (2007). Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrology Dialysis Transplantation* 22(9): 2432-2434.

Foley RN, Parfrey PS, Harnett JD, Kent GM, Murray DC, Barre PE. The importance of left ventricular geometry in uremic cardiomyopathy. *J Am Soc Nephrol* 1995, 5, PP. 2024-2031.

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

Gayle F, Soyibo AK, Gilbert DT, Manzanares J, Barton EN, Quality of life in end stage renal disease. A multicenter comparative study. *West Indian Med J,* 2009.

Gokal R. Health related quality of life in stage renal failure. *Hellenic Nephrology* 2002, 14 (Suppl. 1), pp. 170-173.

Gonzalez-Perez JG, Vale L, Stearns SC, Wordsworth S. Hemodialysis for end-stage renal disease : a cost-effectiveness analysis of treatment-options. *Int J Techno Assess Health Care.* 2005: 21(1), pp. 32-9.

Gordon, E. J. (2001). Patient's decisions for treatment of end renal disease and their implications for access to transplantation. *Social Science and Medicine,* 53, 971-987.

Guh JY, Chen HC, Tsai JF, Chuang LY. Herbal therapy is associated with the risk of CKD in adults not using analgesics in Taiwan. *Am J Kidney Dis* 2007; 49:626-33.

Gurklis, J. A., & Menke, E. M. (1988). Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients. *Nursing Research*, 37, 236-239.

Hays RD, Kallich JD, Mapes DL et al. (1995). Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF), A manual for use and scoring, Santa Monica CA: RAND.

Hwang SJ, Tsai JC, Chen HC. Epidemiology, impact and preventive care of chronic kidney disease in Taiwan. *Nephrology (Carlton)* 2010; 15(suppl 2): 3-9.

Kimmel, P. L., & Peterson, R. A. (2006) Depression in Patients with end-stage renal disease treated with dialysis: Has the time to treat arrived? *Clinical Journal of American Society Nephrology*, 1, 349-352.

Kimmel, P., Peterson, A. A. & Weihs, K. I (1995). Aspects of quality of life in hemodialysis patient. *J Am Soc Nephrol*, 6, 1418-1425.

Kontodimopoulos N., Pappa E., Niakas D., et al, (2008). *Validity of the Euro Qol (EQ5D) Instrument in a Greek General Population*. *Value in health*, volume 11, November 2008.

Kontodimopoulos N., Niakas D. Determining the basic psychometric properties of the Greek KDQOL-SF™. *Quality of Life Research* 2005, 14, pp. 1967-1975.

Kramer A., Stel V., Zoccali C., et al, \*2009\*. Post renal replacement therapy in Europe ERA/EDTA Registry data from 1997 to 2006. *Nephrol Dial Transplant*, 2009.

Lopes AA, Albert JM, Young EW, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int.* 2004 Nov; 66(5), pp. 2047-53.

Maruschka, P. Merkus, Kitty, J. Jager, Friedo, W. Dekker, Rob, J. de Haan, Els, W. Boeschoten and Raymond T Krediet for the Necosad Study Group (1999) 56, 720-728.

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

Nolph KD., (1986). Peritoneal Dialysis. In: *The Kidney*, Brenner, BM., Rector, FC., (eds). Saunders, Co., Philadelphia, 3<sup>rd</sup> ed, p.1847, 1870-1874.

Paparrigopoulos T, Tzavara C, Theleritis C, Psarros C, Soldatos C, Tountas Y. ; (2010). Insomnia and its correlates in a representative sample of the Greek population. *BMC Public Health*. 10:531.

Palmer B.F. (1999). Sexual dysfunction in uremia. *J. Am. Soc. Nephrol.*,10:1381-1388.

Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G et al. Quality of life in chronic kidney disease \*CKD\* A cross/sectional analysis in the Renal Research Institute/CKD study. *Am J Kidney Dis*, 2005.

Renal replacement therapy in Europe: a summary of the 2011 ERA- EDTA Registry Annual Report. *Clin Kidney J* (2014) 7: 227-238.

Seidman S.N. et al. (2001). Treatment of erectile dysfunction in men with depressive symptoms: results of a placebo-controlled trial with sildenafil citrate. *Am J Psychiatry*; 158:1623-1630.

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

Soldatos, C. R., Allaert, F. A., Ohta. T. & Dikeos, D. G. (2005). How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Medicine*, 6, 5-13.

Sprangers, A. G., De Regt, E. B. & Andries, F. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907.

Stefanovic V, Cukuranovic R, Miljkovic S, Marinkovic D, Toncheva D. Fifty years of Balkan endemic nephropath: challenges of study using epidemiological method. *Ren Fail* 2009; 31:409-18.

Türk S. (2004). Quality of life in male hemodialysis patients: role of erectile dysfunction. *Nephron Clin Pract*, 96:21-27.

Vivekanand Jha, Guillermo G, Kunitoshi I, Zuo L, Saraladevi N, Brett P, Rajiv S, Angela Vee-Moon Wang, Chih-Wei Yang. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet* 2013; 382:260-72.

Vanherweghem JL, Depierreux M, Tielemans C, et al. Rapidly progressive interstitial renal fibrosis in young women: association with slimming regimen including Chinese herbs. *Lancet* 1993; 341: 387-91.

USRDS, 2013. Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. National institutes of health, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. Bethesda, MD.

USRDS \*United States Renal Data System\*, \*2009\*. Annual Data Report. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. Bethesda.



Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey manual and interpretation guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, Mass., The Health Institute, New England Medical Center, 1994, pp. 7-23.

WHO, (1946). *World Health Organization Constitution*. Geneva: WHO.

388. WHO-EURO, (1985). *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO- Regional Office for Europe.

WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41: 1403-1409.

## **Ελληνική**

Αντωνοπούλου, Ι., (1994). Το ολιστικό μοντέλο της νοσηλευτικής φροντίδας- Συντελεστής ποιότητας ζωής νεφροπαθών. 5<sup>0</sup> Επιμορφωτικό Σεμινάριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας. Αθήνα : Ελληνική Νεφρολογική Ένωση Νοσηλευτών.

Αποστόλου, Θ. (2000). Ποιότητα ζωής: Μία παραμελημένη παράμετρος αξιολόγησης θεραπευτικών αποφάσεων. *Ελληνική Νεφρολογία*, 12, 28-33.

Βλαχογιάννης, Ι.Γ., (1999). Στοιχεία κλινικής νεφρολογίας. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Παθολογικός Τομέας, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πατρών.

Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χ., Κάβουρα, Μ., & Κυριόπουλος, Ι., (2004). Οικονομική αξιολόγηση και ποιότητα Ζωής. Στο: Γείτονα, Μ., Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας. Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας.

Γείτονα Μ., & Κυριόπουλος Γ., (1999). Κριτήρια και Τεχνικές Φαρμακοοικονομικής Ανάλυσης και Αξιολόγησης. Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα. Αθήνα: εκδόσεις Θεμέλιο.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ.(1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα : (έκδ. Ιδίων συγγραφέων).

Κοντοδημόπουλος, Ν., Κυριακάκη, Α & Νιάκας, Δ., (2004). Εκτίμηση του κόστους και της συνεπαγόμενης Ποιότητας Ζωής στην Αιμοκάθαρση και την Περιτοναϊκή κάθαρση. Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία. Αθήνα : Mediforse.

Κοσμαδάκης Γ,2010. Διαταραχές του ύπνου σε ασθενείς υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Ανασκόπηση: Ελληνική Νεφρολογία,2010; 22(1):69-77.

Μηνασίδου Ε.,Λεμονίδου Χ., 2005, Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών, Νοσηλευτική, vol 44 2, 202 211, ανασκόπηση.

Νάκου Σ. 2001, Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, vol 18 3 239 266.

Οικονομίδου, Γ., Ζλατάνος, Δ., Βαϊόπουλος, Χ. & Χατζηδημητρίου, Χ. (2005). Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Dialysis Living, 14, 22-32.

Σαρρής Μ., (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήσης.

Σπύρου Α. 2004, Το στρες στους χρόνιους ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Thesis, Available from: <http://ktisis.cut.ac>.

Σταυριανού Κ 2007, Αποτίμηση τεχνολογίας κατ'οίκον αιμοκάθαρσης, μελέτη των παραγόντων που επιδρούν στην υιοθέτηση της και αξιολόγηση ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων στην Ελλάδα.

Υφαντόπουλος, Ι., (2003). Η μέτρηση της ποιότητας ζωής στα οικονομικά της υγείας. Στο : Νέα Υγεία, τεύχος 36.

Υφαντόπουλος, Γ. (2007) Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2007,(24): 6-18.