



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΓΓΑΣΙΑ:
«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»

ΟΡΦΑΝΙΔΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:21044

ΥΠΕΥΘΗΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΔΡ ΑΣΠΑΣΙΑ Β. ΓΟΥΛΑ

Αθήνα,
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL
CARE MANAGEMENT

DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

Diploma Thesis

Title

« Quality of Life in Hemodialysis Patients »

Student name and surname:

Orfanidou Georgia

Registration Number:21044

Supervisor name and surname:

Aspasia Goula

Athens, February 2023



Τίτλος εργασίας

«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι
Εξεταστική Επιτροπή:

A/a	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Αγγελική Σταμούλη	ΕΔΙΠ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη *Ορφανίδου Γεωργία, με αριθμό μητρώου 21044* φοιτήτρια του *Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»* του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

ΓΕΩΡΓΙΑ ΟΡΦΑΝΙΔΟΥ

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored background. The signature is stylized and appears to read 'Georgina Orfanidou'.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος διαγραμμάτων και πινάκων	7
Συνοτομογραφίες και ακρωνύμια	7
Περίληψη	8
Abstract	9
Εισαγωγή.....	11
Κεφάλαιο 1.Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια	13
1.1.Περιγραφή υγιούς νεφρού και λειτουργίες του.....	13
1.1.1. Νεφρώνες	14
1.2.Η έννοια της νεφρικής κάθαρσης.....	14
1.3. Νόσοι νεφρών και εκδηλώσεις	15
1.4. Επεξήγηση του όρου Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια	16
1.5. Επιπλοκές της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου	17
1.6. Στάδια της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου	17
1.7. Αιτιολογία εμφάνισης Χ.Ν.Ν και παθογένεση	18
1.8. Κλινική πορεία της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου.....	19
1.9. Επίπτωση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας	20
1.10.Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης Χ.Ν.Α	21
1.11. Είδη θεραπείας της Χ.Ν.Ν	24
1.11.1. Αιμοκάθαρση	24
1.11.2. Πλεονεκτήματα της ΑΜΚ	26
1.11.3. Περιτοναϊκή κάθαρση	26
1.11.4. Πλεονεκτήματα ΠΚ	28
1.11.5. Μεταμόσχευση νεφρού	28
1.12. Δαπάνες θεραπείας τεχνητού νεφρού	29
Κεφάλαιο 2. Ποιότητα Ζωής και η Έννοια της Υγείας	31
2.1. Προσέγγιση της έννοιας «Υγεία»	31
2.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός της Ψυχικής Υγείας.....	32
2.2.1. Βιολογική παράμετρος.....	33
2.2.2. Οικονομική παράμετρος.....	33
2.2.3. Πολιτισμική παράμετρος	34
2.2.4. Κοινωνική παράμετρος	34
2.2.5. Βιοψυχοκινωνικό μοντέλο ερμηνείας υγείας και ασθένειας.....	35
2.3. Ποιότητα ζωής.....	35
2.3.1 Η σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής.....	37
2.4. Δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης ποιότητας ζωής.....	37

Κεφάλαιο 3. Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών	40
3.1. Παράμετροι που επηρεάζουν την ψυχολογία των αιμοκαθαιρόμενων	41
3.2. Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ΧΝΝ	42
3.3. Επιρροή της νόσου στην ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών	44
3.4. Στάδια προσαρμογής του ασθενούς.....	45
3.5. Ψυχική υγεία αιμοκαθαιρόμενων ασθενών	46
3.6. Εμφάνιση κατάθλιψης στην Χ.Ν.Ν και προσεγγίσεις	48
3.7. Συμπτωματολογία κατάθλιψης στην Χ.Ν.Ν	49
3.8. Σεξουαλική ζωή και Χ.Ν.Ν.....	53
Κεφάλαιο 4. Διαταραχές και ιδιαιτερότητες της αιμοκάθαρσης.....	54
4.1. Διαιτητική αναπροσαρμογή ασθενών με ΧΝΝ	54
4.2. Δυσκολία προσαρμογής στις νέες συνθήκες της ΧΝΝ	55
4.3. Εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων κατά την ΤΣΧΝΝ.....	55
4.4. Γνωστική δυσλειτουργία.....	56
4.5.Επαγγελματική απασχόληση	56
4.6. Αθλητική απασχόληση.....	57
4.7.Ο κυρίαρχος ρόλος της οικογένειας	57
Κεφάλαιο 5.....	59
Συζήτηση	59
Κεφάλαιο 6.....	61
Συμπεράσματα	61
Βιβλιογραφία	62

Κατάλογος διαγραμμάτων και πινάκων

Εικόνα 1.1: Επιφανειακή και εσωτερική ανατομία υγιούς νεφρού

Εικόνα 1.2: Επιπολασμός της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου τελικού σταδίου

Εικόνα 1.3: Διαδικασία αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ)

Εικόνα 1.4 : Διαδικασία περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ)

Εικόνα 1.5: Μεταμόσχευση νεφρού

Εικόνα 1.6: Παράμετροι που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Πίνακας 3.1: Μοντέλο του Tiered για την ψυχοκοινωνική φροντίδα χρόνιων ασθενών

Συντομογραφίες και ακρωνύμια

Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια - ΧΝΑ

Χρόνια Νεφρική Νόσος – ΧΝΝ

Οξεία Νεφρική Νόσος – ΟΝΝ

Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια – ΤΣΧΝΑ

Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσος – ΤΣΧΝΝ

Αιμοκάθαρση – ΑΜΚ

Περιτοναϊκή Κάθαρση – ΠΚ

Τεχνητό Νεφρό – ΤΝ

Μονάδες Εξωνεφρικής Κάθαρσης - ΜΕΚ

Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας - ΘΥΝΛ

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων – ΕΟΜ

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – ΠΟΥ

Ποιότητα Ζωής – ΠΟ

Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής – ΣΥΠΖ

Σακχαρώδης Διαβήτης - ΣΔ

Restless Legs Syndrome – RLS

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται τη μελέτη της ποιότητας ζωής των χρόνιων ασθενών που υπόκεινται στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, τις αλλαγές που επιφέρει η συγκεκριμένη διαδικασία τόσο στην λειτουργικότητά τους όσο και στον τρόπο ζωής τους, επιπλέον και τις ιδιαιτερότητες της αιμοκάθαρσης.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της νεφρικής λειτουργίας και της νεφρικής ανεπάρκειας, επιπλέον γίνεται αναλυτική αναφορά σχετικά με τους τρόπους και τις μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και της μεταμόσχευσης σαν την αρτιότερη επιλογή ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου αλλά και τις δαπάνες θεραπεία τεχνητού νεφρού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται προσέγγιση της έννοιας της «Υγείας» και προσδιορισμός της ψυχικής υγείας αναφέροντας όλες οι παράμετροι. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση της ποιότητας υγείας και των δεικτών μέτρησης της ποιότητας υγείας αλλά και βιοψυχοκινωνικό μοντέλο υγείας και ασθένειας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι παράμετροι που επηρεάζουν την ψυχολογία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, πως η Χρόνια Νεφρική Νόσος επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ψυχική τους υγεία. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση των ψυχωτικών διαταραχών και συγκεκριμένα της κατάθλιψης και το πώς σε συνδυασμό με την χρόνια νεφρική ασθένεια επηρεάζεται και η σεξουαλική τους ζωή.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά των ιδιαιτεροτήτων της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης και οι διαταραχές που ακολουθούν εξαιτίας της εξωνεφρικής λειτουργίας. Η διαδικασία της αποδοχής και της προσαρμογής γίνεται σταδιακά διανύοντας κάθε στάδιο ξεχωριστά εωσότου καταλήξουν στα τελευταία στάδια της αποδοχής που είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο σχολιάζεται και αναλύεται ο ρόλος του φροντιστή και της οικογένειας του χρόνιου αιμοκαθαιρόμενου ασθενή προκειμένου η νόσος να εξελιχθεί όσο πιο ήπια είναι εφικτό να συμβεί. Επιπροσθέτως, γίνεται αναφορά στο πως και πόσο επηρεάζονται η αθλητική και επαγγελματική τους απασχόληση και πως μπορούν να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα που παρουσιάζει η Χρόνια Νεφρική Νόσος.

Abstract

This thesis deals with the study of the quality of life of chronic patients who are subject to the hemodialysis process, the changes brought about by the specific process both in their functionality and in their lifestyle, in addition to the particularities of hemodialysis.

In the first chapter, reference is made to the concept of renal function and renal failure, in addition, a detailed report is made regarding the ways and methods of replacing renal function and transplantation as the best choice for patients with End-Stage Chronic Renal Failure, as well as the costs of artificial therapy kidney.

In the second chapter, the concept of "Health" is approached, and mental health is determined, mentioning all the parameters. Then the health quality and health quality measurement indicators are analyzed as well as the biopsychokinological model of health and disease.

In the fourth chapter, the peculiarities of the hemodialysis process and the disorders that follow due to the extrarenal function are mentioned. The process of acceptance and adaptation is gradual going through each stage separately until they reach the final stage of acceptance which is a function of many factors.

In the fifth chapter, the role of the caregiver and the family of the chronic hemopurification patient is commented and analyzed in order for the disease to progress as mildly as possible. In addition, reference is made to how and to what extent their sports and professional employment is affected and how they can adapt to the new data presented by Chronic Kidney Disease.

Ευχαριστίες - Πρόλογος

Με την διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην προσπάθεια της ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας. Αποτελεί μεγάλη μου τιμή αλλά και μεγάλη ηθική ικανοποίηση η έως τώρα επαγγελματική και εκπαιδευτική πορεία μου, καθώς επίσης ότι η επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής μου διατριβής δέχτηκε να είναι η κα. Ασπασία Γούλα. Ευχαριστώ πολύ ιδιαίτερα τον αξιόλογο άνθρωπο και καθηγητή μου για την συνεισφορά επιλογής θέματος, την άριστη συνεργασία μας και την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής καθώς επίσης και την οικογένειά μου που στήριξε στην επιλογή μου να υλοποιήσω την απόφασή μου και να φέρω εις πέρας το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό.

Η παρούσα διπλωματική εργασία θα μπορούσα να πω ότι εμπεριέχει ένα συνονθύλευμα ακαδημαϊκών γνώσεων και επαγγελματικής πορείας. Η επαγγελματική μου θέση ως νοσηλεύτρια σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και η πολυετής συναναστροφή μου με χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς μετουσιώνονται σε πραγματική γνώση.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αυξάνεται ολοένα και περισσότερο το νούμερο του πληθυσμού που όχι μόνο επιφέρει διαταραχές στη λειτουργία νεφρών φτάνοντας στο τελικό στάδιο της νόσου πολύ γρήγορα αλλά και λαμβάνει θεραπεία τεχνητού νεφρού. Εκτιμάται περίπου πως περισσότεροι από ενάμιση εκατομμύριο ασθενών υπόκειται σε διαδικασία υποκατάστασης της λειτουργίας των νεφρών και διαπιστώνεται, δυστυχώς, η συνεχής αύξηση της νόσου η οποία επηρεάζει την ορθή λειτουργία των νεφρών, φτάνοντας την σιωπηλά σε τελικό στάδιο (White SL et al, Bull World Health Organ 2008;86(3):229-237).

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μία συνεχής αύξηση του μέσου όρου ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών λόγω της συνεχούς βελτίωσης υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας συμπεριλαμβανομένων των πιο εξελιγμένων μηχανημάτων θεραπείας τεχνητού νεφρού (Καυκία Θ. Έκδ., University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2003). Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης αποτελεί μία διαδεδομένη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, σε παγκόσμιο επίπεδο. Η συγκεκριμένη μέθοδος υλοποιήθηκε πρώτη φορά το 1945 για τη θεραπεία της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και η εξέλιξή της επήλθε βαθμιαία σε θεραπεία για την βοήθεια ζωτικής σημασίας ασθενών με τη μορφή της νόσου σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, οι οποίοι υπό άλλες συνθήκες θα κατέληγαν. Από τότε μέχρι τώρα, η συγκεκριμένη μέθοδος έχει ανοδική πορεία όχι μόνο εστιάζοντας στην απόδοση αλλά και στην τεχνογνωσία. Παρόλα αυτά, η θεραπεία τεχνητού νεφρού παραμένει μια σύνθετη και με μεγάλες απαιτήσεις διαδικασία, η οποία απαιτεί τουλάχιστον 3 φορές ανά βδομάδα αφιέρωση χρόνου σε αυτό (Βεργεζέμης Β.Αθήνα, 2003).

Ο συγκεκριμένος πληθυσμός ασθενών ο οποίος υπόκειται σε διαδικασία τεχνητού νεφρού έρχεται αντιμέτωπος με πολλά προβλήματα τα οποία είτε δημιουργούνται από την ίδια τη νεφρική ανεπάρκεια είτε από άλλους ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι ασκούν αρνητική επιρροή στην ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυπαραμετρική, που εύκολα μεταβάλλεται έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να δοθεί ορισμός και μέτρο. Η έννοια της ποιότητας ζωής έκανε την εμφάνισή της για πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του '50 και είχε ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, ενώ λίγο αργότερα, το 1960 ο όρος διευρύνθηκε, για να συμπεριλάβει την παιδεία, την υγεία και ευεξία, την οικονομία και τη βιομηχανική ανάπτυξη, (Παπάνης Ε, Ρουμελιώτου Μ. 2007). Σύμφωνα με τον πρώτο ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), 1946 ως ποιότητα ζωής ορίζεται «η υποκειμενική προοπτική ικανοποίησης από τον τρόπο ζωής και την κατανάλωση δημόσιων αγαθών και υπηρεσιών. Η έννοια της ποιότητας της ζωής συμπεριλαμβάνει ένα συνονθύλευμα παραγόντων που επηρεάζουν το βιοτικό επίπεδο διαβίωσης και όχι απλά η απουσία ασθένειας» (Πολυκανδριώτη Μ, κ.α., 2005;4(2):93).

Ο όρος της «ποιότητας ζωής» μεταβάλλεται συνεχώς, έχοντας επίκεντρο και έννοια την σωματική ακεραιότητα και την ψυχική ηρεμία, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στο λειτουργικό και κοινωνικό κομμάτι κάθε ατόμου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναφέρει πως ο όρος αυτός λαμβάνει διαστάσεις φυσικές, ψυχολογικές, και κοινωνικής συμμετοχής. Κάθε άτομο ερμηνεύει τον όρο αυτό σύμφωνα με τις δικές

του αντιλήψεις και πεποιθήσεις και κρίνοντας με δικά του κριτήρια και στόχους. Η μορφή που δίνει ο καθένας είναι διαφορετική.

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολύπλευρη με κύριο στόχο σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής ηρεμίας. Η σωματική ευεξία στοχεύει στην διατήρηση ενός υγιούς σώματος. Η ψυχική ευεξία εξετάζεται με την εκτίμηση και κατανόηση των συναισθημάτων. Η κοινωνική ευεξία επικεντρώνεται στη δημιουργία ενός δικτύου υποστήριξης και αποτελεσματικής επίδοσης κοινωνικών ρόλων. Αφορά τη δημιουργία ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων (Οικονόμου και συν.,2001).

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναφέρονται οι λειτουργίες ενός υγιούς νεφρού, η ορθή λειτουργία του καθώς και η περιγραφή του. Στη συνέχεια γίνεται επεξήγηση της χρόνιας νόσου την Νεφρικής Ανεπάρκειας και επεξηγούνται κάποιοι γενικοί όροι που συσχετίζονται με τη νόσο όπως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της νόσου, τα συμπτώματα και η θεραπεία της. Αναφέρονται ακόμα όροι όπως η κλινική εικόνα της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου , κλινική πορεία, τα είδη θεραπείας και το κόστος της διαδικασίας τεχνητού νεφρού. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της ποιότητα της υγείας και ποιότητας υγείας καθώς και κάποιες προσεγγίσεις στα μοντέλα της υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται και ερευνάται κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής ασθενών οι οποίοι υπόκεινται στη διαδικασία θεραπείας τεχνητού νεφρού. Καταγράφονται τα επίπεδα της επιρροής της χρόνιας νεφρικής νόσου στους διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής όπως είναι η ψυχική κατάσταση και η πνευματικότητα. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι στόχοι της έρευνας και η μεθοδολογία. Ύστερα ακολουθεί το πέμπτο κεφάλαιο, στο οποίο καταγράφονται τα στοιχεία του αποτελέσματος της έρευνας όπου διεξήχθη. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τα αποτελέσματα.

Κεφάλαιο 1.Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

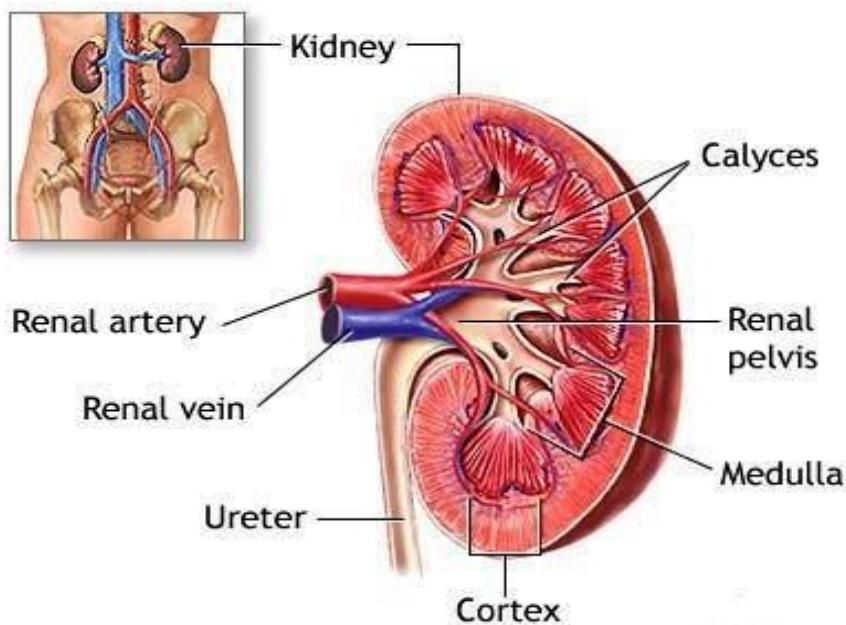
1.1.Περιγραφή υγιούς νεφρού και λειτουργίες του

Κάθε νεφρός περιέχει και μία λειτουργική μονάδα που είναι ο νεφρώνας, όπου κάθε νεφρώνας αποτελείται από το νεφρικό σωματίο και ένα επίμηκες σωληνάριο, έχοντας ως αποτέλεσμα τη συντέλεση του ουροποιητικού συστήματος κάθε οργανισμού. Κάθε νεφρικό σωματίο αποτελείται από μία τούφα τριχοειδών ονομαζόμενη σπείραμα και το σωληνάριο εκπορεύεται από την κάψα κοιλότητα, υποδιαιρείται σε πολλά τμήματα. Πλησιάζουν και ξεπερνούν το ένα εκατομμύριο οι νεφρώνες οι οποίοι βρίσκονται σε κάθε νεφρό και έχουν πρωταρχικό ρόλο για το φιλτράρισμά του αίματος. Οι νεφροί μοιάζουν να είναι δύο όμοια φασόλια το ένα μαζί με το άλλο, μεγέθους 9-12 εκ. στον ενήλικα και το μέγεθός τους μεταβάλλεται ανάλογα με τη σωματοδομή και το βάρος του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Οι νεφροί αλλά και το μεγαλύτερο τμήμα των οργάνων του ουροποιητικού συστήματος βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Οι νεφροί βρίσκονται μπροστά από την σπονδυλική στήλη, πίσω από την περιτοναϊκή κοιλότητα και στο κάτω μέρος του θώρακα. Το πλάσμα του αίματος υπομένει κάποια επεξεργασία από τους νεφρούς και έχει ως αποτέλεσμα την κατακράτηση διαφόρων ουσιών και σε λίγες περιπτώσεις προσθέτουν κάποιες άλλες, ρυθμίζοντας έτσι το ισοζύγιο του ύδατος και των ανόργανων ιόντων όπως είναι το νάτριο (Na), το κάλιο (K), το χλώριο (Cl), τα διττανθρακικά ιόντα (HCO_3^-), το pH, το ασβέστιο (Ca), το φώσφορο (P) και το μαγνήσιο (Mg). Οι νεφροί απομακρύνουν τα μεταβολικά παραπροϊόντα και τις ξένες χημικές ουσίες από το αίμα με την απέκκρισή τους στα ούρα, συμβάλλουν στην παραγωγή του 20% της συνολικής γλυκόζης καθώς επίσης ρυθμίζουν και την έκκριση ορμονών στο αίμα όπως την ερυθροποιητίνη η οποία είναι πρωτεΐνη και βοηθάει στην παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων, την ρενίνη και την 1,25-διϋδροξυβιταμίνη D3. Οι ορμόνες και οι βιταμίνες οι οποίες παράγονται έχουν κυρίαρχο ρόλο για τις κυτταρικές λειτουργίες όχι μόνο των νεφρών αλλά και αρκετών άλλων οργάνων. Αν και η υγιής λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος εκτελείται από δύο νεφρούς, ο οργανισμός μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά ακόμα και με έναν υγιή νεφρό. Όταν οι νεφροί δεν λειτουργούν σωστά, τα άχρηστα προϊόντα και υγρά που δεν φιλτράρονται και δεν αποβάλλονται φυσιολογικά από τον ανθρώπινο οργανισμό, τότε συσσωρεύονται σε μέγιστα επίπεδα, με αποτέλεσμα να δημιουργούν δύσκολο έργο γι' αυτόν. (Daugirdas 2011, Longo et al 2015). Συνοψίζοντας, οι κύριες λειτουργίες που πραγματοποιούνται από τους νεφρούς είναι:

- i. Ο έλεγχος αρτηριακής πίεσης και η παραγωγή ορμονών
- ii. Η παραγωγή ερυθροποιητίνης
- iii. Ισορροπία ηλεκτρολυτών στο αίμα
- iv. Η διατήρηση της οξύτητας και αλκαλικότητας του υγρού των ιστών
- v. Απαλλαγή βλαβερών ουσιών με την διαδικασία της διούρησης
- vi. Αποβολή ή δέσμευση ανόργανων ουσιών με την διαδικασία της ώσμωσης (Kidney.org, 2020)

1.1.1. Νεφρώνες

Ένας υγιής νεφρός συντίθεται από τους νεφρώνες. Σε κάθε έναν νεφρό υπάρχουν στο εσωτερικό του σχεδόν ένα εκατομμύριο νεφρώνες. Στη συνέχεια, το αγγειώδες σπείραμα, η κάψα του Bowman καθώς επίσης το σύστημα σωληναρίων (εσπειραμένο σωληνάριο πρώτης τάξης, αγκύλη του Henle, το εσπειραμένο σωληνάριο δεύτερης τάξης, αθροιστικός πόρος) απαρτίζουν τον νεφρώνα. Στο εσωτερικό του φλοιού εντοπίζονται το αγγειώδες σπείραμα, το αγγειώδες σπείραμα πρώτης και δεύτερης τάξης αλλά και το μεγαλύτερο μέρος της αγκύλης του Henle. Από την άλλη όμως, ο αθροιστικός πόρος και το βαθύτερο μέρος της αγκύλης του Henle εντοπίζονται στο εσωτερικό του μυελού (Σαχίνη Καρδάση, Πάνου,1994).



Εικόνα 1.1: Επιφανειακή και εσωτερική ανατομία υγιούς νεφρού

1.2. Η έννοια της νεφρικής κάθαρσης

Το αποτέλεσμα της άρτιας νεφρικής κάθαρσης προκύπτει από την ποσοτικοποίηση της νεφρικής λειτουργίας που είναι η κύρια μέτρηση αυτής. Η κάθαρση οποιασδήποτε ουσίας από τους νεφρούς είναι ο όγκος του πλάσματος στο αίμα από τον οποίο η ουσία αυτή απομακρύνεται εντελώς στη μονάδα του χρόνου. Κάθε μία ουσία ξεχωριστά έχει δικιά της μεμονωμένη τιμή με την οποία αξιολογείται πόσο καλή κάθαρση υπομένει, αλλά όλες αυτές οι μονάδες μέτρησης αναγράφονται πάντα σε όγκο πλάσματος στη μονάδα του χρόνου. Στην πραγματικότητα ο ορισμός της νεφρικής κάθαρσης αναφέρεται στην ποσότητα του πλάσματος του αίματος ο οποίος θα μπορούσε να καθαριστεί εντελώς από κάθε περιττή ουσία από τους νεφρούς σε δεδομένο χρόνο που ισοδυναμεί με την ορθή λειτουργία των νεφρών και την πλήρη κάθαρση αυτών. Έτσι απομακρύνει τον κίνδυνο σύγχυσης αφού ελάχιστες ουσίες

απομακρύνονται πλήρως από το πλάσμα καθώς αυτό περνάει από τους νεφρούς, όπως φαίνεται να υποδηλώνει ο όρος κάθαρση.

1.3. Νόσοι νεφρών και εκδηλώσεις

Στην Αμερικανική ήπειρο, η νεφρική νόσος ανήκει στις δέκα πρώτες αιτίες θανάτου. Ο όρος νόσος δεν είναι τόσο ακριβής γιατί η ορθή λειτουργία του νεφρικού συστήματος μπορεί να επηρεαστεί από μικρόβια, αλλεργίες, συγγενή ελαττώματα, νεφρικούς λίθους, όγκους, τοξικά χημικά, αυτοάνοσα νοσήματα ωστόσο οι επικρατέστερες αιτίες της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η υψηλή-ακανόνιστη αρτηριακή πίεση. Διερεύνηση ασθενών με ασυμπτωματικές διαταραχές του ιζήματος ούρων. Συχνά μία νεφρολογική διαταραχή βρίσκεται με μία απλή εξέταση ούρων. Η κλασική ταινία εμβάπτισης μπορεί να είναι θετική για πρωτεΐνη ή αίμα. Η χαρακτηριστική διαταραχή της νόσου είναι η υπερβολική απέκκριση πρωτεΐνης στα ούρα σπειραματικής (>150 mg/24ωρο). Εάν ο ασθενής προσέρχεται με κλασική εικόνα νεφρωσικού συνδρόμου, πρωτεϊνουρία >3,5 g/24ωρο τότε είναι πολύ πιθανό να υπάρχει κάποια σημαντική διαταραχή του σπειράματος. Όταν επηρεάζονται τα αιμοφόρα αγγεία από οποιαδήποτε ασθένεια, τότε είναι πιθανό να επηρεαστεί και η ορθή λειτουργία των νεφρών χάνοντας έτσι την ικανότητα φιλτραρίσματος και σωστής ρύθμισης των περιττών ουσιών και υγρών στο αίμα και κατά συνέπεια στους νεφρούς. Αυτό φέρει ως αποτέλεσμα να απειλείται η ορθή λειτουργία των νεφρών και αυτομάτως η ζωή του κάθε ατόμου που περνά αυτού του είδους την δοκιμασία. Ασθένειες που επηρεάζουν τα αιμοφόρα αγγεία συμπεριλαμβανομένου του σακχαρώδη διαβήτη και της υπέρτασης είναι και η αρτηριοσκλήρυνση. Παρότι αρκετές νεφρικές ασθένειες δε δημιουργούν μόνιμη βλάβη, κάποιες άλλες αν δεν διαγνωστούν και θεραπευτούν άμεσα, δημιουργούν ανήκεστη κατάσταση (Human physiology.I, Sherman, James H, Luciano, Dorothy S.2001).

Ενδείξεις και συμπτώματα:

Κατά καιρούς η νεφρική νόσος χαρακτηρίζεται ως μία «σιωπηλή νόσος» λόγω του ότι χάνεται η φυσιολογική λειτουργία των νεφρών σιγά σιγά, για αρκετά χρόνια, χωρίς ιδιαίτερες ενδείξεις ή κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα έχοντας ως συνέπεια να μη γίνονται αντιληπτές οι αλλαγές της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού. Οι μόνες που έχουν ενδεικτικό χαρακτήρα και κάνει άμεσα αντιληπτό το πρόβλημα υγείας, είναι οι γενικές εξετάσεις αίματος και ούρων, αφού η ανίχνευση πρωτεΐνης τόσο στο αίμα όσο και στα ούρα, δηλώνουν την ύπαρξη βλάβης στην ορθή λειτουργία. Δύο ακόμα ενδείξεις για την αφύπνιση ασθενούς για την ύπαρξη προβλήματος είναι η περίσσεια κρεατινίνης, του αζώτου και της ουρίας στο πλάσμα αίματος (BUN). Οι πιο συχνές και δημοφιλέστερες ενδείξεις για ανορθόδοξη λειτουργία των νεφρών και οι οποίες δεν πρέπει να αγνοούνται αλλά αντιθέτως απαιτείται άμεση ιατρική φροντίδα.

Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

- Παρουσίαση οιδήματος ή πρηξίματος, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία γύρω από τα μάτια ή στο πρόσωπο, τους καρπούς, στην περιοχή της κοιλιάς, τους μηρούς ή τους αστραγάλους.
- Ούρα με αφρώδη μορφή-σκούρο καφέ χρώμα ή ακόμα και αιματοουρία.
- Λιγότερη ποσότητα ούρων εν συγκρίσει με την φυσιολογική.
- Ενόχληση κατά τη διάρκεια της ούρησης, νιώθοντας το αίσθημα καύσου.
- Κάποια ενόχληση ακόμα και έντονος πόνος στην μέση (πλευρά), κάτω από τα πλευρά, κοντά στο σημείο όπου βρίσκονται οι νεφροί.
- Ακανόνιστες και υψηλές τιμές της αρτηριακής πίεσης του αίματος (υπέρταση).

Καθώς παίρνει εξελικτική μορφή η νεφρική νόσος, αυξάνονται και τα συμπτώματα. Αυτά που παρατηρούνται συχνά είναι:

- Αυξημένη διούρηση ή λιγότερο συχνά.
- Αίσθημα κνησμού.
- Έντονη κόπωση αλλά και απώλεια συγκέντρωσης.
- Ανορεξία , ναυτία ή και εμετός.
- Πρήξιμο και/ή μούδιασμα στα χέρια και τα πόδια.
- Αλλαγή χρώματος στο δέρμα-σκούρο.
- Κράμπες σε οποιοδήποτε μέλος του σώματος.
(Vander, Arthur J.,2001)

1.4. Επεξήγηση του όρου Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια διακρίνεται σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια και σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Έχει προοδευτικό χαρακτήρα, ούσα μη αναστρέψιμη κατάσταση με μία συνεχή μείωση της νεφρικής λειτουργίας, όπου η σημειολογία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αντανακλά το ευρύ φάσμα των φυσιολογικών λειτουργιών των νεφρών. Η αδυναμία ρύθμισής του φυσιολογικού του όγκου των υγρών του σώματος μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ή άθροιση υγρών. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αρχίζει από την στιγμή που οι νεφρώνες παύουν να λειτουργούν ορθά, ξεπερνώντας κάποια στάδια και τελειώνει όταν πλέον δεν είναι σε θέση να εκτελέσει τις λειτουργίες του φυσιολογικά. Όταν οι νεφροί δεν είναι σε θέση να ελέγχουν την πρόσληψη και την αποβολή περισσειών ουσιών και υγρών από τον οργανισμό καθώς επίσης δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε οποιαδήποτε άλλη φυσιολογική λειτουργία τους, τότε μπορούμε να θεωρήσουμε ότι το άτομο νοσεί από Νεφρική ανεπάρκεια. (K.D.I.G.O. Clinical practice N.K.F guidelines2002, Ιωαννίδης 2007). Ένας ορισμός που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια είναι:

Καθορίζεται νεφρική βλάβη με ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) < 60 ml/min / 1,73 m επιφάνειας σώματος και κρατάει περισσότερο από τρεις μήνες (Thomas,2003;

Ματζιου & Μεγαπάνου Βασιλική, 2009).

1.5. Επιπλοκές της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

- **ΑΝΑΙΜΙΑ.** Από τα πρώτα κιάλας στάδια της ΧΝΝ και σε ένα μεγάλο ποσοστό του συγκεκριμένου νοσούντα πληθυσμού που υπερβαίνει το πενήντα τις εκατό, η εμφάνιση της αναιμίας είναι σχεδόν δεδομένη. Τα άτομα τα οποία πάσχουν από ΧΝΝ είναι πιο ανθεκτικοί στην ύπαρξη της αναιμίας εν συγκρίσει με την αναιμία που εμφανίζουν άτομα με διαφορετική ασθένεια. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από το γεγονός πως στη ΧΝΑ η μείωση των τιμών του αιματοκρίτη γίνεται σιγά σιγά, έτσι έχει ως αποτέλεσμα ο οργανισμός να έχει χρόνο να συνηθίζει στα νέα δεδομένα και στις καινούργιες συνθήκες. Οι νεφροί υπό φυσιολογικές συνθήκες παράγουν την ερυθροποιητίνη και αυτός είναι ο κυριότερος λόγος εμφάνισης αναιμίας, διότι κατά την εμφάνιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας παύουν να λειτουργούν σωστά οι νεφροί και αυτό συνεπάγεται με ελλιπή παραγωγή της ΕΠΟ.

η εμφάνιση της αναιμίας γίνεται αισθητή με την μείωση ικανότητας για σωματική άσκηση, έντονη επιθυμία για ύπνο, υποθερμία και αύξηση της καρδιακής παροχής.

- **ΑΥΞΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ.** Η διαταραχή του ισοζυγίου του όγκου του σωματικού βάρους προκαλεί κατακράτηση νατρίου και νερού και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Έρευνες έχουν δείξει πως κατά την διάρκεια τελικού σταδίου ΧΝΝ οι περισσότεροι θάνατοι προκύπτουν εξαιτίας των καρδιαγγειακών αιτιών.
- **ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.** Η διαταραχή των φυσιολογικών του ασβεστίου και η μείωσή του συνεπάγεται με την αύξηση της παραθορμόνης (ΡΤΗ) , έχοντας έτσι ως αποτέλεσμα την χάλαση των οστών. Η μείωση της οστικής μάζας είναι και ο κύριος λόγος που οι χρόνιοι ασθενείς που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια είναι επιρρεπείς σε αυτόματα κατάγματα.

(Bristowe Katherine, Selman Lucy E., et.al., 2018).

1.6. Στάδια της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Το National Kidney Foundation η κατηγοριοποίηση της Χ.Ν.Ν. είναι σε πέντε στάδια ανάλογα με το G.F.R (Glomerular Filtration Rate) Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης και είναι τα παρακάτω :

- **Στάδιο 0:** Σε αυτό το στάδιο ανήκουν ασθενείς χωρίς νεφρική βλάβη με φυσιολογικές ή αυξημένες τιμές G.F.R (G.F.R >60). Στα πλαίσια ενός γενικού ελέγχου, τα συγκεκριμένα άτομα θα πρέπει να εξετάζονται για την πιθανότητα παρουσίας νεφρικών βλαβών, προσπαθώντας να ελαττωθεί ο κίνδυνος για την εμφάνιση της Χ.Ν.Ν.

- Στάδιο 1: Νεφρική βλάβη για διάστημα μεγαλύτερο ή ίσο των τριών μηνών, με φυσιολογική ή μειωμένη τιμή G.F.R, η οποία καθορίζεται από λειτουργικές διαταραχές των νεφρών οι οποίες εκδηλώνονται με παθολογοανατομικές αλλοιώσεις (G.F.R. >90). Σε αυτό το στάδιο γίνεται διάγνωση, έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί και για την επιβραδυνθεί η εξέλιξη της νόσου.
- Στάδιο 2: Νεφρική βλάβη η οποία χαρακτηρίζεται από μία μικρή μείωση του G.F.R (G.F.R 69-89) και υπολογισμός για επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Εκτιμάται το στάδιο εξέλιξης της νόσου.
- Στάδιο 3: Νεφρική βλάβη με μία πιο αυξημένη ελάττωση του G.F.R (G.F.R 30 -59). Συνίσταται εκτίμηση και αντιμετώπιση εμφάνιση των επιπλοκών που προκύπτουν.
- Στάδιο 4: Σε αυτό το στάδιο γίνεται η κατάλληλη προετοιμασία της ανάλογης μεθόδου για να αποκατασταθεί έως έναν βαθμό η νεφρική λειτουργία (G.F.R 15-29).
- Στάδιο 5: Ύπαρξη σοβαρής νεφρικής ανεπάρκειας ,τελικού σταδίου (G.F.R. <15), με μοναδική λύση την θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης με την διαδικασία του τεχνητού νεφρού ή μεταμόσχευση νεφρού (K.D.I.G.O. Clinical practice N.K.F guidelines 2002).

1.7. Αιτιολογία εμφάνισης Χ.Ν.Ν και παθογένεση

Παράγοντας κινδύνου είναι ένα συνονθύλευμα στοιχείων περιβαλλοντικού, χημικού, ψυχολογικού , φυσιολογικού ή γενετικού χαρακτήρα που προδιαθέτει κάποιος για την ανάπτυξη μίας ασθένειας . Υπάρχουν οι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι τροποποιούνται και εξαλείφονται , π.χ νεφροτοξικές ουσίες (τροποποιήσιμοι) και υπάρχουν και αυτοί στους οποίους δεν είναι εφικτή η παρέμβασή μας π.χ το οικογενειακό ιστορικό (μη τροποποιήσιμοι).

Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου:

- Παχυσαρκία : Η παχυσαρκία είναι ένα από τα κυριότερα αίτια της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου. Τα άτομα τα οποία ανήκουν στην κατηγορία των υπέρβαρων ή παχύσαρκων κινδυνεύουν έως και επτά φορές περισσότερο να παρουσιάσουν ΧΝΝ τελικού σταδίου, σε σύγκριση με αυτούς που έχουν φυσιολογικό βάρος σύμφωνα με την σωματοδομή τους.
- Κάπνισμα: το κάπνισμα δια μέσου διαφόρων οδών (δυσλειτουργία των αγγείων του νεφρού, ατροφία τμημάτων του νεφρού – σωληνάρια, θρόμβωση αγγείων) αυξάνει τον κίνδυνο για ΧΝΝ. Οι επιπλοκές στα αιμοφόρα αγγεία, συνδέονται άμεσα με την φυσιολογική λειτουργία των νεφρών.
- Νεφροτοξικές ουσίες : μεγάλη χρήση σε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη , από αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες, προδιαθέτουν για εμφάνιση ΧΝΝ.
- Διαβητική νεφροπάθεια: Α: Παθογένεια διαβητικής νεφροπάθειας. Η νεφροπάθεια η οποία οφείλεται στον διαβήτη, είναι η πιο συχνή αιτία νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Β: Εξέλιξη της διαβητικής νεφροπάθειας. Οι

ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 εμφανίζουν νεφρική ανεπάρκεια σε ηλικία 15-20 ετών. Ο διαβήτης τύπου 2 εμφανίζει ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα.

- Υψηλή αρτηριακή πίεση: σχετίζεται άμεσα με την ΧΝΝ και με την τελικού σταδίου ΧΝΝ. Ακανόνιστη αρτηριακή πίεση για περισσότερο από δέκα έτη, φέρει ευθύνη για νεφρική βλάβη. Η υψηλή πίεση μεταδίδεται στα σπειράματα (φίλτρα του νεφρού) με αποτέλεσμα να τους προκαλεί βλάβη και προοδευτικά αλλά και σιωπηλά νεφρική ανεπάρκεια.
- Υπνική άπνοια : εκτός από τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτή και συνεισφέρουν στην ΧΝΝ (κάπνισμα, παχυσαρκία) , η υπνική άπνοια αποτελεί ξεχωριστό παράγοντα κινδύνου. Ένα ποσοστό της τάξεως 20 με 30% του συγκεκριμένου πληθυσμού ασθενών με αυτή την νόσο, πάσχει από ΧΝΝ.

Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου:

- Οικογενειακό ιστορικό : συγγενείς ασθενών (εξαιρώντας φυσικά αυτούς που πάσχουν από κληρονομική νεφροπάθεια) με τελικού σταδίου ΧΝΝ (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) έχουν ένα πιο αυξημένο ποσοστό κινδύνου για την εμφάνιση της ΧΝΝ ή έναν από τους παράγοντες κινδύνου για ΧΝΝ.
- Φύλο : επηρεάζει την εμφάνιση της ΧΝΝ διότι επιλέγει περισσότερο τους άντρες.
- Φυλή: οι καυκάσιοι έχουν μικρότερο κίνδυνο για εμφάνιση της ΧΝΝ από τους αφροαμερικανούς.
- Ηλικία: όσο μεγαλύτερος ηλικιακά είναι κάποιος, τόσο περισσότερο επηρεάζεται η φυσιολογική λειτουργία των νεφρών. Γιαυτό τα άτομα ηλικίας > 60 ετών είναι σχετικά πιο επιρρεπείς να παρουσιάσουν ΧΝΝ.
- Λιποβαρή παιδιά κατά την γέννηση τους: είναι ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΧΝΝ, πιθανά εξαιτίας του ότι μικρότερα βρέφη, έχουν και λιγότερο αριθμό νεφρώνων (η δομική μονάδα του νεφρού). Να σημειωθεί πως αυτό δεν σημαίνει ότι κάθε παιδί το οποίο γεννιέται και είναι λιποβαρές, θα εμφανίσει και νεφρική νόσο. Απλά καλό είναι να το γνωρίζουμε έτσι ώστε σε αυτά τα άτομα να αποφύγουμε την συνύπαρξη και άλλων παραγόντων κινδύνου (όπως π.χ. το κάπνισμα και η παχυσαρκία) (K.D.I.G.O. Clinical practice N.K.F guidelines2002).

1.8. Κλινική πορεία της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Τα πρώτα σημάδια της νεφρικής νόσου παρουσιάζονται σιωπηλά. Το στοιχείο αυτό επισφραγίζεται από το γεγονός ότι οι νεφροί έχουν μεγάλη λειτουργικό απόθεμα, δηλαδή λειτουργούν πολύ περισσότερο από αυτό που στην πραγματικότητα έχει ανάγκη ο ανθρώπινος οργανισμός για να εξυπηρετηθεί. Λόγω αυτού διατρέχεται κίνδυνος να χαθεί έως και το μισό της φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρώνων. Η επίπτωση της ΧΝΝ και των 5 σταδίων παγκοσμίως κυμαίνεται, σύμφωνα με τις νεότερες μελέτες, περίπου στο 13,5%, ενώ για τα σοβαρότερα στάδια (3-5) η

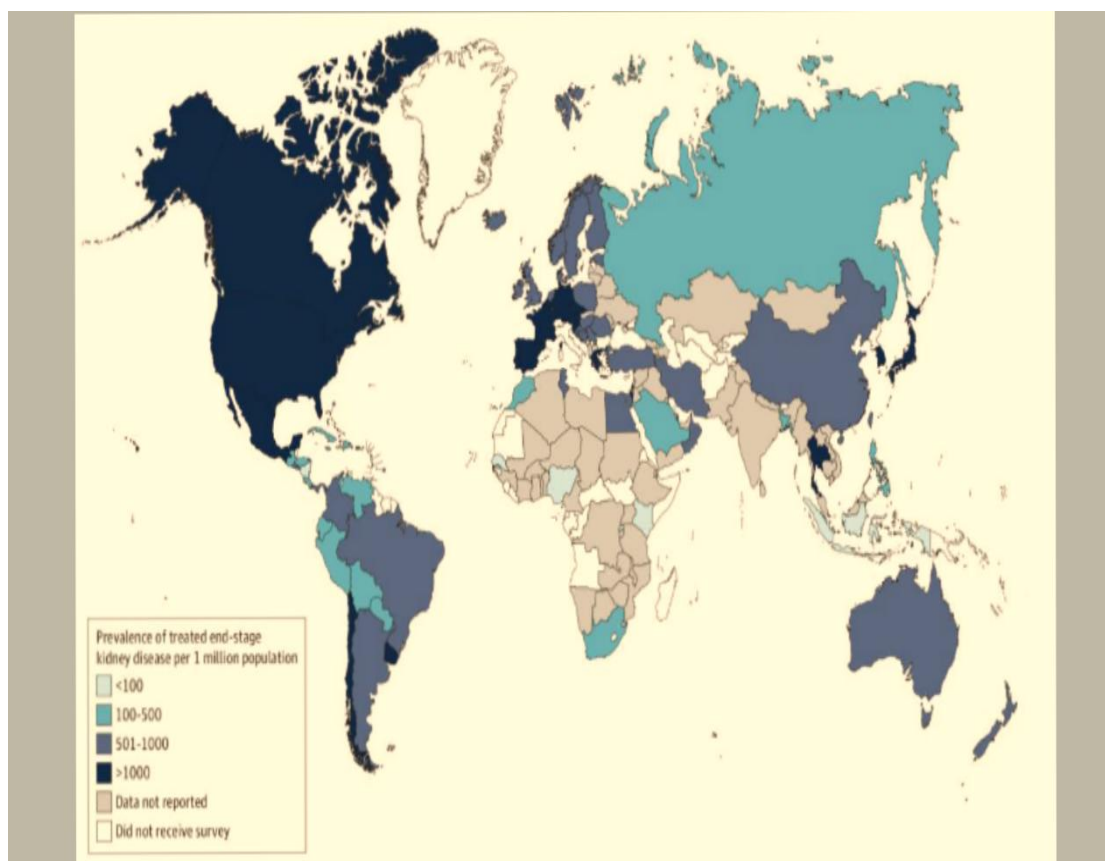
επίπτωση υπολογίζεται περίπου στο 10,6% και με τάση αύξησης. Η επίπτωση της ΧΝΝ έχει άμεση σχέση με το μέγεθος της ηλικίας, τον σακχαρώδη διαβήτη, την υψηλή αρτηριακή πίεση και το γυναικείο φύλο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως, σύμφωνα με τις παραπάνω αναφορές, η ΧΝΝ είναι πιο συχνή ακόμη κι από τον σακχαρώδη διαβήτη, ο οποίος έχει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εμφάνισης στον γενικό πληθυσμό.

Το πόσο γρήγορα εξελίσσεται η νεφρική νόσος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες κινδύνου, όπως το είδος του υποκείμενου νεφρικού νοσήματος, η εμφάνιση λευκωματουρίας $> 1,5\text{gr}/24\text{h}$, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπερλιπιδαιμία, το κάπνισμα, η διαίτα υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και φώσφορο, η μεταβολική οξέωση, καθώς και το φύλο – οι άρρενες έχουν τη χειρότερη πρόγνωση. Μέχρι και τα τρία πρώτα στάδια νεφρικής νόσου, εκτός των υψηλών τιμών ουρίας και κρεατινίνης και των μειωμένων επιπέδων διάφορων ορμονών, όπως της ερυθροποιητίνης, της καλσιτριόλης, ή των αυξημένων επιπέδων παραθορμόνης (οι οποίες και εμφανίζονται στο τρίτο στάδιο ΧΝΝ), ο ασθενής σχεδόν ποτέ δεν εμφανίζει κάποια συμπτώματα. Όσο περνάνε τα στάδια της ΧΝΝ, τόσο ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει αναιμία, μεταβολική οξέωση, υπασβεστιαμία, υπερφωσφαταιμία και υπερκαλιαιμία. Στο τελευταίο στάδιο προστίθενται επιπλέον τα συμπτώματα και τα σημεία του ουραιμικού συνδρόμου και ο ασθενής θα χρειαστεί τελικά τη βοήθεια τεχνητού νεφρού ή μεταμόσχευσης νεφρού (Βλαχογιάννης 2009, Ζηρογιάννης και συν 2005, Ιωαννίδης και συν 2007).

1.9. Επίπτωση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

Η εμφάνιση της ΧΝΑ και ένα-ένα ξεχωριστά όλα τα στάδια της νόσου φαίνεται να κυμαίνεται ανά την χώρα, σύμφωνα με τις νεότερες μελέτες, στα 850 εκατομμύρια του πληθυσμού, με επιπολασμό της νόσου να ανέρχεται σε ποσοστό της τάξεως 10-15% σε παγκόσμιο επίπεδο (Jager, 2019; Levin et. al., 2017). Όσο αυξάνεται το φορτίο της συγκεκριμένης νόσου, τόσο θα αυξάνεται και η πιθανότητα να γίνει η πέμπτη πιο κοινή αιτία θανάτου παγκοσμίως μελλοντικά (worldkidneyday.org, 2020). Η επίπτωση της ΧΝΑ συσχετίζεται με την πάροδο της ηλικίας, τον σακχαρώδη διαβήτη, την αρτηριακή υπέρταση και το γυναικείο φύλο. Το ποσοστό των με νεφρική ανεπάρκεια εκτιμάται πως αυξάνεται κατά 2% κάθε χρόνο. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό φαίνεται να ανέρχεται στο 10%, με τα προβλήματα στους νεφρούς να είναι αρκετά σοβαρά και να έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση τελικού σταδίου της ΧΝΝ. Η ΧΝΑ κάνει την εμφάνιση της με ήπια μορφή και είναι ικανή να φτάσει μέχρι τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια. Στο τελικό στάδιο της νόσου ο ασθενής χρειάζεται άμεση υποστήριξη της νεφρικής λειτουργίας, υποβάλλοντας τον εαυτό του σε υποστηρικτικό μηχανήμα τεχνητού νεφρού (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση). Οι άντρες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας εν συγκρίσει με τον γυναικείο πληθυσμό. Η μέση ηλικία των ασθενών είναι πιο ευπαθής και παρουσιάζει μία σταθερή αυξητική τάση εμφάνισης της νόσου (Kalantar-Zadeh K, Lockwood MB, et.al., 2022)

Εικόνα 1.2: Επιπολασμός της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου τελικού σταδίου σε παγκόσμιο επίπεδο ανά 1.000.000 (Bello et al., 2017)



1.10. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης Χ.Ν.Α

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη χρόνιας νεφρικής νόσου. Αυτοί μπορούν να θεωρηθούν ως προδιαθεσικοί ή/και παράγοντες έναρξης:

i. Ηλικία

Ενώ ο επιπολασμός της χρόνιας νεφρικής νόσου τείνει να είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες, η νόσος είναι συνήθως πιο σοβαρή στους άνδρες, οι οποίοι έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Υπάρχουν πολλά στοιχεία που υποδηλώνουν ότι υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος θνησιμότητας και ποσοστό εμφάνισης και των πέντε σταδίων της χρόνιας νεφρικής νόσου στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες, με εξαίρεση τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και τους διαβητικούς ασθενείς. (Kazancıoğlu R.2011:and update.2013)

ii. Φύλο

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια πλήττει ευκολότερα τον αντρικό πληθυσμό παρά τον γυναικείο. (Arancıoğlu R.2011:and update.2013)

iii. Οικογενειακό ιστορικό

Τα μέλη της οικογένειας ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο έχουν υψηλό επιπολασμό χρόνιας νεφρικής νόσου. Σύμφωνα με μια διαχρονική μελέτη μεταξύ 1995 και 2003 στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ποσοστό του πληθυσμού που υποβάλλεται σε διαδικασία τεχνητού νεφρού, υπερβαίνοντας το 20%, βρέθηκε να έχει συγγενείς πρώτου βαθμού με νεφρική νόσο πρώιμου σταδίου. Ως εκ τούτου, συνιστάται ότι όσοι πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο θα πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο σε μέλη της οικογένειας υψηλού κινδύνου. (Kazancioğlu R.2011:and update.2013)

iv. *Ιστορικό υπέρτασης*

Η υπέρταση είναι ταυτόχρονα αιτία και αποτέλεσμα της χρόνιας νεφρικής νόσου και είναι μια κοινή συννοσηρότητα σε άτομα με χρόνια νεφρική νόσο. Ο έλεγχος της υπέρτασης σχετίζεται με μειωμένο ρυθμό εξέλιξης της χρόνιας νεφρικής νόσου, καθώς και με μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου.

Επομένως, συνιστάται η διαχείριση της υπέρτασης στο πλαίσιο θεραπειών όπως η αιμοκάθαρση και μετά τη μεταμόσχευση νεφρού. Ωστόσο, οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο και υπέρταση συχνά απαιτούν συνδυασμό μη φαρμακολογικής και αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής για την επίτευξη της αρτηριακής πίεσης-στόχου. (Tuttle KR, Alicic RZ, Duru OK, et al.2019)

v. *Ιστορικό καρκίνου*

Ο καρκίνος μπορεί είτε να προκαλέσει χρόνια νεφρική νόσο άμεσα ή έμμεσα μέσω των δυσμενών επιπτώσεων θεραπειών όπως η χημειοθεραπεία. Βεβαίως, η χρόνια νεφρική νόσος μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρκίνο και υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δύο καταστάσεων λόγω της κοινότητας των παραγόντων κινδύνου, συχνά των τοξινών.

Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, όσοι υποβάλλονται σε μεταμόσχευση νεφρού ως αποτέλεσμα χρόνιας νεφρικής νόσου έχουν τριπλάσια έως τετραπλάσια αύξηση στον συνολικό κίνδυνο καρκίνου. Μετά την αιμοκάθαρση, ο κίνδυνος καρκίνου αυξάνεται από περίπου 10 σε 80%. Συνολικά, ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου είναι σημαντικά υψηλότερος από ό,τι στον γενικό πληθυσμό σε διάφορες τοποθεσίες καρκίνου. (Ghelichi-Ghojogh M, Fararouei M, Seif M, Pakfetrat M.2020)

vi. *Καρδιαγγειακή νόσος*

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, ο οποίος τυπικά εκδηλώνεται ως καρδιακή ανεπάρκεια, αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, στεφανιαία νόσο και αρρυθμία. Πράγματι, τόσο η επίπτωση όσο και ο επιπολασμός της καρδιαγγειακής νόσου είναι υψηλότερη σε πληθυσμό που νοσεί με πρώιμη χρόνια νεφρική νόσο καθώς και σε άτομα που έχουν προχωρημένη χρόνια νεφρική νόσο. Στον προχωρημένο υποπληθυσμό, οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου.

Επιπλέον, η χρόνια νεφρική νόσος μπορεί να προκαλέσει χρόνιες προφλεγμονώδεις καταστάσεις που συμβάλλουν σε αλλαγές στο αγγειακό σύστημα και στις δομές του μυοκαρδίου που προκαλούν αθηρωματικές βλάβες, ασβεστοποίηση, καθώς και ίνωση του μυοκαρδίου. Με αυτόν τον

τρόπο, η χρόνια νεφρική νόσος μιμείται τη γήρανση του καρδιαγγειακού συστήματος. (Kazancioğlu R.2011:and update.2013)

vii. *Διαβήτης*

Ο διαβήτης είναι ένας καλά εδραιωμένος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη χρόνιας νεφρικής νόσου. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, μεταξύ των ετών 2013 και 2016, περίπου 36% των ασθενών με διαβήτη συνέχισαν να αναπτύσσουν διαβητική νεφρική νόσο. Καθώς το παγκόσμιο βάρος του διαβήτη αυξάνεται δραματικά λόγω της ανάπτυξης του διαβήτη τύπου 2 στις αναπτυσσόμενες χώρες, ο ετήσιος ρυθμός αύξησης της χρόνιας νεφρικής νόσου που σχετίζεται με το διαβήτη αναμένεται επίσης να αυξηθεί, ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού έως μεσαίου εισοδήματος. (Ghelichi-Ghojogh M, Fararouei M, Seif M, Pakfetrat M.2020)

viii. *Το βάρος των νεφροτοξινών*

Μεγάλη προσοχή έχει δοθεί στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη χρόνια νεφρική νόσο, καθώς τελευταία, η επιβάρυνση της χρόνιας νεφρικής νόσου είναι μεγαλύτερη και αυξάνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μεταξύ αυτών, ο διαβήτης, η υπέρταση και η παχυσαρκία είναι οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην παγκόσμια επιβάρυνση της χρόνιας νεφρικής νόσου. Αυτοί είναι σημαντικοί παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου. Ωστόσο, όλο και περισσότερο, οι μη παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου για χρόνια νεφρική νόσο, όπως η έκθεση σε νεφροτοξίνες, οι εμβρυϊκοί και μητρικοί παράγοντες, οι πέτρες στους νεφρούς και η οξεία νεφρική βλάβη, αναγνωρίζονται ως σημαντική απειλή για την ανάπτυξη χρόνιας νεφρικής νόσου. Μόλις εντοπιστούν παράγοντες κινδύνου για χρόνια νεφρική νόσο, μπορεί να αναπτυχθούν κατάλληλες στρατηγικές μετριασμού. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, για την ανάπτυξη αποτελεσματικών πολιτικών πρόληψης, είναι απαραίτητη η ακριβής κατανόηση τόσο του επιπολασμού όσο και της επίπτωσης της χρόνιας νεφρικής νόσου σε κάθε δεδομένο πληθυσμό ή περιβάλλον, παράλληλα με την κατανομή και την επιβάρυνση των παραγόντων κινδύνου. Η ανάπτυξη μιας τεκμηριωμένης προσέγγισης για την πρόληψη της χρόνιας νεφρικής νόσου που λαμβάνει υπόψη όλους τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την ανάπτυξη μιας στρατηγικής για την επιτυχή αντιμετώπιση της παγκόσμιας επιδημίας χρόνιας νεφρικής νόσου (Nazzal Z, Hamdan Z, Masri D, et al.2020).

ix. *Τοξίνες και φάρμακα*

Έχει παρατηρηθεί πως η υπερβολική κατάχρηση αναλγητικών και αντιβιοτικών φαρμάκων συμβάλλει στη νεφρική ανεπάρκεια. Αντιβιώσεις όπως είναι οι αμυνογλυκοσίδες πλήττουν την νεφρική λειτουργία.

Θα γίνει μία προσπάθεια πάντα σε συνεννόηση με τους ασθενείς να υπάρξει συμμόρφωση είτε με φαρμακευτική αγωγή για την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, είτε με διαιτητικό περιορισμό για την μείωση σωματικού βάρους προκειμένου να δοθεί περισσότερος χρόνος στην εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου σε τελικό στάδιο (ΤΣΧΝΝ).

1.11. Είδη θεραπείας της Χ.Ν.Ν

Οι νεφροί που υπολειπόμενοι φτάνουν σε ένα σημείο όπου να μην είναι ικανοί πια να απεκκρίνουν νερό και ιόντα σε τέτοιο ρυθμό έτσι ώστε να διατηρηθεί το ισοζύγιο αυτών των ουσιών, καθώς επίσης παράγονται με τέτοια ταχύτητα οι ουσίες οι οποίες πρέπει να διαχωριστούν και οι περιττές να αποκριθούν που δε είναι εφικτό να συμβεί. Οι αλλαγές στο διατροφικό πρόγραμμα μπορούν να ελαττώσουν το πρόβλημα αλλά όχι και να το εξαφανίσουν. Μία εναλλακτική διαδικασία λειτουργίας των νεφρών για την αντιμετώπιση της ΧΝΑ, είναι η συντηρητική αντιμετώπιση και η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με μία διαδικασία του τεχνητού νεφρού (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) ή μεταμόσχευση νεφρού. Η διαδικασία αυτή απομακρύνει την περίσσια ουσιών από το αίμα. Η αντιμετώπιση της ΧΝΑ είτε με αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, είτε με φαρμακευτική αγωγή, είτε με συνεχή παρακολούθηση ιατρού ενδείκνυται σε πληθυσμό που διατηρεί ένα σχετικά καλό ποσοστό της νεφρικής λειτουργίας, και με προσπάθειες αποκαθιστά τα δυνητικά αναστρέψιμα αίτια επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, τον έλεγχο του ρυθμού εξέλιξης της νεφρικής βλάβης, και την αντιμετώπιση των επιπλοκών της ουραιμίας. Τέλος, χρειάζεται παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων ημερήσιων υγρών και ηλεκτρολυτών (National Kidney and Urologic Disease Information Clearinghouse, NKUDIC).

1.11.1. Αιμοκάθαρση

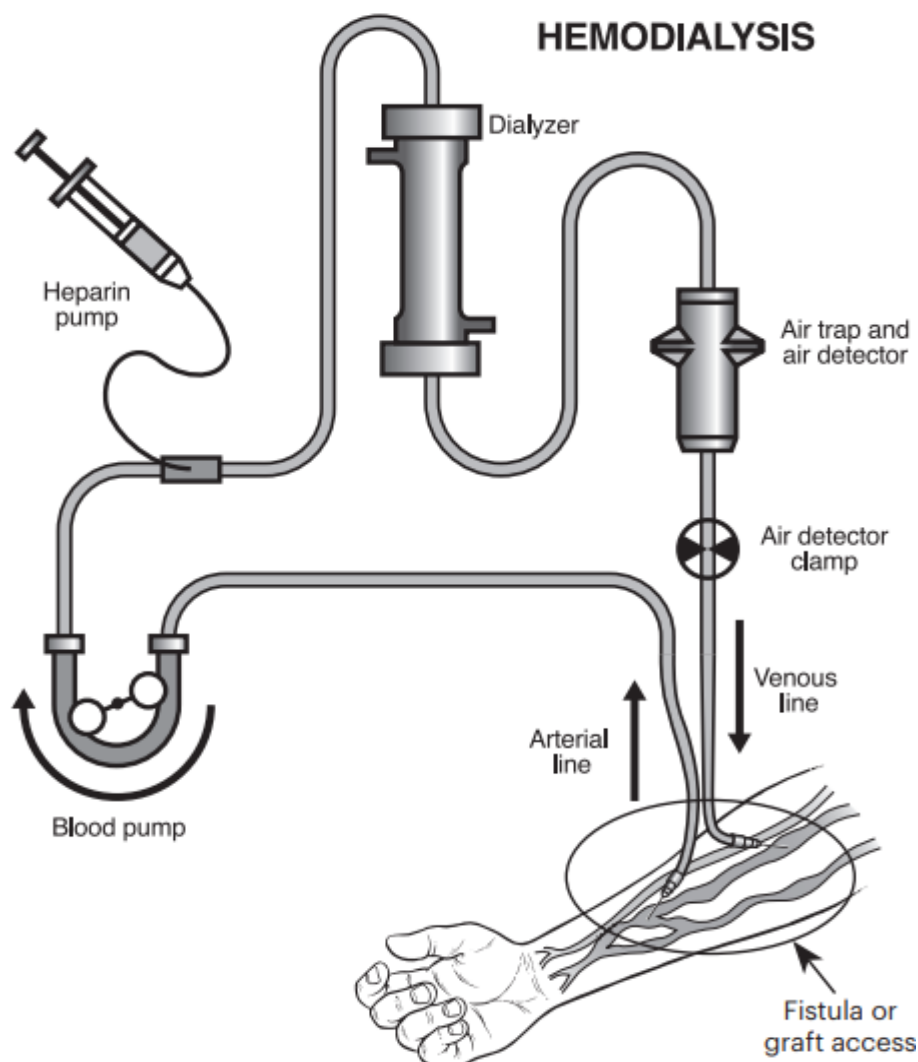
Η αιμοκάθαρση ένας ευρέως γνωστός τρόπος χειρισμού της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Κατά της διάρκεια της διαδικασίας τεχνητού νεφρού, το αρτηριακό αίμα αντλείται και περνά με την βοήθεια σωλήνων μέσα σε ένα σύστημα αγωγών το οποίο περιβάλλεται από ένα μεγάλο όγκων υγρών. Έπειτα, το διασωληνωμένο αίμα επιστρέφει στον οργανισμό του ατόμου που νοσεί. Κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης, το αίμα του ασθενούς κυκλοφορεί δια μέσου μίας συνθετικής εξωσωματικής μεμβράνης. Η αντίθετη πλευρά της μεμβράνης αυτής, διαποτίζεται από ένα ηλεκτρολυτικό διάλυμα, το οποίο περιέχει τα φυσιολογικά συστατικά του υδάτινου μέρους του πλάσματος. Για την εφαρμογή της αιμοκάθαρσης ως μεθόδου υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη αγγειακής προσπέλαση με την δημιουργία φίστουλας (fistula) στο χέρι του ασθενούς ή την δημιουργία μοσχεύματος. Συνήθως προτιμάται το αριστερό χέρι λόγω του ότι το δεξί άνω άκρο είναι πιο λειτουργικό. Οποιοδήποτε άνω άκρο χρησιμοποιείται για την δημιουργία αγγειακής προσπέλασης, χρειάζεται πολύ προσοχή από τον ίδιο τον ασθενή στην καθημερινότητα και την αποφυγή υπερβολών γιατί υπάρχει μεγάλος κίνδυνος βλάβης και κατά συνέπεια ανέφικτο να υποβληθεί στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Η τοποθέτηση ειδικού καθετήρα αιμοκάθαρσης σε μεγάλη κεντρική φλέβα, συνήθως σφαγίτιδα, υποκλειδίου φλέβα και σπανίως μηριαία για την αποφυγή λοιμώξεων (Βλαχογιάννης 2009). Το μηχάνημα περιλαμβάνει μία αντλία αίματος, η οποία κυκλοφορεί το αίμα στο σύστημα καθώς και δύο αντλίες που αναμειγνύουν ένα συμπυκνωμένο διάλυμα νατρίου με νερό, το οποίο έχει καθαρηθεί με αντίστροφη όσμωση σχηματίζοντας έτσι το διάλυμα της αιμοκάθαρσης (dialysate). Το διάλυμα αιμοκάθαρσης ρυθμίζεται στη θερμοκρασία του σώματος από ειδικό θερμοαντήρα. Βασική στόχος της αιμοκάθαρσης είναι να διηθεί το αίμα από τις άχρηστες ουσίες και

να απομακρύνει την περίσσεια του όγκου των υγρών. Η διαδικασία αυτή γίνεται ένας τρόπος ζωής που εντάσσεται στην καθημερινότητα των ασθενών, κάνοντάς την προτεραιότητά τους για μία πιο ποιοτική ζωή. Η αιμοκάθαρση είναι μία διαδικασία που έχει τέσσερις ώρες προγραμματισμού και επαναλαμβάνεται μέρα παρά μέρα, συνολικά δώδεκα ώρες τη βδομάδα (Daugirdas 2001).

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση και την ολοκλήρωση της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ) είναι:

- Αγγειακή προσπέλαση (fistula, αρτηριοβλεβικό μόσχευμα ή καθετήρας)
- Μηχάνημα της ΑΜΚ
- Φίλτρο προσαρμοσμένο στον κάθε ασθενή αναλόγως το σωματικό βάρος και τις ανάγκες του
- Το διάλυμα της ΑΜΚ
- Βελόνες μεγάλου αυλού για όσους έχουν fistula ή μόσχευμα (Andersson J, Ekdahl KN, Lambris JD, Nilsson B, May 2005).

Main Parts of the Hemodialysis System



Εικόνα 1.3: Διαδικασία αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ). <https://www.shutterstock.com/>

1.11.2. Πλεονεκτήματα της ΑΜΚ

Κάθε θεραπευτική αγωγή, με οποιονδήποτε παρεμβατικό τρόπο γίνεται έχει τόσο κάποια πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Το ίδιο συμβαίνει και με την διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Τα πλεονεκτήματα είναι:

- Δεν είναι τόσο αυστηρή η διαίτα που επιβάλλεται να ακολουθούν οι χρόνιοι ασθενείς
- Μειωμένη θνησιμότητα
- Καλύτερη επίβλεψη των ασθενών κατά την διάρκεια της ΑΜΚ από καταρτισμένο προσωπικό προκειμένου να υπάρχουν λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες της διαδικασίας αυτής όπως διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης και κράμπες
- Εξαιτίας της συχνής πραγματοποίησης της διαδικασίας της ΑΜΚ, δεν υπάρχουν τόσο σοβαρές επιπλοκές στην πορεία της υγείας των ασθενών (Anders, Eli Osterweil., 2016).

Μειονεκτήματα της ΑΜΚ:

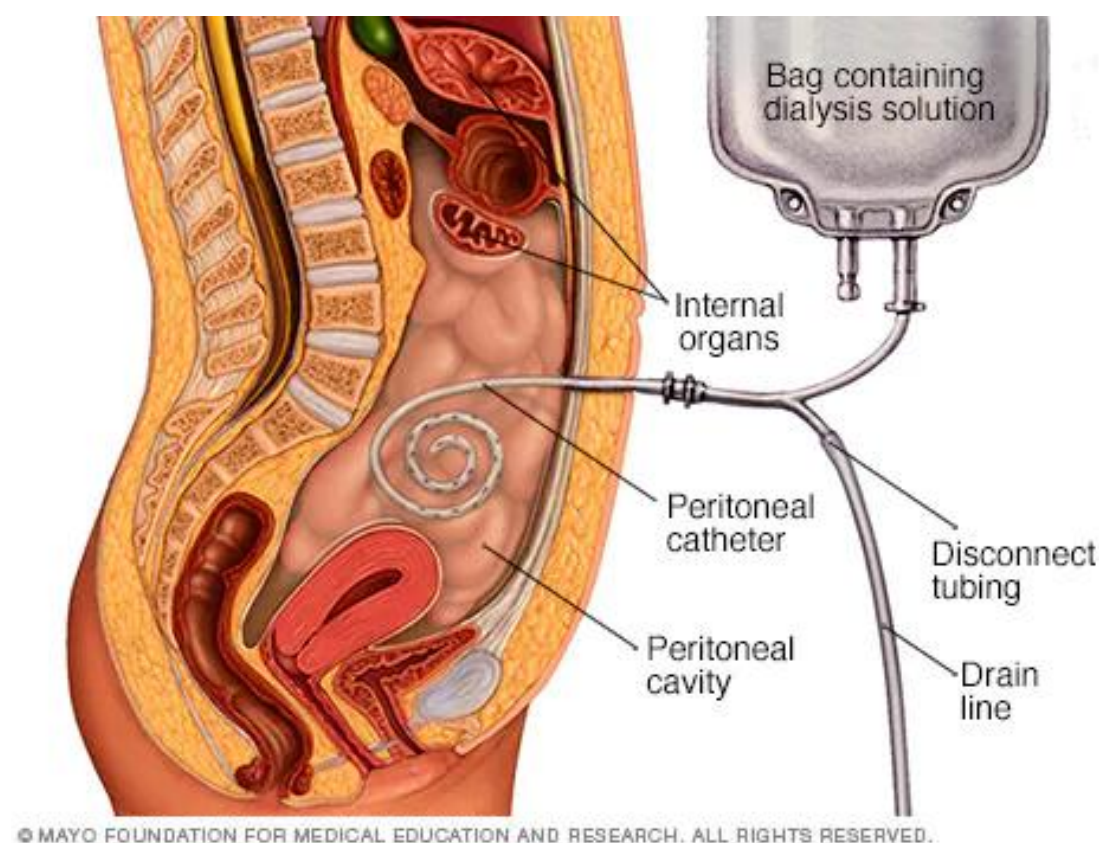
- Ο χρόνιος αιμοκαθαιρόμενος ασθενής έχει ευκαιρία στην υλοποίηση ταξιδιών εξαιτίας της σχεδόν ανύπαρκτης υποστήριξης εξαιρουμένων των περιοχών που διαθέτουν κάποιο κοντινό κέντρο αιμοκάθαρσης στον τόπο διαμονής τους
- Περισσότερες δαπάνες για τα μηχανήματα εξωνεφρικής λειτουργίας και το καταρτισμένο προσωπικό που είναι απαραίτητο για την πραγματοποίηση της διαδικασίας αυτής
- Υποστήριξη μηχανημάτων από ηλεκτρικό ρεύμα και αρκετά καλή ποιότητα νερού (Anders, Eli Osterweil., 2016).

1.11.3. Περιτοναϊκή κάθαρση

Η περιτοναϊκή κάθαρση είναι μία εναλλακτική αφαίρεσης περίσσιου όγκου από το σώμα του ασθενούς και προσφέρει μεγαλύτερη ανεξαρτησία γιατί είναι μια κατ'οίκον θεραπεία. Στην διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται το εξωτερικό της κοιλιακής χώρας (περιτόναιο) του ίδιου του ασθενούς ως τη μεμβράνη κάθαρσης. Το υγρό εκβάλλει σε αυτή την κοιλότητα μέσω μίας βελόνας (Tenckhoff) η οποία έχει εισχωρήσει στο κοιλιακό τοίχωμα και μένει σε αυτό το σημείο για πολλές ώρες. Κατά την διάρκεια αυτών των ωρών, ουσίες από το αίμα του ασθενούς διαχέονται μέσα σε αυτό το υγρό. Στη συνέχεια, με τη χρήση μίας δεύτερης βελόνας το υγρό κάθαρσης απομακρύνεται και η ίδια διαδικασία γίνεται ξανά βάζοντας νέο υγρό αντικαθιστώντας το παλιό (γλυκόζη και άλατα). Το αίμα φιλτράρεται αποβάλλοντας τις τοξίνες του μεταβολισμού στο διάλυμα ενώ ταυτόχρονα εμπλουτίζεται με

θρεπτικά συστατικά που βρίσκονται μέσα στο διάλυμα που χρησιμοποιείται [Blake & Daugirdas, 2007 N.I.D.D.K. 2006(2)].

Στην περιτοναϊκή κάθαρση πολύ σημαντικό ρόλο παίζει πως ο ασθενής αποδέχεται την χρόνια κατάσταση την οποία αντιμετωπίζεται και είναι διατεθειμένος να αποδεχτεί και την ίδια την θεραπεία την οποία εφαρμόζει ο ίδιος κατ'οίκον αναλαμβάνοντας ο ίδιος κάθε συνέπεια που προκύπτει και κάθε ανεπιθύμητη παρενέργεια από την διαδικασία της ΠΚ. Η συγκεκριμένη διαδικασία αντικατάστασης λειτουργίας υγιούς νεφρού, δεν είναι κατάλληλη για ασθενείς οι οποίοι έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν για κήλη στο κοιλιακό τοίχωμα ή είχαν παρουσιάσει περιτονίτιδα. Αντιθέτως, είναι κατάλληλη θεραπεία για όσους δεν έχουν ιδανική αγγειακή προσπέλαση για να ξεκινήσουν την διαδικασία της ΑΜΚ καθώς επίσης η ΠΚ είναι ιδανική για τον πληθυσμό με ΧΝΝ και η τοποθεσία στην οποία διαμένουν είναι απομονωμένη ή απομακρυσμένη από κάποιο κλινική αιμοκάθαρσης. Ένας λόγος ακόμη που οι χρόνιοι ασθενείς υπόκεινται σε ΠΚ είναι η αιμοδυναμική αστάθεια που πορεί να παρουσιάζουν κατά την ΑΜΚ ακόμα και όταν αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής και αποδοχής της αιμοκάθαρσης. Επίσης, τα άτομα που αντιμετωπίζουν παρενέργειες με την αντιπηκτική αγωγή που χορηγείται κατά την χρονική διάρκεια της ΑΜΚ και άνθρωποι με έντονα κινητικά προβλήματα δείχνουν μία προτίμηση στην περιτοναϊκή κάθαρση (Harissis HV, Katsios CS, Koliouisi EL. Et.al., July 2006).



Εικόνα 1.4 : Διαδικασία περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ). <https://www.shutterstock.com/>

1.11.4. Πλεονεκτήματα ΠΚ

Όπως η διαδικασία της αιμοκάθαρσης διαθέτει θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά, έτσι και η διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης έχει τα ακόλουθα οφέλη:

- Δεν χρειάζονται τόσα φάρμακα για την διατήρηση σταθερής αρτηριακής πίεσης
- Δεν χρειάζεται η φλεβοκέντηση για την πραγματοποίηση της ΠΚ
- Είναι μειωμένες οι πιθανότητες εμφάνισης της αναιμίας
- Οι ασθενείς δεν είναι απαραίτητο να ακολουθούν αυστηρούς περιορισμούς στις διατροφικές τους συνήθειες
- Μεγαλύτερη ευελιξία επιλογής περιοχών που επιθυμούν να ταξιδέψουν (Cho Y, Johnson DW., August 2014).

1.11.5. Μεταμόσχευση νεφρού

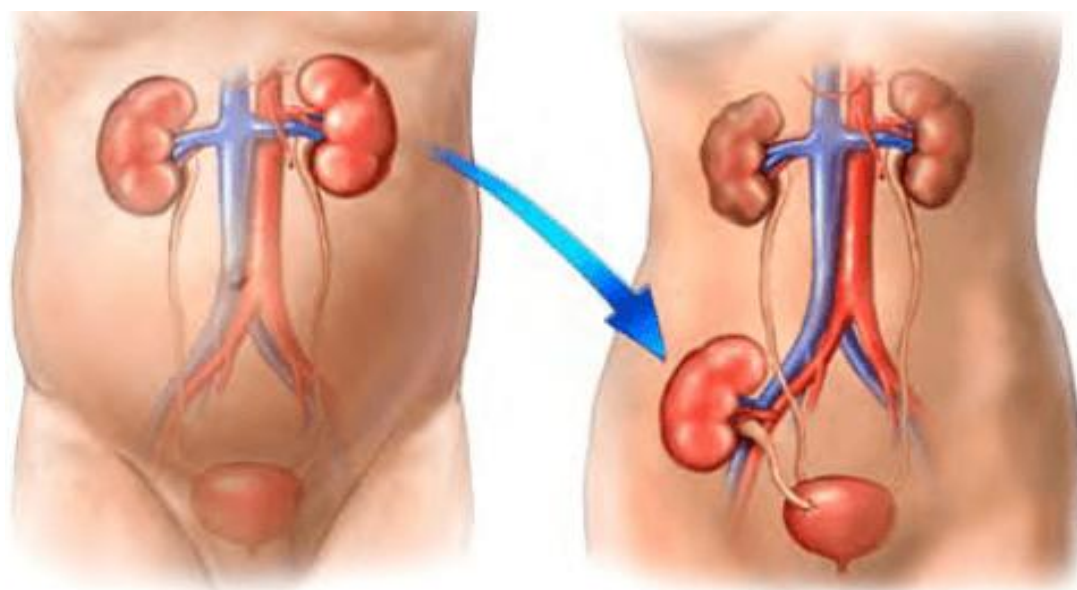
Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού που νοσεί από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, επιλέγει την μεταμόσχευση νεφρού αφού θεωρείται η καλύτερη λύση για τους ίδιους. Η απόρριψη του μοσχεύματος από τον λήπτη είναι ένα πιθανό πρόβλημα που μπορεί να προκύψει αλλά έχουν επιτελεσθεί γοργά βήματα και έχει μειωθεί το πρόβλημα απόρριψης των μοσχευμάτων. Αρκετά άτομα όμως που θα είχαν όφελος από μόσχευμα, δε μπορούν να το λάβουν. Απαραίτητη προϋπόθεση μεταμόσχευσης νεφρού, είναι η μεταφορά νεφρού από έναν άνθρωπο σε έναν άλλον μέσω της χειρουργικής επέμβασης. Προς το παρόν η κύρια πηγή παροχής μοσχευμάτων είναι τα αποθανόντα άτομα, ωστόσο όσο περνούν τα έτη και υπάρχει καλύτερη ενημέρωση του κοινού και καλύτερη διαμόρφωση των νέων αντιλήψεων, τόσο θα ανεβαίνει και ο αριθμός ενδιαφερόμενων ζώντων δοτών. Ο νεφρός έχει την πιθανότητα λήψης είτε από ζωντανό δότη με συγγενικό βαθμό ο οποίος έχει συμβατότητα, είτε από ζωντανό δότη ο οποίος δεν έχει κανέναν βαθμό συγγένειας είτε από δότη ο οποίος δεν βρίσκεται εν ζωή. Ωστόσο, εξαιρούνται πτωματικοί δότες που είχαν συστηματικές λοιμώξεις και καρκίνο.

Η μεταμόσχευση νεφρού δεν είναι η απόλυτη θεραπεία αλλά μία μέθοδος η οποία αποτελεί απλά έναν τρόπο αντιμετώπισης της νόσου, διότι οι ασθενείς συνεχίζουν να ακολουθούν πιστά μία αρκετά αυστηρή αγωγή φαρμάκων και να τους παρακολουθεί ιατρός.

Λόγω του ότι ο κίνδυνος να απορριφθεί το μόσχευμα είναι αρκετά μεγάλος από το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς, ο λήπτης πρέπει να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με ανοσοκατασταλτικά τα οποία συμβάλλουν στην διατήρησή του (Haynes 2010, The Australian and New Zealand Society 2007).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μία επιτυχή μεταμόσχευση, δίνει στον ασθενή πίσω μία καθημερινότητα με λιγότερο άγχος και μεγαλύτερη ανεξαρτησία. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς παρουσιάζονται με καλύτερη σωματική αλλά και ψυχική

κατάσταση εν συγκρίσει με αυτή των ασθενών που υπόκεινται στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης (Σαρρής& Σούλης 1999).



Εικόνα 1.5: Μεταμόσχευση νεφρού.

1.12. Δαπάνες θεραπείας τεχνητού νεφρού

Κάθε χρόνο, όλο και περισσότεροι διαγιγνώσκονται με νόσο που επηρεάζει την φυσιολογική λειτουργία των νεφρών. Ο αριθμός είναι μεγάλος και κάθε χρόνο συνεχώς αυξάνεται ανά τον κόσμο. Ο αριθμός αναγράφεται περίπου στους διακόσους πενήντα χιλιάδες, ενώ ήδη ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό, ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή για τελικού σταδίου νεφρική νόσο. Οι δαπάνες για την νοσηλεία και την θεραπεία των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, οι οποίοι υπόκεινται σε στη διαδικασία αιμοκάθαρσης, απορροφούν περίπου το 3% ανά 11.220 ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα στις ευρωπαϊκές χώρες, η διαδικασία του τεχνητού νεφρού αντιπροσωπεύει το 2% του προϋπολογισμού δαπανών για την υγεία (40.000-60.000 ευρώ/ασθενή ετησίως). Στις δαπάνες αυτές συμπεριλαμβάνεται τόσο το κόστος της αιμοκάθαρσης του ασθενούς όσο και τα έξοδα μετακίνησης, από τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού που υπόκεινται οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση.

Στο επίκεντρο κάθε συζήτησης βρίσκεται ο Τεχνητός Νεφρός και η πολυετή φθορά των μηχανημάτων στον δημόσιο τομέα και κατά πόσο μπορεί να επηρεαστεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας του ασθενούς.

Η καλπάζουσα άνοδος του αριθμού των ανθρώπων που κρατούνται στη ζωή με την διαδικασία του τεχνητού νεφρού στην Ελλάδα, επιφέρει και την άνθηση ιδιωτικών μονάδων για να καταφέρουν να βρεθεί μία θέση βελτίωσης της ποιότητας υγείας τους. Η άμεση σύνδεση τεχνολογικών εφαρμογών υψηλού κόστους και φυσικών αρχών στην περίθαλψη και οι ελάχιστες μεταμοσχεύσεις, είναι παράγοντες που επηρεάζουν και δημιουργούν νέα κοινωνική και οικονομική πολιτική με βάση το

κόστος, τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα και αποτελέσματα στον πεδίο της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (Ζαβιτσάνος και συν 2005).

Κεφάλαιο 2. Ποιότητα Ζωής και η Έννοια της Υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται όλο και πιο μεγάλο το ενδιαφέρον μεταξύ διοικητικών, πολιτικών αλλά και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα που συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής και για την εξέλιξη διαφόρων μεθοδολογιών οι οποίες αφορούν άμεσα την ανάπτυξή της (Yfantopoulos 2001 a,b,c). Διεθνείς οργανισμοί παγκοσμίου ενδιαφέροντος, όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και ο ΟΟΣΑ, πραγματοποιούν μελέτες οι οποίες αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης που επικρατούν, αναφέροντας ζητήματα με επίκεντρο ενδιαφέροντος την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής είναι μία πολύπλευρη έννοια που στοχεύει στην ευημερία του κάθε ατόμου. Πλέον στις ιατρικές θεραπείες αυτή που έχει μεγαλύτερη αξία, δίνοντας περισσότερη σημασία, είναι η ποιότητα ζωής και η διαχείριση ασθενειών που οδηγούν σε μεγαλύτερη διάρκεια ζωής των ανθρώπων και ακόμη περισσότερο αυτών που επιβιώνουν με τα χρόνια νοσήματα.

Επίσης, μία ποιότητα ζωής είναι και η ψυχική υγεία η οποία συσχετίζεται άμεσα με την ψυχοσωματική και πνευματική πρόοδο αλλά και την απόλυτη αρμονία μεταξύ του τρόπου ζωής και της προσωπικής συνείδησης του ατόμου. Όταν η ποιότητα ζωής και η ψυχική υγεία πορεύονται μαζί, τότε έχουν κοινό στόχο την αφοσίωση του ατόμου σε στοργική φροντίδα των άλλων και ένας επιπλέον λόγος για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις που δίνουν καθημερινό αγώνα για την προσωπική ακεραιότητά τους (Vassiliou G. Vassiliou V., Vol 1, 1986:282).

2.1. Προσέγγιση της έννοιας «Υγεία»

Η υγεία είναι ένα πολύπλευρο φαινόμενο βασισμένο όχι μόνο στην απουσία κάποιας νόσου αλλά ο συνδυασμός πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Υγεία είναι η αρμονική λειτουργία ψυχικής και σωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας υπερβαίνοντας και καταπολεμώντας κρίσεις και διαταραχές που επηρεάζουν την ισορροπία τους (W.H.O. 1958). Η υγεία έχει ως σημείο αναφοράς τόσο το οικογενειακό περιβάλλον όσο τον χώρο εκμάθησης και το εργασιακό περιβάλλον όπου βρίσκονται σε μία διαρκή αναζήτηση για καλύτερο τρόπο ζωής και συνθήκες που προδιαθέτουν ένα περιβάλλον πρόληψης και ιδανικές συνθήκες χωρίς ασθένειες. Η υγεία για να είναι εύκολα προσιτή στον καθένα από εμάς, προϋποθέτει ίση κατανομή πόρων για να μην ζει απλά αλλά να δημιουργούνται ιδανικές συνθήκες επιβίωσης έχοντας την ευτυχία ο καθένας όπως την εννοεί μέσα από μία υψηλή ποιότητα ζωής (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Η ασθένεια είναι εύκολα ανιχνεύσιμη λόγω των μηχανημάτων σύγχρονης τεχνολογίας και της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης αλλά είναι δύσκολο και πολύπλευρο να καθορίσει κάποιος τον ακριβή ορισμό της υγείας. Η υγεία είναι βασισμένη στην καθημερινότητα και στις συνήθειες του κάθε ατόμου, την εργασία του ακόμα και στο περιβάλλον το οποίο ζει (WHO).

Η ισορροπία δίνεται ο χαρακτηρισμός της δυναμικής διότι η υγεία δεν είναι μία σταθερή κατάσταση, αντιθέτως μεταβάλλεται συνεχώς με το πέρασμα του χρόνου. Η

υγεία ενός ατόμου ή και πληθυσμού δεν είναι εφικτό να προσδιοριστεί για μόνιμα αλλά βραχυπρόθεσμα. Η έννοια της υγείας συμπεριλαμβάνει και άλλες έννοιες όπως η ποιότητα ζωής και η ευεξία (Σαρρήs Μ.2001). Για να προσδιοριστεί η υγεία είναι εξίσου απαραίτητο να γίνει κατανοητή η αλληλεξάρτηση μεταξύ βιολογικών, η έννοια της υγείας σύμφωνα με τις δικές του πεποιθήσεις και τις δικές του δυνατότητες, καθώς είναι ανάλογα με τις δικές του κοινωνικές αξίες (Καραδήμας Ε. 2005).

2.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός της Ψυχικής Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η ψυχική υγεία είναι μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο στην οποία το άτομο είναι ικανό νιώσει τις δικές του ικανότητες και να εκφράσει τις επιθυμίες του γεμάτο ευεξία. Είναι ικανό να αντιμετωπίσει καθημερινά οποιαδήποτε στρεσογόνα κατάσταση και να εργαστεί με παραγωγικό τρόπο έτσι ώστε να μπορεί να συνεισφέρει κάθε μέρα που περνά στην κοινωνία. Η υγεία και η ασθένεια δεν είναι απαραίτητο πως μπορούν εύκολα να διαχωριστούν καθώς η υγεία απαρτίζεται και από άλλες παραμέτρους όπως βιολογικές, κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές (Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. , August 2013).

Οποιαδήποτε χρόνιας μορφής ασθένεια είναι ικανή να προκαλέσει έντονες διακυμάνσεις στην ψυχολογία όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στο περιβάλλον του, ωστόσο αυτό είναι γενικά αποδεχτό. Κάθε πληθυσμός με χρόνιες παθήσεις έρχεται αντιμέτωπος με αρκετές αλλαγές στην καθημερινότητά του και αυτό τον αποδιοργανώνει μέχρι να καταφέρει να ενταχθεί στα νέα του προγράμματα. Αυτές οι αλλαγές της καθημερινής ζωής των χρόνιων ασθενών θα πρέπει να δομηθούν με προτεραιότητα την θεραπεία που τους επιβάλλει η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Όλες αυτές οι αλλαγές που προκύπτουν από την ίδια την ασθένεια δεν προκαλούν διαταραχές μόνο στον ψυχικό τους κόσμο αλλά και σε όλη τους την ζωή εφόσον αλλάζουν όλα όσα συνήθιζαν να ακολουθούν σε καθημερινή βάση. Διαταράσσεται η ψυχική κατάσταση των χρόνιων ασθενών, η προσωπικότητά τους αλλά και εμφανίζουν διαφορετικές και έντονες οργανικές αλλαγές (Chiesa A, Serretti A., April 2014).

Οποιασδήποτε μορφή χρόνιας πάθηση που διαταράσσει την ψυχοσύνθεση του κάθε ατόμου έχει την δυνατότητα να εμφανιστεί και να εκφραστεί στον καθένα με εντελώς διαφορετικό τρόπο καθώς σε οποιαδήποτε ηλικία από τον πιο μικρό ασθενή έως τον πιο μεγάλο. Η συναισθηματική διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί με την μορφή φοβίες που ενδεχομένως πριν να μην υπήρχαν ή με την μορφή έντονου άγχους ή και κατάθλιψης (Spoormaker, V. I., & Van Den Bout, J. ,2006).

Είναι πασιφανές πως για να οριστεί μία ψυχική διαταραχή είναι ορθό να συνυπολογίσουμε και κάποια κοινωνικά κριτήρια. Ένα άτομο πάσχει από ψυχικές διαταραχές όταν εννοούμε πως διαφέρει από το γενικό σύνολο μίας κοινωνίας που ακολουθεί έναν κοινό τρόπο έκφρασης και συμπεριφοράς. Όταν υπάρχουν έντονες εναλλαγές διάθεσης, έκφρασης και συμπεριφοράς σε συνδυασμό με την αίσθηση μη

λειτουργικότητας, τότε εμφανίζονται τα πρώτα σημάδια πως διαταράσσεται η ψυχική υγεία του ατόμου.

Οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια που διαταράσσει την ορθή λειτουργικότητα του οργανισμού και σώματος, έχει την ικανότητα να προκαλέσει οποιαδήποτε μορφή ψυχικής διαταραχής προκαλέσει και αυτή η ίδια σημάδια αλλαγής στο σώμα. Οι ψυχικές παθήσεις εμφανίζονται είτε με ως συναισθηματική αστάθεια, είτε μπορούν να επηρεάσουν την συμπεριφορά των ατόμων καθώς και να εμφανιστούν ψευδαισθήσεις που πριν δεν υπήρχαν. Τα σημάδια αυτά κάνουν την εμφάνισή τους μετά από μία περίοδο φυσιολογικής ροής της καθημερινότητας (American Occupational Therapy Association., 2020).

Ο όρος της οικογένειας είναι αυτός που διαμορφώνει την ψυχική υγεία ή την διαταράσσει σύμφωνα με το πόσο σωστά παίζει τον ρόλο την υποστήριξης προς τα άτομα που νοσούν από χρόνια ασθένεια. Τα άτομα τα οποία βιώνουν την καθημερινότητα ο ένας του άλλου μέσα στα πλαίσια της οικογένειας, βιώνουν ασυναίσθητα και υποσυνείδητα καθημερινές συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις (Murphy T.,114th Congress.,2015-2016).

2.2.1. Βιολογική παράμετρος

Σε αυτή τη μορφή προσέγγισης υπάρχει η απόλυτη ταύτιση της υγείας με την φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου σώματος αγνοώντας οποιαδήποτε άλλη διάσταση του ατόμου είτε ψυχική είτε κοινωνική (Τούντας,2001). Γιαυτό και την βιολογική προσέγγιση φαίνεται να την αποδέχονται αρκετοί άνθρωποι του ιατρικού χώρου.

2.2.2. Οικονομική παράμετρος

Η οικονομία αλληλοσυνδέεται με την έννοια της υγείας. Η ύπαρξη των οικονομικών δυσχερειών δυστυχώς κάνει έντονη την εμφάνιση των ασθενειών, ενώ αντιθέτως ο πλούτος ενισχύει την δυνατότητα πρόληψης της υγείας και κατά συνέπεια τη ελάττωση εμφάνισης ανίατων ασθενειών. Φαίνεται πως η πρόσληψη μεγαλύτερου εισοδήματος έχει άμεση σχέση με την βελτίωση της υγείας λόγω του ότι δίνεται η δυνατότητα για πιο ζεστό περιβάλλον, καλύτερη κατοικία, καλύτερη διατροφή και ακόμα καλύτερες ψυχοκοινωνικές συνθήκες περιβάλλοντος.

Η αύξηση του εισοδήματος ενισχύει αυτομάτως και την καλύτερη υγεία διότι ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού προλαμβάνει για αυτήν προτού εμφανιστούν προβλήματα υγείας. Η καλύτερη υγεία του πληθυσμού συμβάλλει και στην οικονομική ανάπτυξη μίας χώρας γιατί οι άνθρωποι γίνονται πιο παραγωγικοί (Schramme T, 2007).

2.2.3. Πολιτισμική παράμετρος

Κάθε πολιτισμός ξεχωριστά έχει την ευχέρεια να επιλέξει μεταξύ των δυνατοτήτων που του δίνονται σύμφωνα με την εποχή, τις αξίες του περιβάλλοντος που οποίου πλαισιώνεται και το γνωσιακό επίπεδο στο οποίο βρίσκεται για να είναι ικανό να διαφυλάξει και να βελτιώσει την υγεία (Σαρρής Μ, 2001)

Ο René Dubos κάνει αναφορά στην υγεία χαρακτηρίζοντάς την ως μία κατάσταση δίχως βάσανα (Hamonet C., Magalhaes T., 2001), άλλοι ορίζουν την υγεία ως μία εμπειρία γεμάτη επιτεύξεις ή αστοχίες κάποιου ατόμου που μπορεί να πράξει με έναν επιθυμητό τρόπο (Schramme T., 2007). Υπολογίζοντας κάποιες από τις αντίθετες απόψεις σχετικά με την υγεία και συγκρίνοντάς τις τότε διακρίνεται μόνο μία αρνητική περιγραφή της υγείας χρησιμοποιώντας την απουσία της ασθένειας. Ωστόσο η θεωρία του Nordenfelt δεν αρκείται μόνο στην αναφορά απουσίας της ασθένειας αλλά και στα βιώματα του κάθε ατόμου (Täljedal Inge-Bert, 2004). Διακρίνεται μία μεγάλη ποικιλία απόψεων και θεωριών γύρω από την έννοια της υγείας, αυτό όμως το οποίο παρατηρείται είναι πως υπάρχει μία σύγκλιση προς την θεώρηση είτε ότι η υγεία είναι η δυνατότητα να αντιμετωπιστεί οποιαδήποτε δυσκολία της καθημερινότητας ακόμα και με όλες τις απαιτήσεις της, είτε να αρκεστεί στην δυνατότητα να επιτελεστούν μονάχα οι βασικές λειτουργίες (Täljedal Inge-Bert, 2004).

Εν κατακλείδι, αν κάποιος παράγοντες παίζουν και τον βασικό ρόλο για την επιρροή της έννοιας της υγείας ενός πληθυσμού, τότε αρχικά το μεγαλύτερο ποσοστό βασίζεται στις υπηρεσίες υγείας, στη συνέχεια επηρεάζεται από κοινωνικούς και φυσικούς παράγοντες, έπειτα οι βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν κατά ένα ποσοστό την υγεία ενός ατόμου και τέλος οι βιολογικοί παράγοντες δείχνουν να επηρεάζουν και αυτοί με την σειρά τους (Τούντας Γ., 2000).

2.2.4. Κοινωνική παράμετρος

Τόσο η υγεία όσο και η ασθένεια εκφράζονται σε οποιαδήποτε μορφή σχέσης του πληθυσμού σε οποιαδήποτε κοινωνία. Η φυσιολογική λειτουργία κάθε κοινωνίας επηρεάζεται αρνητικά παράλληλα με την βιολογική ισορροπία ενός ατόμου από την παρουσία κάποιας ασθένειας (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. 1995).

Τοποθετώντας τα όρια μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού, τότε η κοινωνική επίδραση παίζει τον πρωταρχικό ρόλο στην επιρροή και διαμόρφωση των εννοιών της υγείας και της ασθένειας. Ωστόσο είναι αδύνατον να παραγκωνιστεί το γεγονός πως οτιδήποτε φυσιολογικό διαμορφώνεται ανάλογα των ιδεολογικών δεδομένων.

Ο πληθυσμός της Δύσης διαμορφώνει τα όρια μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού, σύμφωνα με επιρροές από την παραγωγική θεωρία και την έννοια της εργασίας. Βασίζεται και δίνει μεγάλη σημασία στην ικανότητα για εργασία ή και το αντίθετο (Boulogne J. 2001).

2.2.5. Βιοψυχοκινωνικό μοντέλο ερμηνείας υγείας και ασθένειας

Το βιοϊατρικό μοντέλο υποστηρίζει πως η υγεία χαρακτηρίζει την ορθή λειτουργία κάθε ανθρώπινου οργανισμού. Αυτοί που καθορίζουν τα όρια του φυσιολογικού ή μη, είναι οι επιδημιολογικοί δείκτες και οι βιοστατιστικές μετρήσεις, οι οποίες είναι ικανές να εντοπίσουν οποιοδήποτε παθολογικό αίτιο επηρεάσει την φυσιολογική λειτουργία. Τα φυσιολογικά όρια θέτονται είτε συγκρίνοντας τα όρια του υγιούς με της ασθένειας, είτε συγκρίνοντας τις τιμές με βιολογικούς παράγοντες. Εν αντιθέσει, η ασθένεια χαρακτηρίζεται είτε από παθολογικές αλλοιώσεις, είτε από παρέκκλιση εκ του φυσιολογικού ρυθμού του ανθρώπινου οργανισμού.

Τρία κριτήρια βασισμένα στην ιατρική είναι αυτά που θέτουν τα όρια της ασθένειας:

Οποιοσδήποτε ενοχλήσεις γίνονται αντιληπτές από τον ασθενή, πιθανές οργανικές αλλοιώσεις οι οποίες είναι πιθανό να πέσουν στην αντίληψη του ιατρού και ένας αριθμός συμπτωμάτων που έχουν κλινική εικόνα και είναι ευρέως αναγνωρίσιμα. Ο τρόπος με τον οποίον έγινε προσπάθεια προσέγγισης και η επεξήγηση της ασθένειας βασισμένη στην ιατρική, ανελίχθηκε παράλληλα με τον προβληματισμό που είχε γεννηθεί σχετικά με την έννοια της υγείας σε μία σύντομη αναδρομή του Δυτικού κόσμου (Mordaccci R., 1995).

Φαίνεται να αγνοείται η ψυχική και η κοινωνική προσέγγιση της υγείας, γιατί σταματάει η προσέγγιση της υγείας μόνο στη σωματική διάσταση. Η υγεία αφορά και την κοινωνική προσέγγιση πέρα από βιολογική και αυτό γιατί χτίζει όλα τα είδη των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων.

Η προσέγγιση της υγείας κατά την πορεία της παίρνει άλλη μορφή προσπαθώντας να αποκαταστήσουν την ενότητα σώματος και ψυχής. Δίνοντας έτσι την ευκαιρία να δοθούν κάποιες επεξηγήσεις σε ψυχοσωματικές διαταραχές οι οποίες έχουν μία αύξουσα πορεία τα τελευταία έτη. Αυτή τη φορά η προσπάθεια ορισμού της υγείας παίρνει άλλη μορφή δίνοντας την ευκαιρία να αναλυθεί η ισορροπία του εξωτερικού κόσμου με τον εσωτερικό κόσμο ενός ανθρώπινου οργανισμού. Αυτή η λεπτή ισορροπία, δίνει στο κάθε άτομο την ευκαιρία να απολαμβάνει την ζωή σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και το πως επιδιώκει να το κάνει επιτρέποντας το να ανταποκρίνεται σε κάθε πρόκληση του περιβάλλοντος και να προσαρμόζεται σε οποιαδήποτε αλλαγή είναι απαραίτητη για την διασφάλιση μίας αρμονικής σχέσης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Σε περίπτωση διατάραξης αυτής της αρμονικής σχέσης οποιοδήποτε σύμπτωμα παίρνει μορφή και εκδηλώνεται διαταράσσοντας τα φυσιολογικά επίπεδα λειτουργίας είτε κοινωνικού περιβάλλοντος, είτε οργανικού είτε και συμπεριφορικού (Kovacs J., 1998).

2.3. Ποιότητα ζωής

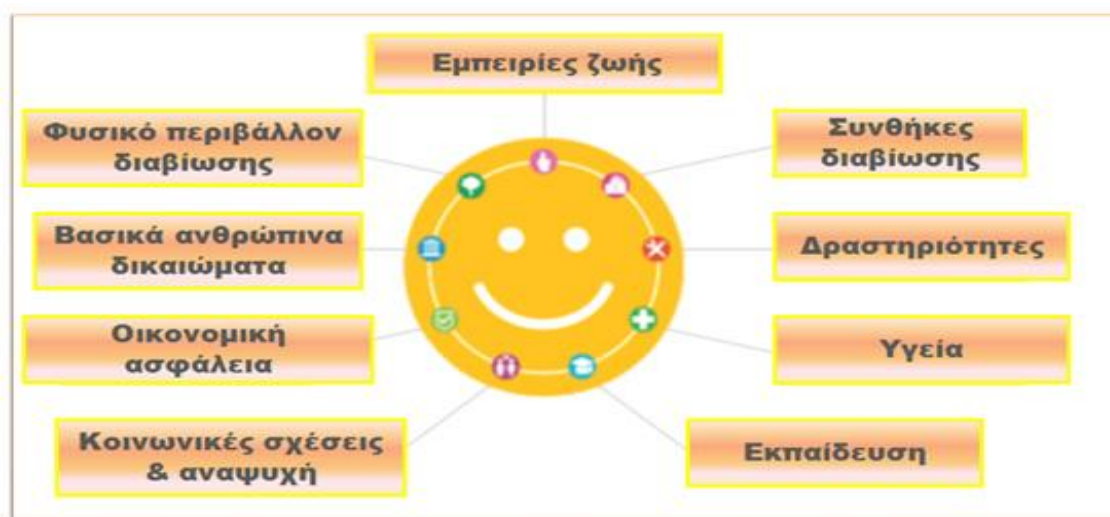
Όσο περνούν τα χρόνια όλο και περισσότεροι επιστήμονες της ιατρικής και της κοινωνιολογίας, μελετούν και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στον ορισμό της ποιότητας ζωής. Επιστήμονες της οικονομίας καθώς και άνθρωποι του πολιτικού χώρου κάνουν χρήση αυτής της έννοιας προσπαθώντας να ιδρύσουν την κοινωνική και πολιτική της υγείας κάθε χώρας. Η έννοια της ποιότητας ζωής έχει ευρύ φάσμα και αφορά πολλές πλευρές και ιδιαιτερότητες της ζωής που επιλέγει κάθε άτομο, γιαυτό και δεν είναι εύκολο να δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός.

Η έννοια αυτή έχει απασχολήσει πολλούς φιλόσοφους του Ελληνικού πολιτισμού από αρχαιοτάτων χρόνων, δίνοντας πρώτος ο Αριστοτέλης την σημασία του «Ευ ζην» και του «Ευ πράττειν» επιδιώκοντας να τα συνδέσει με την ποιότητα ζωής και την «Ευδαιμονία». Αυτές οι έννοιες έχουν ως αποτέλεσμα του τέλει και του αγαθού που προσδίδου αυτάρκεια και είναι αυτό που έχει τη μεγαλύτερη βαρύτητα και τον μεγαλύτερο τελικό σκοπό κάθε ανθρώπου (Αριστοτέλης, 1993).

Το 1950 και τα επόμενα δέκα χρόνια που ακολούθησαν, θεωρούσαν πως η έννοια ποιότητα ζωής ταυτίζεται άμεσα με τον καταναλωτισμό, τον περίσσιο χρόνο για ξεκούραση και ανάπαυση καθώς και χρόνο για δραστηριότητες. Εν ολίγοις η έννοια αυτή ταυτίζεται με την έννοια της καλής ζωής (Fallowfield, 1990). Την επόμενη δεκαετία, τα χρόνια που ακολουθούν του 1960 οι έννοιες που γίνονται το επίκεντρο όλων και ασχολούνται ιδιαίτερα με αυτές είναι η εκπαίδευση, η υγεία και ο τομέας της κοινωνικής πρόνοιας οι οποίες μαζί με την οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη εμπλουτίζουν την έννοια της ποιότητας ζωής. Την επόμενη δεκαετία, αυτή του 1970 έρχεται ο καιρός που δίνουν ιδιαίτερη σημασία και ασχολούνται με την ισορροπία ανάμεσα συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής πλευράς κάθε ατόμου.

Γίνονται αρκετές αναφορές και επισημάνσεις στη βιβλιογραφία σχετικά με την ποιότητα ζωής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει ορισμό στην συγκεκριμένη έννοια θεωρώντας πως κάθε άτομο ορίζει και την σχέση του με την ζωή αναλόγως τις προσωπικές αντιλήψεις και ιδεολογίες που υποστηρίζει, σύμφωνα με τις αξίες και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά κάθε κοινωνίας στην οποία ζει ο άνθρωπος (WHO). Όσο η υγεία όσο και η ποιότητα ζωής είναι πολύπλευρες έννοιες και επηρεάζονται από πολλές και διαφορετικές παραμέτρους.

Εικόνα 1.6: Παράμετροι που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής



(Τροποποιημένο από “Quality of life in Europe - facts and views”, <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics>)

2.3.1 Η σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής

Πλέον στις μέρες μας, κάθε άνθρωπος σε οποιαδήποτε κοινωνία ο οποίος έχει ανάγκη την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, έχει σχηματισμένη άποψη σχετικά με αυτήν. Αυτή η άποψη παίζει πρωταρχικό ρόλο τόσο για την παρακολούθηση όσο και για την αξιολόγηση για την ευδαιμονία του ατόμου. Αρχικά η σωματική, όσο η συναισθηματική αλλά και κοινωνική ευφορία κάθε ατόμου επηρεάζεται από οποιαδήποτε ασθένεια η οποία προκύπτει και ο βαθμός που συμβαίνει αυτό, αξιολογείται από την Σ.Υ.Π.Ζ.(Σχετικά με την Υγεία Ποιότητα Ζωής). Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται αρκετά τακτικά για να εκτιμάται η υποκειμενική υγεία, που αντανακλά σε σοβαρό βαθμό στην υγεία, και ακόμη περισσότερο σε χρόνιες παθήσεις (Αργέντου, 2009). Παράλληλα με το επίπεδο υγείας, τις σχέσεις και οποιονδήποτε ρόλο κάθε ατόμου μεταβάλλεται και Σ.Υ.Π.Ζ. η οποία θεωρείται μία αρκετά δυναμική έννοια.

Η Σ.Υ.Π.Ζ. περιγράφεται ως μία ένας εντελώς προσωπικός τρόπος που αντιλαμβάνεται κάθε άτομο τα πράγματα και τις συνθήκες στις οποίες ζει και αυτό καταφέρνει να επηρεάσει την σωματική υγεία, την ψυχική ευημερία αλλά και την κοινωνική κατάσταση στην καθημερινότητα του. Αυτό καταφέρνει να επηρεάσει και τις συνθήκες ζωής κάθε ατόμου και κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι και ευχαριστημένοι με αυτές τις συνθήκες ζωής τους. Επιπλέον αναφέρονται και οι τρεις υπάρχουσες διαστάσεις ποιότητας ζωής

- i. σωματική διάσταση, όπου συμπεριλαμβάνει την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού αλλά και την λειτουργικότητα του ατόμου στις καθημερινές συνήθειες του τρόπου ζωής του
- ii. ψυχολογική διάσταση, όπου συνεπάγεται με την ψυχική και συναισθηματική ευημερία του ατόμου και τον σεβασμό του ίδιου του εαυτού
- iii. κοινωνική διάσταση, εμπεριέχει τόσο την επαγγελματική όσο και την κοινωνική εναρμόνιση του κάθε ατόμου (Οικονόμου, 2001).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί πως οι επιπλοκές οι οποίες αναφέρονται κατά την διάρκεια της μέτρησης της Σ.Υ.Π.Ζ. είναι αρκετές και αφορά κυρίως πρακτικές δυσκολίες όσων αφορά την συνεργασία μεταξύ των ατόμων για την διεκπεραίωση των συνεντεύξεων. Τόσο οι προσωπικές αντιλήψεις όσο και οι απόψεις δεν συμπεριλαμβάνονται στα ερωτηματολόγια όταν τα ερωτηματολόγια είναι συγκεκριμένα γύρω από ένα θέμα το οποίο ερευνάται (Muldoon και συν.1998).

2.4. Δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης ποιότητας ζωής

Ο τρόπος με τον οποίο εκτιμάται και μετράται η Σ.Υ.Π.Ζ γίνεται σε πλαίσια έρευνας, με την συλλογή και χρήση δεικτών που συνδέονται με την ποιότητα ζωής όπως φορείς διεξαγωγής ερευνών, δείκτες οι οποίοι συλλέγονται, αξιοποίηση των δεικτών και προβλήματα που εντοπίζονται. Τα εργαλεία με τα οποία χρησιμοποιούνται στη μέτρηση της ποιότητας ζωής συμπεριλαμβάνει δύο κατηγορίες, το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος συσχετίζεται με τον

γενικό πληθυσμό και αφορά μία γενική αντίληψη της ποιότητας ζωής και το ειδικό μέρος αφορά καταστάσεις και θέματα όχι τόσο γενικού περιεχομένου αλλά αντιθέτως κάτι πιο συγκεκριμένο.

Μερικά ερωτηματολόγια γενικού περιεχομένου:

- i. Ερωτηματολόγια και Κλίμακες Αξιολόγησης Γενικού Επιπέδου Υγείας
- ii. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire -GHQ)
- iii. Nottingham Health Profile (NHP)
- iv. Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (Sickness Impact Profile - SIP)
- v. Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας (Health Utility Index - HUI)
- vi. Γενικός Δείκτης Κατάταξης Υγείας (General Health Rating Index - GHRI)
- vii. Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (The Psychological Adjustment to Illness Scale)
- viii. Κλίμακα Ποιότητας Ευεξίας (Quality of Well-Being Scale)
- ix. Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας (The Spiritual Well-being Scale)
- x. Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs):
αποτελούν δείκτη μέτρησης της ΠΖ και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας για την κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής.

Μερικά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται περισσότερο και πιο τακτικά:

- i. Οι Hunt και Mc Ewen όντες ερευνητές το 1980 αποτελούσαν μία ομάδα που εφεύρεσαν την επισκόπηση υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile) έχοντας ως κύριο σκοπό και την επικέντρωσή τους σε πράξεις που αφορούν ιατρικές πράξεις. αυτές διαχωρίζονται σε δύο μέρη: στο πρώτο μέρος ανήκουν 38 καταστάσεις υγείας και χωρίζονται ακόμη σε έξι υποκατηγορίες όπου ανήκουν ο πόνος, ο ύπνος, η φυσική κατάσταση του ατόμου, ενεργητικότητα, κοινωνική απομόνωση και συναισθηματικές αντιδράσεις. Στο δεύτερο μέρος ανήκουν επτά κατηγορίες των καθημερινών συνηθειών, οι οποίες είναι το επίκεντρο του ενδιαφέροντος και εξετάζονται. Αυτές είναι η σεξουαλική-κοινωνική-οικογενειακή ζωή, εργασία η οποία πληρώνεται ανάλογα, περιποίηση του προσωπικού χώρου αλλά και αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Οι ερωτήσεις που ζητούνται να απαντηθούν είναι κλειστού τύπου και έγκυρη και αξιόπιστη σε έναν μεγάλο βαθμό.
- ii. Η ανάλυση φυσιολογικής λειτουργίας σωματικής ακεραιότητας προκύπτει από τον δείκτη λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski Performance Index). Οι ιατρικές βιβλιογραφίες ασχολούνται με την σωματική λειτουργία χωρίς να γίνεται καμία σπουδαία αναφορά στο ψυχοκοινωνικό κομμάτι και γιαυτό χαρακτηρίζεται ως μία επιφανειακή εκτίμηση και όχι τόσο ουσιαστική. Οι γιατροί εκτιμούν την ποιότητα ζωής ή οποιοσδήποτε άλλος επαγγελματίας υγείας μπορεί να συμβάλλει στην μέτρηση για να προκύψει ένα αποτέλεσμα. Η κλίμακα αυτή έχει μετρήσεις από το μηδέν εως το εκατό με δέκα

- υποκατηγορίες οι οποίες διακρίνονται σε σωματική λειτουργικότητα και ικανότητα.
- iii. Υπάρχει μία ακόμα κλίμακα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (W.H.O Performance Status) η οποία έχει αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με τον τρόπο που γίνεται εκτίμηση ποιότητας ζωής με την βοήθεια της κλίμακας Karnofski. Η κλίμακα αυτή χωρίζεται σε κατηγορίες με αριθμό από το μηδέν έως το τέσσερα, στο μηδέν ανήκει ο ασθενής που ο οποίος είναι ικανός να ανταπεξέλθει σε οποιαδήποτε δραστηριότητα και στο τέσσερα ανήκει κάποιος που νοσεί από μία ασθένεια και δεν είναι ικανός να ούτε να αυτοεξυπηρετηθεί. Σε αυτή την κλίμακα συμπεριλαμβάνονται και πέντε υποκατηγορίες οι οποίες χωρίζονται σε σωματικής λειτουργίας και ικανότητας (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).
 - iv. Το 1982 σ μία χώρα των ΗΠΑ, στην Βοστώνη, οι ερευνητές Ware και Sherbourne είχαν κοινό στόχο να δημιουργήσουν κατάλληλες ψυχομετρικές προδιαγραφές με τις οποίες θα επιτρέπεται και θα είναι εύκολη η σύγκριση μίας ομάδας πληθυσμού με άλλες ομάδες πληθυσμού που πάσχουν από κάποια ασθένεια και ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες μεταξύ τους. Υπάρχουν 36 ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου χωρίζονται σε οκτώ κλίμακες που συμπεριλαμβάνουν από δύο έως δέκα ερωτήσεις και εξετάζεται ο βαθμός πόνου, σωματική αλλά και ψυχική υγεία καθώς και κοινωνική λειτουργικότητα (Ware 1993).
 - v. Ο Morrow το 1978 δημιούργησε την κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στη ασθένεια (Psychological Adjustment to Illness Scale). Πραγματοποιείται σε άτομα τα οποία νοσούν από κάποια χρόνια πάθηση όπως σε πληθυσμό που πάσχει από νεφροπάθεια ή σε καρκινοπαθείς ασθενείς. Καλούνται να απαντηθούν 45 ερωτήσεις οι οποίες απαρτίζουν την κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής. Αυτές οι ερωτήσεις συσχετίζονται με επτά κλίμακες της Ποιότητας Ζωής (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

Κεφάλαιο 3. Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών, οι εξελίξεις έχουν βοηθήσει να σημειωθεί παρατήρηση αύξησης στον αριθμό ετών που αναμένεται να ζήσει ένα μέσο άτομο μίας δεδομένης ηλικίας το οποίο πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Αυτό συμβαίνει λόγω της εξέλιξης των θεραπειών που συνεπάγονται και με αρτιότερα και σαφώς πιο εξελιγμένα μηχανήματα που βοηθούν στην θεραπεία του τεχνητού νεφρού (Cavalli A, Del Vecchio L, et.al., 2010).

Όσο μεγάλη πρόοδος και να παρατηρείται σε μηχανήματα αιμοκάθαρσης ασθενών, πάντα θα υπάρχουν επιπλοκές κατά την διάρκεια της συνεδρίας. Κάποιες από τις πιο συχνές επιπλοκές που προκύπτουν κατά την αιμοκάθαρση είναι αρχικά η πτώση της αρτηριακής πίεσης ή αλλιώς και το υποτασικό επεισόδιο. Οι κράμπες είναι κατά σειρά το δεύτερο επεισόδιο και έπειτα είναι ναυτία ακόμα και ο έμετος. Η κεφαλαλγία και ο κνησμός παρατηρούνται να εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα κατά τη διάρκεια του τεχνητού νεφρού και τέλος με μικρότερο ποσοστό εμφάνισης είναι ο πόνος στο στήθος ή αλλιώς στηθάγχη, ο πυρετός και η ρίγη (White.SL, Chadban.SJ, Jan.S, Chapman.JR, Cass.A, 2008).

Η θεραπεία της αιμοκάθαρσης δεν είναι μία απλή διαδικασία, οι ασθενείς οι οποίοι είναι αναγκαίο να επωμιστούν αυτή την μέθοδο για την επιβίωσή τους παρουσιάζουν έναν μεγάλο αριθμό αλλαγών που δεν επηρεάζουν μόνο τον καθημερινό τρόπο ζωής τους αλλά και την οποιαδήποτε σχέση και με τους υπόλοιπους οικείους τους. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς βιώνουν μία αρκετά μεγάλη ποικιλία προβλημάτων που εμφανίζονται από την χρόνια νόσο την οποία πάσχουν, όπως αρχικά η εμφάνιση σωματικής εξασθένισης, αλλαγή διατροφικών συνηθειών και διατήρηση ενός συγκεκριμένου προγράμματος διατροφής, ακόμα και προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν στην προσπέλαση όπου γίνεται η κάθε συνεδρία (Wiedebusch S, Konrad M, Foppe H, et.al.,2010).

Έρευνες των Rebollo και συν., έχουν δείξει πως αρκετοί παράμετροι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυτού του πληθυσμού ανθρώπων είτε θετικά είτε αρνητικά. Παράμετροι οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με καλύτερη ποιότητα ζωής έχουν δείξει πως είναι αρχικά το καλύτερο μορφωτικό επίπεδο και η καλύτερη λειτουργική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο. Ένας ακόμη παράγοντας είναι το γυναικείο φύλο καθώς επίσης και το μεγαλύτερο της ηλικίας. Η κακή ποιότητα ζωής συνεπάγεται με τη συννοσηρότητα και τον μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών σε κάποιο νοσοκομείο για οποιαδήποτε εμφάνιση επιπλοκής (Θεοφίλου Π, Παναγιωτάκη Ε.,2010).

Ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει με αρνητικό τρόπο την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι τα οικονομικά προβλήματα. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι απαραίτητο να συνδέονται τρεις φορές την εβδομάδα και κατά συνέπεια επηρεάζεται και η επαγγελματική τους ζωή η οποία είναι απαραίτητο να προσαρμοστεί στα δεδομένα της αιμοκάθαρσης και στη συνέχεια είναι αδύνατον να το διατηρήσουν ειδικά αν το ωράριο του επαγγέλματος δεν είναι ευέλικτο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πρόωρη εγκατάλειψη της πιο παραγωγικής

τους ηλικίας, αν είναι νέοι ή αλλαγής φύσης επαγγέλματος (Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PM, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. 2012).

Η ψυχική υγεία του πληθυσμού που υπόκειται την διαδικασία της αιμοκάθαρσης, επηρεάζεται σε έναν βαθμό αρκετά μεγάλο. Τα άτομα αυτά βιώνουν έντονη απογοήτευση, άγχος του θανάτου κάθε φορά που συνδέονται στο μηχάνημα και αυτές οι έντονη και μεγάλες αλλαγές στην ζωή τους που επηρεάζουν την οικογενειακή, την προσωπική και αλλά και την επαγγελματική τους ζωή. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς βιώνουν το άγχος του χρόνου εξαιτίας του ότι περνάνε χρόνο από το σπίτι στο μηχάνημα και από το μηχάνημα πάλι στο σπίτι, ενώ πριν την χρόνια ασθένεια αφιέρωναν αρκετό χρόνο σε προσωπικά πράγματα και στιγμές που τους προσέφεραν ευχαρίστηση (Lopes AA, Albert JM, Young WE, et al., 2004).

Η παρατήρηση μείωσης της αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας του αιμοκαθαιρόμενου μέσα στην οικογένεια, συνεπάγεται με μεγάλες και αναπόφευκτες αλλαγές μέσα στην δυναμική του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η μείωση αυτοφροντίδας αυτομάτως ενισχύει και τον βαθμό της εξάρτησης από τον οικογενειακό περίγυρο. Όσο περνάνε τα χρόνια και βλέποντας όλες αυτές τις παραμέτρους που επηρεάζουν και αλλάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και του περιγυρού του, οδηγούν στο συμπέρασμα πως η θεραπεία δε θα πρέπει να έχει ως επίκεντρο μόνο την βιολογική διάσταση της χρόνιας νόσου αλλά να εστιάσει και στην ψυχοκοινωνική πλευρά. Γιατί για αυτό είναι αναγκαία η εφαρμογή ειδικού σχεδίου συμβουλευτικής προσέγγισης βοηθώντας έτσι να διασφαλιστεί η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των χρόνιων ασθενών όσο και η ασφάλεια των αιμοκαθαιρόμενων (Κουτελέκος Ι, Παναγιωτάκου Σ., 2004).

3.1. Παράμετροι που επηρεάζουν την ψυχολογία των αιμοκαθαιρόμενων

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μία χρόνια νόσος η οποία θέτει κάθε ασθενή καθημερινά σε προσωπικές δοκιμασίες με τον ίδιο τους τον εαυτό. Καθένας που ανήκει σε αυτόν τον πληθυσμό των χρόνιων ασθενών, καλείται να προσπαθεί καθημερινά να έρχεται αντιμέτωπος με κάθε μορφής αλλαγές και με μεγάλη ικανότητα προκειμένου να ανταπεξέλθει στα καινούρια δεδομένα που φτιάχνει η χρόνια νόσος και με τις συνεχόμενες διακυμάνσεις.

Το πόσο νέος είναι ένας χρόνιος ασθενής ή πόσο μεγάλος είναι, τον κάνει και πιο ανάλογα διαλλακτικό ή λιγότερο με τις αλλαγές που επέρχονται στην πορεία εξέλιξης της ασθένειας. Από μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν έχει προκύψει πως η ηλικία έχει άμεση σχέση με την περιορισμένη σωματική λειτουργία και την συχνή δραστηριότητα. Ακόμη προκύπτει το συμπέρασμα πως οι νέοι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια νόσο προσαρμόζονται ευκολότερα στην θεραπεία και σε οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση προκύπτει καθημερινά και αυτό εξαιτίας μειωμένης γνωσιακής αντίληψης των μεγαλύτερων ατόμων σε ηλικία. Αυτό συνεπάγεται με την εμφάνιση της κατάθλιψης σε ένα μεγάλο ποσοστό (Ossareh, et al., 2014).

Αντιθέτως, σε άλλες μελέτες φάνηκε πως τα νεαρά άτομα δυσκολεύτηκα να αποδεχτούν τους περιορισμούς σε οποιονδήποτε τομέα αφορά την χρόνια νόσο σε σχέση με τους μεγαλύτερους νοσούντες (Valderrabano, et al., 2001).

Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την ψυχολογία της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών, είναι το φύλο. Ο γυναικείος πληθυσμός έχει αρκετά εντονότερες αντιδράσεις και διαφορετική προσέγγιση της κατάστασης από τον αντρικό πληθυσμό ιδικά σε περιόδους που ξεκινάει και διαμορφώνεται διαφορετικά η εμφάνισή τους από την χρόνια νόσο και την διαδικασία της ΑΜΚ ενώ ο αντρικός πληθυσμός δίνει μεγαλύτερη έμφαση στο πόσο επηρεάζεται η προσωπική τους ζωή και καθημερινότητα. Παρόλα αυτά ο κυριότερος παράγοντας που επιτρέπει να επηρεαστεί ο κάθε άνθρωπος στη συγκεκριμένη περίοδο της υγείας του, είναι πόσο δυναμικό χαρακτήρα έχει για να αντιμετωπίσει μία τέτοια κατάσταση και όσες αλλαγές επιφέρει η νόσος (Ladhani M, Craig JC, Irving M, Clayton PA, Wong G. March 2017). Προσωπικότητες που χαρακτηρίζονται πιο ισχυρές και δραστήριες έρχονται αντιμέτωπες με την προσπάθεια και την άρνηση προσαρμογής στα νέα δεδομένα που υποβάλλουν οι γιατροί.

Εν αντιθέσει, προσωπικότητες οι οποίες στερούνται δυναμικής αντιμετωπίζουν το άγχος και με ό,τι συνεπάγεται αυτό το σωματοποιούν και εμφανίζουν σε αυξημένα επίπεδα ανάγκες για θαλπωρή. Τέτοιου είδους προσωπικότητες σχεδόν ποτέ δεν είναι διατεθειμένες να προσαρμοστούν σε νέα δεδομένα και αντιδρούν υπερβολικά και με επίθεση εγκαταλείποντας την θεραπεία σχετικά σε πρώιμο στάδιο (Ladhani M, Craig JC, Irving M, Clayton PA, Wong G. March 2017).

Η ψυχολογία των χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών έχει αρκετές διακυμάνσεις και εναλλαγές, όσο πιο βαριάς μορφής είναι η νόσος και τα συμπτώματά της τόσο πιο δύσκολα το αποδέχονται και τόσο πιο δύσκολα υπάρχουν αυτές οι έντονες αντιδράσεις. Τα χρόνια νοσήματα συνεπάγονται και με την συνύπαρξη ψυχολογικών διαταραχών όπως άρνηση, φόβο, άγχος, ενοχές και κατάθλιψη. Ακολουθεί μία σειρά συμπτωμάτων προκειμένου να γίνει αισθητή η παρουσία αυτών (Centers for Disease Control Prevention (CDC), March 2007).

3.2. Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ΧΝΝ

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος εμφανίζει αρκετές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και επηρεάζει όχι μόνο την ποιότητα ζωής αλλά εμφανίζει άγχος και κατάθλιψη στον πληθυσμό στον οποίο πάσχει από την χρόνια νόσο. Κάποιες μελέτες οι οποίες σχετίζονται με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με ΧΝΝ διεξάχθηκαν για πρώτη φορά μετά το 1980 και τα πρώτα αποτελέσματα κατέληξαν πως η διαδικασία τεχνητού νεφρού ή η περιτοναϊκή κάθαρση είναι μία διαδικασία που δημιουργούν επιπλοκές στην καθημερινή ζωή του συγκεκριμένου πληθυσμού ατόμων αλλά μειώνει έντονα και την ποιότητα ζωής τους. Η ποιότητα ζωής των ατόμων που ζουν με την υποστήριξη της εξωνεφρικής λειτουργίας, φαίνεται να επηρεάζεται και αυτή από την κοινωνική και οικονομική δομή κάθε χώρας, την ηλικία και το φύλο του ασθενή, το μορφωτικό του επίπεδο αλλά και τις ιδεολογίες τις οποίες υποστηρίζει (Chow SK, Tam BM.,2014).

Η κατάθλιψη είναι από τις πιο συχνές ψυχολογικές επιπτώσεις ενός χρόνιου ασθενή. Το ποσοστό εμφάνισής της ανέρχεται στο 20-30% και είναι δυνατόν να αγγίξει και το 47%. Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από οποιοδήποτε χρόνια νόσημα εκδηλώνουν

συναίσθημα απελπισίας και μειωμένης αυτοεκτίμησης. Τα σημάδια εμφάνισης της κατάθλιψης κάνουν ακόμα πιο περίπλοκη την διαδικασία της αιμοκάθαρσης και πιο έντονη την δυσκολία συμμόρφωσης των ασθενών με την θεραπεία. Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης και η γρήγορη κινητοποίηση για την αντιμετώπιση της είναι αρκετά σημαντική λόγω της συσχέτισης της νόσου με αυξημένη θνησιμότητα στους πάσχοντες. Παρατηρείται επίσης πως στα πρώτα χρόνια της εξωνεφρικής κάθαρσης εμφανίζεται στο μέγιστο πιθανό ποσοστό η καταθλιπτική νοσηρότητα (Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al.,2005).

Η εμφάνιση άγχους είναι το δεύτερο πιο συχνό νόσημα που αφορά την ψυχική υγεία και συναντάται στη ΧΝΝ. Άτομα τα οποία πάσχουν από ΧΝΑ και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση νιώθουν πως χάνουν τον έλεγχο της ζωής τους και αλλά και της σωματικής τους λειτουργίας και νιώθουν ένα διαρκές άγχος. Επίσης είναι μεγάλο το ποσοστό και των μελών της οικογένειας του ασθενούς που εμφανίζουν σημάδια άγχους και κατάθλιψης (Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. ,2007).

Μελέτες έχουν δείξει πως η ψυχική υγεία ενός χρόνιου ασθενούς δεν εξαρτάται και δεν επηρεάζεται μόνο από την διαδικασία εξωνεφρικής κάθαρσης αλλά και οι ασθενείς οι οποίοι μεταμοσχεύονται περνάνε στάδια κατάθλιψης και άγχους. Τα πρώτα σημάδια εκδηλώνονται στην αρχή κατά την διάρκεια αναμονής της μεταμόσχευσης και όσο καθυστερεί η εύρεση συμβατού μοσχεύματος, τόσο πιο έντονο γίνεται το άγχος, η αγωνία, ο φόβος και το αίσθημα της εγκατάλειψης. Η αγωνία αφορά την αναμονή της επέμβασης ενώ ο φόβος αφορά την πιθανή περίπτωση απόρριψης μοσχεύματος. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που παρατηρείται πως ο δότης αισθάνεται ότι το μόσχευμα δεν καθιστά ένα όργανο ανατομικής λειτουργίας αλλά μία αναπαράσταση που συμβολίζει τον δότη έχοντας ως αποτέλεσμα να συμπεριφέρεται όπως τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας του δότη. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι πιθανή η εμφάνιση συναισθηματικής αστάθειας και κατάθλιψης ακόμα και ψύχωσης μετά τη μεταμόσχευση (Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Castle, D. J., McEvedy, S. M., & Ski, C. F. ,2017).

Πίνακας 3.1:Μοντέλο του Tiered για την ψυχοκοινωνική φροντίδα χρόνιων ασθενών.

Σοβαρό stress:
Εντατική και ολιστική
θεραπεία για οξεία
περιστατικά

Μέτριο προς σοβαρό stress:
Εξειδικευμένη θεραπευτική
προσέγγιση για
κατάθλιψη, άγχος, διαπροσωπικές
σχέσεις

Μέτριο stress:
Συμβουλευτική, εκπαίδευση σε δεξιότητες
αντιμετώπισης προβλημάτων

Ήπιο προς μέτριο stress:
Συναισθηματική υποστήριξη από το
περιβάλλον

Ήπιο stress:
Παρεμβάσεις που βασίζονται στην
ενημέρωση, πληροφόρηση και πρακτική
υποστήριξη

(Hutchison et al., 2006)

3.3. Επιρροή της νόσου στην ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Ένα μεγάλο ποσοστό των σθενών με ΧΝΑ αφήνεται και η ποιότητα ζωής τους δεν επηρεάζει μόνο την σωματικής τους λειτουργικότητα και την ικανότητα τους να αυτοεξυπηρετούνται αλλά και την ικανότητα τους για εργασία. Μία διαπίστωση που προέκυψε από έρευνα η οποία διεξήχθη, είναι πως οι περισσότεροι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς διακόπτουν την εργασία τους ή οποιαδήποτε ενασχόλησή τους η οποία τους επιφέρει έσοδα. Η έλλειψη της παραγωγικότητας εξαιτίας εμφάνισης συμπτωμάτων της νόσου, συνεπάγεται με απώλεια εργασίας και αυτομάτως χειροτερεύει η οικονομική κατάσταση των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νόσο και των ατόμων της οικογένειάς τους.

Ένας ακόμα τομέας ο οποίος επηρεάζεται είναι ο τομέας κοινωνικών και οικογενειακών υποχρεώσεων καθώς και ο τομέας της ψυχαγωγίας. Οι καθημερινές συνήθειες της οικογένειας του ασθενούς αλλάζουν σε μεγάλο βαθμό όσο ραγδαίες είναι και οι αλλαγές στην καθημερινότητα του ίδιου. Οι αλλαγές είναι προσαρμοσμένες και στις ανάγκες και στο πρόγραμμα της θεραπείας του ασθενούς. Τα άτομα που νοσούν συχνά νιώθουν πως απομονώνονται και ο περιορισμός που τους τίθεται σε διατροφικές συνήθειες, ταξιδιωτικούς προορισμούς, δραστηριότητες και διακοπές επιβαρύνει σημαντικά τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική τους ζωή. Ο χρόνος που χρειάζεται για την πραγματοποίηση των συνεδριών είναι αρκετά μεγάλος, έχοντας ως αποτέλεσμα η κόπωσή τους να είναι μεγάλη η οποία συνεπάγεται και με άρνηση για υλοποίηση άλλων πραγμάτων και κοινωνικές επαφές. Επιπρόσθετα, μία γενική και λανθασμένη αντίληψη που υποστηρίζεται από την κοινωνία σχετικά με τις χρόνιες νόσους, είναι το αίσθημα στιγματοποίησης και κοινωνικής απομόνωσης αυτών των ανθρώπων.

Η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών επηρεάζει και την ψυχολογική τους λειτουργία. Το αίσθημα της αυτοεκτίμησης μειώνεται και το αίσθημα του άγχους αυξάνεται ραγδαία, είναι αρκετοί οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχική υγεία όχι μόνο των ίδιων αλλά και των οικείων τους ((Σοφικίτη και συν 2009, Θεοφίλου, Μωυσιάδου & Καλλέργης 2014, Λενή και συν 2013, Καιτελίδου και συν 2007).

3.4. Στάδια προσαρμογής του ασθενούς

Εάν υπάρχει κάποια πιθανότητα η νεφρική νόσος να εξελίσσεται σταδιακά από το τρίτο στο πέμπτο στάδιο, άτομα τα οποία ανήκουν σε πληθυσμό που νοσεί έχουν ένα χρονικό περιθώριο να ενημερωθούν επαρκώς και να προσπαθήσουν να προσαρμοστούν στα δεδομένα συνθηκών της διαδικασίας της ΑΜΚ και στις νέες συνήθειες που θα πρέπει να ακολουθήσουν αντικαθιστώντας τις παλιές.

Τα συναισθήματα που συνοδεύουν την πρώτη συνεδρία της αιμοκάθαρσης ποικίλουν και έχουν να διαχειριστούν τόσο την σοβαρότητα και την χρονιότητα της νόσου που συνεπάγεται με την επιβίωσή τους, αλλά και τον φόβο του καινούριου που έχουν να αντιμετωπίσουν ακόμα και την τελευταία ελπίδα που τους διακατέχει. Οι ασθενείς περνάνε τρία στάδια προσαρμογής κατά την διάρκεια της νόσου τα οποία στους περισσότερους έχουν κοινά χαρακτηριστικά.

1. **Η περίοδος του μήνα του μέλιτος:** Το χρονικό περιθώριο που δίνεται σε αυτή την περίοδο είναι από έξι βδομάδες έως και έξι μήνες και αρχίζει από την πρώτη συνεδρία της αιμοκάθαρσης μετρώντας μία έως και τρεις βδομάδες. Τα συναισθήματα που κυριαρχούν την συγκεκριμένη περίοδο είναι η ελπίδα και η εμπιστοσύνη. Οι ασθενείς κατά το πέρας των πρώτων συνεδριών αρχίζουν και αισθάνονται καλύτερα βλέποντας να υπάρχει βελτίωση των συμπτωμάτων της χρόνιας νόσου. Ένα μεγάλο ποσοστό αυτού του πληθυσμού αντιμετωπίζει την αναγκαιότητα και την εξάρτησή του από το μηχάνημα προκειμένου να καταφέρουν να επιβιώσουν. Στην πρώτη επαφή με την νόσο τους και στην βοήθεια προσαρμογής στις νέες συνήθειες και εξάρτησης από το μηχάνημα, βοηθάει αρκετά και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζοντάς τους θετικά και με ευγνωμοσύνη.
2. **Η περίοδος απογοήτευσης και αποθάρρυνσης:** Οι περιορισμοί στην ζωή ενός αιμοκαθαιρόμενου ασθενή είναι πολλοί καθώς και ο νέος τρόπος ζωής που καλείται να προσαρμοστεί σε αυτόν για να καταφέρει να επιβιώσει όσο το δυνατόν περισσότερο και σε καλύτερες συνθήκες. Σε αυτούς τους τρεις έως δώδεκα μήνες που διαρκεί η περίοδος αυτή, ο ασθενής προσπαθεί να αποκτήσει και να εντάξει στην καθημερινότητά του οποιεσδήποτε αλλαγές έχουν επέλθει από την νεφρική νόσο. Τα συναισθήματα του πρώτου σταδίου υποχωρούν και αντικαθίστανται από εξάντληση, απογοήτευση και φόβο. Αρκετοί ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από χρόνιο νόσημα εκδηλώνουν θυμό και ενόχληση και κάποιοι τα εκδηλώνουν κατά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
3. **Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής:** Στην φάση αυτή ο ασθενής προσπαθεί να αποδεχτεί οποιεσδήποτε αδυναμίες του, επιλοκές αλλά και

περιορισμούς που έχει επιφέρει η διαδικασία του τεχνητού νεφρού. Πλέον σε αυτό το στάδιο έχουν ολοκληρωμένη άποψη και πλήρη επίγνωση για την εξάρτησή τους από το μηχάνημα, έχοντας ως αποτέλεσμα να μεριμνούν για την καλύτερη ενημέρωσή τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς προσαρμόζονται σταδιακά στο συγκεκριμένο στάδιο περνώντας πρώτα τα προηγούμενα δύο, έχοντας ως κύριο χαρακτηριστικό τους τις οποιεσδήποτε συναισθηματικές και βιολογικές διακυμάνσεις. Οι συναισθηματικές εναλλαγές περικλείονται από την κατάθλιψη που είναι και το κύριο συναίσθημα ενός αιμοκαθαιρόμενου ασθενή. Ένας μηχανισμός άμυνας που χρησιμοποιούν οι ασθενείς χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι η άρνηση, η οποία βοηθάει στην φάση προσαρμογής στα νέα δεδομένα τα οποία προκύπτουν. Στην φάση όπου οι χρόνιοι ασθενείς επιδιώκουν να προσαρμοστούν, η άρνηση, διατηρεί σε ισορροπία τα συναίσθημα ευεξίας και καλής διάθεσης. Ενώ στην περίοδο που κυριαρχεί η κατάθλιψη, ο ασθενής προστατεύεται από το συναίσθημα του φόβου μη μείνει μόνος του και απροστάτευτος (Αλεξανδρόπουλος & Χριστοδούλου, 2005 Θεοφίλου 2010, Θεοφίλου 2008).

Για να καταφέρει ο ίδιος ο ασθενής καθώς και η οικογένειά του να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες, η εκπαίδευση θα τους ενισχύσει το γνωστικό πεδίο τους όσον αφορά την χρόνια ασθένεια και θα τους βοηθήσει να ξεπεράσουν τις αρνητικές πλευρές και όλους τους περιορισμούς που θέτει η ασθένεια και η θεραπεία, για να καταφέρουν να μείνουν ψυχραιμοί και να φανούν ικανοί να αντιμετωπιστεί με ωριμότητα η κατάσταση (Καμπά & Γοργογιάννη 2014).

3.5. Ψυχική υγεία αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Ψυχική υγεία είναι μία ποιότητα ζωής, ένα πολύπλευρο φαινόμενο που αφορά την ψυχοσωματική και πνευματική ανάπτυξη. Κατά την εμφάνιση κάποιας χρόνιας νόσου κάθε πλευρά του πολυδιάστατου αυτού φαινομένου είναι ικανή να επηρεαστεί και να μεταβληθεί. Από την στιγμή που κάνει την εμφάνισή της κάποια νόσος επηρεάζονται τόσο τα ψυχολογικά όσο και τα συμπεριφορικά στοιχεία που παρεκκλίνουν από τον μέσο όρο του φυσιολογικού. Το 2017 πραγματοποιήθηκε μία μελέτη σε κλινικές τεχνητού νεφρού (Gerogianni et al .2017) της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη και βγήκε το συμπέρασμα πως οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράμετροι παίζουν τον σπουδαιότερο και πρωταρχικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς που υπόκεινται στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Στον γυναικείο πληθυσμό φαίνεται να εμφανίζεται περισσότερο τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος δεδομένου των μειωμένων θετικών συναισθημάτων. Το έντονο στρες λόγω των επηρεασμένων διαπροσωπικών σχέσεων, η όχι και τόσο υψηλή αυτοεκτίμηση, οι ορμονικοί παράμετροι καθώς και περιορισμοί που αφορούν κοινωνικό και πολιτιστικό περιεχόμενο είναι μερικοί από τους λόγους που η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών αφορά περισσότερο τις γυναίκες. Ενώ αντιθέτως ο αντρικός πληθυσμός φαίνεται να είναι πιο δραστήριος και να έχει περισσότερες κοινωνικές επαφές καθώς και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς οι οποίοι έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο νιώθουν πιο έντονα το άγχος εξαιτίας του ότι είναι λιγότερο μορφωμένοι και ασχολούνται με εργασίες όχι πνευματικού περιεχομένου αλλά χειρωνακτικού, έχοντας ως αποτέλεσμα να πασχίζουν να τις κρατήσουν μετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης. Ακόμη, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η μειωμένη εκπαίδευση επηρεάζει και την επικοινωνία για ορθή λήψη πληροφοριών όσων αφορά την ασθένεια και την διαδικασία του τεχνητού νεφρού. Η λήψη σωστών πληροφοριών των χρόνιων ασθενών και οι ανάλογες γνώσεις σχετικά με την υγεία, αναβαθμίζει τον τρόπο που διαχειρίζονται την νόσο τους και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους. Η απόκτηση όσων πληροφοριών είναι απαραίτητων βελτιώνει την αντίληψη των ασθενών σχετικά με τις αλλαγές που έχει επιφέρει η νόσος και συμμορφώνονται πιο εύκολα σε όλους τους περιορισμούς της αιμοκάθαρσης. Για τον λόγο αυτό, οι ασθενείς που έχουν αυξημένο επίπεδο εκπαίδευσης αυτομάτως συνεπάγεται με ελάχιστο επίπεδο άγχους και διαχειρίζονται ευκολότερα την ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονται και την υγεία τους γενικά (Gerogianni et al, 2017).

Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν έχει προκύψει το συμπέρασμα πως οι ασθενείς τεχνητού νεφρού και ηλικίας άνω των εξήντα, παρουσιάζουν ευκολότερα κατάθλιψη από αυτούς νεότερης ηλικίας εξαιτίας της μειωμένης λειτουργικότητας και όχι και τόσο υψηλά επίπεδα ευεξίας τα οποία επηρεάζουν τα επίπεδα ποιότητας ζωής τους. Ένας ακόμη παράγοντας που παίζει καθοριστικό ρόλο είναι πως νιώθουν ανίκανοι να πάρουν μέρος σε οποιαδήποτε κοινωνική δραστηριότητα έχοντας έτσι ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση (Siqueira Viana et al ,2018).

Το οικογενειακό περιβάλλον του αιμοκαθαιρόμενου ασθενούς κατέχει μία ρεαλιστική εικόνα των συνθηκών που επικρατούν από την στιγμή εμφάνισης της νόσου και έπειτα, των ισχυρών σημείων και των αδυναμιών του. Ωστόσο η χρόνια νεφρική νόσος καταφέρνει να επηρεάσει την ψυχική κατάσταση και έπειτα την ποιότητα ζωής όλων όσων έχουν άμεση επαφή με τον ίδιο τον ασθενή. Ολόκληρη η οικογένεια επηρεάζεται παρουσιάζοντας σημάδια εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης όσο εξελίσσεται η νόσος. Η ασθένεια συνήθως επηρεάζει περισσότερο την ποιότητα ζωής όσων είναι άγαμοι ή χήροι και αυτό γιατί έχουν μειωμένα επίπεδα λειτουργικής και σωματικής ευφορίας. Ενώ αντιθέτως όσοι ασθενείς είναι έγγαμοι, αναφέρουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής (Hawamdeh et al, 2017, Nadaby , 2019).

Επιπρόσθετα, μία ακόμη παράμετρος που παίζει καθοριστικό ρόλο είναι η οικονομική προσέγγιση. Η συχνή πραγματοποίηση της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, η χρονιότητα της νόσου και οι συνθήκες που αλλάζουν καθημερινά στον τρόπο ζωής του ασθενούς επηρεάζουν την λειτουργική του ικανότητα με αποτέλεσμα να οδηγείται γρηγορότερα στην συνταξιοδότηση. Το μειωμένο εισόδημα συνεπάγεται με μειωμένα επίπεδα αυτοσεβασμού και αυτοεκτίμησης, καθώς και υψηλά επίπεδα άγχους λόγω αβεβαιότητας και αδυναμίας για εκπλήρωση οικογενειακών καθηκόντων και δυσχέρεια κάλυψής τους (Song et al, 2011).

3.6. Εμφάνιση κατάθλιψης στην Χ.Ν.Ν και προσεγγίσεις

Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελέσει μία από τις πιο συχνές διαταραχές της ψυχολογίας σε ασθενείς οι οποίοι υπόκεινται στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Από έρευνες οι οποίες έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν, διαπιστώνεται πως ο πληθυσμός ο οποίος πάσχει από χρόνια νεφρική νόσο και είναι εξαρτημένος από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης για την επιβίωσή του, σχετίζεται άμεσα με την νοσηρότητα και την θνητότητα η οποία παρατηρείται έντονα στους συγκεκριμένους ασθενείς. Ωστόσο, η αιτιολογία που συσχετίζει την αιτία και την αυξημένη θνησιμότητα δεν είναι βέβαιη (Fabrazzo, De Santo, 2006).

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική διαταραχή η οποία συνεπάγεται με την μείωση διάθεσης του ατόμου με αποτέλεσμα να επηρεάζεται και άμεσα η λειτουργικότητά του αλλά και η κοινωνική του συμπεριφορά. Η κατάθλιψη είναι ένα συνονθύλευμα συναισθημάτων τα οποία μεταβάλλουν συνεχώς τον τρόπο με τον οποίο ζει κάποιος και παρουσιάζει τον ίδιο του τον εαυτό προς τα έξω και στον περίγυρό του (Χονδρογιάννης, Σκαπινάκης 2012).

Οι χρόνιοι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν και από κατάθλιψη συμβάλλουν στην εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου με ταχύτατους ρυθμούς καθώς ασπάζονται ακραίες συμπεριφορές όσων αφορά κακές συνήθειες που επιβαρύνουν την υγεία όπως κάπνισμα, κακή διατροφή, ακόμα και καθόλου ενεργή ζωή. Η συνύπαρξη της τελικής μορφή της ΧΝΝ με την κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί ραγδαία επιδείνωση της νόσου και να επιβαρύνει την υγεία του ασθενούς εξαιτίας της αύξησης του βάρους του, της άρνησης λήψης φαρμακευτικής αγωγής, αποχής από τις συνεδρίες αιμοκάθαρσης ακόμα και παραίτησης από την προσπάθεια επιβίωσής του. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και εμφανίζουν κατάθλιψη, συνήθως είναι το γυναικείο φύλλο και άτομα νεαρής ηλικίας, άτομα τα οποία υπόκεινται αρκετά χρόνια στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης. κάποιιοι ακόμη παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της κατάθλιψης σε χρόνια νόσο είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος και η περιφερειακή αγγειακή νόσος (Shirazian et al., 2017).

Η εμφάνιση της κατάθλιψης συμβάλλει στην αρνητική εξέλιξη της νεφρικής νόσου καθώς επιβαρύνεται τόσο η ψυχοσύνθεση των ασθενών όπου είναι πολύ εύκολο να επηρεαστεί η θέλησή τους σχετικά με την υπακοή και την υλοποίηση φαρμακευτικών και ιατρικών οδηγιών. Ο χρόνιος ασθενής είναι σύνθηες να αναπτύσσει συναισθήματα όπως έναν μόνιμο υποβιβασμό, αυτοκτονικό ιδεασμό αλλά και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Hedayati, Finkelstein, 2009).

Στο τελικό στάδιο της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου τα συμπτώματα της ουραιμίας είναι τόσο έντονα που είναι αρκετά δύσκολο να διαχωριστούν από τα συμπτώματα της κατάθλιψης και κατά συνέπεια εξίσου δύσκολο να διαγνωσθεί η αιτία και κατά πόσο τα συμπτώματα οφείλονται σε ψυχιατρική νόσο ή λειτουργική αιτιολογία οργανισμού (Kimmel, 2005).

Τα τελευταία χρόνια γίνεται χρήση κάποιων θεραπευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα έχοντας ως βάση την τέχνη και προκειμένου να γίνει προσπάθεια εξέλιξης και βελτίωσης και δίνοντας ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο στην ψυχική τους υγεία αλλά και στην ποιότητα ζωής τους.

Σύμφωνα με μία μελέτη που διεξήχθη από Carswell και συν το 2019 σε ένα ποσοστό χρόνιων ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ένα σύνολο παρεμβάσεων σχετικά με την τέχνη. Κατά την διάρκεια της έρευνας προέκυψε το αποτέλεσμα πως η συγκεκριμένη θεραπεία συνέβαλε στην καλύτερευση και μείωση εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο και βρίσκονται στο τελικό στάδιο (Carswell, 2019).

Η εμφάνιση της κατάθλιψης κατά την διάρκεια τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας είναι αποτέλεσμα κάποιων διαφοροποιήσεων που προκύπτουν κατά την εξέλιξη της νόσου. Η απώλεια του πρωταρχικού ρόλου στον επαγγελματικό τομέα αλλά και η αντικατάσταση του κυρίαρχου προσώπου στο οικογενειακό περιβάλλον με δευτερευούσης σημασίας ρόλο είναι κάποιοι από τους πιο βασικούς παράγοντες εμφάνισης της κατάθλιψης. Ακόμη, η μειωμένη λειτουργική ικανότητα μπορεί να την επηρεάσει καθώς και οι επιπλοκές που προκαλεί η νόσος στη σεξουαλική ζωή του ατόμου συμβάλλει στην γρηγορότερη εξέλιξη της. Ο λόγος συνύπαρξης μίας χρόνιας νόσου με την κατάθλιψη είναι πολυδιάστατος με πολλές παραμέτρους να την επηρεάζουν και να συμβάλλουν στην εξέλιξή της. Το κάθε άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με κάθε μορφής χρόνιας νόσου, έρχεται και αντιμέτωπο με ένα συνονθύλευμα αλλαγών, σωματικών και ψυχολογικών, που είναι δύσκολο να τις διαχειριστεί και να καταφέρει να μην επηρεαστεί από αυτές. Όσο η νεφρική ανεπάρκεια βαίνει στο τελικό στάδιο κάνοντας την αιμοκάθαρση να είναι η μόνη λύση, τόσο οι ασθενείς νιώθουν να μην είναι οι ίδιοι κυρίαρχοι της ζωής τους (O'Brien, 1990).

3.7. Συμπτωματολογία κατάθλιψης στην Χ.Ν.Ν

- Διαταραχές ύπνου

Ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου έρχονται αντιμέτωποι με διαταραχές όχι μόνο ύπνου αλλά και της αναπνοής. Οι διαταραχές ύπνου περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα νοσολογικών οντοτήτων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από δυσκολία στην έλευση ύπνου ή στα στάδια αυτού. Τις περισσότερες φορές διακρίνονται και αντιμετωπίζονται. Η συνύπαρξη ουραιμικών και μη ουραιμικών αιτιών είναι υπόλογοι για την παθογένεια διαταραχών του ύπνου.

Οι συχνότερες διαταραχές οι οποίες έχουν άμεση σχέση με τον ύπνο είναι:

- 1. Η αϋπνία:** το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με δυσκολία ή διακοπή του ύπνου καθ' όλη την διάρκεια της νύχτας ή αλλιώς εμφανίζει αφύπνιση αρκετά νωρίτερα από το φυσιολογικό ωράριο για να συμπληρωθεί το υγιές ωράριο ύπνου για τον οργανισμό, έχοντας έτσι ως αποτέλεσμα την αρκετά κακή ποιότητα ύπνου η οποία συνεπάγεται με δυσχέρεια του ατόμου να καταφέρει στις υποχρεώσεις του να ως το πέρας της ημέρας (Hirshkowitz M.,2004). Η αϋπνία μπορεί να συνυπάρχει με μείωση λειτουργικότητας κατά την διάρκεια ημέρας και υπνηλία σε μεγάλο βαθμό, ελαττωμένη πνευματική διαύγεια, υπνοβασία και εφιάλτες κατά την διάρκεια της νύχτας.

Ασθενείς οι οποίοι υπόκεινται στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης σε ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και με αυξημένες τιμές παραθορμόνης (PTH) εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες για διαταραχές ύπνου. Η AMK είναι μια διαδικασία που επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και μία από αυτές είναι ακόμα και ο ύπνος καθώς και η θερμοκρασία. Καθώς πραγματοποιείται μία συνεδρία αιμοκάθαρσης, έχει παρατηρηθεί πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν αυξομειώσεις της θερμοκρασίας του σώματός τους καθώς και κατά την διάρκεια της ημέρας υπνηλία. Αυτός είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει και την ποιότητα ύπνου και κατά συνέπεια την ποιότητα της ζωής του. Ύστερα από μελέτες έχει προκύψει το συμπέρασμα πως οι ασθενείς οι οποίοι κάνουν AMK τις πρωινές ώρες, κοιμούνται ελάχιστα κατά την διάρκεια της νύχτας και έρχονται αντιμέτωποι με την υπνηλίας κατά την διάρκεια της συνεδρίας, σε αντίθεση με τους ασθενείς που υπόκεινται στην διαδικασία της AMK κατά τις μεσημεριανές ώρες (Merlino, et al., 2006).

Από διάφορες έρευνες οι οποίες έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν, έχει προκύψει το συμπέρασμα πως ένα νευροπεπτίδιο, η επονομαζόμενη **ορεξίνη** του οποίου η παραγωγή γίνεται στον υποθάλαμο, πιθανόν είναι ένας από τους παράγοντες εμφάνισης της αϋπνίας σε άτομα τα οποία υπόκεινται στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Οι φυσιολογικές τιμές του συγκεκριμένου νευροπεπτιδίου τα πρωινά που ξυπνάει ο ανθρώπινος οργανισμός είναι ιδιαίτερα ανεβασμένες συμβάλλοντας έτσι στην διαδικασία της αφύπνισης. Αντιθέτως, τα αιμοκαθαιρόμενα άτομα έχουν συνεχώς αυξημένες τιμές της ορεξίνης ξεπερνώντας τα φυσιολογικά επίπεδα (Sakurai T, Amemiya A, Ishii M, Matsuzaki I, Chemelli RM, et al., 1998).

Δύο ακόμη παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση πιθανοτήτων διαταραχών του ύπνου στους χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι η **μελατονίνη** και η **θερμοκρασία** του σώματος. Οι διακυμάνσεις όχι μόνο στην παραγωγή και στα επίπεδα μελατονίνης στον οργανισμό αλλά και στην θερμοκρασία, είναι κάποιιοι επιπλέον λόγοι που επηρεάζουν την κερκαδική ρύθμιση που αφορά άμεσα τον ύπνο σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου (Adams KS, Breden Crouse EL, 2014).

2. **Σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών (RLS):** Το Restless Legs Syndrome ονομάζεται και Willis- Ekbohm και είναι μία ιδιαίτερη νευρολογική διαταραχή του ύπνου. Η παρόρμηση για κίνηση των κάτω άκρων συνοδεύεται συνήθως από δυσάρεστες αισθήσεις στα πόδια. Οι αισθήσεις αυτές χαρακτηρίζονται δυσαισθησίες και το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο αναφέρουν εντονότερες περιοδικές κινήσεις των κάτω άκρων κατά τη διάρκεια του ύπνου. Το χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου συνδρόμου είναι πως παρουσιάζεται περισσότερο κατά την διάρκεια ακινησίας ποδιών για κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ωστόσο η ανακούφιση διαρκεί για όσο διάστημα διατηρείται η κινητική δραστηριότητα. Μετά από κάποια περίοδο ακινησίας τα συμπτώματα κάνουν την επανεμφάνισή τους. Το περιοδικό τίναγμα των κάτω άκρων παρά την θέληση του ασθενούς κατά την διάρκεια του ύπνου, συμβάλλει στην κακή ποιότητα ύπνου και κατά συνέπεια στην κακή λειτουργικότητα του ατόμου κατά την διάρκεια της ημέρας. Αυτό επηρεάζει άμεσα και την ποιότητα ζωής του

αιμοκαθαιρόμενου ασθενούς καθώς η εμφάνιση αυτού του συνδρόμου είναι εντονότερη σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο σε σύγκριση με τον επιπολασμό σε άτομα που έχουν ορθή νεφρική λειτουργία (Molnar, et al., 2006). Από έρευνες έχει προκύψει πως το ποσοστό της τάξεως τριάντα τις εκατό χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών συνυπάρχουν με το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και ακόμη περισσότερο τα άτομα που έχουν πιο υψηλές τιμές παραθυρεοειδούς ορμόνης (Mahowald, 2000).

3. **Αποφρακτική και κεντρική άπνοια του ύπνου:** Η κεντρική άπνοια ύπνου χαρακτηρίζεται ως μία διαταραχή ύπνου στην οποία παύει για ελάχιστο χρόνο να αναπνέει το άτομο καθώς κοιμάται. Αυτή η στιγμή μπορεί να έχει επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας με συμπτώματα όπως άπνοιες, υπόνοιες ή αφυπνίσεις που συσχετίζονται με την προσπάθεια που κάνει το άτομο να αναπνεύσει. Ο βασικότερος παράγοντας που συμβαίνει αυτό είναι η χάλαση των μυών του φαρυγγικού τοιχώματος σε συνδυασμό με κάποιους άλλους. Άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο έχουν περίσσεια υγρών στον οργανισμό τους και κατά τη διάρκεια ύπνου παρατηρείται μετακίνηση των υγρών στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Η κεντρική άπνοια ύπνου δεν είναι το ίδιο με την αποφρακτική υπνική άπνοια. Στην αποφρακτική υπνική άπνοια φράζουν οι αεραγωγοί και σταματάει η αναπνοή για ελάχιστο χρόνο. Ο συγκεκριμένος πληθυσμός ατόμων που πάσχει από κεντρική υπνική άπνοια παρουσιάζει άμεση σχέση με πρόβλημα το οποίο αναφέρεται μεταξύ εγκεφάλου και αναπνευστικών μυών. Η μείωση οξυγόνου στο αίμα κατά τη διάρκεια των επαναλαμβανόμενων συγκεκριμένων περιστατικών κατά τη διάρκεια της νύχτας, συμβάλλει στην αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα η οποία συνεπάγεται με αύξηση συμπαθητικομιμητικής δραστηριότητας (Tuomilehto HP, Seppä JM, Partinen MM, et al., February 2009). Η άπνοια του ύπνου σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου εμφανίζει αρκετούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, όπως:
- Η αύξηση του σωματικού βάρους σε συνδυασμό με χρόνια νεφρική νόσο αποτελεί κακό δείκτη και ένας δείκτης σώματος άνω των εικοσιπέντε kg/m² σε συνύπαρξη με αύξηση αρτηριακής πίεσης αποτελούν κακές προγνωστικές παραμέτρους.
 - Η περίσσεια υγρών που συσσωρεύεται στο σώμα των χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών οδηγεί σε χάλαση των μυών του φαρυγγικού τοιχώματος και οδηγεί σε οίδημα της αναπνευστικής οδού και απόφραξη.
 - Τα άτομα τα οποία υπόκεινται στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα λόγω διάχυσης διοξειδίου του άνθρακα από το διάλυμα της ΑΜΚ και ταυτόχρονα μειωμένα επίπεδα σωστού αερισμού κυψελίδων.
 - Οι διακυμάνσεις στις τιμές της χημειοαπόκρισης εξαιτίας της ουραιμίας και της μεταβολικής οξέωσης συμβάλλουν στην εμφάνιση της υπνικής άπνοιας.

- Κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης επηρεάζονται κάποιες τιμές του οργανισμού του ανθρώπου και κάποιες από αυτές είναι και η τιμή του pH του εγκεφαλονωτιαίου υγρού του οποίου μειώνονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη ροή διττανθρακικών από την κυκλοφορία του αίματος με κατεύθυνση τον εγκέφαλο έχοντας ως αποτέλεσμα ανήσυχο ύπνο και όχι φυσιολογική αναπνοή.
- Σε κάθε συνεδρία ΑΜΚ χρησιμοποιούνται διαλύματα τα οποία κάποια από αυτά είναι οξεικά και επιδεινώνουν τις μειωμένες τιμές οξυγόνου στο αίμα κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.
- Στην περιτοναϊκή κάθαρση εμφανίζονται υγρά στην περιτοναϊκή κοιλότητα συμβάλλοντας στην δυσχέρεια αναπνοής και δυσκολεύοντας έτσι την ορθή λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος.

Ο πληθυσμός που βρίσκεται σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου εμφανίζει πιθανότητες δέκα φορές μεγαλύτερες από τον γενικό πληθυσμό να παρουσιάσει υπνική άπνοια. Τις πιο πολλές φορές είναι αποφρακτικού τύπου και συσχετίζεται με παχυσαρκία, αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης και γλυκόζης στο αίμα, αρκετά υψηλές τιμές ουρίας και κρεατινίνης (Κοσμαδάκης, 2010).

Η υπερυπνία ή υπερβολική ημερήσια υπνηλία

Είναι μία διαταραχή ύπνου νευρολογικής φύσεως όπου χαρακτηρίζεται από σταθερά υπερβολική υπνηλία έχοντας ως αποτέλεσμα το άτομα να μην είναι ικανό να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ημέρας και να μην είναι καθόλου λειτουργικό λόγω κακής ποιότητας ύπνου. Η υπαιρυπνία έχει δύο κατηγορίες οι οποίες έχουν αρκετές ομοιότητες και η μόνη τους διαφορά είναι στο πόσο συχνά κάνουν την εμφάνισή τους. Η πρωτοβάθμια υπερυπνία και η δευτεροβάθμια. Η πάθηση αυτή έχει μεγάλα ποσοστά εμφάνισης σε άτομα τα οποία πάσχουν και από χρόνια νεφρική νόσο και υποβάλλονται στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης και πολλοί από τον συγκεκριμένο πληθυσμό ατόμων το σχολιάζουν ως ένα κύριο αρνητικό χαρακτηριστικό ενόχλησης (Herscovitch, J., & Broughton, R., 1981).

Θεραπεία

Η θεραπευτική αγωγή που δίνεται στις διαταραχές του ύπνου μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική είτε συμβουλευτική. Η συμβουλευτική αγωγή έχει άμεση σχέση με τον ασθενή και την προσπάθειά του να ασπάζεται συμπεριφορές προκειμένου να βοηθήσει στην αντιμετώπιση διαταραχών του ύπνου. Από την άλλη στην θεραπευτική αγωγή που μπορεί να ακολουθήσει το άτομο χορηγώντας του φάρμακα φαίνεται να βελτιώνει όχι μόνο τον ύπνο αλλά και την ψυχολογία. Φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν είναι οι ντοπαμινεργικοί παράγοντες, βενζοδιαζεπίνες και οπιοειδή, ζαλεπλόνη ή ζολπιδέμη (Araújo, Taís; Jarrin, Denise C.; et al., 2017).

Στους ασθενείς που πάσχουν από υπνική άπνοια χορηγείται θεραπεία στην οποία περιλαμβάνεται συνεχής θετική πίεση των αεραγωγών αναπνευστικής οδού (CPAP) και τη μείωση δείκτη μάζας σώματος σε ασθενείς που πάσχουν από παχυσαρκία. Σε ελάχιστες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να προβεί σε χειρουργική λύση προκειμένου να διορθωθούν ανατομικά χαρακτηριστικά (Gaisl, Thomas; Haile, Sarah R.; Thiel, Sira; Osswald, Martin; Kohler, Malcolm, August 2019).

Έρευνες έχουν δείξει πως στο Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών η χορήγηση ερυθροποιητίνης και σιδήρου για την βελτίωση των τιμών στα φυσιολογικά επίπεδα όσο είναι εφικτό και για την εξάλειψη της αναιμίας, δε φαίνεται να συμβάλλει και στη μείωση των συμπτωμάτων RLS σε μακροπρόθεσμο επίπεδο αλλά σε βραχυπρόθεσμο. Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει ελάττωση αλλά και η περίπτωση διακοπής της δόσης τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, αναστολείς της σεροτονίνης, λιθίου αλλά και ανταγωνιστές της ντοπαμίνης που κατηγορούνται για επιβάρυνση συμπτωμάτων του συγκεκριμένου συνδρόμου (Stefansson, Hreinn; Rye, David B.; Hicks, Andrew; Et al., August 2007).

3.8. Σεξουαλική ζωή και X.N.N

Οι χρόνιοι ασθενείς που υπόκεινται στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης και οι έντονες λειτουργικές αλλαγές οι οποίες ακολουθούν κατά την εξέλιξη της νόσου, έρχονται σε ρήξη με την εικόνα που είχαν οι ίδιοι έως τώρα με τον εαυτό τους και την αντίληψη που είχαν σχετικά με την εικόνα τους και την εξωτερική τους εμφάνιση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να πλήττεται και το σεξουαλικό κομμάτι της ζωής τους (Palmer 2003). Οι αλλαγές αυτές επιδρούν και στις σχέσεις μεταξύ των συντρόφων είτε έγγαμοι είτε άγαμοι. Η άρνηση επιθυμίας και η δυσλειτουργία δεν αφορά μόνο τον αντρικό πληθυσμό αλλά και τον γυναικείο αφού είναι κοινό πρόβλημα (Vecchio M, Navaneethan SD, Johnson DW, Lucisano G, Graziano G, Saglimbene V, et al. (Cochrane Kidney and Transplant Group)., December 2010). Η εμφάνιση προβλημάτων στη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών όπου ένας από τους δύο είναι χρόνιος αιμοκαθαίρομενος ασθενής, αγγίζει και υπερβαίνει το ποσοστό της τάξεως εξήντα τις εκατό. Οι αλλαγές που δέχεται ο ασθενής σχετικά με την εικόνα του από τα σημάδια παρακέντησης του αγγειακού μοσχεύματος, τα οιδήματα των άκρων από την κατακράτηση υγρών αλλά και η έντονη μυρωδιά που προκαλεί η ουρία επηρεάζει και την αυτοπεποίθησή του και κατά συνέπεια την ψυχολογία του και το πόσο γίνεται αρεστός από το ζευγάρι του (Μπαλιώτη, Μπριστογιάννης, 2019).

Η χρόνια νεφρική νόσος και ειδικά στα στάδια τελικού σταδίου επηρεάζει τόσο τη γονιμότητα όσο και την σεξουαλική συμπεριφορά και των δύο φύλων. Οι συνέπειες της αιμοκάθαρσης που εμφανίζονται ως στυτική δυσλειτουργία στους άντρες και ανωμαλίες στον κύκλο της γυναίκας καθώς και μειωμένη γονιμότητα και στα δύο φύλα σχετίζονται άμεσα με την ουραιμία στον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών. Κάποιες μελέτες που έχουν γίνει, διαπίστωσαν πως η μεταμόσχευση νεφρού βοηθάει στην μετέπειτα σεξουαλική ζωή να ξανά γίνει ενεργή και κυρίως σε άνδρες και γυναίκες νεαρής ηλικίας (Palmer, et al., 1999).

Κεφάλαιο 4. Διαταραχές και ιδιαιτερότητες της αιμοκάθαρσης

Η χρόνια νεφρική νόσος και ιδιαίτερα στη μορφή τελικού σταδίου οδηγεί τον ασθενή σε μία πλήρη εξάρτηση από το μηχάνημα και τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης αφού αποτελεί την επικρατέστερη θεραπευτική επιλογή όπου ο κάθε ασθενής είναι απαραίτητο να αφιερώνει κάποιες πολύτιμες ώρες από την προσωπικό του χρόνο στις εβδομαδιαίες συνεδρίες. Οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με θέματα που επηρεάζουν κάθε είδους σχέση στην προσωπική τους ζωή. Αυτές οι προκλήσεις αφορούν άμεσα την επαγγελματική, οικογενειακή αλλά και κοινωνική ζωή και επηρεάζονται σε τέτοιο βαθμό που οι πιθανότητες για εμφάνιση ψυχοπαθολογικών διαταραχών αυξάνονται σε μεγάλο ποσοστό (Cukor et al., 2012). Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες οι οποίες έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν, προέκυψε το συμπέρασμα πως οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς πλήττονται κατά ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό από κατάθλιψη εν συγκρίσει με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση και αυτό διότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είναι αναγκασμένοι να αφιερώνουν χρόνο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους έχοντας μία σχέση εξάρτησης με το μηχάνημα. Αυτό συμβαίνει μόνο στη ΧΝΝ και σε καμία άλλη πάθηση (De Sousa, 2008). Από τη συγκεκριμένη μελέτη προκύπτει επίσης πως οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είναι αυτοί οι οποίοι έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους εξαιτίας της εξωνεφρικής θεραπείας που ακολουθούν (Perez-Dominguez, et al., 2012). Η εμφάνιση της κατάθλιψης ως την πιο συνήθη ψυχική διαταραχή στους χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, είναι συνέπεια των συνεχόμενων θεραπειών της ΑΜΚ, της μειωμένης κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης καθώς και της κακής ποιότητας ζωής. Ο αυξημένος αριθμός νοσηλειών, οι πολλαπλές φαρμακευτικές αγωγές, καθώς επίσης και η ελαττωμένη λειτουργική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι μερικοί ακόμα παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση επιπολασμού της κατάθλιψης (Molsted et al., 2007).

4.1. Διαιτητική αναπροσαρμογή ασθενών με ΧΝΝ

Η διαιτητική αναπροσαρμογή των ασθενών που ανήκουν στη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η εμφάνιση ανορεξίας συμβάλλει στη διαιτητική αναπροσαρμογή και φαίνεται να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Ένας από αυτούς είναι τα αυξημένα επίπεδα ουραιμίας αλλά και οι μειωμένες τιμές λευκοματίνης εξαιτίας ελάχιστης κατανάλωσης τροφών που περιέχουν πρωτεΐνη. Ένας κατασταλτικός παράγοντας της ανορεξίας φαίνεται να είναι και η εμφάνιση της κατάθλιψης. Ένας ακόμη παράγοντας που επιδεινώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της κακής ποιότητας ζωής του ατόμου που πάσχει από ΧΝΝ, είναι η εμφάνιση αναιμίας που επιδεινώνει την κλινική εικόνα του πάσχοντα καθώς επηρεάζεται ο αιματοκρίτης λόγω μειωμένης έκκρισης ερυθροποιητίνης προκαλώντας περισσότερη κόπωση και αίσθηση κούρασης. Αυτό έχει ως συνέπεια την μειωμένη λειτουργικότητα του ατόμου να καταφέρει να ανταπεξέλθει στις καθημερινές συνήθειές του (Tsaousis, et al., 2019).

Αυτό που προκαλεί μεγαλύτερο άγχος στη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων είναι η συνεχής προσπάθειά τους για περιορισμένη πρόσληψη τόσο υγρών όσο και τροφών που επιβαρύνουν την κλινική εικόνα ενός αιμοκαθαιρόμενου ασθενή που υπόκειται στη συγκεκριμένη διαδικασία τρεις φορές κάθε βδομάδα. Η σίτιση των συγκεκριμένων ατόμων θα πρέπει να περιορίζεται σε τροφές που είναι φτωχές σε κάλιο, νάτριο, φώσφορο και πρωτεΐνες προκειμένου να μην επέλθουν και δυσάρεστα αποτελέσματα όπως αύξηση αρτηριακής πίεσης και οτιδήποτε άλλο το οποίο επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία του ασθενούς. Επίσης, η ημερήσια πρόσληψη υγρών δε θα πρέπει να υπερβαίνει το μισό λίτρο και αυτό για να μη διαταράσσονται οι τιμές του ισοζυγίου των προσλαμβανόμενων υγρών στον οργανισμό και προκληθεί πνευμονικό οίδημα (Palmer, Suetonia C.; Maggo, Jasjot K.; et al., 2017).

Ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από ΧΝΝ και συνοδεύεται με συμπτώματα κατάθλιψης η οποία προκύπτει από την εξάρτησή τους με το μηχάνημα, κάνει ακόμα πιο δύσκολη την προσπάθεια κατανάλωσης συγκεκριμένης δίαιτας που απαιτεί η χρόνια νόσος. Η προσπάθεια των ασθενών να υιοθετήσουν συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες εξαρτάται επίσης και από την υποστήριξη που δέχονται είτε από το οικογενειακό τους περιβάλλον είτε από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Η κακή διατροφή σε συνδυασμό με την χρόνια νεφρική νόσο συνεπάγεται με τις μειωμένες τιμές της αλβουμίνης. Ασθενείς όμως που πήραν αντικαταθλιπτική αγωγή βελτίωσαν την διατροφή τους και κατά συνέπεια και τα επίπεδα αλβουμίνης (Σπυρίδη, κα, 2008).

4.2. Δυσκολία προσαρμογής στις νέες συνθήκες της ΧΝΝ

Η ανυπακοή των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες, στην φαρμακευτική αγωγή που τους δίνεται καθώς και η μη προσέλευσή τους στις προγραμματισμένες συνεδρίες που είναι υποχρεωμένοι να υπόκεινται, παίζει καθοριστικό ρόλο στον ρυθμό και στο πως εξελίσσεται η χρόνια νεφρική νόσος. Παράμετροι που επιδεινώνουν την συμμόρφωση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών είναι η ελάχιστη στήριξη που μπορεί να υπάρχει από το οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και η όχι και τόσο λειτουργική επικοινωνία τους με τους ίδιους τους γιατρούς. Οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου και είναι υποχρεωμένοι να προγραμματίζουν ραντεβού για θεραπεία, είναι δύσκολο έως και ανέφικτο να μη συμμορφωθούν αφού αυτό θα φανεί τόσο στον μηνιαίο έλεγχο που πραγματοποιείται για την παρακολούθηση εξέλιξης της νόσου όσο και στον συνεχή έλεγχο σωματικού βάρους (Deriemaeker, Peter; et al., 2010).

4.3. Εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων κατά την ΤΣΧΝΝ

Τα άτομα τα οποία ανήκουν στην ομάδα ασθενών τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής νόσου, έχουν πλήρη συνείδηση ωστόσο διακατέχονται από φοβίες καταδιωκτισμού και βλέπουν παντού τριγύρω τους εχθρούς. Αυτό χαρακτηρίζεται ως μία διαταραχή τόσο ψυχωσικής όσο και παθολογικής κλινικής εικόνας (Wilson, 1996). Η διαταραχή επονομαζόμενη και Delirium κάνει την εμφάνισή της σε ασθενείς που υποβάλλονται στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης και συμβαίνει λόγω των

έντονων διακυμάνσεων που υπάρχουν στις τιμές των ηλεκτρολυτών (Thomalla, et al., 2005).

Μία ακόμη μορφή διαταραχής που πλήττει τους χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι η δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία. Η συγκεκριμένη ψυχωσική κατάσταση παρουσιάζεται με την κλινική εικόνα της κατάθλιψης ωστόσο τα συμπτώματά της δεν είναι τόσο έντονα, αλλά σε μία πιο ήπια μορφή από την ευρέως γνωστή κλινική εικόνα της κατάθλιψης. Η δυσθυμική διαταραχή εκδηλώνεται με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, δυσκολία συγκέντρωσης, με έντονο αίσθημα κόπωσης αλλά και με διαταραχή σίτισης και ύπνου (Cohen S. D., Norris L., et al., 2007).

4.4. Γνωστική δυσλειτουργία

Η εμφάνιση της κατάθλιψης σε άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο, συνεπάγεται άμεσα τη μείωση γνωστικής ικανότητας εξαιτίας της μειωμένης λειτουργικότητας του συγκεκριμένου πληθυσμού ατόμων με τις καθημερινές τους ενασχολήσεις. Η γνωστική δυσλειτουργία πλήττει κυρίως την μεγαλύτερη σε ηλικία ομάδα ατόμων και όχι τόσο τους νεότερους (Bossola, et al., 2016). Ωστόσο, η μικρή μεταβολή γνωστικής ικανότητας στα συγκεκριμένα άτομα δε φαίνεται να γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτή από το ιατρική ή νοσηλευτικό προσωπικό. Η μειωμένη γνωστική λειτουργία φαίνεται να επηρεάζει τη μνήμη, τη λήψη αποφάσεων, τη συγκέντρωση ακόμη και την τάση για προκατάληψη. Οι έντονες διακυμάνσεις τόσο στο ισοζύγιο των υγρών στο σώμα όσο και στις τοξίνες που επηρεάζουν τις βασικές λειτουργίες του σώματος και του εγκεφάλου, συνεπάγονται με απώλεια μνήμης και με μειωμένα τα επίπεδα συγκέντρωσης οδηγώντας σε μειωμένη γνωστική ικανότητα του χρόνιου αιμοκαθαιρόμενου ασθενή.

4.5. Επαγγελματική απασχόληση

Η φυσική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο που πάσχει από χρόνια νεφρική νόσο, τα επίπεδα λειτουργικότητάς του αλλά και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαμορφώνουν και την εργασιακή απασχόλησή του. Η λειτουργικότητα του χρόνιου ασθενή επηρεάζεται και μεταβάλλεται συνεχώς αναλόγως τα επίπεδα της ουραιμίας και των προβλημάτων που προκύπτουν από την εξέλιξη της νόσου. Ένας από τους βασικούς λόγους που μειώνεται αρκετά ο αριθμός των ασθενών που υπόκεινται σε αιμοκάθαρση και εργάζονται ταυτόχρονα, είναι η εμφάνιση έντονης άρνησης για εργασία. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς αναγκάζονται να αλλάξουν πολλές από τις παλιές τους συνήθειες προκειμένου να ενταχθούν και να προσαρμοστούν στον νέο τρόπο ζωής τους βασισμένη δίνοντας προτεραιότητα στο μηχάνημα που τους δίνει ζωή (Καϊτελίδου, κα., 2007). Επιπλέον, έρευνες οι οποίες έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως ένα μεγάλο ποσοστό αιμοκαθαιρόμενων ασθενών παύουν να εργάζονται νωρίτερα από αυτό που τους επιτρέπει το νεαρό της ηλικίας τους ή υποχρεώνονται να αλλάξουν εργασιακό χώρο. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της

μειωμένης λειτουργικότητάς τους και των επαναλαμβανόμενων απουσιών που απαιτεί η διαδικασία της ΑΜΚ.

Ωστόσο, άτομα τα οποία αναγκάζονται να προβούν στην λύση της πρόωρης σύνταξης ή της αλλαγής επαγγέλματος, προκαλούν απαισιόδοξες σκέψεις στον ίδιο τους τον εαυτό έχοντας σαν αποτέλεσμα αρνητικές επιπτώσεις και στην προσωπική τους ζωή. Ταράζουν την προσωπική τους ηρεμία εξαιτίας του έντονου άγχους και της ανασφάλειας που τους διακατέχει, έχοντας την αμφιβολία κατά πόσο θα είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν στα καινούρια δεδομένα που παρουσιάζει η ασθένεια ταράσσοντας την ψυχική ηρεμία και τις καθημερινές συνήθειες (Johnson RJ, Sánchez-Lozada LG., 2013).

4.6. Αθλητική απασχόληση

Η συστηματική άσκηση έχει ευνοϊκά αποτελέσματα τόσο στη διατήρηση ή μείωση σωματικού βάρους όσο και στην τόνωση της ψυχολογίας που συνδέεται άμεσα με την ελάττωση ψυχικών διαταραχών. Η αθλητική απασχόληση στον γενικό πληθυσμό, πόσο μάλλον στη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, συμβάλλει στην ευεξία του οργανισμού αλλά και την τόνωση της λειτουργικότητα του σώματος. Βοηθάει στη μείωση δυσκαμψίας αρθρώσεων, στην καλή λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος αλλά και μειώνει επίπεδα πόνου στο μυοσκελετικό σύστημα. Πιο συγκεκριμένα η σωματική άσκηση στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς αυξάνει την αιματική ροή και περιορίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων των ανήσυχων ποδιών.

Ακόμη, η σωματική άσκηση βοηθάει τους μύες να γίνουν αρκετά πιο δυνατοί και ελαττώνει τα επίπεδα κόπωσης του ατόμου. Η πρόοδος της εικόνας της φυσικής κατάστασης όσο γίνεται και πιο έντονη, τόσο βελτιώνεται και η ψυχική κατάσταση του αιμοκαθαιρόμενου ατόμου λόγω του ότι αιματώνεται καλύτερα ο εγκέφαλος αλλά και μειώνονται τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η επίδραση που έχει η συστηματική σωματική άσκηση όχι μόνο στον οργανισμό αλλά και στην ψυχή είναι μεγάλη, η οποία βελτιώνει άμεσα και την ποιότητα ζωής (kidney link.org.,2017).

4.7.Ο κυρίαρχος ρόλος της οικογένειας

Η σπουδαιότητα του ρόλου, τόσο της οικογένειας όσο και των ατόμων που φροντίζουν τους χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, είναι μοναδική καθώς τους η προσφορά τους ως προς την ψυχολογική υποστήριξη βοηθά σε ένα μεγάλο βαθμό να μειωθούν τα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους που προκαλείται από την σχέση εξάρτησης που υπάρχει μεταξύ ασθενών και μηχανήματος. Οι φροντιστές αλλά και η οικογένεια συμμετέχουν ενεργά στη συμμόρφωση και στην ανάλογη προσαρμογή που απαιτούν οι καινούριες συνθήκες διαβίωσης, οι οποίες μεταβάλλονται συνεχώς εξαιτίας της χρόνιας νεφρικής νόσου. Η βοήθεια που προσφέρουν τα μέλη της οικογένειας στην καθημερινότητα του συγκεκριμένου πληθυσμού ατόμων, συμβάλλουν στην αύξηση του επιπέδου αυτοπεποίθησης αλλά και της αυτοεκτίμησης (Lilympaki, et al., 2016). Σύμφωνα με μία έρευνα που είχε διεξαχθεί στο παρελθόν, προκύπτει το συμπέρασμα πως οι χρόνιοι ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν κάποια

βοήθεια αλλά ούτε και καμία υποστήριξη από κάποιον, είτε άμεσο είτε όχι συγγενή, εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης αλλά και άγχους (Turkmen, et al., 2012).

Τόσο το οικογενειακό περιβάλλον όσο και οι φίλοι δεν είναι ικανοί μόνο να εντοπίσουν τις ψυχικές διαταραχές αλλά και να βοηθήσουν στον τρόπο αντιμετώπισής τους, είτε υποστηρίζοντας συναισθηματικά τους χρόνιους ασθενείς είτε με την κατάλληλη εκπαίδευση οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Με την ανάλογη εκπαίδευση σχετικά με την θεραπεία αλλά, την εξέλιξη δεξιοτήτων του περιβάλλοντος, με τον εμπλουτισμό γνώσεων αλλά και με την οικονομική υποστήριξη, είναι δυνατόν να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα στα άτομα που ανήκουν στην ομάδα των χρόνιων ασθενών (Lopes A. A., Bragg J., et al. 2002).

Η υποστήριξη αλλά και η βοήθεια που εισπράττουν οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς από το άμεσο συγγενικό τους περιβάλλον, τους οδηγεί στην αίσθηση πως δεν προσπαθούν μόνοι τους σε όλες αυτές τις αλλαγές που επιφέρει η νόσος κάνοντας το καλύτερο για όσο το δυνατόν μεγαλύτερη παράταση ζωής. Η χρόνια νεφρική νόσος δεν επηρεάζει μόνο την καθημερινότητα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, αλλά υφίσταται αλλαγές και η ζωή των συγγενών-φροντιστών (Ouzouni S., Kouidi E., et al.2009). όση εκπαίδευση χρειάζονται οι χρόνιοι ασθενείς από επαγγελματίες υγείας για να καταφέρουν αν ανταποκριθούν θετικά στις καινούριες αλλαγές της καθημερινότητάς τους εξαιτίας της νόσου, με ανάλογο τρόπο είναι απαραίτητο να εκπαιδευτεί και το περιβάλλον τους προκειμένου να είναι ικανό να φανεί υποστηρικτικό (Pagels A. A., Soderkvist B. K., Medin C., Hylander B., Heiwe S., 2012).

Κεφάλαιο 5 Συζήτηση

Τόσο η νοσηρότητα όσο και οι τιμές της θνησιμότητας είναι αρκετά υψηλές στην χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η οποία είναι μία πάθηση που φτάνει σε επίπεδα και μορφή τελικού σταδίου αναγκάζοντας τον πάσχοντα να αναπτύξει μία σχέση εξάρτησης μεταξύ του ίδιου και του μηχανήματος προκειμένου να έχει μία ποιοτική καθημερινότητα.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια επιφέρει τεράστιες αλλαγές τόσο στην καθημερινή ζωή των συγκεκριμένων ατόμων όσο και στην ψυχολογική τους κατάσταση. Οι πάσχοντες αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον τους είναι αναγκασμένοι να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα και στις καινούριες συνθήκες ζωής. Κάθε είδος χρόνιας πάθησης επηρεάζει τόσο τις σκέψεις που κάνουν τα άτομα που νοσούν όσο και οι νέες συνθήκες που είναι απαραίτητο να υιοθετήσουν. Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός χρόνιων ασθενών δηλώνει παραίτηση από καθημερινές δραστηριότητες οι οποίες επιφέρουν ευχαρίστηση αλλά και από οτιδήποτε παραγωγικό τους επιφέρει το εισόδημά τους, εξαιτίας της εγκατάλειψης των ψυχικών αλλά και σωματικών δυνάμεων.

Η κατάθλιψη με τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης και συνύπαρξης με την χρόνια νεφρική νόσο παίζει καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχωσικών διαταραχών στον ασθενή. Οι νοσούντες αναπτύσσουν έντονες σκέψεις και φοβίες οι οποίες συσχετίζονται με την αβεβαιότητα της νόσου και τις έντονες αλλαγές αλλά και την εξέλιξή της.

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος Τελικού Σταδίου επηρεάζει την ποιότητα ζωής του αιμοκαθαιρόμενου παράλληλα όμως και των ανθρώπων που ζουν δίπλα του. Η ποιότητα ζωής τους μεταβάλλεται καθώς η καθημερινότητά τους παίρνει άλλη μορφή βασισμένη στις διατροφικές στερήσεις, στην ανάπτυξη εξάρτησης μεταξύ ασθενή και μηχανήματος αιμοκάθαρσης, στις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που δέχεται ο ίδιος και στην ανάπτυξη υπομονής του πάσχοντα να αναμένει να βρεθεί συμβατός δότης για μεταμόσχευση νεφρού.

Το στενό οικογενειακό αλλά και το φιλικό περιβάλλον έχει τον κυρίαρχο ρόλο για την άμεση υποστήριξη του χρόνιου αιμοκαθαιρόμενου ασθενή, μειώνοντας αισθητά τα ψυχωτικά συμπτώματα εμφάνισης έντονου άγχους και κατάθλιψης. Ενδεχομένως να μην είναι δυνατή η πλήρης εξάλειψη των συμπτωμάτων αλλά είναι μία αισθητή βελτίωση η ελάττωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στο ελάχιστο δυνατό.

Οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που είναι απαραίτητη προϋπόθεση να υπόκεινται στη διαδικασία της υποστήριξης της διαδικασίας του τεχνητού νεφρού, για μία πιο ποιοτική καθημερινότητα, έρχονται αντιμέτωποι με τρεις φάσεις. Αρχικά με την φάση της ευεξίας, στην οποία ο ίδιος ο ασθενής νιώθει πλήρη έλεγχο του εαυτού του όντας ψυχικά και πνευματικά πιο διαυγής αλλά και οργανικά πιο λειτουργικός. Έπειτα είναι η φάση δυσανασχέτησης και ματαιοδοξίας στην οποία βρίσκεται ο αιμοκαθαιρόμενος εξαιτίας της προσπάθειας προσαρμογής στις έντονες αλλαγές των καθημερινών συνηθειών που επιβάλλεται να ακολουθήσουν. Τέλος, έρχονται αντιμέτωποι με την φάση της αποδοχής αφού ο νοσούντας καταφέρνει να

υιοθετήσει τις νέες συνήθειες και να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα της καθημερινότητας με οποιαδήποτε αλλαγές συνεπάγεται αλλά και περιορισμούς που επιφέρει η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Κεφάλαιο 6 Συμπεράσματα

Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια είναι μία ιδιαίτερη πάθηση που πλήττει τα τελευταία χρόνια ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων έχοντας μία αυξανούσα πορεία. Η συγκεκριμένη νόσος επιφέρει αρκετές αλλαγές ως προς την λειτουργικότητα των ασθενών, την καθημερινότητά τους αλλά και συνήθειές τους που καλούνται να προσαρμόσουν στα νέα δεδομένα που έχουν προκύψει από την Χρόνια Νεφρική Νόσο.

Η συνύπαρξη ψυχωσικών διαταραχών και χρόνιας νεφρικής νόσου γίνεται όλο και εντονότερη, καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης κάνουν αισθητή την παρουσία τους από τα πρώτα κιόλας στάδια της χρόνιας πάθησης είτε γιατί οι ίδιοι οι ασθενείς καλούνται να αλλάξουν την καθημερινότητά τους και να υιοθετήσουν καινούριες συνήθειες, είτε γιατί παρουσιάσουν έντονη άρνηση στο να αποδεχτούν τα νέα δεδομένα και να αναζητήσουν βοήθεια τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από ανθρώπους του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Αρκετά συχνά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχοντας ως κύριο κεντρικό άξονα την ανακούφιση των χρόνιων ασθενών από τα συμπτώματα λειτουργικότητας του οργανισμού, παραγκωνίζουν την επίπτωση που έχουν στην ψυχολογία του ασθενούς έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξουσα πορεία εμφάνισης κατάθλιψης.

Η γρήγορη ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών και η άμεση αντιμετώπισή τους ευνοεί την εξέλιξη της χρόνιας αυτής πάθησης. Από τα δεδομένα της νόσου που έχουν προκύψει έως τώρα, συμπεραίνουμε οι ασθενείς που νοσούν από Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου και οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έχουν αρκετές ομοιότητες όσον αφορά τα συμπτώματα ψυχωτικών διαταραχών και πιο συγκεκριμένα εμφάνισης κατάθλιψης. Αυτό που έχει όμως προτεραιότητα είναι η αναζήτηση βοήθειας είτε θεραπευτικής είτε συμβουλευτικής από ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να γίνει έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων και να βοηθήσουν οι χρόνιοι ασθενείς να επέλθουν σε μία ψυχική ισορροπία.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Adams KS, Breden Crouse EL (2014). "Melatonin agonists in the management of sleep disorders: A focus on ramelteon and tasimelteon". *Mental Health Clinician*. 4 (2): 59–64. However, the clinical relevance of this objective and therefore the author's conclusion that these results support the potential use of ramelteon in circadian rhythm sleep disorders is questionable. ... It is unclear whether Takeda Pharmaceuticals will pursue FDA indications for ramelteon for circadian rhythm disorders given these results" <https://doi.org/10.9740%2Fmhc.n190087> .

American Academy of Sleep Medicine (2014). *International Classification of Sleep Disorders*, 3rd edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.

American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Supplement 2) doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001.

Andersson J, Ekdahl KN, Lambris JD, Nilsson B (May 2005). "Binding of C3 fragments on top of adsorbed plasma proteins during complement activation on a model biomaterial surface". *Biomaterials*. 26 (13): 1477–85

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0142961204004879?via%3DiHub> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15522749> .

Anders, Eli Osterweil (2016). "A Plea for the Lancet': Bloodletting, Therapeutic Epistemology, and Professional Identity in Late Nineteenth-century American Medicine". *Social History of Medicine*. 29 (4): 781–801. Arguing that it was the physician's obligation to be active and to intervene when necessary, bloodletting proponents explicitly contrasted themselves with advocates of expectant treatment, whom they portrayed as passive, timid, and unwilling to do what was necessary to save their patients. <https://doi.org/10.1093%2Fshm%2Fhkw026> .

Araújo, Taís; Jarrin, Denise C.; Leanza, Yvan; Vallières, Annie; Morin, Charles M. (2017-02-01). "Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field". *Sleep Medicine Reviews*. 31: 58–69

<https://doi.org/10.1016%2Fj.smr.2016.01.003>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4945477> .

Boulogne J. (2001): *Medical myths and notions in Ancient Greece*, *Med Nowozytna*; 8(2):33-52.

Bristowe Katherine , Selman Lucy E., Higginson Irene J., Fliss E. Murtagh M. Invisible, and intangible illness: a qualitative interview study of patients' experiences and understandings of conservatively managed end-stage kidney disease, *Annals of Palliative Medicine* 2018, doi: 10.21037/apm.2018.12.06 <https://apm.amegroups.com/article/view/23218/23533>.

Carswell Cl. (2019) Implementing an arts-based intervention for patients with end-stage kidney disease whilst receiving haemodialysis: a feasibility study protocol <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0389-y> .

Cavalli A, Del Vecchio L, Anzoni C, Locatelli F. *Minerva Urol Nefrol.* 2010;62(1):1-11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20424566> .

Centres for Disease Control Prevention (CDC) (March 2007). "Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors--United States, 1999-2004". *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report.* 56 (8): 161–5 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17332726> .

Chiesa A, Serretti A (April 2014). "Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence". *Substance Use & Misuse.* 49 (5): 492–512 PMID_(identifier)

<https://doi.org/10.3109%2F10826084.2013.770027>
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:34990668https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23461667> .

Cohen S. D., Norris L., Acquaviva K., Peterson R. A., Kimmel P. L. (2007). Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 2, 1332–1342. 10.2215/CJN.03951106

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17942763/>
https://journals.lww.com/cjasn/Abstract/2007/11000/Screening,_Diagnosis,_and_Treatment_of_Depression.36.aspx .

Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18(12), 3042-3055.

Cukor D., Fruchter Y., Ver Halen N., Naidoo S., Patel A., Saggi S. J. (2012). A preliminary investigation of depression and kidney functioning in patients with chronic kidney disease. *Nephron. Clin. Pract.* 122, 139–145

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23736810/> .

Cho Y, Johnson DW (August 2014). "Peritoneal dialysis-related peritonitis: towards improving evidence, practices, and outcomes". *American Journal of Kidney Diseases.* 64 (2): 278–289 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24751170>.

Chow SK, Tam BM. Is the kidney disease quality of life36 (KDQOL-36) a valid instrument for Chinese dialysis patients? *BMC Nephrol.* 2014;15(1):199.

Daugirdas, J. T. ed 2011. *Handbook of chronic kidney disease management (Vol)* Lippincott Williams & Wilkins.

Deriemaeker, Peter; Aerenhouts, Dirk; Hebbelinck, Marcel; Clarys, Peter (2010-03-01). "Nutrient based estimation of acid-base balance in vegetarians and non-vegetarians". *Plant Foods for Human Nutrition (Dordrecht, Netherlands).* 65 (1): 77–82 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20054653/> .

De Sousa A. (2008). Psychiatric issues in renal failure and dialysis. *Indian J Nephrol.*, 18(2): 47-50.

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

Fallowfield, L. (1990), *The quality of life: the missing measurement in health care*, London, Souvenir Press.

Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology*. 2000;56(2):201-206.

Gaisl, Thomas; Haile, Sarah R.; Thiel, Sira; Osswald, Martin; Kohler, Malcolm (August 2019). "Efficacy of pharmacotherapy for OSA in adults: A systematic review and network meta-analysis". *Sleep Medicine Reviews*. 46: 74–86

<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:149455430>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31075665>

<https://doi.org/10.1016%2Fj.smr.2019.04.009>

Gerogianni Stavroula , Babatsikou Fotoula, Gerogianni Georgia , Grapsa Eirini et al., 'Concerns of patients on dialysis: A Research Study' , *HEALTH SCIENCE JOURNAL*(2014), VOLUME 8 ISSUE 4.

Ghelichi-Ghojogh M, Fararouei M, Seif M, Pakfetrat M. Chronic kidney disease and its health-related factors: a case-control study. *BMC Nephrol*. 2022;23(1):24. doi: 10.1186/s12882-021-02655-w. PMID: 35012483; PMCID: PMC8751377.

Hamonet C., Magalhaes T. (2001): *The notion of health*, *Presse Med*. 2001; Mar 31; 30(12):587-90.

Harissis HV, Katsios CS, Koliouisi EL, Ikonomou MG, Siamopoulos KC, Fatouros M, Kappas AM (July 2006). "A new simplified one port laparoscopic technique of peritoneal dialysis catheter placement with intra-abdominal fixation". *American Journal of Surgery*. 192 (1): 125–129

<https://doi.org/10.1016%2Fj.amjsurg.2006.01.033>

PMID_(identifier)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16769289> .

Hawamdeh S, et al, Determinants and prevalence of depression in patients with chronic renal disease, and their caregivers. PMID:28740416.PMCID:PMC5503667.

Hedayati, S. S., & Finkelstein, F. O. (2009). Epidemiology, Diagnosis, and Management of Depression in Patients With CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 54(4), 741-752. doi: 10.1053/j.ajkd.2009.05.003.

Herscovitch, J., & Broughton, R. (1981). Sensitivity of the Stanford sleepiness scale to the effects of cumulative partial sleep deprivation and recovery oversleeping. *Sleep*, 4(1), 83–92.

Hirshkowitz M (2004). "Chapter 10, Neuropsychiatric Aspects of Sleep and Sleep Disorders (pp 315-340)" (Google Books preview includes entire chapter 10).

Yudofsky SC, Hales RE (eds.). Essentials of neuropsychiatry and clinical neurosciences (4 ed.). Arlington, Virginia, USA: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-1-58562-005-0. ...insomnia is a symptom. It is neither a disease nor a specific condition. (From p. 322)

<https://books.google.com/books?id=XXhu7yb3QtsC&q=%22Max+Hirshkowitz%22&pg=PA315>.

Johnson RJ, Sánchez-Lozada LG (October 2013). "Chronic kidney disease: Mesoamerican nephropathy--new clues to the cause". *Nature Reviews. Nephrology*. 9 (10): 560–1

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23999393>
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:20611337> .

Kalantar-Zadeh K, Lockwood MB, Rhee CM, Tantisattamo E, Andreoli S, Balducci A, Laffin P, Harris T, Knight R, Kumaraswami L, Liakopoulos V, Lui SF, Kumar S, Ng M, Saadi G, Ulasi I, Tong A, Li PK (Jan 3, 2022). "Patient-centred approaches for the management of unpleasant symptoms in kidney disease". *Nat Rev Nephrol*. 18 (2): 001–017 <https://doi.org/10.1038%2Fs41581-021-00518-z> PMID_(identifier) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34980890>
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:245636182> .

Kazancıoğlu R. Risk factors for chronic kidney disease: an update. *Kidney Int Suppl* (2011). 2013;3(4):368-371. doi:10.1038/kisup.2013.79.

K.D.I.G.O. Definition and Classification of Chronic Kidney Disease: A position statement from KDIGO, Kidney International, by the International Society of Nephrology, 2005, 67 p 2089 – 2100.

Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. (August 2013). "Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis". *Clinical Psychology Review*. 33 (6): 763–71 <https://doi.org/10.1016%2Fj.cpr.2013.05.005> PMID_(identifier) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23796855> .

Kimmel PL, Peterson RA (2005). Depression in end-stage renal disease Patients treated with hemodialysis: toolw, correlates outcomes and needs. *Seminars in Dialysis*, 18:91-97.

Kovacs J.(1998): The concept of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy* 1: 31–39.

Ladhani M, Craig JC, Irving M, Clayton PA, Wong G (March 2017). "Obesity and the risk of cardiovascular and all-cause mortality in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis". *Nephrology, Dialysis, Transplantation*. 32 (3): 439–449.

Lopes AA, Albert JM, Young WE, Satayathum S, Pisoni LR, Andreucci EV. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the doops. *Kidney int*. 2004;66:2047-53.

Lopes A. A., Bragg J., Young E., Goodkin D., Mapes D., Combe C., et al. (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int.* 62, 199–207. 10.1046/j.1523-1755.2002.00411.x [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)48537-0/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)48537-0/fulltext)

Mahowald MW. (2000). What is causing excessive daytime sleepiness: Evaluation to distinguish sleep deprivation from sleep disorders. *Postgrad Med*, 107, pp.108-23.

Merlino G., Piani A, Dolso P., et al. (2006). Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplan t*, 21:184-190.

Molnar MZ, Novak M, Mucsi I. (2006). Management of restless legs syndrome in patients on dialysis. *Drugs*, 66: 607-624.

Molsted S., Prescott L., Heaf J., Eidemak I. (2007). Assessment and clinical aspects of health-related quality of life in dialysis patients and patients with chronic kidney disease. *Nephron. Clin. Pract.* 106, c24–c33. 10.1159/000101481

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17409766/> .

Mordaccci R. (1995): Health as an analogical concept, *J Med Philos* Oct;20(5):475-97.

Murphy T (2016-07-14). "Actions - H.R.2646 - 114th Congress (2015-2016): Helping Families in Mental Health Crisis Act of 2016". www.congress.gov. Retrieved 2021-05-06. Helping Families in Mental Health Crisis Act of 2016". www.congress.gov. Retrieved 2021-05-06.

Nazzal Z, Hamdan Z, Masri D, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease among Palestinian type 2 diabetic patients: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.* 2020;21(1):484. doi:10.1186/s12882-020-02138-4.

National Kidney and Urologic Disease Information Clearinghouse (NKUDIC), a service of the National Institute of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases.

O'Brien ME. (1990). Compliance Behavior and long-term maintenance dialysis. *Am J Kidney Dis.*, 15:209-214.

Ossareh S, Tabrizian S, Zebarjadi M, Joodat R. (2014). Prevalence of depression in maintenance haemodialysis patients and its correlation with adherence to medications. *Iranian journal of Kidney Diseases*, 8 (6):467-74.

Ouzouni S., Kouidi E., Sioulis A., Grekas D., Deligiannis A. (2009). Effects of intradialytic exercise training on health-related quality of life indices in hemodialysis patients. *Clin. Rehabil.* 23, 53–63. 10.1177/0269215508096760

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215508096760>

Pagels A. A., Soderkvist B. K., Medin C., Hylander B., Heiwe S. (2012). Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. *Health Qual. Life Outcomes* 10, 71. 10.1186/1477-7525-10-71

<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-71>

Palmer BF. (1999). Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol.*, 10:1381-8.

Palmer, Suetonia C.; Maggo, Jasjot K.; Campbell, Katrina L.; Craig, Jonathan C.; Johnson, David W.; Sutanto, Bernadet; Ruospo, Marinella; Tong, Allison; Strippoli, Giovanni Fm (2017-04-23). "Dietary interventions for adults with chronic kidney disease". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 (4): CD011998

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28434208/>

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011998.pub2/full>

Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Castle, D. J., McEvedy, S. M., & Ski, C. F. (2017). Psychosocial interventions for depressive and anxiety symptoms in individuals with chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 8, 992.

Perez-Dominguez T., Rodriguez-Perez A., Garcia-Bello M., Buset-Rios N, RodriguezEsparragon F., Parodis-Lopez Y, Rodriguez-Perez J. (2012). Progression of chronic kidney disease. Prevalence of anxiety and depression in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Nefrologia*, 32(3):397-9,

<https://www.revistanefrologia.com/en-progression-chronic-kidney-disease-prevalence-articulo-X2013251412001184>

Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PM, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychoso m Res*. 2012;72(2):129-135.

Rebollo P, Bobes J, González MP, Saiz P, Ortega F. Factors associated with health related quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Nefrologia*. 2000;20(2):171-181.

Sakurai T, Amemiya A, Ishii M, Matsuzaki I, Chemelli RM, Tanaka H, Williams SC, Richardson JA, Kozlowski GP, Wilson S, Arch JR, Buckingham RE, Haynes AC, Carr SA, Annan RS, McNulty DE, Liu WS, Terrett JA, Elshourbagy NA, Bergsma DJ, Yanagisawa M (1998). „Orexins and orexin receptors: a family of hypothalamic neuropeptides and G protein-coupled receptors that regulate feeding behavior”. *Cell* 92 (4): 573–85 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9491897>

Santos P. R., et al, Religious coping methods predict depression and quality of life among end- stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study, *BMC Nephrology*. 2017, June article 197,

<https://doi.org/10.1186/s12882-017-0619-1>.

Schramme T (2007): Lennart Nordenfelt's theory of health: Introduction to the theme *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10:3–4.

Shirazian, S., Aina, O., Park, Y., Chowdhury, N., Leger, K., Hou, L., Mathur, V. S. (2017). Chronic kidney disease-associated pruritus: impact on quality of life and

current management challenges. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease* , Volume 10, 11-26. doi:10.2147/ijnrd.s108045.

Song YS, Yang HJ, Song ES, Han DC, Moon C, Ku JH. Sexual function and quality of life in Korean women with chronic renal failure on hemodialysis: casecontrol study. *Urology*. 2008 Feb;71(2):243-6.

Spoormaker, V. I., & Van Den Bout, J. (2006). Lucid dreaming treatment for nightmares: a pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(6), 389-394.

Stefansson, Hreinn; Rye, David B.; Hicks, Andrew; Petursson, Hjorvar; Ingason, Andres; Thorgeirsson, Thorgeir E.; Palsson, Stefan; Sigmundsson, Thordur; Sigurdsson, Albert P.; Eiriksdottir, Ingibjorg; Soebach, Emilia; Bliwise, Donald; Beck, Joseph M.; Rosen, Ami; Waddy, Salina; Trotti, Lynn M.; Iranzo, Alex; Thambisetty, Madhav; Hardarson, Gudmundur A.; Kristjansson, Kristleifur; Gudmundsson, Larus J.; Thorsteinsdottir, Unnur; Kong, Augustine; Gulcher, Jeffrey R.; Gudbjartsson, Daniel; Stefansson, Kari (16 August 2007). "A Genetic Risk Factor for Periodic Limb Movements in Sleep". *New England Journal of Medicine*. 357 (7): 639–647
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17634447>
<https://doi.org/10.1056%2FNEJMoa072743>
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:44726156> .

Täljedal Inge-Bert (2004): Strong holism, weak holism, and health, *Medicine, Health Care and Philosophy* 7: 143–148.

Taousis, V., Dardas, A., Tsavlis, D., Papakatsika, S., Gavriilidou, A. et al. (2019), Quality of sleep-in patients with end-stage renal failure. *PNEUMON*, 32(1-2):23-30
http://www.pneumon.org/assets/files/2019/PNEUMON_2019_1-2.pdf.

Thomalla G, Barkmann C, Romer G. (2005). Psychosocial symptoms in children of haemodialysis patients. *Praxis der Kidney psychology and Kidney psychiatry*, 54:399-416.

"The Waiting List". www.kidneylink.org. Archived from the original on 2017-07-13. Retrieved 2015-03-09.

<https://web.archive.org/web/20170713113505/http://www.kidneylink.org/TheWaitingList.aspx> .

Tuomilehto HP, Seppä JM, Partinen MM, Peltonen M, Gylling H, Tuomilehto JO, Vanninen EJ, Kokkarinen J, Sahlman JK, Martikainen T, Soini EJ, Randell J, Tukiainen H, Uusitupa M (February 2009). "Lifestyle intervention with weight reduction: first-line treatment in mild obstructive sleep apnea". *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 179 (4): 320–7
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19011153> .

Tuttle KR, Alicic RZ, Duru OK, et al. Clinical Characteristics of and Risk Factors for Chronic Kidney Disease Among Adults and Children: An Analysis of the CURE-CKD Registry. *JAMA New Open*. 2019;2(12): e1918169. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.18169.

Vander, Arthur J., ed June 2001. Human Physiology Hardcover.

Vassiliou G, Vassiliou V. A transactional approach to mental health: An experiment in Greece. In: Riess BF ed. New direction in mental health. New York: Grune and Stratton, Vol 1, 1986:282.

Vecchio M, Navaneethan SD, Johnson DW, Lucisano G, Graziano G, Saglimbene V, et al. (Cochrane Kidney and Transplant Group) (December 2010). "Interventions for treating sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease". The Cochrane Database of Systematic Reviews (12): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21154382> .

Ware JE, Sherbourne CD, (1992), The Medical Outcome Study, 36-item Short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Med Care 30: 473-483.

Wiedebusch S, Konrad M, Foppe H, Reichwald-Klugger E, Schaefer F, Schreiber V, Muthny FA. Health-related quality of life, psychosocial strains, and coping in parents of children with chronic renal failure. Pediatr Nephrol. 2010;25(8):1477-85 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20461533> .

Wilson P. (1996). Psychiatric Aspects of the dialysis patient. In Jacobs C, Koch CM, Winchester JF. Replacement of renal function by dialysis, 1455-64.

White SL, Chadban SJ, Jan S, Chapman JR, Cass A. How can we achieve global equity in provision of renal replacement therapy? 2008;86(3):229-237

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18368211> .

WHO (1993) Continuous Quality Development: a proposal national policy WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

World Health Organization (WHO), (2000): global strategy for health for all by the year.

Ελληνόγλωσσα

Αργεντου2009 Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία “ΕΛΕΥΘΩ”, 1:25-30, 2009.

Βεργεζέμης Β. Βασικές Αρχές Νεφρολογίας. Εκδ., Πασχαλίδης. Αθήνα, 2003.

Βλαχογιάννης, Ι (2009) Κλινική Νεφρολογία και Υπέρταση . Αθήνα : Εκδόσεις Πασχαλίδη .

Θεοφίλου Π, Γείτονα Μ.(2008), Συγκριτική αποτίμηση των μεθόδων αιμοκάθαρσης με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα και της αιμοδιαδιήθησης για την αντιμετώπιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου, Φαρμακοοικονομία .3:5-11.

Θεοφίλου Π, Παναγιωτάκη Ε. Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας. Νοσηλευτική. 2010;49(3):295–304.

Θεοφίλου Π. Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2011;3(2):70-80.

Ζηρογιάννης, Π. Δαρδαμάνη – Προβατοπούλου, Μ. (2007) Ο Τεχνητός Νεφρός στον 21ο αιώνα θεωρία, πράξη, προοπτικές . Σπάρτη .Ελληνικό Κολλέγιο Νεφρολογίας και Υπέρτασης.

Ζηρογιάννης, Π . Περίδης, Α . Διαμαντόπουλος,Δ.(2005) Κλινική Νεφρολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Τεχνόγραμμα .Αθήνα .

Ιωαννίδης ,Η. (2007) Επίτομη Κλινική Νεφρολογία .Εκδόσεις Ροτόντα .

Καμπα ,Ε. Γερογιαννη ,Γ . Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια ..Το Βήμα του Ασκληπιού .2014 .13(3) 271-280.

Καραδήμας Ε. (2005): Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθήτω, Αθήνα.

Καυκία Θ. Νεφρολογική Νοσηλευτική. Έκδ., University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2003.

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

Κουτελέκος Ι, Παναγιωτάκου Σ. Προσέγγιση στη νοσοκομειακή συμβουλευτική-δεξιότητες συμβουλευτικής στη νοσηλευτική πράξη. Σε: Νταφογιάννη Χ, Νεστορίδου Α. (Επιμ. Εκδ.). Φροντίδα ασθενών με ειδικά προβλήματα υγείας. Εκδόσεις «Ελλην», Αθήνα, 2004.

Μπαλιώτη Α., Μπριστογιάννης Γ., Η σεξουαλική δυσλειτουργία σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, INFOUROLOGY διαθέσιμο στο

https://www.iatrikionline.gr/url_47/6.pdf .

Οικονόμου ,Μ. Κόκωση, Μ. Τριαντάφυλλου, Ε. Χριστοδούλου, Γ. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία . Εννοιολογικές Προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001,18 (3) : 239 -253.

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.(1995): Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Πολυκανδριώτη Μ, Ευαγγέλου Ε, Βλάχος Χ, Δημητρακοπούλου Π, Κερμελή Π, Κουκουλάρης Δ, Κυρίτση Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2005;4(2):93.

Σαρρής Μ (2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Εκδ. Παπαζήση , Αθήνα.

Σαχίνη Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1994). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές Διαδικασίες, 1: 271-272.

Σοφικίτη και συν 2009, Θεοφίλου, Μωυσιάδου & Καλλέργης 2014, Λενή και συν 2013, Κατελίδου και συν 2007.

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

Τούντας Γ.(2000): Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα.

Υφαντοπουλος Γ,Ν. Σαρρής , Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής , Μεθοδολογία μέτρησης . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001 , 18 (3) : 218 – 229.

Χονδρογιάννης & Σκαπινάκης (2012). Κατάθλιψη και τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

https://www.ene.gr/eneojs_new/index.php/en/article/view/195 .