



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Αξιολόγηση της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και της συμμόρφωσης ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση»

Μεταπτ. Φοιτήτρια: Ζωή-Μαρία Φωταράκη

Αθήνα 2021

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

1. Βικτώρια Αλικάρη, Λέκτορας, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Υπογραφή

2. Βασιλόπουλος Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)
3. Γερογιάννη Γεωργία, Επίκουρος Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Φωταράκη Ζωή-Μαρία του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 19006 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, 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».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η δηλούσα,

Ζωή-Μαρία Φωταράκη

Βικτώρια Αλικάρη, Λέκτορας Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας,

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια).

Copyright ©**Φωταράκη Ζωή-Μαρία**, 2021. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής. Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή.....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	3
1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.....	4
1.2 Αίτια	5
1.3 Διάγνωση.....	6
1.4 Κλινική εικόνα	7
1.5 Σταδιοποίηση ΧΝΝ.....	8
1.6 Υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας.....	8
2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	11
2.1 Ορισμός κατάθλιψης	11
2.2 Αίτια κατάθλιψης	11
2.3 Κλινική εικόνα	12
2.4 Διάγνωση.....	13
2.5 Θεραπεία	14
2.5.1 Διατροφή.....	14
2.6 Η κατάθλιψη στη ΧΝΝ	15
3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ.....	17
3.1.1 Ο δείκτης λειτουργικότητας Karnofski	17
3.1.2 Ο δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)	17
3.1.3 Ο δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.....	18
3.1.4 Λειτουργική ικανότητα	18
3.1.5 Φυσική λειτουργικότητα	18
3.2 Η λειτουργικότητα στη ΧΝΝ	19
3.3 Σημασία της αυτο-φροντίδας ως προς τη λειτουργικότητα και η σχέση της με την χρόνια ασθένεια.....	19
3.3.1. Εμπόδια στην αυτοφροντίδα	21
3.3.2. Ενίσχυση της αυτοφροντίδας	23
3.4. Η κοινωνική υποστήριξη.....	24
4. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ.....	26
4.1 Ορισμός Συμμόρφωσης.....	26
4.2 Μέτρηση Συμμόρφωσης	26

4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη συμμόρφωση των ασθενών με ΧΝΝ	27
4.4 Η μη συμμόρφωση στην αιμοκάθαρση	27
4.5 Παράγοντες που συμβάλλουν στη μη συμμόρφωση του ασθενούς με ΧΝΝ	28
5. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ, ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.....	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	33
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ.....	34
1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	34
1.1 Δείγμα της μελέτης.....	34
1.2 Εργαλεία μέτρησης	35
1.2.1. Χαρακτηριστικά ασθενών	35
1.2.2. Εργαλείο για την αξιολόγηση της κατάθλιψης των ασθενών	36
1.2.3. Εργαλείο για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών	36
1.2.4. Εργαλείο για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών	37
1.3 Στατιστική ανάλυση	37
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	39
2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	39
2.1.1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.....	39
2.1.2. Αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών	42
2.1.3. Αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών	44
2.1.4. Αξιολόγηση της κατάθλιψης των ασθενών	45
2.2. Στατιστικά αποτελέσματα	46
2.2.1. Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών	46
2.3. Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στην κατάθλιψη	49
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	55
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	56
ABSTRACT	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	58

Εισαγωγή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες η συχνότητα εμφάνισης της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου αυξάνεται σημαντικά με αποτέλεσμα ολοένα και περισσότερο τα άτομα να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Την σημερινή εποχή τα αλματώδη επιτεύγματα στη Νοσηλευτική επιστήμη σε συνδυασμό με την τεχνολογία επέφεραν παράταση της ζωής σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN) τελικού σταδίου αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για την δημόσια υγεία παγκοσμίως. Ουσιαστικά μέσω της αιμοκάθαρσης υποκαθίσταται η νεφρική δυσλειτουργία.¹

Παγκόσμια δεδομένα επισημαίνουν τον ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Για παράδειγμα, στη Σαουδική Αραβία εκτιμάται αύξηση του αριθμού των ασθενών υπό αιμοκάθαρση κατά 10-15 φορές μεταξύ 1983 έως 2005. Το ποσοστό των ασθενών που υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση στην Σαουδική Αραβία ξεπερνούσε τους 10.000 ασθενείς το 2014.² Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Ιορδανίας σημειώθηκε σημαντική αύξηση των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση από 2.636 το 2007 σε 4.767 το 2012.³ Η μελέτη σχετικά με την αιμοκάθαρση σε διάφορες χώρες δείχνει τον μεγάλο αριθμό ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση καθώς σημειώνεται η ύπαρξη 327 κέντρων αιμοκάθαρσης στις χώρες Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ιαπωνία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ηνωμένες Πολιτείες.⁴ Στην Ελλάδα το ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ανέρχεται στους 12.832 ασθενείς σε περίπου 125 μονάδες τεχνητού νεφρού.⁵

Τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση λόγω της XNN τελικού σταδίου επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό με αποτέλεσμα να βιώνουν ψυχικές διαταραχές.¹ Η κατάθλιψη ορίζεται ως μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση και αποστροφή από δραστηριότητες. Τα συναισθήματα ενός ατόμου, η σκέψη του, η συμπεριφορά του και η αίσθηση ευημερίας που μπορεί να βιώνει επηρεάζονται από την κατάθλιψη. Τα άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία διακατέχονται συχνά από συναισθήματα λύπης και ανησυχίας.⁶

Ο ορισμός της συμμόρφωσης αποδίδεται στον βαθμό που το άτομο συμπεριφέρεται ορθά, σύμφωνα με τις οδηγίες του επαγγελματία υγείας όσον αφορά την λήψη φαρμάκων, την προτεινόμενη διαίτα ή την αλλαγή του τρόπου ζωής. Η εμφάνιση χαμηλών επιπέδων συμμόρφωσης όσον αφορά την αιμοκάθαρση προβληματίζει την κλινική συμπεριφορά και φέρει την αντίστοιχη σημαντική οικονομική επιβάρυνση. Η επιτυχής προσπάθεια για να βελτιωθεί η συμμόρφωση των ασθενών, εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, με πολύπλοκη

και ασαφή επίδραση τις περισσότερες φορές. Ωστόσο, παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς, τη θεραπεία, την νόσο, την εξάρτηση των ασθενών από κοινωνικοοικονομικά κριτήρια, τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη θεραπεία, καθώς και την σχέση-επικοινωνία μεταξύ ασθενούς-επαγγελματία υγείας φαίνεται να διατηρούν σταθερό αντίκτυπο στη συμμόρφωση.⁷

Επιπλέον, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση λόγω της σωματικής και γνωστικής εξασθένησης βιώνουν απώλεια της λειτουργικότητας στη καθημερινή ζωή και μείωση του βαθμού ανεξαρτησίας. Αναλυτικότερα, ο άρρωστος οδηγείται από την ανεξαρτησία σε μια κατάσταση εξάρτησης από το μηχάνημα και τους επαγγελματίες υγείας.⁸

Φαίνεται ότι τα τρία αυτά σημεία (κατάθλιψη, λειτουργικότητα, συμμόρφωση) επηρεάζουν σημαντικά τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Επιπλέον, οι τρεις αυτοί παράγοντες πιθανόν να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ζωή των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν συμμορφώνονται στο σχήμα της αιμοκάθαρσης. Είναι σημαντικό η κατάθλιψη να αναγνωρίζεται έγκαιρα από τους επαγγελματίες υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και της συμμόρφωσης ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

1.1 Επιδημιολογικά δεδομένα

Εν μέσω της γήρανσης του πληθυσμού, των αλλαγών του τρόπου ζωής και της αστικοποίησης που πραγματοποιείται με ταχείς ρυθμούς, η σημασία των μη μεταδοτικών ασθενειών σε χώρες με χαμηλό εισόδημα και μεσαίο εισόδημα αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο. Το 2011 η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών ενέκρινε ψήφισμα που αναγνωρίζει την επικείμενη επιβάρυνση σε όλο τον κόσμο όπως και την απειλή μη μεταδοτικών ασθενειών. Παρόλα αυτά, λίγες επιδημιολογικές μελέτες όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης, τον επιπολασμό, και την αιτία των ασθενειών αυτών έχουν εκπονηθεί. Η ΧΝΝ η οποία σχεδόν διπλασιάστηκε ως αιτία θανάτου παγκοσμίως μεταξύ 1990 και 2010 και αποτελούσε την 18η υψηλότερη αιτία θανάτου σε όλο τον κόσμο το 2010, ανήκει σε αυτήν την κατηγορία ασθενειών.^{9,10,11}

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος αποτελεί πρόβλημα στην δημόσια υγεία παγκοσμίως, διότι η οικονομική επιβάρυνση συνεχώς αυξάνεται. Επίσης άλλον έναν λόγο αποτελεί η πρόωρη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Από την ομάδα της Παγκόσμιας Βαρύτητας Ασθένειας υπολογίστηκε ότι το 2013 η μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης αντιστοιχούσε στο 4% των θανάτων παγκοσμίως, με περισσότερους από τους μισούς θανάτους να έχουν σχέση με καρδιαγγειακές παθήσεις και οι υπόλοιποι μισοί να ευθύνονται στην ΧΝΝ. Σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη το βάρος της νόσου, όπου εκτιμάται αύξηση των ποσοστών επίπτωσης έως και τέσσερις φορές υψηλότερα από αυτά που έχουν παρατηρηθεί σε αναπτυγμένες χώρες. Σε χώρες με υψηλό εισόδημα οι κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες επηρεάζονται δυσανάλογα από την ΧΝΝ όπως άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό καθεστώς. Ο επιπολασμός της ΧΝΝ αυξήθηκε στο 87% και η απόδοση που αποδόθηκε στο 98% μεταξύ των ετών 1990 έως 2016. Ωστόσο, παρατηρούνται διακυμάνσεις σε ορισμένες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπου παρατηρείται αύξηση του επιπολασμού και μείωση της θνησιμότητας στην Κορέα και στην Ταιβάν. Πολλοί από τους παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση της ΧΝΝ, όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η ενδοθηλιακή λειτουργία όπως επίσης και η χρόνια φλεγμονή και το οξειδωτικό στρες έχουν άμεση σχέση με την κοινωνικό-οικονομική επιβάρυνση του πληθυσμού.

Όσον αφορά την επιδημιολογία της ΧΝΝ η Αφρική αποτελεί μια τεράστια και ετερογενής χώρα με πληθυσμό περισσότερο από 900 εκατομμύρια άτομα και αποτελείται από 47 χώρες. Μέχρι το 2030 εκτιμάται ότι περισσότερο από το 70% των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΝ ζουν σε χώρες με χαμηλό εισόδημα όπως η Αφρική, όπου το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν υπολογίζεται ανά άτομο λιγότερο από 1500 δολάρια τον χρόνο. Αυτή η εκτίμηση είναι ιδιαίτερα ανησυχητική λόγω του διπλασιασμού του παγκόσμιου επιπολασμού της αιμοκάθαρσης από το 1990 και διότι στην θεραπεία είχαν πρόσβαση 1,8 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο το 2004. Από το σύνολο του πληθυσμού μόνο το 5% προερχόταν από την Αφρική.⁹

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων κατάθλιψης, συμμόρφωσης και λειτουργικότητας, της συσχέτισης μεταξύ κατάθλιψης, συμμόρφωσης και λειτουργικότητας καθώς και της συσχέτιση των δημογραφικών-κλινικών χαρακτηριστικών με τις παραπάνω μεταβλητές.

1.2 Αίτια

Είναι σημαντικό να γίνει έγκαιρος εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου που έχουν σχέση με την ανάπτυξη της ΧΝΝ, με σκοπό τα προγράμματα διαλογής να στοχεύουν ομάδες με υψηλό κίνδυνο. Οι παράγοντες κινδύνου που έχουν σχέση με τη ΧΝΝ χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: παράγοντες οι οποίοι προκαλούν αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης ΧΝΝ και άλλοι παράγοντες που προκαλούν αύξηση του κινδύνου εξέλιξης της ΧΝΝ σε Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου.¹³

Αρχικοί παράγοντες:¹³

- Οικογενειακό Ιστορικό.
- Μεταβολικό σύνδρομο.
- Δυσλιπιδαιμία.
- Νεφροτοξίνες όπως αντιβιοτικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ).
- Υψηλή φυσιολογική απέκκριση λευκωματίνης στα ούρα.
- Καρδιαγγειακή Νόσος.
- Σακχαρώδης Διαβήτης.
- Υπέρταση.
- Ουρολογικές διαταραχές όπως υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.
- Οξεία νεφρική βλάβη.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την εξέλιξη της ΧΝΝ αναφέρονται παρακάτω.¹³

Άλλοι παράγοντες:¹³

- Πρωτεϊνουρία.
- Υπέρταση.
- Υψηλή πρόσληψη πρωτεϊνών.
- Δυσλιπιδαιμία.
- Νεφροτοξίνες.
- Κάπνισμα.
- Καρδιαγγειακή Νόσος.
- Οξεία νεφρική βλάβη (επί εδάφους ΧΝΝ).
- Αύξηση της ηλικίας.
- Φυλή (Αφρική και Αμερική).
- Κοινωνικοοικονομική κατάσταση.
- Οικογενειακό ιστορικό.

1.3 Διάγνωση

Η διάγνωση της ΧΝΝ πραγματοποιείται από το αποτέλεσμα των επιπέδων ουρίας του αίματος και της κρεατινίνης στον ορό. Η μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (eGFR) και η αύξηση απέκκρισης πρωτεΐνης και λευκοματίνης στα ούρα, καθώς και υψηλότεροι βαθμοί ατροφίας και ίνωσης του νεφρικού σωληναρίου συνδέονται άμεσα με φτωχή πρόγνωση της νόσου. Αυτές οι παθολογικές μεταβολές προηγούνται ή διεγείρονται από τη διήθηση από φλεγμονώδη κύτταρα.¹⁴

Στα αρχικά στάδια, τα συμπτώματα της ΧΝΝ συνήθως δεν γίνονται αντιληπτά. Σημαντική μείωση της νεφρικής λειτουργίας αποτελεί το πρώτο εμφανές σημείο της νόσου. Εάν διαγνωστεί νωρίς από το πρώτο στάδιο έως το τρίτο, η εξέλιξη της ΧΝΝ μπορεί να μεταβληθεί και να επέλθει μείωση των επιπλοκών. Στα στάδια 4 και 5 παρατηρείται εκτεταμένη νεφρική βλάβη που τις περισσότερες φορές οδηγεί σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.¹⁴

Τα ούρα φαίνεται να είναι ένα καλύτερο υλικό ως προς τη κλινική διάγνωση από το αίμα, διότι μπορεί να συλλεχθεί με μη επεμβατικό τρόπο και είναι σχετικά σταθερό, πιθανώς εξαιτίας της μακράς παραμονής στην ουροδόχο κύστη. Η συλλογή αίματος έχει αναπόφευκτη σύνδεση με την ενεργοποίηση πρωτεασών και, κατά συνέπεια, με τη δημιουργία προϊόντων πρωτεολυτικής

διάσπασης που αναπόφευκτα έχουν σχέση με τη συλλογή του. Υπάρχουν δοκιμές δείκτη μέτρησης που αλλάζουν χρώμα ή παρουσιάζουν ανωμαλίες όπως υπερβολικές ποσότητες πρωτεΐνης, μικρολευκωματινουρία, αίμα, πύον, βακτήρια και σάκχαρα μετά την εισαγωγή στο δείγμα ούρων. Η ούρηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ανιχνευθούν πολυάριθμες διαταραχές των νεφρών και του ουροποιητικού συστήματος, όπως χρόνια νεφρική νόσος, λοιμώξεις της ουροδόχου κύστης και πέτρες στα νεφρά.¹

1.4 Κλινική εικόνα

Η νεφρική νόσος δεν τείνει να προκαλεί συμπτώματα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Αυτό συμβαίνει διότι το σώμα είναι συνήθως σε ετοιμότητα ως προς την αντιμετώπιση σημαντικής μείωσης της νεφρικής λειτουργίας. Συχνά η νεφρική νόσος διαγιγνώσκεται μόνο σε αυτό το στάδιο εάν από έναν έλεγχο ρουτίνας για άλλη νόσο, όπως εξέταση αίματος ή ούρων, ανιχνευθεί κάποιο παθολογικό εύρημα. Εάν ανιχνευθεί σε πρώιμο στάδιο, η φαρμακευτική αγωγή και οι τακτικές εξετάσεις για παρακολούθηση μπορεί να βοηθήσουν να αποφευχθεί η εξέλιξη της νόσου. Ορισμένα συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν εάν η νεφρική νόσος δεν διαγνωστεί νωρίς ή επιδεινωθεί παρά τη θεραπεία.¹⁵

Συμπτώματα μπορεί να παρουσιαστούν όπως:¹⁵

- Απώλεια σωματικού βάρους και ανορεξία.
- Οιδηματώδη άνω και κάτω άκρα- ως αποτέλεσμα κατακράτησης ύδατος.
- Αναπνευστική δυσχέρεια.
- Αδυναμία, κόπωση.
- Αιματουρία.
- Πολυουρία, νυκτουρία.
- Αϋπνία.
- Κνησμός.
- Συνολκές των μυών.
- Κεφαλαλγίες.
- Οστικές εκδηλώσεις όπως νεφρική οστεοδυστροφία.

- Καρδιακές αρρυθμίες, περικαρδίτιδα, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια.
- Στυτική δυσλειτουργία.

1.5 Σταδιοποίηση ΧΝΝ

Η ταξινόμηση της ΧΝΝ μπορεί να γίνει με βάση την αιτία, τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) και το βαθμό της λευκωματουρίας (Rossignol et al 2015). Σύμφωνα με το Εθνικό Ίδρυμα Νεφρού (National Kidney Foundation) των ΗΠΑ, η ΧΝΝ επαναπροσδιορίστηκε ως ασθένεια πέντε σταδίων, χρησιμοποιώντας τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) ως δείκτη για την αξιολόγηση της μη φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας.⁸⁷

Στάδιο	Περιγραφή	eGFR (ml / min / 1,73 m ²)
1	Νεφρική βλάβη με φυσιολογική ή αυξημένη νεφρική λειτουργία	≥90
2	Νεφρική βλάβη με ήπια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας	60-89
3A	Νεφρική βλάβη με μέτρια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας	45-59
3B		30-44
4	Νεφρική βλάβη με σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας	15-29
5	Νεφρική νόσος	<15 (ή αιμοκάθαρση)

eGFR: Εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης
 Στάδια Χρόνιας Νεφρικής Νόσου σύμφωνα με το Εθνικό Ίδρυμα Νεφρού / Πρωτοβουλία Ποιότητας Αποτελεσμάτων Νεφρικής Νόσου.¹³

1.6 Υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας

Ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται ο ασθενής γίνεται εφαρμογή διαφορετικών μέτρων. Σε περίπτωση εμφάνισης ανουρίας, η αντιμετώπιση περιλαμβάνει συντηρητικά μέτρα προλαμβάνοντας σοβαρές βιοχημικές διαταραχές με σκοπό να αποκατασταθεί αυτόματα η

νεφρική λειτουργία. Τις πρώτες ώρες χορηγούνται υψηλές δόσεις φουροσεμίδης. Συνιστάται ανάπαυση, καθημερινό ζύγισμα του αρρώστου, περιορισμός υγρών. Επίσης ακολουθείται δίαιτα χωρίς κάλιο και πτωχή σε νάτριο. Χορηγείται γλυκόζη 100-200 mg την ημέρα, διότι έτσι προλαμβάνεται η κέτωση και ελαττώνεται ο καταβολισμός των πρωτεϊνών. Απαραίτητες βιταμίνες αποτελούν η Β και η C. Σημαντική είναι η καταπολέμηση των λοιμώξεων με σχήμα αντιβίωσης που ορίζει ο θεράπων, η καταπολέμηση επιπλοκών όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η αναιμία, η υπερκαλιαιμία, η ουραιμία, η εγκεφαλοπάθεια, η υπέρταση και η ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας. Σε σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας πραγματοποιείται αιμοκάθαρση ειδικά αν η ουρία είναι άνω των 200mg%, σε περίπτωση σοβαρής υπερκαλιαιμίας, ή αναπνευστικής δυσχέρειας.¹⁶

Η αιμοκάθαρση γίνεται με δύο μεθόδους είτε με τεχνητό νεφρό είτε μέσω της περιτοναϊκής κάθαρσης. Η αιμοκάθαρση αποτελεί μέθοδο μέσω της οποίας υποκαθίστανται ορισμένες λειτουργίες των νεφρών όταν οι νεφροί πλέον δεν λειτουργούν ή λειτουργούν σε ποσοστό 10-15%.¹⁶

Στον τεχνητό νεφρό εφαρμόζεται εξωσωματική κυκλοφορία του αίματος του ασθενούς για τη βελτίωση της αζωθαιμίας, των ηλεκτρολυτών και των διαταραχών βάσεων - οξέων από τα οποία χαρακτηρίζεται το ουραιμικό σύνδρομο. Η κύρια χρήση της αιμοκάθαρσης είναι η διαχείριση της οξείας και χρόνιας νεφρικής νόσου που είναι ανθεκτική στη συμβατική θεραπεία. Ο τεχνητός νεφρός είναι μια τεχνικά απαιτητική διαδικασία που απαιτεί εξελιγμένο εξοπλισμό και ειδικά εκπαιδευμένο και αφοσιωμένο προσωπικό για την παρακολούθηση και διασφάλιση της ακεραιότητας και της ασφάλειας της διαδικασίας σε ασθενείς που πάσχουν από την ασθένεια αυτή.¹⁷ Στον τεχνητό χρησιμοποιείται μια μηχανή αιμοκάθαρσης και ένα ειδικό φίλτρο που ονομάζεται τεχνητός νεφρός.^{16,83}

Η περιτοναϊκή κάθαρση, μια συνεχής καθημερινή κατ' οίκον αιμοκάθαρση, αποτελεί μια μορφή υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Σύμφωνα με δεδομένα των Ηνωμένων Πολιτειών αυτή η μέθοδος υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας προτιμάται περισσότερο από το 50% του πληθυσμού. Αντίθετα όμως, φαίνεται ότι μόνο το 12% λαμβάνει αυτή τη μορφή αιμοκάθαρσης. Πολλοί παράγοντες ευθύνονται για την μειωμένη χρήση αυτής της σημαντικής μεθόδου αιμοκάθαρσης, όπως για παράδειγμα η έλλειψη εκπαίδευσης ασθενών πριν από το τελικό στάδιο ΧΝΝ, η καθυστερημένη παραπομπή των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας, η περιορισμένη παρουσίαση της επιλογής του τρόπου αιμοκάθαρσης στον ασθενή και η κακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.¹⁸

Άλλη μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας είναι η μεταμόσχευση του νεφρού. Είναι σημαντικό η μεταμόσχευση νεφρού να αποτελεί μέρος ενός ολοκληρωμένου σχεδίου διαχείρισης για τη ΧΝΝ.¹⁷ Τα κυριότερα προβλήματα αποτελούν η ανεύρεση του κατάλληλου μοσχεύματος και ο φόβος της απόρριψης του μοσχεύματος.¹⁶ Οι περισσότερες μεταμοσχεύσεις συμβαίνουν σε χώρες υψηλού εισοδήματος και αυτές οι περιοχές διακρίνονται γενικά από υψηλότερα ποσοστά δωρεών αποθανόντων, με τους νεκρούς δότες να είναι πιο συνηθισμένοι από τους ζωντανούς δότες στην Αμερική, την Ευρώπη και τον Δυτικό Ειρηνικό. Αντίθετα, τα ποσοστά δωρεάς μοσχεύματος από τους αποθανόντες είναι εξαιρετικά χαμηλά στη Νοτιοανατολική Ασία, κάνοντας μόνο το 5,8% όλων των μεταμοσχεύσεων νεφρών.¹⁹

2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 Ορισμός κατάθλιψης

Με τον όρο κατάθλιψη υποδηλώνεται μια συγκεκριμένη νόσος, δηλαδή μια διαταραχή από την οποία προκαλείται ένας συνδυασμός συμπτωμάτων που δεν γίνεται αντιληπτός σε άλλη νόσο. Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της κατάθλιψης αποτελεί η άσχημη διάθεση και σε αυτό οφείλεται η ονομασία του συνδρόμου. Δεν είναι όμως το μοναδικό χαρακτηριστικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Ως νόσος, η κατάθλιψη περιβάλλεται από κάποιους προδιαθεσιακούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία.²⁰

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ευρέως συνήθης διάγνωση για την επιστημονική κοινότητα, ωστόσο δεν υπάρχει επαρκής αναγνώριση και κατανόηση της σοβαρότητας της και της πολυπλοκότητας, αντίστοιχα. Πολλοί θεωρούν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με κακή διάθεση. Είναι μία ασθένεια μείζονος σημασίας η οποία χαρακτηρίζεται από ποικίλα συμπτώματα όπως απώλεια ενδιαφέροντος, κινήτρων, έλλειψη ευχαρίστησης που συνοδεύεται από συμπτώματα έλλειψης όρεξης, ύπνου, ενέργειας. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν αδυναμία σχεδίασης, λήψης κάποιας απόφασης. Διακρίνεται από αργή σκέψη, προβλήματα μνήμης, ελλειμματική προσοχή, αυτοκτονικό ιδεασμό. Από την κατάθλιψη πλήττονται περισσότερα από 300 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2017).²¹

2.2 Αίτια κατάθλιψης

Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες η κατάθλιψη προερχόταν από εσωτερικούς, βιολογικούς, γενετικούς και εξωτερικούς παράγοντες κατά τον Gillespie το 1929. Υποδηλώνεται η ύπαρξη βιολογικών, γενετικών παραγόντων καθοριστικών για όλες τις ψυχικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων η κατάθλιψη και, η ιδέα της ενδογενούς κατάθλιψης τουλάχιστον εν μέρει μπορεί να γίνει αντιληπτή στις ολοένα μεγαλύτερες γενετικές και γονιδιωματικές έρευνες.

Μια προφανής εξήγηση αντικατοπτρίζεται στην τρέχουσα γενική αντίληψη της κατάθλιψης ως διαταραχής που έχει σχέση με το άγχος με τον αιτιολογικό ρόλο των περιβαλλοντικών επιρροών στην ανάπτυξη και την εκδήλωσή της. Ενώ μεγάλος αριθμός περιβαλλοντικών στρεσογόνων παραγόντων αποδεικνύεται σταθερά ότι εμπλέκεται άμεσα στην αιτιολογία της

κατάθλιψης, είναι απίθανο αυτοί να είναι υπαίτιοι για την ανάπτυξη της νόσου, δεδομένης της σχετικά υψηλής κληρονομικότητας αυτής της διαταραχής. Αντίθετα, οι επιδράσεις τόσο των γονιδίων όσο και του περιβάλλοντος είναι μείζονος σημασίας και αλληλεπιδρούν, με διαφορετικά σχετικά βάρη σε διαφορετικές εκδηλώσεις και ακόμη και σε διαφορετικές περιπτώσεις κατάθλιψης.²¹

Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες μερικές ασθένειες μπορεί να ευθύνονται άμεσα με την εμφάνιση κατάθλιψης. Οι ασθένειες αυτές ουσιαστικά δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και ασκούν επιρροή στη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου μέσω των οποίων ρυθμίζεται το συναίσθημα. Τέτοιες ασθένειες που μπορεί να ευθύνονται είναι η νόσος Parkinson, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Άλλες ασθένειες είναι ο υποθυρεοειδισμός, λοιμώξεις που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Μερικά είδη καρκίνου όπως καρκίνος παγκρέατος ευθύνονται για την ανάπτυξη κατάθλιψης και διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη και ουσίες όπως το αλκοόλ και η κάνναβη προκαλούν κατάθλιψη.²²

Όσον αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, αυτοί μπορεί να είναι οι εξής:

- Εμπειρίες που έχουν σχέση με κάποια σημαντική απώλεια (πχ. απώλεια αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο γονέων) και τις οποίες το άτομο βίωσε ως έντονα αρνητικές. Πιθανόν έτσι καθίσταται περισσότερο ευάλωτο σε ανάλογες εμπειρίες και αυξάνεται η πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης.
- Αρνητικά γεγονότα ζωής, όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου, διάλυση προσωπικής σχέσης, ανεργία, οικονομικές δυσκολίες, σε συνδυασμό με την υποκειμενική αίσθηση αδυναμίας αντιμετώπισής τους αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω έχει διαμορφωθεί από το άτομο μία αρνητική θεώρηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος του.²²

2.3 Κλινική εικόνα

Η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, με διαφορετική σοβαρότητα και χαρακτηριστικά. Τα πιο συχνά σημεία είναι τα ακόλουθα: Το άτομο σκέφτεται τον θάνατο. Στο μυαλό του η αυτοκτονία αποτελεί ιδανική λύση και θεωρείται ως η μοναδική διέξοδος στο αδιέξοδο που βιώνει. Συζητάει συνεχώς για τον θάνατο είτε σε σοβαρές συζητήσεις είτε ως αστέιο. Καθημερινά μπορεί να αναφέροντες φράσεις οι οποίες αποτελούν σημεία κατάθλιψης όπως: «Ο θάνατος αποτελεί σωτηρία» ή «καλύτερα να είχα πεθάνει».

Πιθανόν ακόμη και να γράφει ποιήματα σχετικά με το θάνατο ή ιστορίες με αυτοκτονικό ιδεασμό απειλώντας πως θα αυτοκτονήσει. Τα αισθήματα που νιώθει είναι απόγνωση, απελπισία, ματαιότητα, ενοχή, αποτυχία και αναξιότητα. Αποσύρεται από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον, απομονώνεται χωρίς επιθυμία καμίας συναναστροφής. Δεν υπάρχει απόλαυση σε καμία δραστηριότητα και κυριαρχεί το αίσθημα της αδιαφορίας για οτιδήποτε. Ορισμένοι άνθρωποι επειδή θέλουν να κρύψουν το πώς νιώθουν οδηγούνται στο άλλο άκρο δηλαδή της υπερδραστηριότητας, της υπερβολικής ενέργειας και διέγερσης. Υπάρχει η πιθανότητα να εκδηλωθεί ενδιαφέρον ή και να προετοιμαστεί η διαθήκη ή η ασφάλεια ζωής του. Οδηγείται σε ακραίες συμπεριφορές που ελλοχεύουν τον κίνδυνο του θανάτου όπως για παράδειγμα η οδήγηση με πολύ μεγάλη ταχύτητα. Καταναλώνει ανεξήγητη ποσότητα αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Χαρίζει αγαπημένα του προσωπικά αντικείμενα σε πρόσωπα του περιβάλλοντος του. Επιδιώκει την συνάντηση με πρόσωπα που είχε να δει για μεγάλο χρονικό διάστημα θέλοντας έτσι να τα αποχαιρετήσει. Παρουσιάζει ξαφνικές διαταραχές στον ύπνο και στις διατροφικές του συνήθειες. Καταβάλλεται από αισθήματα ενοχής, ντροπής και θύμου.²²

2.4 Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το DSM-III-R (The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) είναι τα ακόλουθα:

Η συνύπαρξη πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα, για δύο εβδομάδες τουλάχιστον, καλύπτοντας σχεδόν όλη την ημέρα σε καθημερινή βάση. Αυτά προκαλούν μείωση της λειτουργικότητας, καταθλιπτικό συναίσθημα, παρουσία μειωμένου ενδιαφέροντος και μειωμένης ευχαρίστησης για όλες ή τις περισσότερες δραστηριότητες σημαντική απώλεια ή αντίθετα αύξηση σωματικού βάρους, χωρίς αλλαγή στη διατροφή (π.χ. 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα, αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, κόπωση ή απώλεια της δραστηριότητας, αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή αναιτιολόγητης ενοχής (η οποία μπορεί να είναι παραληρητική μερικές φορές), μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή έλλειψη πρωτοβουλίας, επίμονες σκέψεις θανάτου, σκέψεις αυτοκτονίας ή απόπειρα αυτοκτονίας. Δεν είναι δυνατό να διαπιστωθεί η υπαιτιότητα οργανικού παράγοντα για την πρόκληση ή τη συντήρηση της διαταραχής. Στην περίπτωση ενός θανάτου αγαπημένου προσώπου η διαταραχή δεν αποτελεί αντίδραση. Στη διάρκεια της διαταραχής δεν μεσολαβούσε χρονικό διάστημα δύο ή περισσότερων εβδομάδων, στο οποία να προέχουν επίμονες παραληρητικές

ιδέες και ψευδαισθήσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων οι διαταραχές του θυμικού να αποτελούν δευτερεύον σύμπτωμα. Η κατάθλιψη δεν σχετίζεται με σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή ψυχωσική διαταραχή που δεν έχει άλλη ταξινόμηση.²⁰

2.5 Θεραπεία

Η θεραπεία της κατάθλιψης έχει ως στόχο την προστασία του ασθενούς από την ενδεχόμενη αυτοκαταστροφή του, την καταπολέμηση της νόσου και την αποτροπή των προσεχών κρίσεων.

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης πραγματοποιείται μέσω βιολογικών και ψυχολογικών μέσων θεραπείας. Στη μείζονα κατάθλιψη χρησιμοποιούνται περισσότερο αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στους οποίους παρουσιάζονται παρόμοιες ενδείξεις με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αποτελούν όμως πρώτη επιλογή λόγω των λιγότερων ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα κλάδο της ψυχολογίας ο οποίος ασχολείται ολιστικά με τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα και σχετίζεται άμεσα με τον θεραπευτή του. Σε αρχικό στάδιο θα πρέπει ο άνθρωπος να αποδεχτεί ότι όντως δε βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση τον τελευταίο διάστημα, σε δεύτερο χρόνο να αναζητήσει τη βοήθεια ειδικού και έπειτα να προβεί σε συζητήσεις με τον ψυχοθεραπευτή και να καταλάβει πως στόχος του ψυχοθεραπευτή αποτελεί η απαλλαγή, η υποχώρηση αυτών των συναισθημάτων που τον βασανίζουν. Με αυτόν τον τρόπο θα επιτευχθεί λιγότερη αίσθηση πίεσης του ατόμου.²⁰

2.5.1 Διατροφή

Τα τελευταία χρόνια, έχουν προκύψει στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η κακή διατροφή μπορεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης. Ενώ η δύναμη και η φύση αυτής της σχέσης παραμένει ασαφής, όχι μόνο έχειδειχθεί ότι τα κακά διατροφικά πρότυπα και η ποιότητα έχουν σχέση με την καταθλιπτική διάθεση και το άγχος, αλλά μέσω των προοπτικών μελετών δόθηκε περαιτέρω υποστήριξη για τον προγνωστικό ρόλο της διατροφής στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.²³

Η πεποίθηση ότι η διαιτητική συμπεριφορά μπορεί να συμβάλλει θετικά στη βελτίωση αποτελεσμάτων στην ψυχική υγεία υποστηρίζεται περαιτέρω από δεδομένα από μια μεγάλη ευρωπαϊκή μελέτη. Η Ισπανική μελέτη SUN Cohort υποστήριξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του επιπέδου συμμόρφωσης σε ένα μεσογειακό διατροφικό πρότυπο και του κινδύνου για

επεισόδιο κατάθλιψης για περίπου τέσσερα χρόνια σε πληθυσμό που υπερέβαινε τους 10.000 μεσήλικες επαγγελματίες. Είναι σημαντικό μέσω αυτών των δεδομένων ότι δεν υποστηρίζεται η υπόθεση της αντίστροφης αιτιότητας ότι δηλαδή η κατάθλιψη προκαλεί την επιλογή κακών διατροφικών συνηθειών.²³

Οι μηχανισμοί που στηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ της διατροφής και της ψυχικής υγείας δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Μέσω της διατροφής τροποποιούνται διάφορες βασικές βιολογικές διεργασίες που υπογραμμίζουν διαταραχές της διάθεσης, όπως η λειτουργία του εγκεφάλου, το σύστημα απόκρισης στο στρες, τα μιτοχόνδρια, η φλεγμονή και οι οξειδωτικές διεργασίες. Το δυτικό πρότυπο διατροφής σχετίζεται με την αύξηση δεικτών συστηματικής φλεγμονής. Περαιτέρω, ένας αιτιολογικός ρόλος για φλεγμονή στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης προτείνεται από πρόσφατα δεδομένα που δείχνουν ότι υψηλότερα επίπεδα πρωτεΐνης C-αντιδρώσας πρωτεΐνης στον ορό, «σημαντικός δείκτης συστηματικής φλεγμονής», αποτελεί ένα ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την έναρξη ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μεταξύ των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη, έχει παρατηρηθεί συστηματική ανοσολογική ενεργοποίηση, που χαρακτηρίζεται από αύξηση επιπέδων προ-φλεγμονωδών κυτοκινών και μεταβολές στην απόκριση πρωτεΐνης οξείας φάσης.²³

2.6 Η κατάθλιψη στη ΧΝΝ

Η κατάθλιψη είναι ευρέως διαδεδομένη και έχει σχέση με κακή ποιότητα ζωής και αυξημένη θνησιμότητα μεταξύ ενηλίκων με ΧΝΝ συμπεριλαμβανομένων εκείνων με νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Τα περισσότερα δεδομένα για την κατάθλιψη στη ΧΝΝ συγκεντρώνονται στον πληθυσμό που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση. Μέσω της μελέτης φαίνεται ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στη ΧΝΝ τελικού σταδίου είναι περίπου τέσσερις φορές μεγαλύτερος από αυτόν στον γενικό πληθυσμό και σχετίζεται με φτωχά αποτελέσματα αιμοκάθαρσης.²⁴

Μέσω της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης εκτός από βιολογικές δυσκολίες προκαλούνται, επίσης, αλλαγές στην ψυχολογική κατάσταση και την προσωπικότητα των ασθενών. Αυτές οι αλλαγές είναι αποτέλεσμα βιώματος συνεχούς άγχους, διότι οι ασθενείς υποβάλλονται τρεις φορές την εβδομάδα σε αιμοκάθαρση. Επίσης, αντιμετωπίζουν πολλές αλλαγές στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή. Αναγκάζονται να αλλάξουν της συνήθειες του τρόπου ζωής τους. Δημιουργείται εξάρτηση της διαδικασίας αιμοκάθαρσης και με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό. Άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι η

απώλεια θέσης της εργασίας τους, η στυτική δυσλειτουργία και η κακή οικονομική κατάσταση. Βέβαια, η ψυχολογική ανταπόκριση εξαρτάται κυρίως από την προσωπικότητα του ατόμου, από την υποστήριξη της οικογένειας του και του περιβάλλον του καθώς, επίσης, και από την ενδεχόμενη ασθένεια που θα νοσεί παράλληλα με τη ΧΝΝ.²⁴

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο κοινή και ίσως την πιο σημαντική ψυχοπαθολογική επιπλοκή της ΧΝΝ. Η κατάθλιψη μειώνει την ποιότητα ζωής τους και είναι αναγκαία η έγκαιρη αναγνώριση της και η αντιμετώπιση διότι μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία ή παραίτηση από την αιμοκάθαρση. Οι περισσότεροι συχνά αρνούνται την κατάθλιψη διότι φοβούνται τον κοινωνικό στιγματισμό. Σημειώνεται χαμηλότερος επιπολασμός της κατάθλιψης και της καταθλιπτικής επίδρασης στα άτομα που εργάζονται, που έχουν μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη, μεγαλύτερη πνευματικότητα και συμμετοχή σε θρησκευτικά δρώμενα.²⁵

3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

3.1 Ορισμός

Στην διάρκεια του 19^{ου} αιώνα σημειώθηκε μεγάλη πρόοδος από τη φυσική και την χημεία. Από τα επιτεύγματα αυτά ενθαρρύνθηκαν ψυχολόγοι να προβούν στην αναζήτηση νοητικών στοιχείων που ενώνονται για να δημιουργηθούν πιο σύνθετες εμπειρίες. Ο κύριος εκπρόσωπος αυτής της προσέγγισης ήταν ο ψυχολόγος E.B. Titchener. Ο Titchener εισήγαγε τον όρο «στρουκτουραλισμός» με την έννοια της ανάλυσης των δομών του νου για την περιγραφή αυτού του κλάδου της ψυχολογίας. Ορισμένοι ψυχολόγοι όμως δεν συμφωνούσαν με την αναλυτική φύση του στρουκτουραλισμού. Ο William James διακεκριμένος ψυχολόγος του πανεπιστημίου Harvard θεωρούσε πως θα έπρεπε να δίνεται περισσότερη έμφαση στην κατανόηση της προσωπικής φύσης. Η προσέγγιση του αυτή ονομάστηκε λειτουργισμός. Με την έννοια του λειτουργισμού γίνεται αναφορά της μελέτης λειτουργίας του νου έτσι ώστε να μπορεί να επιτευχθεί προσαρμογή του οργανισμού όπως επίσης και λειτουργικότητα μέσα στο περιβάλλον του.²⁶

3.1.1 Ο δείκτης λειτουργικότητας Karnofski

Ο δείκτης λειτουργικότητας Karnofski εστιάζει περισσότερο στον προσδιορισμό λειτουργίας του σώματος. Η εκτίμηση αυτή πραγματοποιείται από επαγγελματίες υγείας. Δεν γίνεται καμία αναφορά στον σεβασμό της ψυχο-κοινωνικής κατάστασης του ασθενούς. Σε μια κλίμακα ποσοστών από το 0 έως το 100 έχουν ενταχθεί σε κατηγορίες 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας έχοντας ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Βαθμολογείται όπου το 100% αντιπροσωπεύει την πλήρη φυσική λειτουργική κατάσταση του ατόμου χωρίς περιορισμούς ή την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% αντιπροσωπεύει το θάνατο. Ο ασθενής ο οποίος έχει αποτελέσματα χαμηλά στην κλίμακα αυτή θεωρείται πως δεν έχει ποιοτική ζωή σε αντίθεση με κάποιον ασθενή που έχει υψηλότερη βαθμολογία και εν συνεχεία καλύτερη ποιότητα ζωής.²⁶

3.1.2 Ο δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)

Ο δείκτης λειτουργικότητας του ΠΟΥ μοιάζει με τον δείκτη Karnofski. Η κλίμακα του ΠΟΥ αποτελείται από πέντε βαθμίδες από 0 έως 4 στην οποία κατατάσσονται πέντε κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Κατά τη βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύεται η κατάσταση του αρρώστου, ο οποίος έχει την ικανότητα επιτέλεσης όλων των δραστηριοτήτων χωρίς

περιορισμούς ενώ κατά την βαθμίδα 4 αντιπροσωπεύεται η ανικανότητα του αρρώστου να προβεί σε οποιαδήποτε πράξη ή να φροντίσει τον εαυτό του. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από τον γιατρό ομοίως όπως με τον άλλο δείκτη λειτουργικότητας.²⁷

3.1.3 Ο δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής

Ο λόγος δημιουργίας του δείκτη Katz ήταν για να εκτιμηθεί η λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση πραγματοποιείται από ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό με την χρήση έξι ερωτήσεων οι οποίες αναφέρονται στην δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτό-φροντίδας τους. Η βαθμολογία των ασθενών προκύπτει ανάλογα με τον βαθμό εξάρτησης ή μη εξάρτησης τους σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής περίθαλψης. Η διάταξη των ερωτήσεων έχει γίνει κατά βαθμό δυσκολίας. Ο δείκτης έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για τους ασθενείς.²⁷

3.1.4 Λειτουργική ικανότητα

Η «λειτουργική ικανότητα» ορίζεται ως η ικανότητα ενός κυττάρου, οργάνου, συστήματος ή σώματος να διατηρεί ομοιόσταση εντός των στενών ορίων επιβίωσής τους σε απόκριση σε ένα συγκεκριμένο στρες. Εάν η ομοιόσταση διαταράσσεται από ένα εξωτερικό στρες πέρα από τη λειτουργική ικανότητα ενός οργανισμού, μπορεί να μην υπάρξει διατήρηση της ζωής. Αυξάνεται η πιθανότητα θανάτου λόγω της μειωμένης ικανότητας προσαρμογής στο στρες. Η λειτουργική ικανότητα είναι ευεπηρέαστη. Μειώνεται με ακραία φυσική αδράνεια δραστηριοτήτων ή έπειτα με την εξέλιξη της γήρανσης, ενώ μέσω της αποτροπής της αδράνειας μπορεί να αυξηθεί η λειτουργική ικανότητα πράγμα το οποίο εξετάζεται λεπτομερώς στην ενότητα της γήρανσης. Δημιουργείται μια άμεση σχέση ανάμεσα στη λειτουργική ικανότητα και στην επιβίωση και αυτό αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της γενικής ιατρικής θεωρίας.²⁸

3.1.5 Φυσική λειτουργικότητα

Η φυσική κατάσταση ορίζεται ως «Η ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών αρμοδιοτήτων, υποχρεώσεων με σθένος και εγρήγορση, χωρίς υπερβολική κόπωση, και με πολύ ενέργεια έτσι ώστε να υπάρξει ελεύθερος χρόνος και να άμεση ανταπόκριση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Η φυσική κατάσταση περιλαμβάνει έναν αριθμό συστατικών που αποτελούνται από καρδιοαναπνευστική αντοχή (αερόβια δύναμη), αντοχή σκελετικών μυών, δύναμη σκελετικού μυός, ευελιξία, ισορροπία, ταχύτητα κίνησης, χρόνος αντίδρασης και σύνθεση σώματος». Μέσω του CDC (κέντρο ελέγχου και πρόληψης ασθενειών στις ΗΠΑ) η φυσική

δραστηριότητα ορίζεται ως «Κάθε σωματική κίνηση που δημιουργείται από τη συστολή του σκελετικού μυ που αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη πάνω από ένα βασικό επίπεδο»²⁸

3.2 Η λειτουργικότητα στη ΧΝΝ

Η σωματική αδράνεια, μια κοινή πάθηση που παρατηρείται σε ασθενείς με ΧΝΝ, έχει άμεση σχέση με μειωμένη καρδιοπνευμονική και λειτουργική ικανότητα και αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συσχέτιση μεταξύ της ΧΝΝ και της παχυσαρκίας μπορεί να προκαλέσει μείωση της φυσικής ικανότητας και, κατά συνέπεια, της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών. Η τακτική σωματική άσκηση είναι πολύ σημαντική για τη πρόληψη, βελτίωση και αποκατάσταση διαφόρων χρόνιων νοσημάτων. Στον πληθυσμό της ΧΝΝ, μέσω ενός αυξανόμενου αριθμού δημοσιεύσεων έχουνδειχθεί, τα τελευταία χρόνια, τα οφέλη της άσκησης σε διάφορες πτυχές της νόσου. Όμως, παρόλο που γίνεται σύσταση από τις τρέχουσες οδηγίες για όλα τα στάδια της νόσου, να ενσωματωθεί η σωματική άσκηση στην τυπική θεραπεία ΧΝΝ εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση. Εμπόδια όπως η έλλειψη γνώσεων των επαγγελματιών υγείας και ασθενών, η φοβία για ανεπιθύμητες ενέργειες, η έλλειψη κατάλληλων εγκαταστάσεων και εξοπλισμού για την εκτέλεση της άσκησης και η έλλειψη μελετών που δείχνουν πραγματικά οφέλη σε ποσοτικά προγράμματα κατάρτισης έχουν κάνει γι' αυτούς τους ασθενείς δύσκολη την εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης. Σε άλλα χρόνια νοσήματα, η άσκηση στο σπίτι έχειδειχθεί πως είναι αποτελεσματική στη βελτίωση της καρδιοπνευμονικής και λειτουργικής ικανότητας των ασθενών.²⁹

3.3 Σημασία της αυτο-φροντίδας ως προς τη λειτουργικότητα και η σχέση της με την χρόνια ασθένεια

Πολλοί ασθενείς δυσκολεύονται να διαχειριστούν χρόνιες καταστάσεις υγείας διότι προσπαθούν να διατηρήσουν φυσιολογικούς ρυθμούς στην καθημερινή τους ζωή ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν συμπτώματα της νόσου. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις καθώς και οι μεταβαλλόμενες ευθύνες είναι έντονες. Η κατάθλιψη αποτελεί μια κοινή κατάσταση σε ενήλικες με χρόνιες ασθένειες. Για πολλούς ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, η αυτοεξυπηρέτηση καθίσταται ακόμη πιο δύσκολη καθώς η κατάθλιψη κυριαρχεί. Τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης όπως για παράδειγμα η απάθεια, η απελπισία, τα προβλήματα μνήμης και η κόπωση μπορούν να αποτρέψουν ακόμη και μικρές αλλαγές συμπεριφοράς που απαιτούνται για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Η βέλτιστη φροντίδα για άτομα με χρόνιες παθήσεις, ειδικά για άτομα που πάσχουν και από κατάθλιψη, πρέπει να περιλαμβάνει συνεχή υποστήριξη της αυτοεξυπηρέτησης για να βοηθηθούν οι ασθενείς ως προς την απόκτηση των γνώσεων,

των δεξιοτήτων και της εμπιστοσύνης στην ικανότητα εκτέλεσης των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.³⁰

Η γνώση της αυτοφροντίδας και η αυτοαποτελεσματικότητα, ή η αντίληψη για την ανάληψη δράσης για τη διαχείριση της χρόνιας ασθένειας και τη διατήρηση τέτοιων ικανοτήτων με το πέρασμα του χρόνου, έχειδειχθεί ότι επηρεάζονται θετικά από τις παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης και ότι έχουν σχέση με καλύτερα αποτελέσματα υγείας. Σύμφωνα με μελέτη,²⁵ αναφέρθηκε ότι η βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας, αντί των μετρήσιμων αλλαγών στις συμπεριφορές υγείας, συσχετίστηκε με βελτίωση στον πόνο των πασχόντων από αρθρίτιδα που παρακολούθησαν ένα πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης της αρθρίτιδας. Ομοίως, οι βελτιώσεις στην αυτοαποτελεσματικότητα είχαν σχέση με βελτιώσεις στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης μεταξύ εκείνων που έλαβαν ένα σύντομο πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης και πρόληψης της υποτροπής της κατάθλιψης. Μεταξύ των ασθενών με νόσο Σακχαρώδη Διαβήτη, έχειδειχθεί ότι η εμπιστοσύνη στην άσκηση δραστηριοτήτων αυτοεξυπηρέτησης συσχετίστηκε με αποτελέσματα υγείας στο απώτερο μέλλον και τη βέλτιστη δυνατή αξιοποίηση.²² Η προώθηση της πίστης στην ικανότητα κάποιου να διαχειριστεί με ενεργητικό ρόλο τις καταστάσεις μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για ασθενείς που πάσχουν ταυτόχρονα από κατάθλιψη και άλλες χρόνιες παθήσεις.³⁰

Πραγματοποιήθηκε πρόσφατα μια τυχαίοποιημένη μελέτη²² για την αξιολόγηση μιας νέας παρέμβασης για τη φροντίδα σε χρόνιες ασθένειες και κατάθλιψη. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε από νοσηλεύτες/τριες με καθοδήγηση από μια ομάδα υποστήριξης πολλαπλών ειδικοτήτων, που περιελάμβανε υποστήριξη αυτοφροντίδας και οδήγησε σε βελτιώσεις στην γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c}), στη χοληστερόλη, στη συστολική αρτηριακή πίεση και σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μια προηγούμενη έκθεση της ομάδας μελέτης εξέτασε διαδικασίες φροντίδας που έχουν σχέση με αυτά τα βελτιωμένα αποτελέσματα, όπως η έναρξη της θεραπείας, ο χρόνος, η αυτοπαρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και της γλυκόζης και η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η παρέμβαση συσχετίστηκε με μεγαλύτερη αυτοπαρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και της γλυκόζης σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα που παρεχόταν. Συγκρινόμενων των ασθενών που έλαβαν συνήθη φροντίδα, οι ασθενείς που έλαβαν την παρέμβαση ανέφεραν μεγαλύτερη βελτίωση στη γνώση και την αποτελεσματικότητα της αυτοφροντίδας. Επίσης, η μεγαλύτερη γνώση και η αποτελεσματικότητα της αυτοεξυπηρέτησης συσχετίστηκαν θετικά με βελτιωμένα αποτελέσματα στόχου.³⁰

3.3.1. Εμπόδια στην αυτοφροντίδα

Ο εντοπισμός των εμποδίων αποτελεί το πρώτο βήμα στη συνεργασία με έναν ασθενή με χρόνια πάθηση για τη βελτίωση των στρατηγικών αυτοδιαχείρισης. Τα εμπόδια στην αυτοφροντίδα είναι η αντίληψη του ίδιου του ασθενούς για το μέγεθος της δυσκολίας των κοινωνικών, προσωπικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών εμποδίων για την επίτευξη ή τη διατήρηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή καθορισμένου στόχου για αυτήν τη συμπεριφορά. Αυτά τα εμπόδια έχουν ποικιλία διαστάσεων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικό-πολιτισμικά ζητήματα. Οι επαγγελματίες υγείας ενδέχεται να μην έχουν επαρκή χρόνο ή τις κατάλληλες δεξιότητες και έτσι να χαρακτηρίζουν εσφαλμένα τη συμπεριφορά ενός ασθενούς ως «μη συμμορφούμενη». Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει επίσης να εξετάσουν πώς συμβάλλουν οι παράγοντες του συστήματος υγείας σε αυτά τα εμπόδια. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες και πόρους υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, μπορεί επίσης να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στη βέλτιστη αυτοφροντίδα.³¹

Οι δυσκολίες στην αυτοδιαχείριση των χρόνιων νόσων μπορούν να τοποθετηθούν σε πέντε κατηγορίες: σωματικά, ψυχολογικά, γνωστικά, οικονομικά και κοινωνικοπολιτιστικά.

Σωματικά εμπόδια : Οι χρόνιες καταστάσεις συχνά οδηγούν σε σωματική αναπηρία λόγω μειωμένης αντοχής, αίσθησης ή όρασης.³¹

Ψυχολογικά εμπόδια : Η μεγάλη κατάθλιψη και η συναισθηματική δυσφορία θεωρούνται οι πιο συχνά μελετημένες ψυχολογικές προκλήσεις που επηρεάζουν την πρακτική αυτοφροντίδας σε άτομα με διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και καρδιακές παθήσεις. Η κατάθλιψη αποτελεί δύο φορές πιο διαδεδομένη στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 από ό, τι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Ενώ τα υψηλά επίπεδα αγωνίας και απογοήτευσης μπορεί αρχικά να χρησιμεύσουν ως ώθηση για κάποιον να ζητήσει βοήθεια, μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο στην επίτευξη στόχων συμπεριφοράς. Η χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα είναι, επίσης, ένα σημαντικό ψυχολογικό εμπόδιο στη βέλτιστη αυτοδιαχείριση.³¹

Γνωστικά εμπόδια: Η γνώση ενός ασθενούς για μια συγκεκριμένη χρόνια πάθηση έχει ισχυρή επίδραση στην ικανότητά του να εκτελεί βέλτιστη αυτοφροντίδα. Για παράδειγμα, εάν κάποιος

με καρδιακή ανεπάρκεια δεν καταλαβαίνει την σημασία της φαρμακευτικής αγωγής, μπορεί να δυσκολεύεται να διακρίνει τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας από τις δυσμενείς επιπτώσεις των φαρμάκων. Το πιο συχνά αναφερόμενο εμπόδιο στην αυτοεξυπηρέτηση για άτομα με διαβήτη, για παράδειγμα, ήταν η έλλειψη γνώσης και κατανόησης ενός συγκεκριμένου σχεδίου διατροφής.³¹

Η γνώση για την υγεία περιλαμβάνει τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων που επιτρέπουν στον ασθενή να εφαρμόζει νέες πληροφορίες για την επιτυχημένη πλοήγηση στο σύστημα υγείας. Το χαμηλό επίπεδο γνώσης για την υγεία αποτελεί πιθανό εμπόδιο στην ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα. Τα άτομα με χαμηλά επίπεδα αλφαριθμητισμού δυσκολεύονται περισσότερο στην εκμάθηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης. Γλωσσικά ζητήματα, άνοια και κακή μνήμη εμποδίζουν, επίσης, τους ασθενείς να μαθαίνουν και να χρησιμοποιούν νέες δεξιότητες. Οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα αλφαριθμητισμού χρειάζονται έναν ενεργό σύμβουλο υγειονομικής περίθαλψης που θα καταβάλει συνειδητή προσπάθεια για να απλοποιήσει τη φροντίδα, να προσαρμόσει την εκπαίδευση στις ατομικές ικανότητες και να μειώσει την πολυπλοκότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για την άρση ή τη μείωση των εμποδίων στη βέλτιστη αυτοφροντίδα.³¹

Οικονομικά εμπόδια: Η οικονομική κατάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τον καθορισμό της κατάστασης της υγείας. Οι πόροι που απαιτούνται για την υποστήριξη της βέλτιστης αυτοφροντίδας όπως τα φάρμακα, οι προμήθειες, ο απαραίτητος εξοπλισμός καθώς και η πρόσβαση στη συνεχή φροντίδα μπορεί να είναι πολύ ακριβοί. Η επάρκεια της ασφάλισης υγείας για συνεχή παρακολούθηση και θεραπεία αποτελεί σημαντική πρόκληση για όσους χρειάζονται δια βίου παρακολούθηση και θεραπεία.³¹

Κοινωνικοπολιτιστικά εμπόδια: Η συμμετοχή της οικογένειας ενός ασθενούς μπορεί είτε να είναι υποστηρικτική είτε να παρεμποδίζει τις συμπεριφορές της αυτοφροντίδας του ασθενούς. Οι γυναίκες είναι συνήθως πιο ενσωματωμένες σε διευρυμένα οικογενειακά δίκτυα και είναι πιο πιθανό να ζουν με μέλη άλλων γενεών, ενώ οι άνδρες τις περισσότερες φορές βασίζονται στις συζύγους για υποστήριξη. Οι ηλικιωμένοι Ασιάτες Αμερικανοί τείνουν να λαμβάνουν πολλή βοήθεια σχετικά με την υγεία από φίλους. Για τη μαύρη φυλή, η υποστήριξη από τοπικές εκκλησιαστικές κοινότητες μπορεί να είναι αναπόσπαστο μέρος των οικογενειακών παραδόσεων. Είναι χρήσιμο να ληφθεί υπόψη ο ρόλος της πνευματικότητας, της συμμετοχής στην θρησκεία και των πολιτιστικών πρακτικών όπως η παραδοσιακή

θεραπεία για να κατανοήσουμε πώς το οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο θα επηρεάσει τις οδηγίες αυτοφροντίδας.³¹

3.3.2. Ενίσχυση της αυτοφροντίδας

Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας ορίζεται ως η εμπιστοσύνη κάποιου στην ικανότητά του να αναλαμβάνει δράση και να επιμένει σε αυτήν τη δράση παρά τις δυσκολίες ή τις προκλήσεις. Η αντίληψη ενός ατόμου για την αυτοαποτελεσματικότητα εξελίσσεται με την εμπειρία και τη βέλτιστη γνώση. Μέσω αυτής της αλλαγής αντίληψης επηρεάζεται η πιθανότητα υιοθέτησης μιας δεδομένης συμπεριφοράς. Τέσσερις κύριες πηγές αυτοαποτελεσματικότητας είναι οι εμπειρίες δεξιοτήτων, η εναλλακτική εμπειρία μέσω της παρακολούθησης των συμπεριφορών των άλλων (μοντελοποίηση), η λεκτική πειθώ από μια σημαντική άλλη και η φυσιολογική ανατροφοδότηση που παράγεται από τη φυσιολογική κατάσταση ενός ατόμου. Η επιτυχία στην έναρξη και την πρακτική των εργασιών αυτοδιαχείρισης χρησιμοποιώντας μία ή όλες αυτές τις πηγές αυτοαποτελεσματικότητας βοηθά τους ασθενείς στην απόκτηση μεγαλύτερης αίσθησης ελέγχου των χρόνιων ασθενειών.³¹

Συνεργατική ρύθμιση στόχου είναι μια άσκηση που οδηγεί στην ανάπτυξη συγκεκριμένων, ρεαλιστικών στόχων για τον ασθενή. Απαιτείται ένα συγκεκριμένο σχέδιο δράσης. Ακριβώς η διαδικασία καθορισμού στόχων από έναν ασθενή έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, διότι ο ασθενής συμμετέχει πλέον ενεργά στο σχέδιο φροντίδας. Ωστόσο, για να είναι αποτελεσματικός ο καθορισμός των στόχων, ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται σίγουρος για την εκπόνηση εργασιών αυτοδιαχείρισης και ότι ο στόχος σχετίζεται με ένα θετικό αποτέλεσμα για την υγεία. Η άσκηση δραστηριοτήτων αυτοδιαχείρισης δείχνει την προσδοκία ότι θα επιτευχθούν ενδιάμεσοι στόχοι.³¹

Το μοντέλο της «κοινής λογικής» αποτελεί χρήσιμη προσέγγιση η οποία έχει ως χρήση την πρόκληση των πεποιθήσεων ενός ατόμου για μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας. Η παραδοχή του μοντέλου αυτού είναι ότι οι άνθρωποι είναι φυσικά από μόνοι τους αυτορυθμιστές της συμπεριφοράς τους και διαθέτουν κίνητρα τα οποία είναι σημαντικά για την αποφυγή αρνητικών επιπτώσεων της νόσου, με βάση το τι πιστεύουν για μια συγκεκριμένη κατάσταση. Οι διαστάσεις των πεποιθήσεων που δημιουργούνται για ασθένειες περιλαμβάνουν την παρουσία συγκεκριμένων συμπτωμάτων όπως, επίσης, και διαγνώσεων, χρονοδιαγράμματα ή τις συνέπειες. Οι πεποιθήσεις με βάση τη κοινή λογική μπορεί να είναι

και θανατηφόρες. Σίγουρα η σωστή καθοδήγηση είναι απαραίτητη. Αυτές οι πεποιθήσεις θα παίξουν καθοριστικό ρόλο σε ποιες ενέργειες προβαίνει ένα άτομο και πώς αξιολογεί την αποτελεσματικότητα αυτών των ενεργειών.³¹

3.4. Η κοινωνική υποστήριξη

Τα άτομα που έχουν την ίδια χρόνια πάθηση ή αναπηρία μπορούν να μοιραστούν γνώσεις και εμπειρίες με άλλους με τρόπο που πολλοί εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη είναι αδύνατο να το υλοποιήσουν. Η υποστήριξη μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω πολλών μορφών, όπως τηλεφωνικές κλήσεις, ανταλλαγή μηνυμάτων κειμένου, ομαδικές συναντήσεις, κατ' οίκον επισκέψεις και προσωπικές επισκέψεις. Η υποστήριξη συμπληρώνει και βελτιώνει άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δημιουργώντας συναισθηματική, κοινωνική και πρακτική βοήθεια απαραίτητη για τη διαχείριση μιας κατάστασης με το πέρασμα του χρόνου. Οι αμειβόμενοι επαγγελματίες υγείας, οι εθελοντές από την κοινότητα ή άλλα άτομα με τις ίδιες χρόνιες παθήσεις, λαμβάνουν εκπαίδευση για να παρέχουν εκπαίδευση, συναισθηματική υποστήριξη, υποστήριξη αξιολόγησης και επίλυση προβλημάτων για έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ή κοινότητα.³¹

Η υποστήριξη έχει τέσσερις κύριες λειτουργίες για το άτομο με χρόνια πάθηση. Η πρώτη είναι η παροχή βοήθειας στην καθημερινή αυτοδιαχείριση. Οι υποστηρικτές με την ίδια πάθηση χρησιμοποιούν τη δική τους γνώση και εμπειρία για την βοήθεια άλλων να διαχειριστούν μια χρόνια πάθηση στο πλαίσιο των ατομικών τους συνθηκών. Προσδιορίζονται, επίσης βασικοί πόροι, όπως ο τόπος αγοράς υγιεινών τροφίμων ή κατάλληλες τοποθεσίες για άσκηση. Η δεύτερη λειτουργία είναι η κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη. Οι υποστηρικτές με την ίδια πάθηση μέσω της συμπαθητικής ακρόασης, παρέχουν υποστήριξη και ενθάρρυνση για να βοηθήσουν τους ασθενείς ως προς την αντιμετώπιση κοινωνικών ή συναισθηματικών εμποδίων και να παραμείνουν ενεργοί για την επίτευξη των στόχων τους. Η τρίτη λειτουργία είναι η παροχή μιας σύνδεσης με την κλινική φροντίδα. Οι ομότιμοι υποστηρικτές μπορούν να βοηθήσουν στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ ασθενών και παροχών υγειονομικής περίθαλψης με την ενθάρρυνση των ασθενών να αναζητήσουν κλινική περίθαλψη όταν χρειαστεί. Η τέταρτη και πιο σημαντική λειτουργία είναι η παροχή συνεχούς υποστήριξης. Οι υποστηρικτές με την ίδια πάθηση μπορούν να διατηρήσουν επιτυχώς σε κάποιον μια χρόνια πάθηση, παρέχοντας προληπτική,

ευέλικτη και συνεχή μακροπρόθεσμη υποστήριξη. Αυτό μπορεί να ισχύει ιδιαίτερα όταν άτομα ίδιας ηλικιακής ομάδας προέρχονται από φυσικές ομάδες στην κοινότητα.³¹

4. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ

4.1 Ορισμός Συμμόρφωσης

Μια θεραπεία για να είναι επιτυχής, ειδικά εάν είναι μακροχρόνια, περιλαμβάνει πολλά περισσότερα από την επιλογή ενός τυπικού φαρμάκου. Η ενδοτικότητα του ασθενούς αποτελεί τον βαθμό στον οποίο η πραγματική συμπεριφορά του ασθενούς συμπίπτει με ιατρικές συμβουλές και οδηγίες. Ακόμη και με καλή συνταγογράφηση, πολύ συχνά παρατηρείται η μη τήρηση της θεραπείας. Οι παράγοντες της μη συμμόρφωσης μπορεί να έχουν σχέση με τον ασθενή, την ασθένεια, τον ιατρό, τη συνταγή και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά μπορούν συχνά να αποφευχθούν με προσεκτική προσέγγιση. Η επίλυση των προβλημάτων υγείας μπορεί να γίνει με μια αλλαγή στον τρόπο ζωής, τη διατροφή και τη φυσιολογική υποστήριξη. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από τον βαθμό συμμόρφωσης των ασθενών, η οποία μπορεί να βελτιωθεί με την κατάλληλη συμβουλή.³²

Ο όρος συμμόρφωση ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου σχετικά με τη λήψη αγωγής φαρμάκων που απαιτείται, την ακολουθούμενη δίαιτα ή την εκτέλεση αλλαγών στον τρόπο ζωής ανταποκρίνεται στις συμφωνηθείσες συστάσεις ενός παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, αποτελεί μια έννοια η οποία κατά περιόδους προσεγγίζεται μέσω διαφορετικών φασμάτων με εναλλακτικές έννοιες μέσω των οποίων περιγράφεται. Έτσι οι περισσότεροι διαδεδομένες ορολογίες από τις οποίες περιγράφεται η συμμόρφωση είναι «adherence» (συμμόρφωση), «concordance» (συμφωνία) και «adherence» (προσκόλληση) με τον τελευταίο να γίνεται χρήση συχνότερα στη διεθνή βιβλιογραφία.³³

4.2 Μέτρηση Συμμόρφωσης

Το πρώτο βήμα για να βελτιωθεί η συμμόρφωση των ασθενών με ακρίβεια περιλαμβάνει η εκτίμηση του κατά πόσο ή όχι οι ασθενείς έχουν ακολουθήσει τη θεραπεία που συνιστάται για το πρόβλημα της υγείας τους. Η ακριβής εκτίμηση της συμμόρφωσης των ασθενών παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες. Ακόμη, η ακριβής μέτρηση της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί πολύ σημαντικό μέρος τόσο της ερευνητικής διαδικασίας όσο και των κλινικών δοκιμών. Υπάρχει αξιολόγηση των φαρμάκων αλλά και της κλινικής πράξης όπου η αποτυχία να ανιχνευθεί η μη τήρηση μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρες αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή, σε άσκοπη χρήση φαρμάκων και μεγαλύτερη πιθανότητα λειτουργικών φθορών και άσκοπης νοσηλείας. Η συμμόρφωση μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους όπως με τη μέτρηση δισκίων, τη χρήση τεχνολογικών μέσων υποβοηθούμενης

παρακολούθησης, την τήρηση ηλεκτρονικών αρχείων φαρμακείου, τις βιολογικές μετρήσεις, τις αυτοαναφερόμενες κλίμακες συμμόρφωσης και τέλος τις εκθέσεις τρίτων για τη συμμόρφωση όπως για παράδειγμα από ιατρικό ή οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς.³⁴

4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη συμμόρφωση των ασθενών με ΧΝΝ

Ο επαγγελματίας νοσηλευτής υγείας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη ασθενών με ΧΝΝ και νεφρική νόσο τελικού σταδίου με την αναγνώριση παραγόντων κινδύνου όπως ο διαβήτης και η υπέρταση που συνδέονται με την ΧΝΝ. Σκοπός του νοσηλευτή είναι η ενθάρρυνση ως προς τη συμμόρφωση στα θεραπευτικά σχήματα τα οποία καθυστερούν να εξελιχθεί η νεφρική νόσος στο επόμενο στάδιο, ειδικά την αρτηριακή πίεση και τον έλεγχο της γλυκόζης. Όταν απαιτούνται για τους ασθενείς διαγνωστικές εξετάσεις, ο νοσηλευτής μπορεί να αναλύσει τις διαδικασίες δοκιμασιών όπως εργαστηριακές τιμές, υπερήχους και βιοψίες όπως, επίσης, και να γίνει επεξήγηση των πέντε σταδίων της ΧΝΝ. Μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς στα στάδια 4 ή 5 της ΧΝΝ ως προς την απόφαση σχετικά με τον τρόπο επιλογής θεραπείας που ταιριάζει καλύτερα σύμφωνα με τον ατομικό τρόπο ζωής τους, αφού έχουν δει έναν νεφρολόγο πρώτα. Επιπλέον, μπορεί να καθοδηγήσει τους ασθενείς με δύσκολες αλλαγές στον τρόπο ζωής και να τους υποστηρίξει κατά τη διαδικασία προσαρμογής. Ο νοσηλευτής μπορεί επίσης να συντονίσει την επικοινωνία με κοινωνικό λειτουργό. Η υποστήριξη και η εκπαίδευση είναι το κλειδί για μια επιτυχημένη μετάβαση στο νέο τρόπο ζωής. Οι ασθενείς που πάσχουν από ΧΝΝ και συνεργάζονται με το νοσηλευτή, ο οποίος ενημερώνεται σχετικά με την ασθένειά τους και τα στάδια της εξέλιξής της, μπορούν έχουν όφελος από εκπαιδευτικές διαδικασίες που δημιουργούν ενημερωμένες επιλογές για να καθυστερήσουν την εξέλιξη της νεφρικής τους νόσου.³⁵

4.4 Η μη συμμόρφωση στην αιμοκάθαρση

Η έλλειψη συμμόρφωσης ως προς την φαρμακευτική αγωγή συχνά οδηγεί σε κακή έκβαση των ασθενών σε χρόνιες ασθένειες. Ο αρνητικός αντίκτυπος της μη συμμόρφωσης είναι τόσο μεγάλος σε σημείο που η ανακούφισή του θα είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερα οφέλη στη δημόσια υγεία από την ανάπτυξη νεότερων, δαπανηρών σχημάτων θεραπείας. Οι λόγοι της μη συμμόρφωσης ως προς την αγωγή εξαρτώνται άμεσα από την ασθένεια καθώς και από την πολυπλοκότητα των θεραπειών που συνταγογραφούνται. Οι ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση διατρέχουν υψηλό κίνδυνο μη συμμόρφωσης ως προς την φαρμακευτική αγωγή. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αυξημένο φορτίο ταυτόχρονης

συννοσηρότητας και προβλημάτων που έχουν σχέση με την αιμοκάθαρση, οδηγώντας έτσι σε αυξημένη πολυπλοκότητα των διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων. Γενικά, το 50% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δεν παρουσιάζουν συμμόρφωση στην αγωγή τους. Τα ποσοστά μη τήρησης στη φαρμακευτική αγωγή κυμαίνονται μεταξύ 12,5 - 98,6%. Η επιδείνωση της υποκείμενης ασθένειας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μετά από μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή έχει συσχετιστεί με την αύξηση της θνησιμότητας και με επανειλημμένες νοσηλείες προκαλώντας σημαντική επιβάρυνση στο οικονομικό κόστος υγείας.³⁶

4.5 Παράγοντες που συμβάλλουν στη μη συμμόρφωση του ασθενούς με ΧΝΝ

Έχει γίνει προσπάθεια από διάφορες μελέτες τις τελευταίες δεκαετίες να διευκρινιστούν και να αναλυθούν τα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν τον πάσχοντα στην μη λήψη της συνιστώμενης φαρμακευτικής αγωγής. Η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει μια σειρά από συμπεριφορές που εκτείνονται από την πλήρη άρνηση της θεραπείας έως την αλλαγή ή και την παράλειψη των ημερήσιων δόσεων που έχουν προταθεί με βάση τις ιατρικές οδηγίες. Πιο συγκεκριμένα μερικά συμπτώματα των ψυχικών νόσων μπορούν να προκαλέσουν αναστολή της ικανότητας του ασθενούς να συνεργαστεί κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Αυτοί οι παράγοντες έχουν σχέση με την ασθένεια και είναι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της υποκείμενης νόσου και η ενσυναίσθηση. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων αποτελεί παράγοντα που οδηγεί σε μείωση των επιπέδων συμμόρφωσης.³⁴

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε πληθυσμό 342 ασθενών με ψυχικές διαταραχές και παράλληλη κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών δείχθηκε ότι τα σοβαρά ψυχωσικά συμπτώματα έχουν σχέση με μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή.²¹ Στους ψυχικά πάσχοντες παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της χαμηλής εναισθησίας. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να έχουν επίγνωση των συμπτωμάτων τους αλλά και των συνεπειών της ασθένειάς τους. Οι παράγοντες ελλιπούς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή που σχετίζονται με τον ασθενή αποτελούν τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, οι πεποιθήσεις του ασθενούς σχετικά με τα φάρμακα, η προγενέστερη συμπεριφορά στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, η παχυσαρκία και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που αποτελεί εμπόδιο για τους ασθενείς να μείνουν πιστοί στη θεραπεία τους.³⁴

Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με τη μη συμμόρφωση στη ΧΝΝ υπό αιμοκάθαρση πιθανοί λόγοι μη συμμόρφωσης αποτελούν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες των ασθενών, η κατάθλιψη και η εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας.³⁷

Το χαμηλό εισόδημα, οι πολιτιστικοί παράγοντες ή η έλλειψη εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας και της γενικής εκπαίδευσης συνέβαλαν αρνητικά στη μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή σε πληθυσμούς φτωχών και φυλετικών ή εθνικών μειονοτήτων. Παράγοντες πρόβλεψης της μη συμμόρφωσης των ασθενών αποτελούσαν, επίσης, η συνολική ικανοποίηση του ασθενούς, και τα εμπόδια ως προς τη φαρμακευτική αγωγή. Η σχέση ασθενούς-ιατρού, το επίπεδο αλφαριθμητισμού και εφαρμόσιμες θεωρίες όπως η θεωρία κοινωνικής μάθησης, το μοντέλο της θεωρίας αλλαγών και το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία έχουν, επίσης, εξεταστεί σε σχέση με τη μη συμμόρφωση. Επιπλέον, η ηλικία, η φυλή, το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν υψηλή σχέση με τη μη συμμόρφωση των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.³⁷

Η σχέση ασθενούς - ιατρού θεωρείται πολύ σημαντική μετά από την οικογενειακή σχέση. Θεωρείται εξαιρετικά πολύ σημαντικός ο δεσμός ανάμεσα τους κατά 67%, ξεπερνώντας τις σχέσεις με πνευματικούς συμβούλους, φαρμακοποιούς, συνεργάτες και χρηματοοικονομικούς συμβούλους. Τα οφέλη αυτής της σχέσης μπορούν να προκύψουν μόνο αν οι ασθενείς είναι συνεργάσιμοι και ακολουθούν τα θεραπευτικά σχήματα που τους δίνονται να ακολουθήσουν από τους γιατρούς καθώς και οι σχετικές συμβουλές.

Το δεύτερο πρόβλημα είναι η ύπαρξη χαμηλότερου εισοδήματος λόγω αδυναμίας εργασίας και υψηλότερου υγειονομικού κόστους. Τέλος, παρουσιάζεται χαμηλότερη παραγωγικότητα στις εταιρείες καθώς αρρωσταίνουν οι μη συμμορφωμένοι με αποτέλεσμα να λείπουν. Ένας προτεινόμενος τρόπος βελτίωσης της συμμόρφωσης είναι μέσω της βελτίωσης της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και ιατρών, της συνεργασίας και της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων σε σχέση με τις ιατρικές διαγνώσεις και τα θεραπευτικά προτεινόμενα σχήματα.³⁸

5. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ, ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση βιώνουν πολλές και ποικίλες δυσκολίες που ως πηγή προέλευσης έχουν τη βιολογική διάσταση της νόσου, όπως σωματική και γνωστική εξασθένηση, ανάγκη τήρησης συγκεκριμένης διατροφής και διάφορα προβλήματα από την αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula). Επιπλέον, η αιμοκάθαρση συνεπάγεται πλήθος

αλλαγών που επηρεάζουν σημαντικά τον καθημερινό τρόπο ζωής διότι επιβάλλεται μια νέα τάξη πραγμάτων. Η κατάθλιψη, η συμμόρφωση και η λειτουργικότητα είναι τρεις έννοιες με ισχυρή σχέση μεταξύ τους.³³

Σχετικά με την κατάθλιψη, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά συχνότητας εμφάνισής της σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε αιμοκάθαρση. Πλήθος παραγόντων προκαλούν καταθλιπτική συμπεριφορά που βιώνουν οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς βιώνουν έντονα απογοήτευση, αβεβαιότητα για το μέλλον και άγχος επικείμενου θανάτου τα οποία σε συνδυασμό με τις αλλαγές σε κάθε διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης (προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική), τις αλλαγές στην εικόνα εαυτού και τη μείωση του προσωπικού χρόνου έχουν ως αποτέλεσμα την οδήγηση σε μειωμένη αυτοεκτίμηση, απόσυρση, κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση. Ως γνωστό, οι ασθενείς με νεφρική νόσο αναγκάζονται να προσέρχονται στο νοσοκομείο ή κάποιο άλλο κέντρο συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα για τη πραγματοποίηση της συνεδρίας αιμοκάθαρσης με αποτέλεσμα, να υπάρχει δυσκολία διατήρησης του επαγγέλματος τους.³⁹ Οι ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση συμπεραίνουν ότι η ζωή τους κυλά μεταξύ του σπιτιού και του νοσοκομείου και δεν έχουν την δυνατότητα να αφιερώσουν χρόνο σε δραστηριότητες που στο παρελθόν τους ευχαριστούσαν, όπως για παράδειγμα ψυχαγωγία, κοινωνικές σχέσεις, διακοπές.³³

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία το 7,8% των ασθενών παρουσίαζαν κατάθλιψη.⁴⁰ Το 2006 στο Imam Reza και σε 17 νοσοκομεία του Shahrivar του Mashad τα ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της αυτο-φροντίδας. Με την αύξηση της αυτοφροντίδας θα μειωθούν και τα ποσοστά της κατάθλιψης.⁴¹ Στο Ιράν το 62% των ασθενών υπό αιμοκάθαρση παρουσίαζε κατάθλιψη.⁴² Παρόλα αυτά, σε δείγμα 286 ατόμων υποβαλλομένων σε αιμοκάθαρση που εξετάστηκαν μόνο 32 άτομα (11,3%) διαγνώστηκαν με κατάθλιψη πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης. Οι 20 (7%) έλαβαν φαρμακευτική αγωγή για άγχος. Πενήντα-επτά συμμετέχοντες (21,1%) παρουσίασαν κατάθλιψη και 63 (23,3%) σημείωσαν πάνω από το όριο για πιθανό άγχος.²

Στο Ιράκ το 80% των ασθενών παρουσίασε καταθλιπτική συμπτωματολογία.⁴³ Στην Ιορδανία οι ασθενείς δεν παρουσίασαν υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης διότι χρησιμοποιούσαν ως κύριο «όπλο» τους τις θρησκευτικές και πνευματικές τους πεποιθήσεις.³ Στην Αυστραλία το 42% των ασθενών παρουσίασαν κατάθλιψη.⁴⁴ Στο Ηνωμένο Βασίλειο σύμφωνα με τη χρήση της κλίμακας Beck Depression Inventory παρατηρήθηκε μεγάλο ποσοστό κατάθλιψης στους συμμετέχοντες ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.⁴⁵ Στην Νορβηγία σε δείγμα 301 ατόμων υπο

αιμοκάθαρση το 29,5% παρουσίασε καταθλιπτικά συμπτώματα.⁴⁶ Στην Ρουμανία το 61,5% των ασθενών παρουσίασε κατάθλιψη.⁴⁷ Στις ΗΠΑ ένας στους πέντε ενήλικες με ΧΝΝ έπασχε από κατάθλιψη σχετιζόμενη με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα.⁴⁸ Αναλυτικότερα, οι γυναίκες ασθενείς έτειναν να αξιολογούν πιο αρνητικά την ψυχική τους υγεία ενώ παράλληλα η πάροδος της ηλικίας φαίνεται ότι είχε αρνητική επίδραση στον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη σωματική και την ψυχική τους υγεία. Επιπλέον, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο προδιέθετε αρνητική αξιολόγηση από τους ασθενείς του περιβάλλοντος στο οποίο ζουν. Η οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται να επιδρά στην ψυχική υγεία αυτών των ασθενών και πιο συγκεκριμένα άτομα που ζουν μόνοι τους, όπως για παράδειγμα χήροι ή διαζευγμένοι, αξιολογούν περισσότερο αρνητικά την ποιότητα ζωής τους.^{49,50}

Πολύ συχνά, η κατάθλιψη που βιώνουν δεν διαγιγνώσκεται είτε επειδή οι ίδιοι δεν είναι πρόθυμοι να αναζητήσουν βοήθεια ή οι επαγγελματίες υγείας δεν επιτυγχάνουν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα διότι επικεντρώνονται περισσότερο στις σωματικές ενοχλήσεις των ασθενών. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου παρατηρείται επικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με άλλα. Για παράδειγμα, τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να μοιάζουν με εκείνα της ουραιμίας και ως εκ τούτου, να καθυστερεί η διάγνωση. Επίσης, η αϋπνία η οποία συχνά συνοδεύει τους ασθενείς με κατάθλιψη σε συνδυασμό με τα συμπτώματα που έχουν προκληθεί από τη λήψη φαρμάκων όπως (π.χ, γλυκοκορτικοειδή φάρμακα) συχνά προκαλούν επικάλυψη των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.³³

Το κυριότερο πρόβλημα που βιώνουν οι ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση είναι οι περιορισμοί στη διατροφή και στη λήψη υγρών. Στην Ινδονησία παρά τη μειωμένη οικονομική επιβάρυνση και την εύκολη πρόσβαση παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης των ασθενών στην αιμοκάθαρση. Το ποσοστό που συμμορφώθηκε στις συνεδρίες από τους 110 ερωτηθέντες ασθενείς ήταν το 60%.⁵¹ Όσον αφορά τη διατροφή μόνο το 24% τήρησε τους διατροφικούς περιορισμούς. Ο περιορισμός στα υγρά αναφέρθηκε ως η πιο δύσκολη διάσταση στη συμμόρφωσή τους.⁵²

Στην Τουρκία σε δείγμα 274 ασθενών υποβαλλομένων σε αιμοκάθαρση, οι οποίοι συγκεντρώθηκαν από τέσσερα νεφρολογικά κέντρα, το ποσοστό το οποίο δεν ήταν συμμορφωμένο με τους περιορισμούς διατροφής και υγρών ανερχόταν στο 39,1% και 20,1% όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή.⁵³

Τέλος, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε ότι οι νεότεροι ασθενείς κάτω των σαράντα πέντε ετών ήταν περισσότερο προσκολλημένοι από τους ηλικιωμένους ασθενείς στην φαρμακευτική

αγωγή σε δείγμα 168 συμμετεχόντων που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση από έξι γενικά νοσοκομεία στην Αθήνα.⁵⁴

Επιπλέον, οι περιορισμοί ως προς τη δίαιτα τις περισσότερες φορές αποτελούν βαρύ φορτίο για το κάθε άτομο ως προς την συμμόρφωση τους. Δεδομένου, ότι οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση απαγορεύεται να καταναλώνουν περισσότερο από 500ml υγρά την ημέρα, εφόσον η συσσώρευση των υγρών στον οργανισμό ενισχύει την υπέρταση ή μπορεί να οδηγήσει και σε οξύ πνευμονικό οίδημα, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι ο περιορισμός στη λήψη υγρών αποτελεί τον πιο συχνό στρεσογόνο παράγοντα που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής. Δεδομένου ότι εξουθενώνονται συναισθηματικά οι συγκεκριμένοι ασθενείς από τη μακρόχρονη θεραπεία, η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή ψυχική επιβάρυνση. Επίσης, αυξάνεται η συχνότητα των εισαγωγών στο νοσοκομείο για νοσηλεία, αυξάνεται η θνητότητα και ακόμη η πιθανότητα για οικειοθελή απόσυρση από την αιμοκάθαρση.³³

5.1 Συσχέτιση μεταξύ της λειτουργικότητας και μη συμμόρφωσης στην αιμοκάθαρση

Η γνωστική δυσλειτουργία έχει σχέση με κακή συμμόρφωση ως προς την φαρμακευτική αγωγή και με μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη γνωστική εξασθένηση. Η γνωστική δυσλειτουργία επίσης έχει σχέση με το χαμηλό επίπεδο γνώσεων στην υγεία, χαμηλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Στην Ιταλία οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση οι οποίοι παρουσίασαν γνωστική εξασθένηση σε τουλάχιστον 1 γνωστικό πεδίο παρουσίασαν 77% υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν εξασθένηση. Αυτή η συσχέτιση εξαρτάται από τη δόση καθώς σημειώθηκε αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας με τον αριθμό των περιοχών που είχαν μειωθεί. Σε μελέτη 676 ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση οι οποίοι ήταν ενήλικες από 20 κέντρα στην Ιταλία αξιολογήθηκαν ο επιπολασμός και τα πρότυπα γνωστικής εξασθένησης σε πέντε τομείς μάθησης και μνήμης, πολύπλοκη προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, γλώσσα και αντιληπτική κινητική λειτουργία. Η μελέτη έδειξε ότι η γνωστική εξασθένηση συμβαίνει συχνά σε ασθενείς με αιμοκάθαρση με εκτιμώμενο 71,1% των ασθενών που έχουν επιβαρυνθεί σε τουλάχιστον έναν τομέα και συχνά εμφανίζονται από τους ασθενείς πολλαπλά ελλείμματα ταυτόχρονα με το 45,2% των ασθενών που παρουσιάζουν εξασθένηση σε δύο ή περισσότερους τομείς.⁵⁵

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και της συμμόρφωσης ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση.

Επιμέρους στόχοι:

E1: Η διερεύνηση της συσχέτισης της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση.

E2: Η διερεύνηση της συσχέτισης της λειτουργικότητας με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση.

E3: Η διερεύνηση της συσχέτισης της συμμόρφωσης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση.

E4: Η συσχέτιση της κατάθλιψης με τη λειτουργικότητα.

E5: Η συσχέτιση της κατάθλιψης με τη συμμόρφωση ως προς το σχήμα της αιμοκάθαρσης.

E6: Η συσχέτιση της λειτουργικότητας με τη συμμόρφωση ως προς το σχήμα της αιμοκάθαρσης.

1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1 Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (57 άνδρες και 43 γυναίκες). Το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών ήταν ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μονάδα τεχνητού νεφρού ιδιωτικού νοσοκομείου του νομού Αττικής κατά τη χρονική περίοδο Δεκέμβριο- Φεβρουάριο 2021. Κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν: α) Να κατανοούν την Ελληνική γλώσσα, β) να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση > 1 έτος, γ) να είναι σε ηλικία άνω των 18 ετών. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν α) Όσοι δεν κατανοούσαν την Ελληνική γλώσσα, β) όσοι νοσηλεύονταν, γ) όσοι είχαν διαγνωστεί με κάποιο ψυχιατρικό νόσημα. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώνονταν από τον ερευνητή προφορικά για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια ο ερευνητής ζητούσε την προφορική συγκατάθεση των ασθενών για συμμετοχή στη μελέτη.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης χρησιμοποιώντας τις κλίμακες: «Self- rating Depression Scale (SDS) – Zung» για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, την κλίμακα «Barthel (BI)» για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών και την κλίμακα «Greek Simplified Medication Adherence Questionnaire for hemodialysis patients, GR-SMAQ-HD» για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη ξεκίνησε αφού έγινε αποδεκτή από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του νοσοκομείου και πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την Διακήρυξη του Ελσίνκι (1989) του Παγκόσμιου Ιατρικού Συνδέσμου. Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει άδεια με αρ. πρωτ. 2870/7-12-2020 την οποία κατέχει ο ερευνητής.

1.2 Εργαλεία μέτρησης

1.2.1. Χαρακτηριστικά ασθενών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συγκεντρώθηκαν ορισμένα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν: το φύλο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή τους κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, το μορφωτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους.

Στοιχεία σχετικά με την υποκείμενη νόσο και κλινικά χαρακτηριστικά.

Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν στοιχεία αναφορικά με την υποκείμενη νόσο και την παρούσα κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκαν τα παρακάτω στοιχεία.

- Τα έτη που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.
- Εάν θεωρούν τον εαυτό τους αγχώδη, και αν έχουν άγχος για την πορεία της αιμοκάθαρσης.
- Το βαθμό ενημέρωσης για το πρόβλημα της υγείας τους.
- Τη σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Εάν η τακτική ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους Εάν επιθυμούν να λαμβάνουν γραπτές οδηγίες.

Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ψυχομετρικά εργαλεία:

1.2.2. Εργαλείο για την αξιολόγηση της κατάθλιψης των ασθενών

Για την αξιολόγηση της κατάθλιψης ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα «Self-rating Depression Scale (SDS) – Zung».⁵⁶ Η κλίμακα Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) είναι ένα ευρέως διαγνωστικό εργαλείο ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων, που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Η κλίμακα SDS αποτελείται από 20 ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε μία τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Σε κάθε μία από τις διαβαθμίσεις της τετράβαθμης κλίμακας αποδίδονται βαθμοί από 1 – 4. Σε πέντε ερωτήσεις χρειάζεται πρώτα να γίνει αντιστροφή των σκορ. Τα σκορ που αποδίδονται στις ερωτήσεις αθροίζονται οδηγώντας σε ένα τελικό σκορ κατάθλιψης. Υψηλότερες τιμές του σκορ υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Ο δείκτης παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα όπως φαίνεται από τον συντελεστή Cronbach's Alpha 0,84. Ο δημιουργός της κλίμακας είναι ο William W.K Zung ψυχίατρος ο οποίος χρησιμοποιούσε αυτή την κλίμακα για να αξιολογήσει τα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών. Ειδικότερα η κλίμακα έχει μελετηθεί σε διάφορους πληθυσμούς όπως σε ασθενείς με καρκίνο και σε εργαζομένους.^{60,61} Στην Ελλάδα η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας μελετήθηκε από τους Fountoulakis και συν.,⁵⁸ σε δείγμα 129 ασθενών εκ των οποίων οι 9 έπασχαν από κατάθλιψη. Ο δείκτης Cronbach's Alpha της ελληνικής έκδοσης ήταν 0,86.⁵⁶⁻⁵⁹

1.2.3. Εργαλείο για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών

Για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα «Barthel (BI)»⁶¹, η οποία είναι ευρέως διαδεδομένη και αποτελεί ένα απλό τρόπο μέτρησης για τον προσδιορισμό της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς και το βαθμό της ανεξαρτησίας των ασθενών με νευρολογικά νοσήματα, που κατά συνέπεια υποδεικνύει το βαθμό ανεξαρτησίας του ασθενούς. Απαρτίζεται από δέκα μεταβλητές που αξιολογούν καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή (σίτιση, λούσιμο, προσωπική περιποίηση, ντύσιμο, αφόδευση, ούρηση, χρήση τουαλέτας, μεταφορά από το αναπηρικό καρότσι στο κρεβάτι και αντίθετα, μετακίνηση σε επίπεδες επιφάνειες και μετακίνηση σε σκάλες). Η συνολική επίδοση του ασθενή είναι το άθροισμα των βαθμών του στις δέκα αξιολογούμενες δραστηριότητες. Οι προτεινόμενες οδηγίες για την ερμηνεία των βαθμολογιών Barthel είναι ότι οι βαθμολογίες 0-20 υποδεικνύουν «συνολική» εξάρτηση, 21-60

υποδεικνύουν «σοβαρή» εξάρτηση, 61-90 υποδεικνύουν «μέτρια» εξάρτηση και 91-99 υποδεικνύουν «ελαφρά» εξάρτηση. Ο δημιουργός της κλίμακας ήταν ο Dr. Mahoney με την Dorothea W.Barthel το 1965. Αρχισε να χρησιμοποιείται το 1965 στην Maryland και πιο συγκεκριμένα στο νοσοκομείο Montebello State, Deer's Head και στο Western Maryland σε ενήλικες ασθενείς με νευρομυϊκές και μυοσκελετικές ανωμαλίες προκειμένου να καθοριστεί το αρχικό επίπεδο ανεξαρτησίας του ασθενή και επαναλαμβάνοντας το περιοδικά, ώστε να πραγματοποιείται αξιολόγηση της βελτίωσης του με δείκτη Cronbach's alpha 0,807. Στην Ελλάδα επίσης έγινε χρήση της κλίμακας σε 57 διαδοχικά επιλεγμένους ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο με δείκτη Cronbach's Alpha 0,88 παρουσιάζοντας υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. ^{60,61,62,83,84}

1.2.4. Εργαλείο για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών

Για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση χρησιμοποιήθηκε «Greek Simplified Medication Adherence Questionnaire for hemodialysis patients».⁶² Περιλαμβάνει οκτώ ερωτήσεις, που ομαδοποιούνται σε τρεις παράγοντες: συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, παρουσία στην συνεδρία και περιορισμός διατροφής / υγρών. Το σκορ των ερωτήσεων που ανήκουν σε κάθε παράγοντα αθροίζονται οδηγώντας στα ακόλουθα εύρη σκορ: 0-4 για την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, 0-2 για την παρουσία στην συνεδρία και 0-2 για τον περιορισμό διατροφής / υγρών. Το συνολικό σκορ έχει εύρος 0-8. Μεγαλύτερες τιμές του σκορ υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση. Δημιουργοί της κλίμακας είναι οι Αλικάρη και συν.⁶⁴ Έγινε χρήση της κλίμακας σε πληθυσμό 139 ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση από τρεις μονάδες στην Αθήνα και στην Πελοπόννησο το 2016 με δείκτη Cronbach's Alpha 0,742 παρουσιάζοντας υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. ⁶³

1.3 Στατιστική ανάλυση

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR). Η κανονικότητα των δεδομένων ελέγχθηκε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov και γραφικά με ιστογράμματα και Q-Q plots. Τα κριτήρια Kruskal-Wallis και Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στο σκορ της κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών των ασθενών καθώς και την λειτουργικότητα και την συμμόρφωση, όπως επίσης και το κριτήριο spearman's rho. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε για την εκτίμηση της επίδραση των

χαρακτηριστικών, της λειτουργικότητας και της συμμόρφωσης στην κατάθλιψη των ασθενών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με β συντελεστές παλινδρόμησης και 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (ΔΕ). Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 25 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA)

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

2.1.1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ειδικότερα, παρατηρούμε ότι οι άνδρες αποτελούσαν το 57% του δείγματος, ενώ το 66% του δείγματος ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών. Από τους συμμετέχοντες ασθενείς το 55% ήταν έγγαμοι, το 54% απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου, ενώ το 43% συνταξιούχοι. Στη πλειοψηφία τους οι ασθενείς έμεναν στην Αττική (98%) και είχαν από 2 και πάνω παιδιά (47%).

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών
(N=100)

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	N (%)
Φύλο	
Άνδρας	57(57.0%)
Γυναίκα	43(43.0%)
Ηλικία (έτη)	
<30	5(5.0%)
30-40	7(7.0%)
41-50	22(22.0%)
51-60	30(30.0%)
61-70	15(15.0%)
>70	21(21.0%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος	55(55.0%)
Άγαμος	27(27.0%)
Διαζευγμένος	8(8.0%)
Χήρος	6(6.0%)
Συμβίωση	4(4.0%)
Μορφωτικό Επίπεδο	

Πρωτοβάθμια	18(18.0%)
Δευτεροβάθμια	54(54.0%)
Τριτοβάθμια	26(26.0%)
MSc-PhD	2(2.0%)
Επάγγελμα	
Άνεργος	8(8.0%)
Δημόσιος υπάλληλος	10(10.0%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	15(15.0%)
Ελεύθ. Επαγγελματίας	8(8.0%)
Οικιακά	9(9.0%)
Συνταξιούχος	43(43.0%)
Άλλο	7(7.0%)
Διαμονή	
Αττική	98(98.0%)
Μικρή Πόλη	1(1.0%)
Ύπαιθρος	1(1.0%)
Αριθμός παιδιών	
0	28(28.0%)
1	25(25.0%)
2	39(39.0%)
>2	8(8.0%)

Στον Πίνακα 2 τα στοιχεία που παρουσιάζονται αφορούν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Το 99% ήταν πολύ ή αρκετά ενημερωμένο για την κατάσταση της υγείας του, το 58% χαρακτήριζε τον εαυτό του αγχώδη και το 55% είχε πολύ ή αρκετό άγχος για την πορεία της νόσου. Το 34% πίστευε ότι η τακτική ενημέρωση συμβάλλει πολύ στην μείωση του άγχους, και το 79% είχε πολύ καλή σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Το 50% των ασθενών υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση πάνω από 4 έτη (διάμεσος).

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών (N=100)

Κλινικά χαρακτηριστικά	N (%)
Ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας	
Πολύ	33(33.0%)
Αρκετά	66(66.0%)
Λίγο	1(1.0%)
Καθόλου	0(0.0%)
Θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας ως αγχώδη	
Ναι	58(58.0%)
Όχι	42(42.0%)
Έχετε άγχος για την πορεία της αιμοκάθαρσης;	
Πολύ	10(10.0%)
Αρκετά	45(45.0%)
Λίγο	39(39.0%)
Καθόλου	6(6.0%)
Πιστεύετε ότι, η τακτική ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους;	
Πολύ	34(34.0%)
Αρκετά	66(66.0%)
Λίγο	0(0.0%)
Καθόλου	0(0.0%)
Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με το νοσηλευτικό προσωπικό;	
Πολύ καλή	79(79.0%)
Καλή	20(20.0%)
Μέτρια	1(1.0%)
Κακή	0(0.0%)
	Διάμεσος (IQR)
Έτη Αιμοκάθαρσης	4(3-7)

Σχετικά με τις βαθμολογίες τω κλιμάκων, σημειώθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

2.1.2. Αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών

Ο Πίνακας 3 αφορά τη λειτουργικότητα των ασθενών. Αναλυτικά, το 92% των ασθενών ήταν ανεξάρτητοι όσον αφορά την σίτισή τους, το 83% ήταν ανεξάρτητοι όσον αφορά την κίνησή τους, το 90%, το 86% και το 85% ήταν ανεξάρτητοι όσον αφορά την προσωπική τουαλέτα, την τουαλέτα γενικά και το μπάνιο αντίστοιχα. Το 86% ήταν ανεξάρτητοι στο περπάτημα, το 62% ανεξάρτητοι στο Ανεβοκατέβασμα στις σκάλες και το 86% ανεξάρτητοι στο ντύσιμο. Το 98% και 85% είχαν πλήρη έλεγχο των κενώσεων και της ούρησης αντίστοιχα. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στο 77% να είχε ελαφριά εξάρτηση, το 17% μέτρια εξάρτηση και το 6% σοβαρή εξάρτηση.

Πίνακας 3: Αξιολόγηση λειτουργικότητας των ασθενών (N=100)

Λειτουργικότητα	N (%)
Φαγητό	
Τον ταΐζουν οι άλλοι	0(0.0%)
Ανάγκη να του τεμαχίζουν την τροφή	8(8.0%)
Ανεξάρτητος	92(92.0%)
Κίνηση από αναπηρική πολυθρόνα στο κρεβάτι και αντίθετα	
Ανίκανος	0(0.0%)
Μεγάλη βοήθεια για να μεταφέρεται	0(0.0%)
Με λίγη βοήθεια	17(17.0%)
Ανεξάρτητος	83(83.0%)
Προσωπική τουαλέτα(πλύσιμο δοντιών, προσώπου- χτένισμα-ξύρισμα)	
ανάγκη βοήθειας	10(10.0%)
ανεξάρτητος	90(90.0%)
Να πηγαίνει στην τουαλέτα, να βγάζει τα ρούχα του, να εκτελεί την τοπική καθαριότητα	
Εξαρτώμενος	0(0.0%)
Χρειάζεται κάποια βοήθεια	14(14.0%)
Ανεξάρτητος	86(86.0%)
Να κάνει μπάνιο	

Εξαρτώμενος	15(15.0%)
Ανεξάρτητος	85(85.0%)
Περπάτημα σε ένα δάπεδο(ή να κινεί την αναπηρική πολυθρόνα)	
Ανίκανος	0(0.0%)
Αναπηρική πολυθρόνα για 50μ	0(0.0%)
Με κάποια βοήθεια για 50μ περπάτημα	14(14.0%)
Ανεξάρτητος για 50μ.	86(86.0%)
Ανεβοκατέβασμα στις σκάλες	
Ανίκανος	0(0.0%)
με κάποια βοήθεια	38(38.0%)
Ανεξάρτητος	62(62.0%)
Ντύσιμο :συμπεριλαμβάνεται δέσιμο παπουτσιών και κούμπωμα ζώνης-κουμπιών	
Ανίκανος	0(0.0%)
με κάποια βοήθεια	14(14.0%)
Ανεξάρτητος	86(86.0%)
Έλεγχος κενώσεων	
Ακράτεια	0(0.0%)
Περιστασιακά μη έλεγχος	2(2.0%)
Πλήρης έλεγχος	98(98.0%)
Έλεγχος ούρησης	
Ακράτεια	0(0.0%)
Περιστασιακά μη έλεγχος	15(15.0%)
Πλήρης έλεγχος	85(85.0%)
Συνολικό Σκορ Λειτουργικότητας	
21-60 Σοβαρή Εξάρτηση	6(6.0%)
61-90 Μέτρια Εξάρτηση	17(17.0%)
91-99 Ελαφριά Εξάρτηση	77(77.0%)

2.1.3. Αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών

Ο Πίνακας 4 αφορά τη συμμόρφωση των ασθενών. Αναλυτικά, το 14% των ασθενών είχε ξεχάσει κάποια στιγμή να πάρει τα φάρμακα του, το 93% δεν είχε συντομεύσει την συνεδρία και το 94% ακολουθεί τους περιορισμούς της διατροφής/υγρών. Με βάση τα παραπάνω το 77% είχε σκορ 7 με πιθανό εύρος 0-8. Η μέση τιμή του σκορ της συμμόρφωσης ήταν 6.5. Αυτό υποδηλώνει υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης των ασθενών.

Πίνακας 4: Αξιολόγηση συμμόρφωσης των ασθενών (N=100)

Συμμόρφωση	N (%)
<u>Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή</u>	
Όταν αισθάνεστε άσχημα, έχετε ποτέ σταματήσει να παίρνετε τα φάρμακα σας;	
Ναι	5(5.0%)
Όχι	95(95.0%)
Έχετε ποτέ ξεχάσει να πάρετε τα φάρμακα σας;	
Ναι	14(14.0%)
Όχι	86(86.0%)
Έχετε ποτέ ξεχάσει να πάρετε τα φάρμακα σας τις ημέρες που μεσολαβούν μεταξύ των δύο συνεδριών αιμοκάθαρσης;	
Ναι	11(11.0%)
Όχι	89(89.0%)
Την τελευταία εβδομάδα, πόσες φορές δεν πήρατε τη δόση του φαρμάκου σας;	
3-5 φορές, 6-10 φορές, περισσότερο από 10 φορές	1(1.0%)
Ποτέ, 1-2 φορές	99(99.0%)
<u>Παρουσία στη συνεδρία</u>	
Τον προηγούμενο μήνα πόσες φορές συντομεύσατε τη συνεδρία με δική σας πρωτοβουλία;	
δυο φορές, τρεις φορές, τέσσερις-πέντε φορές	7(7.0%)
Δεν έχω συντομεύσει τη συνεδρία, μία φορά	93(93.0%)
Τον προηγούμενο μήνα, κατά μέσο όρο πόσα λεπτά συντομεύθηκε η συνεδρία με δική σας πρωτοβουλία;	
11-20 λεπτά, 21-30 λεπτά, πάνω από 30 λεπτά	99(99.0%)

Δεν έχω συντομεύσει τη συνεδρία, 10 λεπτά ή και λιγότερο	1(1.0%)
<u>Περιορισμός διατροφής/υγρών</u>	
Κατά την προηγούμενη εβδομάδα, πόσο συχνά ακολουθήσατε τις οδηγίες για τον περιορισμό στα υγρά;	
Περίπου τις μισές φορές, σπάνια, ποτέ	6(6.0%)
Κάθε φορά, τις περισσότερες φορές	94(94.0%)
Κατά την προηγούμενη εβδομάδα πόσες φορές ακολουθήσατε τις διαιτητικές συστάσεις;	
Περίπου τις μισές φορές, σπάνια, ποτέ	6(6.0%)
Κάθε φορά, τις περισσότερες φορές	94(94.0%)
<u>Συνολικό Σκορ Συμμόρφωσης (Εύρος 0-8)</u>	
3	3(3.0%)
4	4(4.0%)
5	9(9.0%)
6	7(7.0%)
7	77(77.0%)
	Διάμεσος (IQR)
Συνολικό Σκορ Συμμόρφωσης (Εύρος 0-8)	7(7-7)

2.1.4. Αξιολόγηση της κατάθλιψης των ασθενών

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 5, που αφορούν την κατάθλιψη των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, παρατηρούμε ότι τουλάχιστον το 50% των ασθενών σκοράρουν κάτω από 38 (διάμεσος) στην κατάθλιψη Zung και αντίστοιχα η μέση τιμή κυμάνθηκε στο 37.8. Επιπλέον το 25% των ασθενών είχαν σκορ κάτω από 34. Οι τιμές αυτές σε σχέση με το πιθανό εύρος των σκορ (20-80) υποδηλώνουν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών.

Πίνακας 5: Μέτρηση των επιπέδων της κατάθλιψης των ασθενών (N=100)

	Μέσος (ΤΑ)	Διάμεσος (IQR)
Κατάθλιψη Zung (Εύρος 20-80)	37.8(5.7)	38(34-41.5)

2.2. Στατιστικά αποτελέσματα

2.2.1. Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών

Οι πίνακες 6Α και 6Β παρουσιάζουν τη συσχέτιση της κατάθλιψης των ασθενών με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους. Στον πίνακα 6Γ παρουσιάζεται η συσχέτιση της κατάθλιψης με τη λειτουργικότητα και τη συμμόρφωση των ασθενών.

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του σκορ της κατάθλιψης των ασθενών και του φύλου ($p=0.026$), της ηλικίας ($p=0.014$), και του συνολικό σκορ της λειτουργικότητας ($p=0.016$).

Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες ασθενείς είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 39) σε σχέση με τους άντρες (διάμεσος 37). Οι ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 39) σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς (διάμεσος 61-70: 44, διάμεσος 51-60: 38 και διάμεσος <50: 34.5). Επιπλέον, υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης βίωναν οι ασθενείς με σοβαρή ή μέτρια εξάρτηση (διάμεσος 40) σε σχέση με τους ασθενείς με ελαφριά εξάρτηση (διάμεσος 37).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της συμμόρφωσης με την κατάθλιψη των ασθενών ($p=0.836$).

Πίνακας 6Α: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών

	Μέση Τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (IQR)	p-value
Φύλο			0.026
Άνδρας	36.5(5.3)	37(34-40)	
Γυναίκα	39.6(5.8)	39(35-44)	
Ηλικία			0.014
≤50	35.6(6.3)	34.5(32-39)	
51-60	38.3(4.9)	38(35-42)	
61-70	39.9(7.0)	44(34-45)	
>70	39.4(3.5)	39(37-40)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.180
Έγγαμος/ Συμβίωση	37.5(5.2)	38(34-41)	
Άγαμος	37.2(6.7)	37(33-44)	
Διαζευγμένος/ Χήρος	40.6(5.4)	40.5(35-44)	
Μορφωτικό Επίπεδο			0.070
Πρωτοβάθμια	39.9(6.2)	40(37-45)	
Δευτεροβάθμια	37.9(5.0)	38(35-41)	
Τριτοβάθμια/ MSc-PhD	36.4(6.4)	37(31.5-40)	
Επάγγελμα			0.088
Άνεργος/ Οικιακά	38.2(7.0)	38(33-44)	
Εργαζόμενος	36.2(5.5)	37(32-39)	
Συνταξιούχος	39.1(5.0)	39(35-44)	
Αριθμός παιδιών			0.575
0	36.8(6.3)	37(32.5-41.5)	
1	38.3(5.9)	38(35-42)	
>1	38.2(5.3)	39(35-41)	

Πίνακας 6B: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών

	Μέση Τιμή (TA)	Διάμεσος (IQR)	p-value
Θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας ως αγχώδη			0.074
Ναι	38.7(5.1)	39(35-44)	
Όχι	36.6(6.4)	37(33-41)	
Έχετε άγχος για την πορεία της αιμοκάθαρσης;			0.101
Πολύ/ Αρκετά	38.7(5.4)	39(35-44)	
Λίγο/ Καθόλου	36.7(6.0)	37(34-40)	
Ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας			0.100
Πολύ	39.4(5.8)	38(35-44)	
Αρκετά	37.0(5.6)	37.5(34-41)	
Πιστεύετε ότι, η τακτική ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους;			0.782
Πολύ	38.1(7.0)	37.5(34-44)	
Αρκετά	37.7(5.0)	38(34-41)	
Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με το νοσηλευτικό προσωπικό;			0.236
Πολύ καλή	38.3(5.5)	38(35-42)	
Καλή	36.8(5.9)	36(33-40)	
	Spearman's		
	Rho	p-value	
Έτη Αιμοκάθαρσης	0.192	0.056	

Πίνακας 6Γ: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τη λειτουργικότητα και τη συμμόρφωση των ασθενών

	Μέση Τιμή (TA)	Διάμεσος (IQR)	p-value
Συνολικό Σκορ Λειτουργικότητας			0.016
Σοβαρή / Μέτρια Εξάρτηση	40.3(4.7)	40(37-44)	
Ελαφριά Εξάρτηση	37.1(5.8)	37(34-41)	
	Spearman's		
	Rho	p-value	
Συνολικό Σκορ Συμμόρφωσης	0.021	0.836	

2.3. Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στην κατάθλιψη

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έτσι ώστε να εκτιμηθεί η επίδραση των χαρακτηριστικών των ασθενών (ανεξάρτητοι παράγοντες) στην κατάθλιψη που βιώνουν (εξαρτημένη μεταβλητή).

Παρατηρούμε ότι γυναίκες ασθενείς είχαν 3.6 μονάδες στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο σκορ κατάθλιψης σε σχέση με τους άντρες ($\beta=3.65$, 95%ΔΕ: 1,51-5,80, $p=0,001$). Επιπλέον, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 70, οι ασθενείς ηλικίας 61-70 και οι ασθενείς ηλικίας 51-60 είχαν 3,5 , 4,3 και 2,7 μονάδες στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο σκορ κατάθλιψης σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας <50 ετών ($\beta=3,51$, 95%ΔΕ: 0,09-6,93, $p=0,044$ και $\beta=4,26$, 95%ΔΕ: 1.00-7,52, $p=0,011$ και $\beta=2,72$, 95%ΔΕ: 0,13-5,31, $p=0,039$ αντίστοιχα). Η λειτουργικότητα δεν βρέθηκε να επιδρά στην κατάθλιψη των ασθενών ($p=0,155$).

Πίνακας 7: Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στην κατάθλιψη

	β συντελεστής (95% ΔΕ)	p-value
Φύλο		
Αντρες	Κατ. Αναφ.	
Γυναίκες	3,65(1,51-5,80)	0,001
Ηλικία		
≤50	Κατ. Αναφ.	
51-60	2,72(0,13-5,31)	0,039
61-70	4,26(1,00-7,52)	0,011
>70	3,51(0,09-6,93)	0,044
Λειτουργικότητα		
Σοβαρή / Μέτρια Εξάρτηση	Κατ. Αναφ.	
Ελαφριά Εξάρτηση	-2,15(-5,12-0,83)	0,155

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι άνδρες αποτελούσαν το 57% του δείγματος. Κάποια άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση προτού νοσήσουν έχουν ήδη δημιουργήσει οικογένεια. Επίσης, ως πρώτη επιλογή τους είναι το κοντινότερο κέντρο αιμοκάθαρσης από την κατοικία τους. Ακόμη παρατηρείται μεγάλος αριθμός συνταξιούχων λόγω της μεγάλης ηλικιακής ομάδας που ανήκουν. Σύμφωνα με μελέτη⁶⁴ φαίνεται πως επιβεβαιώνεται η προτίμηση επίσκεψης κοντινού κέντρου, και η συνηθέστερη ηλικιακή ομάδα.

Τα περιγραφικά αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται πως ήταν ενημερωμένοι πολύ για την κατάσταση υγείας τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνει εις βάθος τόσο τον ασθενή όσο και το περιβάλλον του για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Σύμφωνα άλλη μελέτη⁶⁵ υπήρξε μεγάλη ενημέρωση των ασθενών σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους.

Οι συμμετέχοντες δήλωσαν επίσης ότι βίωναν πολύ άγχος σχετικά με την πορεία της νόσου και το 55% των ασθενών θεωρούσε τον εαυτό του αγχώδη. Το άγχος σύμφωνα με μελέτη στο Μπρούκλιν της Νέας Υόρκης⁶⁶ αποτελεί ένα κοινό αλλά συχνά ψυχιατρικό σύμπτωμα το οποίο παραβλέπεται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Το άγχος χαρακτηρίζεται από συμπτώματα φόβου και άλλες εκδηλώσεις διαταραχής άγχους, όπως αίσθημα παλμών, τρόμος, δυσπεψία, μούδιασμα ή μυρμηγκιασμα, νευρικότητα, δύσπνοια, διάρροια.

Το 79% των ασθενών είχε πολύ καλή σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η καλή σχέση επιβεβαιώνεται και σε άλλη μελέτη⁶⁷ όπου το 61,9% δείγματος 139 ασθενών στην Αττική είχε πολύ καλές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Όσον αφορά τη λειτουργικότητα των ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση, το 77% είχε ελαφριά εξάρτηση από βοήθεια συγγενικού περιβάλλοντος ή φίλων για δραστηριότητες όπως για παράδειγμα να ανέβει τις σκάλες, κατά το γεύμα, στο μπάνιο, το 17% παρουσίασε μέτρια εξάρτηση και το 6% σοβαρή εξάρτηση με βάση την έρευνα που πραγματοποιήθηκε. Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στο Τορόντο στον Καναδά⁶⁸ αναφέρεται ότι στους ηλικιωμένους ασθενείς εμφανίζονται υψηλά ποσοστά λειτουργικής αναπηρίας, νοσηλείας και θνησιμότητας σε χρόνια αιμοκάθαρση και φαίνεται ότι η έναρξη της αιμοκάθαρσης έχει άμεση σύνδεση στην πραγματικότητα με επιτάχυνση της λειτουργικής παρακμής.

Σχετικά με την επίδραση του φύλου στην κατάθλιψη τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης απ' ό,τι οι άνδρες. Σύμφωνα με άλλη μελέτη⁶⁹ οι γυναίκες παρουσιάζουν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να αναπτύξουν επεισόδιο κατάθλιψης. Επίσης, οι άνδρες τείνουν να είναι κλειστοί χαρακτήρες

και να μην παραδέχονται ότι πάσχουν από κατάθλιψη ή ότι είναι αδύναμοι. Παρόλα αυτά σύμφωνα με την μελέτη στον Καναδά ⁷⁰ αναφέρεται πως οι άνδρες αντιπροσωπεύουν τέσσερις στους πέντε θανάτους από αυτοκτονία. Ενώ οι γυναίκες διαγιγνώσκονται σε διπλάσια ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης από τους άνδρες, οι άνδρες πεθαίνουν πιο συχνά από αυτοκτονία σε σύγκριση με τις γυναίκες.⁷⁰

Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι ηλικιωμένοι άνω των 70 ετών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους νεότερους ασθενείς. Οι ηλικιωμένοι έχουν φτάσει σε ένα σημείο της ζωής τους που λόγω των συνοσηροτήτων που έχουν, πάσχουν από κατάθλιψη διότι δεν μπορούν να εκτελούν δραστηριότητες που συνήθιζαν να κάνουν στο παρελθόν και επίσης εξαρτώνται από το συγγενικό τους περιβάλλον. Σύμφωνα με μελέτη⁷¹ στους ηλικιωμένους, η κατάθλιψη εμφανίζεται κυρίως σε εκείνους που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και γνωστική εξασθένηση. Τους προκαλεί πόνο, διαταραχή και αναπηρία, προκαλεί επιδείνωση ως προς τα αποτελέσματα πολλών ασθενειών και αυξάνει τη θνησιμότητα.⁷¹

Αναφορικά με την κατάθλιψη, η παρούσα μελέτη έδειξε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση. Σύμφωνα με την μελέτη των Treadwell και συν.,⁷² στις Ηνωμένες Πολιτείες παρατηρήθηκαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση.⁷² Μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης παρουσιάστηκαν στην μελέτη στο εθνικό νοσοκομείο της Γκάνας.⁷³ Υποστηρίζεται ότι οι δραστικές αλλαγές που πραγματοποιούνται στον τρόπο ζωής όπως για παράδειγμα η δαπάνη περίπου 3 ωρών την ημέρα σε μηχανή αιμοκάθαρσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην κατάθλιψη των ασθενών.⁷³ Αυτό μπορεί να οφείλεται σε κοινωνικό-πολιτισμικές και οικονομικές διαφορές μεταξύ των πληθυσμών της μελέτης, καθώς και στη χρήση διαφορετικών εργαλείων για την αξιολόγηση της κατάθλιψης.

Ως προς τη συμμόρφωση στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών ήταν συμμορφωμένοι ως προς τις συνεδρίες της αιμοκάθαρσης και τους περιορισμούς ως προς την λήψη υγρών και τροφής. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην καλή ενημέρωση που έχουν οι ασθενείς για την νόσο και στην επιθυμία τους να εξελιχθεί η νόσος ομαλά με τη βέλτιστη υποκατάσταση της νεφρικής τους λειτουργίας. Σύμφωνα με μελέτη των Mhammedi και συν.,⁷⁴ το 57% των ασθενών έδειξε κακή συμμόρφωση στο σχήμα της αιμοκάθαρσης. Η κακή συμμόρφωση έχει σχέση με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, με συνοσηρότητες και με τα χρόνια ένταξης στην αιμοκάθαρση.⁷⁴ Σε μελέτη στην

Παλαιστίνη⁷⁵ φάνηκε ότι το 55,5% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίασε υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην συνεδρία και στους περιορισμούς υγρών και διατροφής.⁷⁵ Σύμφωνα με μελέτη⁷⁶ που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής στην Ατλάντα παρατηρήθηκε δυσκολία στην συμμόρφωση των ασθενών ως προς την ολοκλήρωση των συνεδριών αιμοκάθαρσης, περιορισμό υγρών, περιορισμούς στη διατροφή και στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.⁷⁶ Συγκεκριμένα προέβαιναν στην συντόμευση περισσότερων από τριών συνεδριών για χρονικό διάστημα δεκαπέντε λεπτών.⁷⁶ Το 93% στην παρούσα μελέτη δεν είχε συντομεύσει τη συνεδρία στην αιμοκάθαρση και το 94% ακολουθούσε τους περιορισμούς στη διατροφή και στο νερό. Μόνο το 14% είχε λησμονήσει να λάβει τη φαρμακευτική του αγωγή. Σε έρευνα στη Μαλαισία υποστηρίζεται ότι η έλλειψη επαρκών γνώσεων, οι ανεπαρκείς δεξιότητες αυτό-αποτελεσματικότητας, οι οικονομικές δυσκολίες και το γεγονός ότι πολλοί συχνά λησμονούν ότι πρέπει να καταναλώσουν συγκεκριμένη ποσότητα νερού εντός της ημέρας, αποτελούσαν τα κύρια εμπόδια ως προς τη συμμόρφωση με τη διατροφή, τα υγρά, τα φάρμακα.⁷⁷ Σε μελέτη που έλαβε χώρα στο Ιράν το 56% των ασθενών δεν τήρησε τους περιορισμούς υγρών. Έγινε διαπίστωση ότι το φαγητό αποτελεί μια πολιτισμικά δεσμευμένη συμπεριφορά και μπορεί πολύ εύκολα να επηρεαστεί ο βαθμός συμμόρφωσης από την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση.⁷⁸

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η λειτουργικότητα δεν βρέθηκε να επιδρά στην κατάθλιψη των ασθενών. Δυστυχώς δεν βρέθηκε κάποια έρευνα σχετικά με αυτό το εύρημα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο επίπεδο ανεξαρτησίας των ασθενών ως προς τις διάφορες διαδικασίες όπως φαγητό, ντύσιμο, προσωπική υγιεινή.

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της συμμόρφωσης με την κατάθλιψη των ασθενών. Σύμφωνα με την μελέτη στην Κορέα⁷⁹ οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτρια επίπεδα αυτό-φροντίδας που σχετίζονται με παράγοντες όπως η γνώση της αιμοκάθαρσης, οι διατροφικές γνώσεις ως προς την αιμοκάθαρση, η διατροφική συμμόρφωση στην αιμοκάθαρση και η συμμόρφωση με τη σειρά αιμοκάθαρσης. Σύμφωνα με μελέτη⁸⁰ η κατάθλιψη αποτελεί τη πιο κοινή ψυχοπαθολογία στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχει σχέση με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Στο Μπρούκλιν της Νέας Υόρκης σε 65 ασθενείς παρατηρήθηκε ότι η κατάθλιψη είχε άμεση συσχέτιση με τη συμμόρφωση των ασθενών. Συγκεκριμένα, σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή. Αναφέρεται ότι η κατάθλιψη ήταν ο μόνος στατιστικά σημαντικός παράγοντας στη συμμόρφωση στα φάρμακα.⁸⁰ Σε μελέτη που διεξήχθη στο Ταιβάν⁸¹ σε σύγκριση μεταξύ ασθενών με ή χωρίς μείζονα καταθλιπτικά συμπτώματα, τα ευρήματα

υποστηρίζουν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της διατροφικής κατάστασης και των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Περιορισμοί της μελέτης

Η δειγματοληψία ευκολίας δεν είναι αντιπροσωπευτική στη παρούσα μελέτη των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στην Ελλάδα. Αποτελεί μια συγχρονική μελέτη και δεν αναλύεται η σχέση της κατάθλιψης με τη λειτουργικότητα και τη συμμόρφωση σε άλλη χρονική περίοδο. Ως περιορισμός της μελέτης ήταν, επίσης, το γεγονός ότι η συνέντευξη μπορούσε να πραγματοποιηθεί μόνο όταν δεν πραγματοποιούνταν νοσηλευτικές πράξεις κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Η αντικειμενικότητα των απαντήσεων ενδέχεται να είχε επηρεαστεί από την παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού, των ιατρών, και άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας και των άλλων ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όσον αφορά τη λειτουργικότητα των ασθενών παρατηρήθηκε υψηλή ανεξαρτησία ως προς τη σίτιση και στην κίνηση τους. Όσον αφορά τη συμμόρφωση, προέκυψαν υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης καθώς οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν είχαν συντομεύσει τη συνεδρία τους και ακολουθούσαν τους περιορισμούς στη διατροφή και στη λήψη υγρών. Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών. Οι γυναίκες, τα άτομα άνω των 70 ετών και οι ασθενείς με σοβαρή ή μέτρια εξάρτηση παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Η λειτουργικότητα δεν βρέθηκε να επιδρά στην κατάθλιψη των ασθενών. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της συμμόρφωσης με την κατάθλιψη των ασθενών. Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν αρκετά ενημερωμένοι σχετικά με τη κατάσταση της υγείας τους.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πρέπει να είναι ενημερωμένοι για την νόσο για την διαδικασία της αιμοκάθαρσης, για τους περιορισμούς ως προς τη δίαιτα, τα υγρά, τη φαρμακευτική αγωγή. Αρκετοί έχουν άγνοια με αποτέλεσμα αυτό να αυξάνει το άγχος τους και ως συνέπεια να οδηγούνται σε κατάθλιψη.

Επίσης, σημαντικό είναι να ελέγχονται οι ασθενείς σε ψυχολογικό επίπεδο και να τους παρέχεται υποστήριξη διότι η έγκαιρη διάγνωση προλαμβάνει την έκταση της κατάθλιψης. Ο νοσηλευτής οφείλει να εκπαιδεύσει τον ασθενή σχετικά με τη νόσο και να τον ενημερώσει να συζητήσει μαζί του για τις αλλαγές στη ζωή του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για τη σωστή καθοδήγηση του ασθενή ως προς τη συμμόρφωση του και προς τη καλύτερη κατανόηση της νόσου.

Η στήριξη και η κατανόηση είναι απαραίτητη τόσο από συγγενικό περιβάλλον του ασθενή όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αξιολόγηση της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και της συμμόρφωσης ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παρουσιάζουν συνήθως χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης και λειτουργικότητας. Αυτό έχει ως επίπτωση τη ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών δημιουργώντας κατάθλιψη. **Σκοπός:** της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την κατάθλιψη σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε αιμοκάθαρση, καθώς και η συσχέτιση της κατάθλιψης με την λειτουργικότητα των ασθενών και τη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες. **Υλικό και μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε μονάδα τεχνητού νεφρού ιδιωτικού νοσοκομείου του νομού Αττικής κατά τη χρονική περίοδο Δεκεμβρίου-Φεβρουαρίου 2021. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης χρησιμοποιώντας τα εξής ερωτηματολόγια: «Self- rating Depression Scale (SDS) – Zung» για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, «Κλίμακα Barthel (Barthel Inventory)» για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών και «Greek Simplified Medication Adherence Questionnaire for hemodialysis patients» για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$. **Αποτελέσματα:** Το 50% των ασθενών σκοράρουν κάτω από 38 (διάμεσος) στην κατάθλιψη Zung και αντίστοιχα η μέση τιμή κυμάνθηκε στο 37.8. Επιπλέον το 25% των ασθενών είχαν σκορ κάτω από 34. Οι τιμές αυτές σε σχέση με το πιθανό εύρος των σκορ (20-80) υποδηλώνουν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών. Το 77% των ασθενών είχε υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης στις θεραπευτικές οδηγίες (σκορ 7 με πιθανό εύρος 0-8) και το 77% να είχε ελαφριά εξάρτηση, το 17% μέτρια εξάρτηση και το 6% σοβαρή εξάρτηση, όσον αφορά στην λειτουργικότητα τους. Στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο σκορ κατάθλιψης είχαν οι γυναίκες ($p=0.026$), οι ασθενείς άνω των 50 ($p=0.014$), καθώς και οι ασθενείς με σοβαρή ή μέτρια εξάρτηση ($p=0.016$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της συμμόρφωσης με την κατάθλιψη των ασθενών ($p=0.836$). Η λειτουργικότητα δεν βρέθηκε να επιδρά στην κατάθλιψη των ασθενών ($p=0.155$). **Συμπεράσματα:** Όσον αφορά τη λειτουργικότητα των ασθενών παρατηρήθηκε υψηλή ανεξαρτησία ως προς τη σίτιση και στην κίνηση τους. Όσον αφορά τη συμμόρφωση, η μελέτη έδειξε υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης καθώς οι περισσότεροι δεν είχαν συντομεύσει τη συνεδρία τους και ακολουθούσαν τους περιορισμούς στη διατροφή και στη λήψη υγρών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών. Οι γυναίκες, τα άτομα άνω των 70 ετών και οι ασθενείς με σοβαρή ή μέτρια εξάρτηση παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Η λειτουργικότητα δεν βρέθηκε να επιδρά στην κατάθλιψη των ασθενών. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της συμμόρφωσης με την κατάθλιψη των ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: Κατάθλιψη, Zung, αιμοκάθαρση, λειτουργικότητα, συμμόρφωση.

ABSTRACT

Assessment of depression, functionality and adherence in hemodialysis patients

Introduction: Patients undergoing hemodialysis usually have low levels of adherence and functional capacity. This has an impact on the psychological burden of patients creating depression. **Aim:** The aim of this study was to investigate the factors associated with depression in dialysis patients, and the association of depression with patient functionality and adherence to treatment guidelines. **Material and Methods:** The study sample consisted of 100 patients undergoing dialysis in a hemodialysis unit of a private hospital in the region of Attica during the period December-February 2021. Data collection was performed by the interview method using the following questionnaires: the "Self-rating Depression Scale (SDS) - Zung" to assess depression, "Barthel Scale (Barthel Inventory)" to assess patients' functionality and "Greek Simplified Medication Adherence Questionnaire for hemodialysis patients" to assess patients' adherence. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** A percent of 50% of the patients scored below 38 (median) on Zung depression and respectively the mean score ranged at 37.8; in addition, 25% of the patients had scores below 34. These values in relation to the possible range of scores (20-80) suggest moderate to low levels of depression in patients. A percent of 77% of patients had high levels of adherence to treatment guidelines (score of 7 with a possible range of 0-8) while 77% had mild dependence, 17% moderate dependence and 6% severe dependence in terms of functionality. Statistically significant higher depression scores were found in women ($p=0.026$), patients over 50 years old ($p=0.014$), and patients with severe or moderate dependence ($p=0.016$). There was no statistically significant association between adherence and patient depression ($p=0.836$) Functionality was not found to have an effect on patients' depression ($p=0.155$). **Conclusions:** Regarding the patients' functionality, high independence was observed in terms of feeding and movement. Regarding adherence, the study showed high levels of adherence as most of them had not shortened their session and followed the dietary and fluid restrictions. According to the results, the study revealed moderate to low levels of depression among patients. Women, people over 70 years of age and patients with severe or moderate dependence showed higher levels of depression. Functionality was not found to have an effect on patients' depression. No statistically significant association of adherence with patient depression was observed.

Key words: Depression, Zung, dialysis, functionality, adherence.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Agganis BT, Weiner DE, Giang LM, Scott T, Tighiouart H, Griffith JL, et al. Depression and cognitive function in maintenance hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2010 56(4):704-712.
2. Turkistani I, Abdulelah N, Badawi M, Taibah O, Alserihy O, Morad M, et al. The prevalence of anxiety and depression among end-stage renal disease patients on hemodialysis in Saudi Arabia. *Renal Failure.* 2014; 36(10):1510-1515.
3. Musa AS, Pevalin DJ, Khalaileh MA. Spiritual well-being, depression and stress among hemodialysis patients in Jordan. *Jhn.* 2017; 36(4):354-365.
4. Young EW, Goodkin DA, Mapes DL, Port FK, Keen ML, Chen K, et al. The dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS): An international hemodialysis study. *Kid Intern.* 2000; 57(74):74-81.
5. Πλώτα, Μ. Μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών υπό τη χορήγηση ερυθροποιητινών και σκευασμάτων σιδήρου. Πανεπιστήμιο Πατρών, 2016 Διαθέσιμο: https://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/9666/1/Plota_MSc%20Thesis_FINAL%202016.pdf, ημερομηνία πρόσβασης: 31/01/2021.
6. Κωνσταντάκου Κ. Κατάθλιψη και σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας. 2015 Διαθέσιμο:<http://repository.library.teimes.gr/xmlui/bitstream/handle>.
7. Μανώλης Κ. Συμμόρφωση ασθενών σε χρόνιες παθήσεις: Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Φαρμακευτικής. 2012 Διαθέσιμο στο: https://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/6058/1/Nemertes_Manolis%28f%29.pdf ημερομηνία πρόσβασης 22 Γενάρη 2021.
8. Γεωργίου Μ. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα ομότιμης υποστήριξης «άλλη όψη» σε άτομα με βλάβη στο νωτιαίο μυελό, επιδράσεις στην παρακίνηση για άσκηση και τη λειτουργικότητα κατά την καθημερινή διαβίωση: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. 2011 Διαθέσιμο στο: <https://ir.lib.uth.gr/xmlui/bitstream/handle/11615/45113/10477.pdf?sequence=1> ημερομηνία πρόσβασης: 24 Δεκέμβρη 2020

9. Stanifer JW, Jing B, Tolan S, Helmke N, Mukerjee R, Naicker P, et al. The epidemiology of chronic kidney disease in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2014; 2(3):174-181.
10. Sivaramakrishnan K, Parker RG. The United Nations High Level Meeting on the prevention and control of noncommunicable diseases: a missed opportunity? *Am J Public Health*. 2012; 102(11):2010-2012. doi:10.2105/AJPH.2012.300768.
11. Codreanu I, Perico N, Sharma SK, Schieppati A, Remuzzi G. Prevention programmes of progressive renal disease in developing nations. *Nephrology*, 2006; 11(4):321-328.
12. Atamari-Anahui N, Suker Ccorahua-Rios M, Condori-Huaraka M, Huamanvilca-Yepez Y, Amaya E, Herrera-Anazco P. Epidemiology of chronic kidney disease in Peru and its relation to social determinants of health. *Intern Health*. 2020; 12(4):264-271.
13. Evans PD, Taal MW. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. *Med*. 2015; 43(8):450-453.
14. Rysz J, Gluba-Brzózka A, Franczyk B, Jabłonowski Z, Ciałkowska-Rysz A. Novel biomarkers in the diagnosis of chronic kidney disease and the prediction of its outcome. *Int J Mol Sci*. 2017; 18(8):1702.
15. Chronic Kidney Disease Symptoms. NHS. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.nhs.uk/conditions/kidney-disease/symptoms>. Έγινε πρόσβαση: 08/05/2021.
16. Χανιώτης Φ, Χανιώτης Δ. Νοσολογία- Παθολογία. Έκδ., Λίτσας. Αθήνα 2011.
17. Denise A, Elliot. Hemodialysis. *Clin Tech in Small Anim Practice*. 2000; 15(3):136-148.
18. Asif A, Byers P, Gadalean F, Roth D. Peritoneal Dialysis Underutilization: The impact of an interventional nephrology peritoneal dialysis access program. *Seminars in Dialysis*. 2003; 16(3):266-271.
19. O'Connell PJ, Brown M, Chan TM, Claire-Del Granado R, Davies SJ, et al. The role of kidney transplantation as a component of integrated care for chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2020; 10(1):78-85.
20. Μπαιραμόγλου Τ, Σάλη Ο. (2014) ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, Τμήμα Νοσηλευτικής. Διαθέσιμο στο: <http://digilib.teiemt.gr/jspui/bitstream/123456789/3988/1/DIDZ01Z0067.pdf>
21. Gonda X, Petschner P, Eszlari N, Baksa D, Edes A, Antal P, et al. Genetic variants in major depressive disorder: from pathophysiology to therapy. *Pharmacology and Therapeutics*. 2019; 194(1):22-43.

22. Κατάθλιψη. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://ibrt.gr/edu/index.php?q=node/116>. Έγινε πρόσβαση: 20/05/2021.
23. Berk M, Williams LJ, Jacka FN, O'Neil A, Pasco JA, Moylan S, et al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Med.* 2013; 11(1):200.
24. Shirazian S, Grant C, Aina O, Mattana J, Khorassani F, Ricardo AC. Depression in chronic kidney disease and end-stage renal disease: similarities and differences in diagnosis, epidemiology, and management. *Kid Intern Reports.* 2017;2(1):94-107.
25. Cengiç B, Resić H. Depression in hemodialysis patients. *Bosn J Basic Med Sci.* 2010; 10(1):73-78.
26. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. Εισαγωγή στην ψυχολογία του Hilgard. Τόμος Α. Μετάφραση Σόλμαν Μ. Έκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 2003.
27. Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Έκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 2001.
28. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr Physiol.* 2012;2(2):1143-1211.
29. Aoike DT, Baria F, Kamimura MA, Ammirati A, Cuppari L. Home-based versus center-based aerobic exercise on cardiopulmonary performance, physical function, quality of life and quality of sleep of overweight patients with chronic kidney disease. *Clin Exp Nephrol.* 2018; 22(1):87-98.
30. Ludman EJ, Peterson D, Katon WJ, Lin E, Korff MV, Ciechanowski P, et al. Improving confidence for self-care in patients with depression and chronic illnesses. *Behavioral Med.* 2013; 39(1):1-6.
31. Baumann LC, Dang TT. Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care, *The Nurse Practitioner.* 2012; 37(3):32-38.
32. Chaurasia RC. Adherence-the root of therapy. *J Indian Med Assoc.* 2011; 109(5):339-340.
33. Τουλιά Γ, Κουτσοπούλου Β. Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.* 2015;4(1):10-18.
34. Φράγκου Α, Αποστολάρα Π, Παραλίκας Θ, Καλοκαιρινού Α. Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας.* 2020;12(2):25-32.
35. Ross PE, Groenhoff C, Zin P. Diagnosis: Chronic kidney disease, now what! *AAOHN J.* 2004;52(7):287-97.

36. Ghimire S, Banks C, Jose MD, Castelino RL, Zaidi ST. Medication adherence assessment practices in dialysis settings: A survey of renal nurses' perceptions. *JCN*. 2019; 28(3-4):528-537.
37. Bland RJ, Cottrell RR, Guyler LR. Medication adherence of hemodialysis patients and factors contributing to non-adherence. *D&T*. 2008; 37(5):174-178.
38. Laugesen J, Hassanein K, Yuan Y. The impact of internet health information on patient adherence: a research model and an empirical study. *J Med Internet Res*. 2015; 17(6):143.
39. Καϊτελίδου Δ, Λιαρόπουλος Λ, Σίσκου Ο, Θεοδώρου Μ, Ζηρογιάννης Π, Μανιαδάκης Ν. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*. 2007;46(2):246– 255.
40. Santos PR. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011; 33(4):1516-4446.
41. Sajjadi M, Akbari Dr A, Kianmehr Dr M and Atarodi Ar. The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis. *Horizon Med Sci*.2008;14(1):13-17.
42. Hamid Ravaghi, Masoud Behzadifar, Meysam Behzadifar, Masood Taheri Mirghaed, Aidin Aryankhesal, Morteza Salemi et al. Prevalence of depression in hemodialysis patients in Iran a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2017;11(2):2864-13954
43. Hamody ART, Kareem AK, AI-Yasri ARS, ShAli AAH. Depression in Iraqi hemodialysis patients. *Arab Journal of Nephrology and Transplantation*, 2013;6(3):169-172.
44. Kwan E, Draper B, Harvey SB, Endre ZH, Brown MA. Prevalence, detection and associations of depression in Australian dialysis patients. *Australas Psychiatry*. 2019;27(5):444-449.
45. Grant D, Almond MK, Newnham A, Roberts P, Hutchings A. The Beck Depression Inventory requires modification in scoring before use in a haemodialysis population in the UK. *Nephron Clin Pract*. 2008;110(1):33-8.
46. Brekke FB, Amro A, Hortemo Østhus TB, Dammen T, Waldum B, Os I. Sleep complaints, depression and quality of life in Norwegian dialysis patients. *Clin Nephrol*. 2013;80(2):88-97.
47. Dumitrescu AL, Gârneață L, Guzun O. Anxiety, stress, depression, oral health status and behaviors in Romanian hemodialysis patients. *Rom J Intern Med*. 2009;47(2):161-8.

48. Vadie N, Bhattacharjee S. Patterns and predictors of depression treatment among adults with chronic kidney disease and depression in ambulatory care settings in the United States. *Int Urol Nephrol*. 2019;51(2):303-309.
49. 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.
50. Θεοφίλου Π. Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2011;3(2):70-80.
51. Agustina F, Yetti K, Sukmarini L. Contributing factors to hemodialysis adherence in Aceh, Indonesia. *Enferm Clin*. 2019; 29(2):238-242.
52. Daniels GB, Robinson JR, Walker CA. Adherence to treatment by African Americans undergoing hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2018; 45(6):561-568.
53. Ozen N, Cinar FI, Askin D, Mut D, Turker T. Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. *J Nurs Res*. 2019;27(4):36.
54. Theofilou P. Medication adherence in Greek hemodialysis patients: the contribution of depression and health cognitions. *Int J Behav Med*. 2013;20(2):311-8.
55. Miglinas M, Cesniene U, Janusaite MM, Vinikovas A. Cerebrovascular disease and cognition in chronic kidney disease patients. *Front Cardiovasc Med*. 2020;7(1):96.
56. Zung W, Zung. Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. In: Satorious N, Ban T. *Assessment of depression*. Springer-Verlag, New York, 1986.
57. Fountoulakis K, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Gougoulas K, Kaprinis G, Bech P. The Greek translation of the symptoms rating scale for depression and anxiety: preliminary results of the validation study. *BMC Psychiatry* 2003; 3
58. Fountoulakis KN, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Gougoulas K, Kaprinis G, Bech P. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Major: Depression Inventory. *BMC Psychiatry*. 2003;3: 2.
59. Van der Putten JJ, Hobart JC, Freeman JA, Thompson AJ. Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: comparison of the responsiveness of the Barthel index and the Functional Independence Measure. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999; 66(4):480-4.
60. Barefoot JC, Brummett BH, Helms MJ, Mark DB, Siegler IC, Williams RB Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease. *Psychosom Med* 2000; 62(6):790-5

61. Sharpley CF, Christie DR: An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in Australian men with prostate cancer. *Psychooncology* 2007; 16(7):660-667
62. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *State Med J.* 1965; 14:61-65.
63. Hobart JC, Lamping DL, Tompson AJ. Measuring disability in neurological disease: validity of the self-report Barthel index. *J Neurol* 1996; 243(2):25.
64. Mahoney FL, Barthel DW. Functional Evaluation: the Barthel Index. *State Med J* 1965; 14(1):61-65.
65. Alikari V, Matziou V, Tsironi M, Kollia N, Theofilou P, Aroni A, et al. A modified version of the Greek simplified medication adherence questionnaire for hemodialysis patients. *Health Psychol Res.* 2017; 5(1):6647.
66. Alemayehu YH, Seylania K, Bahramnezhad F. The relationship between health literacy and quality of life among hemodialysis patients: An integrative review. *Hum Antibodies.* 2020;28(1):75-81.
67. Kousoula G, Lagou L, Lena M, Alikari, Theofilou P, Polikandrioti M. Quality of life in hemodialysis patients. *Mater Sociomed.* 2015; 27(5):305-9
68. Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL. Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016; 11(12):2250-2255.
69. Πετράκης ΣΙ, Αβντιάι Α, Καπετάνιος Β, Παρισσόπουλος Σ, Παπαγεωργίου Δ, Καπάδοχος Θ, Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. Άγχος και κατάθλιψη ανδρών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με αρτηριοφλεβική επικοινωνία. *Νοσηλευτική* 2018;57(2):170-179.
70. Farragher J, Jassal S. Rehabilitation of the Geriatric Dialysis Patient. *Seminars in Dialysis.* 2012; 25(6):649-656.
71. Sassarini DJ. Depression in midlife women. *Maturitas.* 2016; 94:149-154.
72. Creighton G, Oliffe J, Ogrodniczuk J, Frank B. “You’ve gotta be that tough crust exterior man”: depression and suicide in rural-based men. *Qualitative Health Research.* 2017; 27(12):1882-1891.
73. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet.* 2005;365(9475):1961-70.
74. Treadwell AA. Examining Depression in Patients on Dialysis. *Nephrol Nurs J.* 2017; 44(4):295-307.

75. Ganu VJ, Boima V, Adjei DN, Yendork JS, Dey ID, Yorke E, et al. Depression and quality of life in patients on long term hemodialysis at a national hospital in Ghana: a cross-sectional study. *Ghana Med J.* 2018; 52(1):22-28.
76. Mhammedi SA, Hamdi F, Benabdelhak M, Bentata Y, Haddiya I. L'observance thérapeutique: un autre défi à relever chez l'hémodialysé chronique [Therapeutic adherence: another challenge for patients on chronic haemodialysis]. *Pan Afr Med J.* 2019;33(1):28.
77. Naalweh KS, Barakat MA, Sweileh MW, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Zyoud SH. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross - sectional study from Palestine. *BMC Nephrol.* 2017; 18(1):178.
78. Snyder RL, Jaar BG, Lea JP, Plantinga LC. Association of patient-reported difficulty with adherence with achievement of clinical targets among hemodialysis patients. *Patient Prefer Adherence.* 2020; 14:249-259.
79. Chan YM, Zalilah M, Hii SZ. Determinants of Adherence Behaviours among Patients Undergoing Hemodialysis in Malaysia. *Plos One.* 2012; 7(8):41362.
80. Masoume Rambod, Hamid Peyravi, Nasrin Shokrpour, Mohammad Taghi Sareban. Dietary and fluid adherence in Iranian hemodialysis patients, *The Health Care Manager.* 2010; 29(4):359-364.
81. Su S, Yeong H, Huang TL, Chi PJ, Lee Y, Lai C, et al. Survey of depression by beck Depression Inventory in uremic patients undergoing hemodialysis and hemodiafiltration. *Therapeutic Apheresis and Dialysis.* 2012; 16(6):573-579.
82. Mitra S, Kharbanda K. Effects of expanded hemodialysis therapy on clinical outcomes. *Contrib Nephrol.* 2017; 191:188-199.
83. Rossignol P, Massy Z, Azizi M, Bakris G, Ritz E, Covic A, et al. The double challenge of resistant hypertension and chronic kidney disease. *The Lancet.* 2015;386(10003): 1588–1598.
84. Theofanidis D. Validation of international stroke scales for use by nurses in Greek settings. *Top Stroke Rehabil.* 2017; 24(3):214-221.