

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Διπλωματική Εργασία

Κατάθλιψη ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση

Σακίκη Γιόνα
Νοσηλεύτρια

Αθήνα 2021

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Διπλωματική Εργασία

Κατάθλιψη ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση

Σακίκη Γιόνα
Νοσηλεύτρια

Αθήνα 2021

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Καθ. Γεωργία Γερογιάννη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Επιβλέπων Καθηγητής)

Υπογραφή:

Καθ. Γεώργιος Βασιλόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

Καθ. Ιωάννης Κουτελέκος, Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

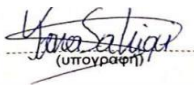
Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Γιόνα Σακίκη του Σκελκίμ, με αριθμό μητρώου 19021 φοιτήτρια 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».

Η Δηλούσα



(υπογραφή)

ΣΑΚΙΚΗ ΓΙΟΝΑ

Copyright© **Γιόνα Σακίκη**, 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.

Ευχαριστίες

Ως ελάχιστη ένδειξη σεβασμού και εκτίμησης, με την παρούσα παράγραφο θα ήθελα να ευχαριστήσω τη συντονιστική επιτροπή του μεταπτυχιακού προγράμματος για την πολύτιμη υποστήριξη, τις παραγωγικές υποδείξεις τους και το πολύ καλό κλίμα συνεργασίας, συμβάλλοντας τα μέγιστα για την κατάρτιση της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω αυτήν την εργασία στους γονείς μου, την αδελφή μου και τον άντρα μου που πίστεψαν σε εμένα και με στήριξαν σε όλα τα στάδιά της.

Γιόνα Σακίκη, Ιούνιος, 2021, Αθήνα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| Εισαγωγή | 1 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 3 |
| 1 Αιμοκάθαρση..... | 4 |
| 1.1 Είδη Αιμοκάθαρσης..... | 5 |
| 1.1.2 Αγγειακή Προσβασιμότητα..... | 6 |
| 1.1.3 Μηχάνημα Αιμοκάθαρσης..... | 8 |
| 1.1.4 Επιπλοκές κατά την Αιμοκάθαρση..... | 9 |
| 2 Κατάθλιψη..... | 12 |
| 2.1.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή..... | 12 |
| 2.1.2 Παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη..... | 15 |
| 2.1.3 Θεραπεία..... | 17 |
| 2.1.4 Κατάθλιψη και Αιμοκάθαρση..... | 18 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 20 |
| 1 Υλικό και μέθοδος..... | 21 |
| 1.1 Δείγμα της μελέτης..... | 21 |
| 1.2 Εργαλείο μέτρησης..... | 22 |
| 1.2.1 Χαρακτηριστικά ασθενών | 22 |
| 1.2.2 Μέτρηση κατάθλιψης..... | 22 |
| 1.3 Στατιστική ανάλυση..... | 22 |
| 2. Αποτελέσματα..... | 24 |
| 2.1 Περιγραφικά Αποτελέσματα..... | 24 |
| 2.1.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά..... | 24 |
| 2.1.2 Μέτρηση Κατάθλιψης των ασθενών..... | 26 |
| 2.2 Στατιστικά Αποτελέσματα..... | 26 |
| Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών..... | 26 |

| | | |
|-----|--|----|
| 2.3 | Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στην κατάθλιψη..... | 28 |
| 3 | Συζήτηση Αποτελεσμάτων..... | 30 |
| | Περίληψη (ελληνική)..... | 38 |
| | Περίληψη (αγγλική)..... | 39 |
| | Βιβλιογραφία..... | 40 |

Εισαγωγή

Η ΧΝΝ, παρά την εξέλιξη στην πρόληψη, στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση της, εξακολουθεί να αποτελεί ένα διεθνές πρόβλημα της υγειονομικής κοινότητας, με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ο παγκόσμιος επιπολασμός της νόσου συναντάται στο 5-10% εξαιτίας της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας.^{1,2}

Η επίπτωση της νόσου είναι 2-3 φορές πιο υψηλή στις ΗΠΑ σε σχέση με τη Δυτική Ευρώπη. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ, η επίπτωση φτάνει τα 330 άτομα/ανά εκατομμύριο πληθυσμού, έναντι 90 στη Φινλανδία ή 170 στη Γερμανία.³⁻⁵ Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι, 1 στους 10 Έλληνες νοσεί από ΧΝΝ πρώιμου σταδίου χωρίς να το γνωρίζει, καθώς δεν θα εμφανίσει κάποιο σύμπτωμα.⁶

Ως Χρόνια νεφρική νόσος ορίζεται η μόνιμη ή παρατεταμένη νεφρική βλάβη ή νεφρική δυσλειτουργία. Με βάση τις πιο πρόσφατες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες η νόσος χαρακτηρίζεται από μειωμένη νεφρική λειτουργία, κατά την οποία παρατηρείται μειωμένος ρυθμός πειραματικής διήθησης (GFR) ≥ 60 mL/min/1,73 m² επιφάνειας σώματος ή δομικές ανωμαλίες των νεφρών ή συσχέτιση μεταξύ αυτών, που εκδηλώνεται για τουλάχιστον 3 μήνες και εμφανίζει σοβαρές επιπλοκές στην υγεία.¹⁻² Το χρονικό διάστημα των 3 μηνών αποτελεί σημαντικό στοιχείο καθώς συμβάλλει στο να διευκρινιστεί ο διαχωρισμός μεταξύ οξείας και χρόνιας νεφρικής νόσου.⁷

Η αιμοκάθαρση είναι η πιο δημοφιλής θεραπευτική μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Αναλαμβάνει το ρόλο των νεφρών και αποβάλλει τα άχρηστα προϊόντα από τον οργανισμό. Η βασική αρχή της αιμοκάθαρσης είναι ότι τα διαλυτά μόρια είναι σε διαρκή κίνηση και έχουν την τάση να διαπερνούν μέσω μιας ημιδιαπερατής μεμβράνης από την υψηλότερη συγκέντρωση μορίων προς την χαμηλότερη.⁸

Κάθε χρόνο, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση > κατά 7%.^{9,10} Παγκόσμια, 1.5 εκατομμύρια νεφροπαθών υποβάλλονται σε ΑΚ, ενώ στα έτη 1990, 2000 και 2002 ήταν 426.000, 1.065.000 και 1.2 εκατομμύρια αντίστοιχα. Στην Ευρώπη η αιμοκάθαρση (ΑΚ) αποτελεί την πιο δημοφιλής θεραπευτική αντιμετώπιση της νεφρικής δυσλειτουργίας, για περισσότερους από 250.000 ασθενείς με Χ.Ν.Ν. τελικού σταδίου. Από τα 25 κράτη μέλη της Ενωμένης Ευρώπης, σχεδόν 63.000

ασθενείς το χρόνο επιλέγουν την αιμοκάθαρση.¹¹ Στην Ελλάδα, η αιμοκάθαρση είναι η πιο δημοφιλής θεραπεία αντιμετώπισης της νεφρικής δυσλειτουργίας περίπου 9.000 Έλληνες υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και 3.000 ζουν με μόσχευμα, ενώ περίπου 1.000 ασθενείς περιμένουν σε λίστες αναμονής για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση. Συγκεκριμένα, το 2004, το 74,2 % των ασθενών υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση.^{6,11}

Η συμμετοχή ενός ασθενούς, με νεφρική νόσο σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, συχνά οδηγεί στην εμφάνιση άγχους και απογοήτευσης, λόγω της εξάρτησης από το μηχάνημα και της απώλειας της αυτονομίας. Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρούνται σοβαρές δυσκολίες στον ύπνο, εκδηλώσεις θυμού και επιθετικότητας προς την οικογένεια του, ή πιο συχνά προς το προσωπικό της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού. Η ΧΝΝ σχετίζεται με υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, που αποτελεί την κύρια ψυχική διαταραχή στις χρόνιες παθήσεις. Η επικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από αυτά της νεφρικής νόσου, συχνά δυσκολεύουν τη διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, και κατά συνέπεια και την αντιμετώπισή της. Η διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική, όχι μόνο για την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών, αλλά και γιατί μπορεί να αποτελέσει ακόμη έναν παράγοντα κινδύνου για αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Ο έγκαιρος εντοπισμός και η προσφυγή σε έναν ειδικό συμβάλλει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση του φαινομένου.¹²

Η παρούσα ερευνητική μελέτη αποτελείται από δύο μέρη: το γενικό όπου αναφέρεται στις γενικές γνώσεις για την αιμοκάθαρση και την κατάθλιψη και το ειδικό όπου παρουσιάζεται το υλικό και η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και η συζήτηση αυτών.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί η κατάθλιψη των ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ως αιμοκάθαρση (ΑΜΚ) ορίζεται η θεραπεία με τη χρήση ενός ειδικού φίλτρου, μέσω του οποίου πραγματοποιείται η κάθαρση του αίματος από τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού. Το φίλτρο έχει μία ημιδιαπερατή μεμβράνη, μέσω της οποίας, μετακινούνται συσσωρευμένες άχρηστες ουσίες όπως η κρεατινίνη, η ουρία και άλλες τοξίνες, από το αίμα προς το διάλυμα της ΑΜΚ, όταν ο νεφρός δεν λειτουργεί και δεν μπορεί να επιτελέσει μόνος του την παραπάνω διαδικασία. Η αιμοκάθαρση είναι η πιο διαδεδομένη από τις τρεις μεθόδους νεφρικής υποκατάστασης.¹³

Οι συνεδρίες θεραπείας στη χρόνια αιμοκάθαρση πραγματοποιούνται σε ειδικές κλινικές Τεχνητού Νεφρού σε εξωτερικούς ασθενείς (εξωνοσοκομειακά), ή σε ειδικά διαμορφωμένα τμήματα εντός του νοσοκομείου (ενδονοσοκομειακά). Σπάνια μπορεί να πραγματοποιείται στο σπίτι, με μόνο του τον ασθενή και με τη βοήθεια συγγενικού του προσώπου ή νοσηλεύτριας (home hemodialysis). Ωστόσο το κόστος είναι πολύ μεγάλο και για αυτό δεν προτιμάται αυτή η μέθοδος. Η θεραπεία βασίζεται σε εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό αποτελούμενο κυρίως από ιατρούς και νοσηλευτές.¹³

Για την θεραπεία της αιμοκάθαρσης απαιτείται:¹³

- Το μηχάνημα του Τεχνητού Νεφρού.
- Το φίλτρο αιμοκάθαρσης.
- Το διάλυμα Αιμοκάθαρσης.

1.1. Τύποι Αιμοκάθαρσης

Υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τύποι αιμοκάθαρσης: η συμβατική αιμοκάθαρση, καθημερινή και νυκτερινή αιμοκάθαρση.¹³

Συμβατική Αιμοκάθαρση

Πρόκειται για τη πιο συχνή μέθοδο που πραγματοποιείται τρεις φορές την εβδομάδα, για περίπου 3-4 ώρες κάθε φορά, όπου το αίμα του ασθενούς διοχετεύεται και φιλτράρεται μέσω ενός συστήματος εξωσωματικής κυκλοφορίας με μια συχνότητα 200-400 ml/λεπτό. Στη συνέχεια το αίμα ωθείται προς το φίλτρο και με την ολοκλήρωση της κάθαρσης επιστέφει στον ασθενή. Κατά την παραπάνω διαδικασία απαραίτητη είναι η συνεχής παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης του

ασθενούς, καθώς η πτώση της αρτηριακής πίεσης ενδέχεται να οδηγήσει σε άμεση χορήγηση επιπλέον υγρών ή φαρμάκων.¹³

Καθημερινή Αιμοκάθαρση

Η καθημερινή αιμοκάθαρση συνήθως προτιμάται από εκείνους τους ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση στο σπίτι τους. Είναι λιγότερη στρεσογόνος αλλά απαιτεί πιο συχνές συνεδρίες. Γίνεται δύο ώρες κάθε μέρα, έξι μέρες τη βδομάδα.¹³

Νυκτερινή Αιμοκάθαρση

Η θεραπεία της νυκτερινής αιμοκάθαρσης είναι παρόμοια με τη συμβατική, με τη μόνη διαφορά, ότι γίνεται έξι νύχτες τη βδομάδα με διάρκεια 6-10 ωρών τη φορά όταν ο ασθενής κοιμάται.¹³

Η αιμοκάθαρση μπορεί να χρησιμοποιηθεί.¹⁴

- Οξεία νεφρική νόσο.
- ΧΝΝ.
- Δηλητηριάσεις.
- Υπερασβεστιαμία.
- Υπερουριχαιμία.
- Υπερκαλιαιμία.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της Αιμοκάθαρσης

Η αιμοκάθαρση αν και αποτελεί την κύρια μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου εμφανίζει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Αναλυτικότερα:

Πλεονεκτήματα

Αποτελεσματικότερη συγκριτικά με τις υπόλοιπες θεραπείες.

Μειωμένα ποσοστά θνητότητας.

Βελτιωμένη εικόνα αρτηριακής πίεσης και κοιλιακών κραμπών.¹⁵

Μειονεκτήματα

Απαιτείται εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό.

Αίσθημα εξάρτησης και αδυναμία μετακίνησης γιατί οι ασθενείς δεν μπορούν να ταξιδέψουν.

Πιθανή ανάγκη για μετάγγιση.

Αδυναμία εξασφάλισης μόνιμης αγγειακής προσπέλασης.

Επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού για εξασφάλιση ειδικού εξοπλισμού, για ρύθμιση και καθαρισμό του μηχανήματος.¹⁵

1.1.2. Αγγειακή Προσβασιμότητα

Η αγγειακή προσπέλαση μπορεί να γίνει με εισαγωγή ένας ενδοφλέβιου καθετήρα αιμοκάθαρσης στη σφαγίτιδα ή στη μηριαία φλέβα. Η σφαγίτιδα έχει το πλεονέκτημα της μειωμένης συχνότητας εμφάνισης θρομβώσεων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για 1 ως 3 βδομάδες και προτιμάται σε σχέση με τη μηριαία φλέβα. Οι παραπάνω καθετήρες πρέπει να χρησιμοποιούνται από εξειδικευμένο προσωπικό για χορήγηση φαρμάκων και αιμοληψίες. Σε περίπτωση που η αιμοκάθαρση χρειάζεται να γίνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα αξιοποιούνται άλλες τεχνικές όπως η αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula) ή ένα συνθετικό μόσχευμα. Ο ασθενής μπορεί να έχει πολλαπλή πρόσβαση, στην περίπτωση που η fistula και το μόσχευμα είναι ανώριμα, τότε ο καθετήρας μπορεί να χρησιμοποιείται παράλληλα. Και οι τρεις τρόποι απαιτούν χειρουργική επέμβαση.^{8,13}

Κεντρικός Φλεβικός Καθετήρας

Ο καθετήρας είναι γνωστός με τον όρο CVC (Κεντρικός φλεβικός καθετήρας). Ο υποκλείδιος ή σφαγιτιδικός καθετήρας αποτελείται από ένα πλαστικό καθετήρα με δύο αυλούς. Η ποσότητα του κυκλοφορούντος αίματος είναι πάντα μικρότερη σε σχέση με τη fistula ή το μόσχευμα. Οι καθετήρες μπορεί να είναι σε σήραγγα (tunnel) και μη.¹³

Όχι σήραγγας (Non-tunnelled): Οι καθετήρες είναι για μικρής διάρκειας πρόσβασης (μέχρι 10 ημέρες) αλλά συνήθως για μία συνεδρία μόνο και ο καθετήρας αναδύεται από το δέρμα στο σημείο εισόδου της φλέβας.

Tunnelled (Σήραγγας): Οι καθετήρες περιλαμβάνουν έναν μακρύ καθετήρα, που περνάει σε σήραγγα κάτω από το δέρμα, από το σημείο εισόδου στη φλέβα, σε ένα σημείο εξόδου σε κάποια απόσταση μακριά. Συνήθως τοποθετείται στην έσω σφαγίτιδα φλέβα στο λαιμό και το σημείο εξόδου είναι συνήθως στον θώρακα. Το tunnel δρα σαν φράγμα μικροβίων, αλλά και οι καθετήρες αυτοί, είναι σχεδιασμένοι για βραχείας και μέσης διάρκειας χρήση (εβδομάδες μέχρι μήνες μόνο), καθώς η λοίμωξη είναι ακόμη ένα συχνό πρόβλημα.¹³

Εκτός από το ενδεχόμενο λοίμωξης, η φλεβική στένωση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα με τους καθετήρες. Ο καθετήρας ουσιαστικά για τον οργανισμό είναι ένα ξένο σώμα και συχνά προκαλεί μια φλεγμονώδη αντίδραση στο τοίχωμα της φλέβας. Το αποτέλεσμα είναι στένωση της φλέβας συχνά στο σημείο απόφραξης. Σε αυτή την περίπτωση ο καθετήρας θα πρέπει να απομακρυνθεί το γρηγορότερο και να διασφαλιστεί με άλλο τρόπο η αγγειακή προσπέλαση, καθώς η απόφραξη μπορεί να

καταστεί θανάσιμη. Κυρίως η χρήση τέτοιων καθετήρων συναντάται στην οξεία νεφρική νόσο ή σε ασθενείς με ΧΝΝ που περιμένουν να ωριμάσει η fistula ή το μόσχευμα.¹³

Αρτηριοφλεβική Επικοινωνία – ΑΦΦ –Fistula

Η ΑΦΦ (αρτηριοφλεβική επικοινωνία) fistula είναι η κύρια μέθοδος διεξαγωγής της αιμοκάθαρσης. Μια φίστουλα μπορεί να δημιουργηθεί μέσω της ένωσης μίας αρτηρίας και μιας φλέβας, δηλαδή μιας αναστόμωσης που τοποθετείται από αγγειοχειρουργό. Η φλέβα μετατρέπεται σε ένα μεγαλύτερο αγγείο το οποίο δέχεται και αρτηριακή παροχή και είναι προσπελάσιμο με παρακέντηση. Συχνότερα χρησιμοποιείται η κερκιδική ή η βραχιόνια αρτηρία που αναστομώνεται με την κεφαλική φλέβα στο άνω άκρο. Απαιτείται περίοδος 6 με 8 βδομάδες μετά την επέμβαση για την πάχυνση των τοιχωμάτων των αγγείων ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης δυο βελόνες εισέρχονται στη φίστουλα, εκ των οποίων η μία θα τραβήξει αίμα και η άλλη θα το επιστρέψει.^{8,13}

Η ΑΦΦ εμφανίζει λιγότερες επιπλοκές σε σχέση με τις άλλες μεθόδους και είναι καλύτερα ανεκτή από τον ασθενή, αλλά απαιτεί σχετικά υγιή αιμοφόρα αγγεία με αποτέλεσμα οι ασθενείς με Σ.Δ., με ιστορικό παρατεταμένης χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών ή με περιφερική αγγειακή νόσο να χρειάζονται εναλλακτική οδό προσπέλασης. Τα πλεονεκτήματα της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας είναι η μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης λοιμώξεων, επειδή δεν περιλαμβάνει την ένταξη ξένων σωμάτων. Επίσης επιτρέπει λόγω της κατασκευής της υψηλές ροές (που μεταφράζεται σε πιο δραστική αιμοκάθαρση) και χαμηλή συχνότητα θρόμβωσης.^{8,13}

Οι επιπλοκές είναι λίγες, αλλά αν η φίστουλα έχει υψηλή ροή και το αγγειακό δίκτυο που υποστηρίζει το υπόλοιπο χέρι είναι φτωχό, μπορεί να συμβεί το λεγόμενο «*σύνδρομο της υποκλοπής*» όπου το αίμα που εισέρχεται στο άκρο διοχετεύεται προς τη φίστουλα και επιστρέφει στη γενική κυκλοφορία χωρίς να αιματώσει το υπόλοιπο χέρι. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα παγωμένο άκρο, επώδυνες κράμπες και αν είναι σοβαρή, ιστική ισχαιμία. Μια μακροπρόθεσμη επιπλοκή είναι η εξέλιξη ανευρύσματος, μια διάταση του τοιχώματος της φλέβας που εξασθενεί από την επαναλαμβανόμενη εισαγωγή των βελονών. Για να μειωθεί ο κίνδυνος ανευρύσματος πρέπει να γίνεται κυκλική εναλλαγή θέσεων της παρακέντησης, η χρήση της μεθόδου της "κουμπότρυπας" (σταθερό σημείο). Τα ανευρύσματα μπορεί να οδηγήσουν σε χειρουργική διόρθωση και μπορεί να βραχύνουν το λειτουργικό χρόνο ζωής της φίστουλας.¹³

Μοσχεύματα

Τα μοσχεύματα εμφανίζουν πολλές ομοιότητες με τις φίστουλες. Η διαφορά είναι στο γεγονός ότι ένα τεχνητό αγγείο ενώνει μία αρτηρία και μία φλέβα. Το μόσχευμα συνήθως είναι συνθετικό υλικό, συχνά πολυτετραφθοροαιθυλένιο (PTFE), αλλά μερικές φορές μπορεί να αξιοποιηθεί και μία αποστειρωμένη φλέβα ζώου. Το μόσχευμα χρησιμοποιείται όταν τα φυσικά αγγεία του ασθενούς δεν επιτρέπουν την τοποθέτηση μίας φίστουλας. Υπάρχει ταχύτερη ωρίμανση από τη φίστουλα και μπορεί να είναι έτοιμα μερικές εβδομάδες μετά το σχηματισμό ή και γρηγορότερα. Ο κίνδυνος σχηματισμού θρόμβων και θρομβώσεων είναι πολύ πιθανός μαζί με το ενδεχόμενο δημιουργίας στένωσης. Ως ξένα σώματα ενδέχεται να μολυνθούν ευκολότερα. Τέλος, μπορεί να τοποθετηθούν σε περισσότερες θέσεις, επειδή έχουν μεγάλο μήκος, όπως στον μηρό ή στον τράχηλο.¹³

Διάχυση και Διήθηση

Η μεταφορά των ουσιών από το αίμα του ασθενούς στο διάλυμα της αιμοκάθαρσης ή αντίστροφα γίνεται με 2 κύριους μηχανισμούς:¹³

Διάχυση (μετακίνηση διαλυτών ουσιών χωρίς μετακίνηση διαλύτη).

Διήθηση (ταυτόχρονη μετακίνηση διαλυτών ουσιών και διαλύτη αιμοκάθαρσης).

Η μεταφορά των ουσιών (υπερδιήθηση) οφείλεται στη διαφορά της υδροστατικής πίεσης μεταξύ του αιματικού χώρου και του χώρου διαλύματος του φίλτρου του τεχνητού νεφρού, όπου παράλληλα μετακινούνται διαλυτές ουσίες από την ημιδιαπερατή μεμβράνη.⁸ Το υγρό της αιμοκάθαρσης που χρησιμοποιείται είναι αποστειρωμένο διάλυμα, που περιέχει μεταλλικά ιόντα. Ο φωσφόρος, το κάλιο και το μαγνήσιο είναι σε μικρές συγκεντρώσεις, ώστε να επιτρέπεται η διάχυση από το αίμα, ενώ το νάτριο και το χλώριο σε σχεδόν φυσιολογικές συγκεντρώσεις, ώστε να εξισορροπείται με αυτήν του πλάσματος, ενώ μπορεί να προστίθεται και μικρή ποσότητα γλυκόζης. Το διττανθρακικό νάτριο μπορεί επίσης να ρυθμίζει την οξύτητα του πλάσματος.¹³

1.1.3. Μηχάνημα Αιμοκάθαρσης

Το μηχάνημα αιμοκάθαρσης μεταφέρει το αίμα του ασθενούς προς το φίλτρο και διαθέτει σύστημα συνεχούς παρακολούθησης των κρίσιμων παραμέτρων: της ροής του αίματος, του διαλύματος, την αγωγιμότητα, τη θερμοκρασία και τον έλεγχο του φίλτρου για διαρροή αίματος ή ύπαρξη αέρα. Όταν παρατηρείται υπέρβαση των ορίων ενεργοποιείται ηχητικός συναγερμός.¹³

Σύστημα ύδατος

Το καθαρό και απιονισμένο νερό είναι αναγκαίο για την αιμοκάθαρση, το οποίο κατευθύνεται μέσω της κεντρικής παροχής στο μηχάνημα και αναμιγνύεται με το διάλυμα της αιμοκάθαρσης. Επειδή οι κατεστραμμένοι νεφροί δεν μπορούν να αποβάλλουν ιόντα (αλουμίνιο, χλωραμίνη, φθοριούχα, χαλκό και ψευδάργυρο) που εισβάλλουν μαζί με το νερό, μικροβιακά υπολείμματα ή ενδοτοξίνες μπορεί να προκαλέσουν διάφορες επιπλοκές, ακόμη και θάνατο.¹³

Φίλτρο Αιμοκάθαρσης

Το φίλτρο αποτελείται από μία ημιδιαπερατή μεμβράνη και χρησιμοποιείται για την απομάκρυνση των τοξικών ή ανεπιθύμητων ουσιών από το αίμα. Το φίλτρο της αιμοκάθαρσης είναι μία συσκευή που διηθεί το αίμα. Σχεδόν όλα τα σημερινά φίλτρα κατασκευάζονται από κοίλες τριχοειδείς ίνες σε κυλινδρική δέσμη και είναι τοποθετημένες σε πλαστικό κύλινδρο με τέσσερα ανοίγματα. Το αίμα αντλείται μέσα από τις θύρες του αίματος διαμέσου της δέσμης των πολύ λεπτών ινών, σαν σωλήνες, και το διάλυμα αντλείται από τον άλλο χώρο γύρω από το φίλτρο. Η διαφορά πίεσης είναι απαραίτητη για τη μετακίνηση υγρών από το αίμα στο χώρο του διαλύματος.¹³

Μέγεθος φίλτρου και αποδοτικότητα

Τα φίλτρα είναι διαφόρων μεγεθών. Ένα μεγάλο φίλτρο με μεγάλη επιφάνεια μπορεί να αποβάλλει περισσότερες διαλυτές ουσίες, ειδικά με υψηλή ροή αίματος. Επίσης η δραστηριότητα του φίλτρου εξαρτάται από τη σταθερά διαπερατότητας της μεμβράνης. Τα περισσότερα φίλτρα έχουν επιφάνειες από 0,8-2,2 m² και ροές από 500-1500 ml/λεπτό και έτσι επιτυγχάνεται η μέγιστη κάθαρση, με υψηλές ροές αίματος και διαλύματος.¹³

1.1.4. Επιπλοκές κατά την Αιμοκάθαρση

Τα προβλήματα που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής κατά την αιμοκάθαρση σχετίζονται συχνά με την αποβολή υγρών μέσω της υπερδιήθησης. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την υπερβολική ή τη γρήγορη απομάκρυνση υγρών με συνέπεια την πτώση της αρτηριακής πίεσης, το αίσθημα κόπωσης, πόνο στο στήθος, κράμπες στα πόδια, τάση για έμετο και κεφαλαλγία. Τα παραπάνω συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν τόσο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης όσο και μετά τη θεραπεία.¹³

Η επικινδυνότητα αυτών των συμπτωμάτων είναι συνήθως ανάλογη με τη ποσότητα και τη ταχύτητα αποβολής των υγρών, που συνήθως δεν εμφανίζονται με τον ίδιο τρόπο από άτομο σε άτομο και από μέρα σε μέρα. Τα συμπτώματα αυτά,

φαίνεται πως μπορούν προληφθούν με τη μείωση των προσλαμβανομένων υγρών μεταξύ των συνεδριών ή με την αύξηση της δόσης της αιμοκάθαρσης (πιο συχνά ή μεγαλύτερη διάρκεια).¹³

Ενώ η αιμοκάθαρση προϋποθέτει προσβασιμότητα στο αγγειακό σύστημα, οι ασθενείς ενδέχεται να εμφανίσουν λοίμωξη που μπορεί να οδηγήσει σε σηψαιμία, μόλυνση των καρδιακών βαλβίδων ή των οστών. Ο κίνδυνος λοίμωξης εξαρτάται ανάλογα με το τύπο της αγγειακής πρόσβασης και η τήρηση κανόνων υγιεινής των χεριών και αντισηψίας συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αποφυγή τέτοιων κινδύνων.¹³

Η αιμορραγία από την περιοχή της αγγειακής προσπέλασης είναι άλλος ένας από τους κινδύνους που οφείλουμε να προσέξουμε κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Σε ασθενείς με μεγάλο κίνδυνο αιμορραγίας, η αιμοκάθαρση πρέπει να γίνεται χωρίς αντιπηκτικά.¹³ Η ηπαρίνη είναι το αντιπηκτικό που έχει καθιερωθεί στην αιμοκάθαρση και γενικώς φαίνεται πως είναι καλά ανεκτή, ενώ η δράση της μπορεί να αναστραφεί ταχέως από την πρωταμίνη. Η αλλεργική αντίδραση στην ηπαρίνη είναι ένα σπάνιο φαινόμενο και μπορεί να προκαλέσει χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων.¹³

Το σύνδρομο της ρήξης της ωσμωτικής ισορροπίας κατά την πρώτη αιμοκάθαρση που οφείλεται στην απότομη μείωση των επιπέδων της ουρίας ή αναφυλακτική αντίδραση στο υλικό της μεμβράνης του φίλτρου ενδέχεται να εμφανίσει διάφορα συμπτώματα, μέχρι και θάνατο. Τα τελευταία χρόνια η αντίδραση στο φίλτρο έχει ελαχιστοποιηθεί με αποστείρωση ατμού ή με ακτινοβόληση και όχι με χημικά υλικά αποστείρωσης. Μακροχρόνιες επιπλοκές της αιμοκάθαρσης περιλαμβάνουν την αμυλοείδωση, νευροπάθεια και διαφόρους τύπους καρδιακής νόσου.¹³

Οδηγίες νοσηλευτικών παρεμβάσεων για ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση:

- Αγγειακή πρόσβαση: εκτίμηση της φίστουλας /μοσχεύματος και του χεριού πριν και μετά τη την αιμοκάθαρση, εκτίμηση της βατότητας, της θέσης του καθετήρα και εκπαίδευση του ασθενούς για καθαρισμό της περιοχής και αποφυγή των λοιμώξεων και της θρόμβωσης. Το χέρι με την αρτηριοφλεβική αναστόμωση δεν χρησιμοποιείται για αιμοληψίες ή για λήψη αρτηριακής πίεσης. Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνει για την ύπαρξή της το

νοσηλευτικό προσωπικό που δεν είναι εξοικειωμένο με νεφροπαθείς. Ο ασθενής καλό είναι να μην φοράει το ρολόι του σε αυτό το χέρι, ούτε στενά πουκάμισα. Καλό είναι αποφεύγει να σηκώνει βάρη, ή να υποβάλλει το χέρι με την αρτηριοφλεβική αναστόμωση σε οποιαδήποτε μορφής πίεση.

- Επάρκεια αιμοκάθαρσης: εκτίμηση των συμπτωμάτων και σημείων του ασθενούς για ανεπαρκή κάθαρση. Θεραπεία και επιπλοκές αιμοκάθαρσης: αξιολόγηση εργαστηριακών εξετάσεων κάθε μήνα και εκπαίδευση αν υπάρχει χάσμα γνώσης.
- Φάρμακα και έλεγχος λοιμώξεων: συνεργασία με τον ασθενή και ακολουθία των κατευθυντήριων οδηγιών για τις λοιμώξεις.

2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι η πιο διαδεδομένη ψυχική διαταραχή σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με το ποσοστό να ανέρχεται περίπου στο 50%, γεγονός που συνδέεται και με άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες όπως: η συννοσηρότητα, η θνησιμότητα, οι αυτοκτονικές τάσεις, η μη συμμόρφωση με τις ανάγκες της ασθένειας, η χαμηλή ποιότητα ζωής τους, η ηλικία και το φύλο.¹⁷⁻²⁰ Στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι περίπου στο 6%.²¹

Με τον όρο «κατάθλιψη» δημιουργούνται συχνά ασάφειες, για αυτό θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η διάκριση μεταξύ των όρων: α) Καταθλιπτικό συναισθηματικό: δυσάρεστο αίσθημα που μπορεί να εκδηλωθεί σε κάθε δεδομένη στιγμή, β) Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση: καταθλιπτικά συναισθήματα μεγάλου χρονικού διαστήματος και γ) Καταθλιπτική διαταραχή: κλινικό σύνδρομο που αποτελείται από πολλά συμπτώματα με προέχων χαρακτηριστικό την ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης.²²⁻²⁵

Η πρόγνωση των καταθλιπτικών ασθενών είναι πολύ σημαντική και συμβάλει στην έγκαιρη και ολοκληρωμένη αντιμετώπισή τους. Το 50% των ατόμων που βιώνουν κατάθλιψη αναρρώνουν πλήρως, το 30% μερικώς και το 20% έχουν χρόνια πορεία. Όσον αφορά τις υποτροπές, περίπου το 75% των συναισθηματικών ασθενών θα έχουν ένα δεύτερο επεισόδιο κατάθλιψης στους πρώτους 6 μήνες μετά το πρώτο επεισόδιο. Ο μέσος αριθμός των συνολικών επεισοδίων που ενδέχεται να εμφανίσει ένα άτομο κατά την διάρκεια της ζωής του είναι περίπου πέντε.¹⁶

2.1.1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη, μονοπολική διαταραχή) ορίζεται μία συνήθης διαταραχή της διάθεσης, η οποία διαταράσσει την καθημερινότητα του ατόμου με έντονα αισθήματα όπως θλίψη, μελαγχολία ή απελπισία. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι το τελικό στάδιο της κατάθλιψης και προέρχεται όταν ο εγκέφαλος έχει πολύ χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης. Αυτή η διαταραχή διαφέρει από την κοινή κατάθλιψη και από το συνηθισμένο αίσθημα της θλίψης. Η διάγνωση γίνεται κυρίως από τον κλινικό ψυχολόγο και θεραπεύεται με ψυχοθεραπεία και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η μείζων κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή με ποσοστά που φτάνουν το 17% στο γενικό πληθυσμό. Είναι δύο φορές συχνότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες και η έναρξή της τοποθετείται κατά μέσο όρο στην ηλικία των 30 ετών.^{16,26}

Διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το DSM-IV:

Σύμφωνα με το **DSM-IV**, το άτομο μπορεί να εμφανίσει τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω εννέα συμπτώματα κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων και να παρατηρηθεί μεταβολή της λειτουργικότητάς του από μία προηγούμενη κατάσταση. Από αυτά τα συμπτώματα κυρίως είναι η καταθλιπτική διάθεση και η ανηδονία.²⁴

A. Τα εννέα συμπτώματα είναι:

- Καταθλιπτική διάθεση.
- Ανηδονία.
- Σημαντική απώλεια βάρους.
- Αϋπνία/υπερυπνία.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση.
- Κόπωση/έλλειψη ενέργειας.
- Αισθήματα αναξιότητας/ενοχής.
- Αδυναμία συγκέντρωσης.
- Επιμένουσες ιδέες θανάτου/αυτοκτονικός ιδεασμός.

B. Η μείωση της λειτουργικότητας, μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων, ενδέχεται να επηρεάσει σε κοινωνικό, επαγγελματικό και εκπαιδευτικό επίπεδο το άτομο.

Γ. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων δεν πρέπει να αποδίδεται στην κατανάλωση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας ή φάρμακο) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμός)

Δ. Τα συμπτώματα δεν αποδίδονται σε απώλεια αγαπημένου ατόμου (σε πένθους). Το άτομο μπορεί να εμφανίζει τα συμπτώματα για περισσότερο από 2 μήνες ή να παρουσιάζει σημαντική λειτουργική αδυναμία, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.^{16,26}

Κλινική Εικόνα Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

Η μέση διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου είναι 6 μήνες ωστόσο, μόνο το 20% των πασχόντων μεταπίπτουν σε χρόνια κατάθλιψη με διάρκεια μεγαλύτερη των 2 ετών. Το 75% των ασθενών με κατάθλιψη πάσχουν από τουλάχιστον άλλη μία ψυχική διαταραχή με συχνότερες τις αγχώδεις διαταραχές και τη κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ. Τα συμπτώματα που εκδηλώνουν οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη

αφορούν την επιβαρυσμένη κλινική εκδήλωση της ψυχικής και γνωσιακής τους λειτουργίας.¹⁶

Συναίσθημα: Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι το κύριο σύμπτωμα που επηρεάζει όλες τις νοητικές λειτουργίες. Ο ασθενής νιώθει και εκφράζει, τις περισσότερες φορές, την κατάθλιψή του χρησιμοποιώντας τις λέξεις «λυπημένος, μελαγχολικός, απογοητευμένος, θλιμμένος, απελπισμένος, αβοήθητος». Τα συναισθήματα αυτά χαρακτηρίζουν τη ζωή του ατόμου. Από την άλλη μεριά, ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματά του και χρησιμοποιεί εξωλεκτικούς τρόπους, π.χ. είναι σκυθρωπός, αδιαφορεί για την δουλειά, για τους δικούς του, για πράγματα που τον ευχαριστούσαν πριν (ανηδονία), δεν μπορεί να λάβει αποφάσεις. Το συναίσθημα είναι μεταβαλλόμενο, με πρωινή, έντονη δυσφορία και κάποια απογευματινή βελτίωση. Δεν υφίσταται συναισθηματική επιπέδωση (όπως στη σχιζοφρένεια), αν και ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι αδιαφορεί. Υφίσταται, αντίθετα, η καταθλιπτική ανηδονία. Το αγχώδες συναίσθημα είναι συχνό ως βίωμα εσωτερικής έντασης από φόβο επικείμενου κινδύνου ή καταστροφής ή ανημποριάς ή απελπισίας.¹⁶

Σκέψη: Διαταραχή της δομής και της ροής: Αργός ρυθμός παραγωγής ιδεών, αργή ομιλία (διστακτική, χαμηλού τόνου). Φτωχή παραγωγή ιδεών, μονοϊδεασμός (καταθλιπτικό περιεχόμενο) και λιμνασμός ιδεών, π.χ. συχνές ευχές θανάτου.

Περιεχόμενο: Καταθλιπτικός ιδεασμός που παίρνει τη μορφή παραληρήματος (ιδέες ενοχής, μηδενιστικές, ταπεινότητας, αναξιότητας, καταστροφής). Ιδεασμός με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο. Ο θάνατος παίρνει τη μορφή κυρίως λύτρωσης και λιγότερο τιμωρίας. Ιδέες διωκτικού τύπου, σύντομες με το καταθλιπτικό συναίσθημα με παρερμηνείες («χτυπούν οι καμπάνες το θάνατο μου»). Ιδέες υποχονδριακές, με ανεξήγητη αίσθηση κόπωσης, ανύπαρκτων ασθενειών όπως π.χ. ο καρκίνος. Οι υποχονδριακές παραληρητικές ιδέες ίσως εκτείνονται έως τον πλήρη μηδενισμό της ύπαρξης του ατόμου και κυρίως διαφόρων οργάνων, «δεν έχω έντερα» (Σύνδρομο Cotard).¹⁶

Εμφάνιση: Χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπίο με βλέμμα που κατευθύνεται προς τα κάτω (αποφεύγει τη βλεμματική επικοινωνία). Το σώμα είναι κυρτωμένο. Παρατηρείται μια παραμελημένη εμφάνιση με μειωμένες χειρονομίες και κινητικότητα ή ψυχοκινητική ανησυχία.

Αντίληψη: Υπάρχουν ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις σύντονες προς το καταθλιπτικό συναίσθημα (για βαριές μορφές κατάθλιψης).

Βούληση: Υφίσταται υποβουλήσια, αβουλήσια (ή αναποφασιστικότητα), αδυναμία να φροντίσει τον εαυτό του, να εργαστεί. Η ψυχοκινητικότητα μειώνεται ή επιβραδύνεται και φθάνει μέχρι την αναστολή (εμβροντησία), που είναι κριτήριο για εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Γνωσιακή λειτουργία: Προσοχή απαιτείται στη μείωση της προσοχής όπως επίσης στη μνήμη (ελαφρά διαταραχή μνήμης λόγω διαταραχής προσοχής) και στη συγκέντρωση (: συμπαράσύρεται από καταθλιπτικό ιδεασμό).

Σωματικά συμπτώματα: Υπάρχει μια ποικιλία συμπτωμάτων συνοδών του άγχους και της εγρήγορης του ANΣ (ταχυκαρδία, εφίδρωση, σφίξιμο στο στομάχι). Μπορεί επίσης να υπάρξουν δυσκοιλιότητα, ξηροστομία, διαταραχή της έμμηνης ροής, που επιτείνονται με τα τρικυκλικά, πόνοι στον αυχένα, στο κεφάλι, στη μέση, στα άκρα, μυικές κράμπες, ναυτία, δύσπνοια, αίσθημα εύκολης κόπωσης.

Όρεξη: Υφίσταται απώλεια ή μείωση της όρεξης, ακόμα και για «ορεκτικά φαγητά, και απώλεια βάρους.¹⁶

2.1.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη

Οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται και να επιδρούν στα άτομα που βιώνουν κατάθλιψη είναι κυρίως: ψυχοκοινωνικοί, βιολογικοί, συννοσηρότητα και σωματικοί νόσοι. Επιπλέον, ο θυρεοειδής και οι διαταραχές του ύπνου εμφανίζουν σημαντική συσχέτιση με την μείζονα κατάθλιψη.

Ψυχοκοινωνικοί

Ο ρόλος της οικογένειας και συγκεκριμένα η απώλεια ή η στέρηση των γονέων, πριν από την ηλικία των 10-11 ετών στη ζωή των παιδιών, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που προδιαθέτουν την εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής. Άλλος ένας επιβαρυντικός παράγοντας είναι η έλλειψη απασχόλησης της γυναίκας μετά την δημιουργία οικογένειας και η απουσία ενός ειδικού στον οποίο θα καταφεύγει για υποστήριξη και επικοινωνία για την ανατροφή των παιδιών της (κυρίως από γυναίκα μικρής ηλικίας). Επίσης η χαμηλή κοινωνική, οικονομική κατάσταση του ατόμου, καθώς και η απώλεια της εργασίας του, μπορεί να του προκαλέσει αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης και μείωσης των προσδοκιών του, με αποτέλεσμα την συναισθηματική του αστάθεια.¹⁶

Βιολογικοί παράγοντες: Η κληρονομικότητα, παρουσιάζεται συχνά ως παράγοντας κατάθλιψης, χωρίς όμως να έχει βρεθεί ο ακριβής μηχανισμός γενετικής προδιάθεσης. Παιδιά καταθλιπτικών ασθενών, ενδέχεται να εκδηλώσουν μια αγχώδους διαταραχής σε ποσοστό 41-76%.¹⁶

Συννοσηρότητα: Η κατάθλιψη συνυπάρχει με αγχώδεις διαταραχές σε συχνότητα που κυμαίνεται από 33% έως 75% των περιστατικών και επικρατεί στο 3.6% του γενικού πληθυσμού. Σε ένα ποσοστό 10% συνυπάρχει με σχιζοφρένεια.¹⁶

Σωματικές Νόσοι: Πολλές σωματικές νόσοι συνδέονται με την πρόκληση κατάθλιψης, οι κυριότερες από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:¹⁶

- Νοσήματα του γαστρεντερικού/Λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές.
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.
- Μη ελκώδη δυσπεψία.
- Σαχαρώδης Διαβήτης: το 15-20% των ασθενών με τύπου 1 και τύπου 2 διαβήτη πάσχουν από μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Ο σακχαρώδης διαβήτης τριπλάσιάζει τον κίνδυνο κατάθλιψης και σχετίζεται με φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο και αύξηση των γλυκοκορτικοειδών (που αυξάνονται στην κατάθλιψη).
- Λοιμώδη/Φλεγμονώδη νοσήματα, αυτοάνοσα νοσήματα:
- Σκλήρυνση κατά πλάκας.
- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος.
- Σύνδρομο Sjogren.
- Αρθρίτιδες-κροταφική αρτηρίτιδα-ινομυαλγία.
- HIV Λοίμωξη.
- Λοιμώδης μονοπυρήνωση.
- Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.
- Αναπνευστικά νοσήματα.
- Κεφαλαλγίες.

Θυρεοειδική Λειτουργία: Ο υποθυρεοειδισμός είναι γνωστό ότι σχετίζεται με την κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό χρειάζεται να ελέγχεται η σχέση μεταξύ των παραμέτρων της θυρεοειδικής λειτουργίας πριν από την έναρξη της θεραπείας και της ανταπόκρισης στην αντικαταθλιπτική αγωγή.¹⁶

Διαταραχές Ύπνου: Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι ο ύπνος στην μείζονα κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από διαταραχές του ύπνου, διαταραχή του ύπνου REM.¹⁶

2.1.3. Θεραπεία

Το 70-80% των ασθενών που βιώνουν κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμες με τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών και με την έναρξη ψυχοθεραπείας.¹⁶

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα και αγωγή

Η ανταπόκριση καλύπτει το 75% των αρρώστων και κλινικά εκδηλώνεται σε 4 εβδομάδες. Η διάρκεια της αγωγής για το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης είναι 6 μήνες μετά την ανάρρωση. Για το δεύτερο επεισόδιο 2-3 χρόνια, ενώ για το τρίτο η διάρκεια της θεραπείας φθάνει τα 5 χρόνια. Αν η αγωγή διακοπεί, είναι πιθανό να εμφανιστεί κατάθλιψη σε 3 εβδομάδες. Υπάρχουν δύο μεγάλες κατηγορίες φαρμάκων: τα τρικυκλικά όπως ιμιπραμίνη, αμιτρυπτιλίνη, μαπροτιλίνη, δοξεπίνη και τα αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης όπως φλουοξετίνη, παροξετίνη, σιταλοπράμη, λίθιο.

Συντηρητική θεραπεία: Κύριο παράγοντα αποτελεί η διάρκεια των επεισοδίων, καθώς αφορά 3 επεισόδια στα 5 τελευταία χρόνια (με διάρκεια από 6 έως 12 μήνες).¹⁶ Ωστόσο, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν έχουν άμεσα αποτελέσματα και χρειάζεται το χρονικό διάστημα 3-4 εβδομάδων για να ξεκινήσει η αντικαταθλιπτική τους δράση.²⁵

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: Χρειάζονται 12 συνεδρίες (μονόπλευρη εφαρμογή των ηλεκτροδίων) με τουλάχιστον 6 αμφοτερόπλευρα για διάρκεια 6 εβδομάδων. Τα κριτήρια ένταξης στην θεραπεία είναι η ύπαρξη στοιχείων εμβροντησίας, κατατονικών στοιχείων ή έντονο αίσθημα αυτοκτονικού ιδεασμού. Η αγωγή με ECT είναι ανώτερη κατά 20% των τρικυκλικών.¹⁶

Ψυχοθεραπείες διακρίνονται σε:

Γνωσιακή θεραπεία: Αποτελείται από 15-25 συνεδρίες, μία φορά την εβδομάδα. Οι κύριες τεχνικές είναι η ενσυναίσθηση (empathy), ο συνεργατικός εμπειρισμός και η διόρθωση των αρνητικών ιδεασμών και των συναισθημάτων που μπορεί να υποκρύπτουν. Ο βαθμός επιτυχούς ανταπόκρισης είναι 50-60% της φαρμακοθεραπείας.¹⁶

Συμπεριφορική θεραπεία: Στηρίζεται στη θεωρία της μάθησης. Είναι βραχυπρόθεσμη θεραπεία.

Διαπροσωπική θεραπεία: Αφορά σε μονοπολικές διαταραχές. Είναι βραχυπρόθεσμη. Βασίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις σε σχέση με ασυνείδητα δυναμικά στοιχεία του αρρώστου. Η διαπροσωπική θεραπεία αναπτύχθηκε από την Weissman.

Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία: Στηρίζεται στην κατανόηση από τον ασθενή των ασυνείδητων συγκρούσεων και κινήτρων και μηχανισμών άμυνας.

Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία: Αφορά την συναισθηματική υποστήριξη κυρίως σε οξείες καταστάσεις κρίσης, όπως για παράδειγμα το πένθος.

2.1.4. Κατάθλιψη και Αιμοκάθαρση

Η κατάθλιψη είναι η πιο συνήθης ψυχιατρική διαταραχή σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου.²³ Αναλυτικότερα, ο επιπολασμός της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 6%. Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση το αντίστοιχο ποσοστό έχει βρεθεί ότι κυμαίνεται από 19% έως 60%.²¹

Οι García Valderrama και συν.,²⁷ εκπόνησαν μία ερευνητική μελέτη με 88 ασθενείς (47% άνδρες, μέση ηλικία δείγματος 55.9±15.8 έτη) με σκοπό τη διερεύνηση της συσχέτισης κατάθλιψης και συμμόρφωσης στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση με την κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI). Τα ευρήματα έδειξαν ότι 54 (61.4%) των συμμετεχόντων είχε συμπτώματα κατάθλιψης και 47 (53.4%) είχε κακή συμμόρφωση με τις διατροφικές οδηγίες. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα των συμμετεχόντων είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κακή συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα της αιμοκάθαρσης.

Σε μία παρόμοια ερευνητική μελέτη, οι Ossareh και συν.,²⁸ διερεύνησαν τη συσχέτιση της συμμόρφωσης των ασθενών υπό αιμοκάθαρση με την εμφάνιση κατάθλιψης σε 150 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (52.7% γυναίκες, μέση ηλικία 56.4±16.4 έτη) με τις κλίμακες Simplified Medication Adherence Questionnaire και Beck Depression Inventory (BDI). Τα ευρήματα έδειξαν ότι 42.7% των συμμετεχόντων εμφάνισαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Επιπλέον, η μη συμμόρφωση των συμμετεχόντων με τη θεραπευτική αγωγή ήταν συχνότερη σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (BDI ≥ 15) σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης BDI (38.3% έναντι 15.5%).

Επιπλέον, οι Lilympaki και συν.,²⁹ που μελέτησαν 258 ασθενείς (53.9% άνδρες, 34.1% >70 ετών) υποβαλλόμενους σε αιμοκάθαρση έδειξαν ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης είχαν μειωμένη υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους τους.

Επιπλέον, οι Radwan και συν.,³⁰ μελέτησαν 300 ασθενείς (170 άνδρες, μέση ηλικία 47.4±4.7 έτη) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση με την κλίμακα κατάθλιψης Beck Depression Inventory (BDI). Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, το 45.3%

των συμμετεχόντων είχε αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Επιπλέον, υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της συννοσηρότητας, του μεγαλύτερου χρονικού διαστήματος υπό αιμοκάθαρση, της μειωμένης ικανότητας εργασίας και της μη ικανοποιητικής κοινωνικής στήριξης.

Αντίστοιχα, οι Chen και συν.,³¹ με δείγμα 200 ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (106 γυναίκες, με μέση ηλικία ± 58.6 έτη) εξέτασαν τους δημογραφικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Mini-International Neuropsychiatric Interview και η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 35.0% των συμμετεχόντων είχαν συμπτώματα κατάθλιψης. Τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με έναν χαμηλό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και την συννοσηρότητα. Οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν υψηλότερα επίπεδα κόπωσης και άγχους, πιο συνηθισμένο αυτοκτονικό ιδεασμό και χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τους ασθενείς χωρίς κατάθλιψη.

Σε μελέτη των Πετράκη και συν.,³² με δείγμα 139 άνδρες υπό αιμοκάθαρση με την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) βρέθηκε ότι 20.1% των συμμετεχόντων είχε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυξημένη ηλικία, το διαζύγιο/χηρεία, τη μη συμμόρφωση με τις διαιτητικές οδηγίες, την κακή/μέτρια σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό και την κόπωση των συμμετεχόντων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί η κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση.

Επιμέρους στόχοι :

E1: Να διερευνηθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με την κατάθλιψη.

E2: Να διερευνηθούν τα κλινικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με την κατάθλιψη.

E3: Να διερευνηθούν οι απόψεις των ασθενών που συσχετίζονται με την κατάθλιψη.

1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1. Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (75 άνδρες και 25 γυναίκες) σε δημόσιο νοσοκομείο κατά τη χρονική περίοδο 2020-2021. Το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών ήταν ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample).

Κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν: α) η διενέργεια αιμοκάθαρσης ως μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και β) η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήριο αποκλεισμού ήταν : α) να μην συνεργάζονται στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και β) η παρουσία ψυχιατρικής νόσου.

Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώνονταν από την ερευνήτρια για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια η ερευνήτρια ζητούσε τη γραπτή συγκατάθεση των ασθενών για συμμετοχή στη μελέτη.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε για όλους τους συμμετέχοντες 20 λεπτά πριν από την σύνδεση τους με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης σε ξεχωριστό χώρο για τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας. Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15-20 λεπτά.

Ηθική-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 αριθμ. πρωτοκόλλου 587/17-12-2020 που κατέχει η ερευνήτρια.

1.2. Εργαλείο μέτρησης

1.2.1. Χαρακτηριστικά ασθενών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συγκεντρώθηκαν ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν: το φύλο, η ηλικία η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν στοιχεία αναφορικά με την υποκείμενη νόσο και την παρούσα κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκαν τα παρακάτω στοιχεία: εάν βίωναν άγχος για την πορεία της νόσου, εάν θεωρούν ότι, η τακτική ενημέρωση συμβάλει στη μείωση του άγχους, εάν επιθυμούν να λαμβάνουν γραπτές οδηγίες, εάν βιώνουν κόπωση μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης, τότε η κόπωση είναι μεγαλύτερη και διάρκεια κόπωσης.

1.2.2. Μέτρηση Κατάθλιψης των ασθενών

Για τη μέτρηση της κατάθλιψης ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “Self-rating Depression Scale (SDS) - Zung”.^{33,34}

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 της βαθμολογίας. Η βαθμολογία που αποδίδεται στις ερωτήσεις αθροίζονται οδηγώντας στη τελική βαθμολογία κατάθλιψης. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Η κλίμακα συμπληρώθηκε από Ελληνικό πληθυσμό με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα από τους Fountoulakis και συν.³³⁻³⁵

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-Qplots. Τα κριτήρια Kruskal-Wallis και Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στο σκορ της κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών των ασθενών και την κόπωση και αυπνίες, όπως επίσης και το κριτήριο spearman'srho. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε για την εκτίμηση της επίδραση των χαρακτηριστικών της κόπωσης και των αυπνιών 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 (SPSSInc, Chicago, IL, US

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

2.1.1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ειδικότερα, οι άνδρες αποτελούσαν το 75% του δείγματος, ενώ το 73% του δείγματος ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών. Από τους συμμετέχοντες ασθενείς το 65% ήταν έγγαμοι, το 42% απόφοιτοι δημοτικού, ενώ το 65% συνταξιούχοι.

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

| Δημογραφικά χαρακτηριστικά | N (%) |
|-------------------------------|-----------|
| Φύλο | |
| Ανδρας | 75(75.0%) |
| Γυναίκα | 25(25.0%) |
| Ηλικία | |
| 30-40 | 2(2.0%) |
| 41-50 | 9(9.0%) |
| 51-60 | 16(16.0%) |
| 61-70 | 30(30.0%) |
| >70 | 43(43.0%) |
| Οικογενειακή κατάσταση | |
| Έγγαμος | 65(65.0%) |
| Άγαμος | 14(14.0%) |
| Διαζευγμένος | 3(3.0%) |
| Χήρος | 17(17.0%) |
| Συμβίωση | 1(1.0%) |
| Μορφωτικό Επίπεδο | |
| Πρωτοβάθμια | 42(42.0%) |
| Δευτεροβάθμια | 46(46.0%) |
| Τριτοβάθμια | 10(10.0%) |
| MSc-PhD | 2(2.0%) |
| Επάγγελμα | |
| Άνεργος | 4(4.0%) |
| Ιδιωτικός υπάλληλος | 3(3.0%) |
| Ελεύθ. Επαγγελματίας | 16(16.0%) |
| Οικιακά | 9(9.0%) |
| Συνταξιούχος | 65(65.0%) |
| Άλλο | 3(3.0%) |

Στον Πίνακα 2 που παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και οι απόψεις τους. Το 66% του δείγματος είχε πολύ ή αρκετό άγχος για την πορεία της νόσου, το 36% πίστευε ότι η τακτική ενημέρωση συμβάλλει πολύ στην μείωση του άγχους και το 64% επιθυμούσε να λαμβάνει γραπτή ενημέρωση για την διαχείριση της νόσου. Αναφορικά με την κόπωση, το 34% βίωνε κόπωση μετά από την συνεδρία αιμοκάθαρσης, το 39% μεγαλύτερη κόπωση το βράδυ και το 84% το αισθανόταν για μερικές ώρες.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις απόψεις (N=100)

| Κλινικά χαρακτηριστικά και απόψεις | N (%) |
|---|--------------|
| Έχετε άγχος για την πορεία της νόσου; | |
| Πολύ | 29(29.0%) |
| Αρκετά | 37(37.0%) |
| Λίγο | 26(26.0%) |
| Καθόλου | 8(8.0%) |
| Πιστεύετε ότι, η τακτική ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους; | |
| Πολύ | 36(36.0%) |
| Αρκετά | 38(38.0%) |
| Λίγο | 23(23.0%) |
| Καθόλου | 3(3.0%) |
| Επιθυμείτε να λαμβάνετε γραπτή πληροφόρηση, αναφορικά με την διαχείριση της νόσου; | |
| Ναι | 64(64.0%) |
| Όχι | 23(23.0%) |
| Κάποιες Φορές | 13(13.0%) |
| Αισθάνεστε κόπωση μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης; | |
| Ναι | 34(34.0%) |
| Όχι | 4(4.0%) |
| Κάποιες Φορές | 52(52.0%) |
| Συχνά | 10(10.0%) |
| Πότε αισθάνεστε μεγαλύτερη κόπωση ; | |
| Πρωί | 5(5.0%) |
| Μεσημέρι | 20(20.0%) |
| Απόγευμα | 36(36.0%) |
| Βράδυ | 39(39.0%) |
| Ποιά η διάρκεια της κόπωσης; | |
| Συνεχής | 13(13.0%) |
| 2-3 ημέρες | 1(1.0%) |
| Μερικές ώρες | 84(84.0%) |
| από την μια συνεδρία στην επόμενη | 2(2.0%) |

2.1.2. Μέτρηση κατάθλιψης των ασθενών

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 3, που αφορούν στην κατάθλιψη των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, παρατηρείται ότι, τουλάχιστον το 50% των ασθενών είχαν βαθμολογία μικρότερη από 45 (διάμεσος) στην κατάθλιψη Zung και αντίστοιχα η μέση τιμή ήταν στο 45.3 ± 9.3 . Επιπλέον το 25% των ασθενών είχαν βαθμολογία μικρότερη από 38. Οι τιμές αυτές σε σχέση με το πιθανό εύρος βαθμολογίας (20-80) υποδηλώνουν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών.

Πίνακας 3: Μέτρηση των επιπέδων της κατάθλιψης των ασθενών (N=100)

| | Μέσος (TA) | Διάμεσος (IQR) |
|------------------------------|------------|----------------|
| Κατάθλιψη Zung (Εύρος 20-80) | 45.3(9.3) | 45(38-53) |

2.2. Στατιστικά αποτελέσματα

Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τη συσχέτιση της κατάθλιψης των ασθενών με τα χαρακτηριστικά τους. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της βαθμολογίας της κατάθλιψης των ασθενών και την ηλικία ($p=0.001$), την οικογενειακή κατάσταση ($p=0.001$), το επάγγελμα ($p=0.002$), το εάν θεωρούσαν ότι, η τακτική ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους ($p=0.016$), εάν επιθυμούσαν να λαμβάνουν γραπτή ενημέρωση ($p=0.025$), εάν βίωναν κόπωση μετά την αιμοκάθαρση, τότε αισθάνονται κόπωση και με ποια διάρκεια ($p=0.001$, $p=0.016$ και $p=0.001$ αντίστοιχα). Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 48) σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς (διάμεσος 45 και 37). Οι διαζευγμένοι/χήροι ασθενείς είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 52) σε σχέση με τους έγγαμους (διάμεσος 44) και άγαμους (διάμεσος 39). Οι συνταξιούχοι ασθενείς επίσης είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 47) σε σχέση με τους εργαζόμενους (διάμεσος 37) αλλά και τους άνεργους (διάμεσος 41). Οι ασθενείς που πίστευαν ότι η τακτική ενημέρωση δεν συμβάλλει στη μείωση του άγχους έχουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερη κατάθλιψη (διάμεσος 53). Επιπλέον, υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης βίωναν οι ασθενείς που δεν επιθυμούν να λαμβάνουν γραπτή πληροφόρηση (διάμεσος 51), αυτοί που βίωναν κόπωση μετά την αιμοκάθαρση (διάμεσος 54), αυτοί με μεγαλύτερη κόπωση το βράδυ (διάμεσος 48) και αυτοί που βίωναν συνεχή κόπωση (διάμεσος 57).

Πίνακας 4: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών(N=100)

| Χαρακτηριστικά ασθενών | Μέση Τιμή (TA) | Διάμεσος (IQR) | p-value |
|---|----------------|----------------|--------------|
| Φύλο | | | 0.098 |
| Άνδρας | 44.5(9.3) | 44(37-53) | |
| Γυναίκα | 47.7(8.9) | 48(43-53) | |
| Ηλικία | | | 0.001 |
| ≤60 | 38.8(8.2) | 37(33-44) | |
| 61-70 | 45.5(8.5) | 45(39-51) | |
| >70 | 49.3(8.2) | 48(44-56) | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | 0.001 |
| Έγγαμος/ Συμβίωση | 43.7(8.5) | 44(37-50) | |
| Άγαμος | 42.9(10.2) | 39(36-52) | |
| Διαζευγμένος/ Χήρος | 52.5(7.7) | 52(48-58) | |
| Μορφωτικό Επίπεδο | | | 0.172 |
| Πρωτοβάθμια | 47.1(9.3) | 47(40-55) | |
| Δευτεροβάθμια | 44.6(8.9) | 45(38-51) | |
| Τριτοβάθμια/ MSc-PhD | 41.8(10.0) | 40(34-48) | |
| Επάγγελμα | | | 0.002 |
| Άνεργος/ Οικιακά | 42.9(6.8) | 41(39-48) | |
| Εργαζόμενος | 39.5(9.1) | 37(33-46) | |
| Συνταξιούχος | 47.5(9.2) | 47(40-56) | |
| Έχετε άγχος για την πορεία της νόσου; | | | 0.777 |
| Πολύ | 45.6(9.4) | 45(38-52) | |
| Αρκετά | 44.3(8.2) | 44(39-50) | |
| Λίγο/Καθόλου | 46.2(10.4) | 47(36-55) | |
| Πιστεύετε ότι, η τακτική ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους; | | | 0.016 |
| Πολύ | 44.4(9.6) | 42(37-53) | |
| Αρκετά | 43.0(7.9) | 44(37-47) | |
| Λίγο/ Καθόλου | 50.0(9.3) | 53(44-56) | |
| Επιθυμείτε να λαμβάνετε γραπτή πληροφόρηση, αναφορικά με την διαχείριση της νόσου; | | | 0.025 |
| Ναι/ Κάποιες Φορές | 44.1(8.9) | 44(37-51) | |
| Όχι | 49.3(9.4) | 51(43-56) | |
| Αισθάνεστε κόπωση μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης; | | | 0.001 |
| Ναι | 52.2(8.7) | 54(46-57) | |
| Κάποιες Φορές/ Συχνά | 41.9(7.6) | 40(36-47) | |
| Πότε αισθάνεστε μεγαλύτερη κόπωση ; | | | 0.016 |
| Πρωί/ Μεσημέρι | 46.9(10.6) | 46(37-57) | |
| Απόγευμα | 41.8(8.1) | 40(37-47) | |
| Βράδυ | 47.6(8.6) | 48(39-56) | |
| Ποιά η διάρκεια της κόπωσης; | | | 0.001 |
| Συνεχής | 56.2(7.0) | 57(53-60) | |
| Μερικές ώρες | 43.5(8.2) | 43(37-50) | |

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).

Παρατηρείται, ότι οι διαζευγμένοι/εν χηρεία ασθενείς είχαν 3.4 μονάδες στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο σκορ κατάθλιψης σε σχέση με τους έγγαμους ($\beta=3.42$, 95%ΔΕ: 1.01-5.83, $p=0.006$).

Επιπλέον, οι ασθενείς που αισθάνονταν κάποιες φορές κόπωση μετά την αιμοκάθαρση είχαν 2,8 μονάδες στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερο σκορ κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που αισθάνονταν κουρασμένοι μετά από κάθε συνεδρία ($\beta=-2.77$, 95%ΔΕ: -5.18- -0.36, $p=0.025$).

Πίνακας 5: Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στην κατάθλιψη

| | β συντελεστής (95% ΔΕ) | p-value |
|---|-------------------------------|----------------|
| Ηλικία | | |
| ≤60 | Κατ. Αναφ. | |
| 61-70 | 1.43(-1.37-4.23) | 0.314 |
| >70 | 0.51(-2.76-3.79) | 0.755 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Έγγαμος/ Συμβίωση | Κατ. Αναφ. | |
| Άγαμος | 1.33(-1.69-4.35) | 0.384 |
| Διαζευγμένος/ Χήρος | 3.42(1.01-5.83) | 0.006 |
| Επάγγελμα | | |
| Άνεργος/ Οικιακά | Κατ. Αναφ. | |
| Εργαζόμενος | -2.94(-6.27-0.38) | 0.082 |
| Συνταξιούχος | -0.30(-3.24-2.63) | 0.839 |
| Πιστεύετε ότι, η τακτική ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους; | | |
| Πολύ | Κατ. Αναφ. | |
| Αρκετά | -1.87(-4.02-0.27) | 0.086 |
| Λίγο/ Καθόλου | -1.26(-3.98-1.45) | 0.357 |
| Επιθυμείτε να λαμβάνετε γραπτή πληροφόρηση, αναφορικά με την διαχείριση της νόσου; | | |
| Ναι/ Κάποιες Φορές | Κατ. Αναφ. | |
| Όχι | 0.81(-2.76-4.38) | 0.652 |
| Αισθάνεστε κόπωση μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης; | | |
| Ναι | Κατ. Αναφ. | |
| Κάποιες Φορές/ Συχνά | -2.77(-5.18--0.36) | 0.025 |
| Πότε αισθάνεστε μεγαλύτερη κόπωση; | | |
| Πρωί/ Μεσημέρι | Κατ. Αναφ. | |
| Απόγευμα | 0.11(-2.54-2.76) | 0.932 |
| Βράδυ | 2.13(-0.91-5.16) | 0.166 |
| Ποιά η διάρκεια της κόπωσης; | | |
| Συνεχής | Κατ. Αναφ. | |
| Μερικές ώρες | -2.60(-6.21-1.00) | 0.153 |

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης έδειξαν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών. Τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση ποικίλουν στις διάφορες ερευνητικές μελέτες, το οποίο αποδίδεται κυρίως στην ετερογένεια ως προς το δείγμα, στη μεθοδολογία και στο δείγμα της κάθε μελέτης.

Στον πληθυσμό της αιμοκάθαρσης, η κατάθλιψη είναι κύρια ψυχιατρική διαταραχή, με ποικίλο επιπολασμό που εξαρτάται από το διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται και κυμαίνεται από 22.8% σε ψυχιατρικές συνεντεύξεις έως 39.3% σε ερωτηματολόγια για καταθλιπτικά συμπτώματα.³⁶

Οι Gerogianni και συν.,³⁷ έδειξαν κατάθλιψη στο 29.4% σε ένα δείγμα 414 ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (262 άνδρες, μέση ηλικία ± 63.54 έτη). Η κατάθλιψη είχε άμεση συσχέτιση με το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, την προχωρημένη ηλικία, τη συνταξιοδότηση, τη χαμηλή οικονομική κατάσταση και τις συνυπάρχουσες ασθένειες.

Παρόμοια ερευνητική μελέτη, των Vasilopoulou και συν.,³⁸ μελέτησαν την κατάθλιψη σε δείγμα 395 ασθενών (222 άνδρες, μέση ηλικία 17.7 ± 4.85 έτη) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση με την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το 38.2% των συμμετεχόντων είχε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Οι Νικολάου και συν.,³⁹ έδειξαν ότι οι 24 από 100 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (50 άνδρες, μέση ηλικία ± 64.11 έτη) εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης.

Ομοίως, στην Ελλάδα, σε μία παρόμοια ερευνητική μελέτη, οι Αγγούρια και συν.,⁴⁰ διερεύνησαν το άγχος και την κατάθλιψη σε δείγμα 320 ασθενών υπό αιμοκάθαρση (183 άνδρες, ηλικία 30-80 έτη) με την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το 32.2% των συμμετεχόντων είχε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης τα οποία είχαν άμεση συσχέτιση με την αυξημένη ηλικία και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Οι Κάτση και συν.,⁴¹ που διερεύνησαν την κατάθλιψη σε 78 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (62.8% ήταν άνδρες, μέση ηλικία 59 ± 15.7 έτη) έδειξε ότι, το 53.8% δεν εμφάνιζε κατάθλιψη, το 19.1% εμφάνιζε ήπιας μορφής, το 6.5%

μέτριας μορφής και το 20.6% βαριάς μορφής. Οι ίδιοι ερευνητές δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου, ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, επαγγέλματος, εισοδήματος και της χρόνιας αιμοκάθαρσης, ωστόσο σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε στον αριθμό των αιμοκαθάρσεων, στην σχέση που ανέπτυξαν με το προσωπικό του τμήματος και στο μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.

Επιπλέον, οι Carayanni και συν.,⁴² διερεύνησαν την κατάθλιψη σε 360 ηλικιωμένους (218 γυναίκες, ηλικία >60 έτη) με την κλίμακα Geriatric Depression Scale Short Form. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι 109 συμμετέχοντες (30.3%) είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες ενώ η συννοσηρότητα είχε συσχέτιση με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και στα δύο φύλα.

Οι Liu και συν.,⁴³ διερεύνησαν την κατάθλιψη σε 227 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (46.7% γυναίκες, μέση ηλικία 49.3±14.3 έτη) με την κλίμακα Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το 29.1% των συμμετεχόντων είχε καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία είχαν άμεση συσχέτιση με τη χαμηλή οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Η κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και φτωχή κλινική έκβαση. Συνεπώς, είναι σημαντική η αναγνώριση της κατάθλιψης καθώς συχνά υποτιμάται ή υπο-διαγιγνώσκεται στην καθημερινή κλινική πρακτική. Δυστυχώς μόνο το 12% των ασθενών με διάγνωση του άγχους ή κατάθλιψης ελάμβαναν θεραπεία, εύρημα, που δείχνει ότι η κατάθλιψη παραμένει αδιάγνωστη.⁴⁴

Πολλές μονάδες αιμοκάθαρσης αντιμετωπίζουν εμπόδια στην εφαρμογή της διερεύνησης της κατάθλιψης ως πρακτική ρουτίνας στην κλινική φροντίδα. Η ανίχνευση της κατάθλιψης είναι δυνατή μόνον όταν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα σημεία και τα συμπτώματά της. Τα σωματικά συμπτώματα όπως η κόπωση και η διαταραχή της όρεξης μπορεί να είναι σημαντικοί δείκτες της κατάθλιψης. Επιπλέον, συχνά οι ασθενείς μπορεί να μην αποδίδουν αυτά τα συμπτώματα στη κατάθλιψη καθώς δεν τα αναγνωρίζουν ή μπορεί να διστάζουν να παραδεχτούν συναισθήματα θλίψης και κατάθλιψης λόγω άρνησης και /ή φόβων για κοινωνικό στίγμα. Πολλά συμπτώματα της κατάθλιψης αλληλεπικαλύπτονται με συμπτώματα νεφρικής νόσου, καθιστώντας δύσκολη τη διάγνωση.⁴⁵

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών και οι συνταξιούχοι βίωναν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι συχνή και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ηλικιωμένους (≥65 ετών) ασθενείς υπό

αιμοκάθαρση.⁴⁶ Μελέτη σε 183 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση όπου το 55.2% των συμμετεχόντων ήταν ηλικιωμένοι, 66.4% άνδρες, 90.7% συνταξιούχοι έδειξε ότι, το 60.3% παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιψης. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και του γυναικείου φύλου, της συννοσηρότητας και των συναισθηματικών και σωματικών συμπτωμάτων, της αποτυχίας επιτέλεσης συνηθισμένων δραστηριοτήτων και της ανάγκης για βοήθεια καθημερινά.⁴⁷

Ομοίως, οι Turkistani και συν.,⁴⁸ που διερεύνησαν την κατάθλιψη με 286 ασθενείς (58.2% άνδρες) με την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) έδειξαν ότι ο συνολικός επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση ήταν 43.6%. Η προχωρημένη ηλικία ήταν ένας σημαντικός παράγοντας κακής πρόγνωσης της κατάθλιψης.⁴⁹

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης βίωναν οι διαζευγμένοι/χήροι συμμετέχοντες. Το εύρημα αυτό πιθανώς αποδίδεται στην έλλειψη στήριξης που βιώνουν οι ασθενείς με αποτέλεσμα τη συναισθηματική επιβάρυνση. Η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα αξιών όπου τα μέλη της αλληλεπιδρούν σε καθημερινή βάση ενώ κάθε δυσλειτουργία σε ένα μέλος διαταράσσει την ομοιοστασία. Η ψυχική υγεία-αρρώστια ενός ατόμου είναι συνυφασμένη με την οικογένεια. Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών ενώ η ενίσχυση του κύκλου κάθε μορφής στήριξης βοηθά στην αποτροπή αρνητικών συναισθημάτων.⁵⁰

Ομοίως, οι Othayq και συν.,⁴⁹ έδειξαν υψηλότερο ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς που δεν είναι παντρεμένοι, είχαν χαμηλότερη εκπαίδευση και σε άτομα με διαταραχή ύπνου. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν σε 211 ασθενείς ότι, το 12.8% βίωναν ήπια κατάθλιψη, το 15.6% μέτρια κατάθλιψη και το 15.1% σοβαρή ή εξαιρετικά σοβαρή.

Στον αντίποδα, έχει βρεθεί ότι, η κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά και τα άτομα που έχουν οικογένεια και ειδικότερα τους φροντιστές. Η αιμοκάθαρση επιβάλλει διάφορους περιορισμούς στη ζωή των φροντιστών, όπως μειωμένη σωματική λειτουργικότητα, κόπωση, κοινωνική απομόνωση, δυσκολίες στις σχέσεις με τους άλλους και αισθήματα απογοήτευσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι, με την πρόοδο της ηλικίας των φροντιστών περιπλέκονται σημαντικά όλοι οι ανωτέρω περιορισμοί.⁵¹⁻⁵²

Οι συνταξιούχοι πιθανά θεωρούν ότι δεν είναι πλέον ικανοί να διατηρήσουν στον ίδιο βαθμό, τις κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες με την οικογένεια, τους

συγγενείς και τους φίλους ή ακόμα βιώνουν σχέση εξάρτησης με το περιβάλλον τα οποία επιτείνουν τη ψυχική επιβάρυνση. Ωστόσο, η καλή προσαρμογή στην αιμοκάθαρση, η μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης, η διατήρηση της αυτοεκτίμησης, και η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και αποτελεσματικότητας με το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν εφόδια για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.⁵³⁻⁵⁵

Οι ασθενείς που θεωρούν ότι, η τακτική ενημέρωση δεν συμβάλλει στη μείωση του άγχους όπως επίσης οι ασθενείς που δήλωσαν ότι, δεν επιθυμούν να λαμβάνουν γραπτή πληροφόρηση βίωναν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την οργάνωση και την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας. Φαίνεται ότι, τα άτομα αυτά λόγω της κατάθλιψης δεν επιθυμούν ή είναι απρόθυμοι να αναζητούν πληροφόρηση, γεγονός, το οποίο ελλοχεύει σημαντικούς κινδύνους για την κλινική έκβαση της νόσου. Αυτή η ομάδα χρήζει μεγαλύτερης προσοχής και ίσως η παροχή κατανοητής πληροφόρησης να βοηθήσει ταυτόχρονα και στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Πιθανόν αυτή η σχέση να είναι αλληλεπιδρώμενη, όπου η ελλιπής πληροφόρηση να ενισχύει την κατάθλιψη ενώ από την άλλη πλευρά η κατάθλιψη να καθιστά την πληροφόρηση ως ένα πεδίο χωρίς ενδιαφέρον. Το πλέον συχνό ψυχολογικό σύμπτωμα κατάθλιψης είναι η ανηδονία (84.5%) και η απώλεια ενέργειας (83.5%) το πλέον σωματικό.⁵⁶

Είναι ευρέως γνωστό ότι, οι ασθενείς με αιμοκάθαρση αντιμετωπίζουν διάφορα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή. Η κατανόηση σε βάθος της κατάστασής τους απαιτεί την παροχή ακριβούς πληροφόρησης η οποία διευκολύνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την προσαρμογή στην ασθένεια.

Δεδομένου ότι, η ανάγκη της πληροφόρησης είναι κυμαινόμενη ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες και τις ανάγκες των ασθενών, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να ενσωματώνουν την πληροφόρηση ως συστηματικό και αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας. Η παροχή επαρκών γνώσεων σχετικά με την αιμοκάθαρση αναγνωρίζεται ως βασική πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα αυτής της ευαίσθητης ομάδας.⁵⁷

Ειδικότερα αυτό το εύρημα υποδηλώνει την ανάγκη δημιουργίας μιας θεραπευτικής σχέσης με του επαγγελματίες υγείας, όπου η πληροφόρηση θα αξιολογείται σε συστηματική βάση με απώτερο στόχο την καλύτερη κλινική έκβαση,

κατά το δυνατόν.⁵⁸ Ωστόσο, η σχέση ασθενών και επαγγελματιών υγείας διαβαίνει διαφορετικά μονοπάτια ανάλογα με το στάδιο της νόσου όπως για παράδειγμα στο πρώτο στάδιο παρατηρείται σημαντική προσπάθεια εκατέρωθεν για την επιβίωση η οποία σταδιακά εξασθενεί κυρίως με την επιβάρυνση της νόσου όταν δηλαδή η αντιμετώπιση δεν είναι απλή διαδικασία.^{53,54,55,59} Οι Κάτση και συν.,⁴¹ έδειξαν ότι, οι ασθενείς που δήλωναν καλύτερη σχέση με το προσωπικό του τμήματος εμφάνιζαν χαμηλότερο κατάθλιψη, εύρημα το οποίο υποδηλώνει ότι η καλή σχέση με το προσωπικό έχει ευεργετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών.

Μελέτη στην Ελλάδα, όπου συμμετείχαν 650 ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση (55.4% άνδρες) έδειξε ότι, το 61.7% των συμμετεχόντων δήλωσαν «αρκετά» ενημερωμένοι ενώ το 28.5% ήταν «πολύ» ενημερωμένοι. Σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του βαθμού πληροφόρησης και της ηλικίας, της οικογένειας, του μορφωτικού επιπέδου, της εργασίας και του αριθμού παιδιών ενώ με τα κλινικά παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του βαθμού πληροφόρησης και της συννοσηρότητας και της συμμόρφωσης με τη θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, περισσότερο πληροφόρηση είχαν οι νεότεροι ασθενείς, όσοι διέμεναν μόνοι τους, όσοι ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι εργαζόμενοι, οι συνταξιούχοι και όσοι δεν είχαν κανένα ή ένα παιδί. Επιπλέον, περισσότερο πληροφορημένοι δήλωσαν οι ασθενείς που δεν είχαν συννοσηρότητα, όσοι δήλωσαν ότι τηρούν πολύ τις οδηγίες θεραπείας, όσοι διατηρούσαν πολύ καλές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό, τους ιατρούς και άλλους ασθενείς όπως επίσης όσοι δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες στο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον.⁵⁷

Σύμφωνα με μια προηγούμενη μελέτη των Xhulia και συν.,⁶⁰ που διερεύνησε τις ανάγκες 141 ασθενών (74 γυναίκες) υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση ανέδειξε την ανάγκη ενημέρωσης ως πιο την σημαντική σε ασθενείς ηλικίας 61-80 ετών. Οι ερευνητές απέδωσαν το εύρημα αυτό στο γεγονός ότι, οι επαγγελματίες υγείας δίνουν μεγαλύτερη προσοχή σε νεότερους ασθενείς ηλικίας μεταξύ 30 και 45 ετών, οι οποίοι εξακολουθούν να διατηρούν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση της ζωής τους, παρόλο που οι προσδοκίες τους συχνά περιορίζονται από ασθένειες.

Παρόλα αυτά η ενημέρωση από μόνης της δεν αποτελεί το μοναδικό σημείο-κλειδί στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση ενώ θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις ατομικές ανάγκες και να προωθεί συμπεριφορές αυτο-φροντίδας.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης επίσης φάνηκε ότι, υψηλότερη κατάθλιψη βίωναν οι ασθενείς που ανέφεραν κόπωση μετά την αιμοκάθαρση, που αισθάνονται μεγαλύτερη κόπωση το βράδυ και όσοι ανέφεραν ότι βιώνουν συνεχή κόπωση. Η κόπωση αποτελεί ένα υποκειμενικό και πολυπαραγοντικό σύμπτωμα που βιώνουν οι ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση το οποίο συχνά επικαλύπτεται από την κατάθλιψη. Απαιτείται έγκαιρη διάγνωση και παροχή συμβουλευτικής και στήριξης προκειμένου οι ίδιοι οι ασθενείς να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους και παράλληλα να αποτρέψουν την επιδείνωση του φαύλου κύκλου κατάθλιψης - κόπωσης.

Η κόπωση πλήττει πολλούς τομείς της ανθρώπινης διάστασης και επηρεάζει αρνητικά την κοινωνική λειτουργικότητα, τις οικογενειακές σχέσεις και την ικανότητα απόκτησης και διατήρησης εργασίας. Οι ασθενείς χαρακτηρίζουν τη συναισθηματική επιβάρυνση που προκαλείται από την κόπωση ως ένα από τα πιο ανησυχητικά και ενοχλητικά συμπτώματα που έχει περιοριστική επίδραση στις καθημερινές τους δραστηριότητες και υποστηρίζουν ότι, θα ήταν πρόθυμοι να υποβληθούν σε συχνότερη αιμοκάθαρση εάν αυτό θα τους επέτρεπε να αισθάνονται πιο ενεργητικοί. Ωστόσο, παρατηρούνται βελτιώσεις στα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τη διόρθωση της αναιμίας με ερυθροποιητίνη με αποτέλεσμα τη μέση μείωση 35% στα επίπεδα κόπωσης.⁴⁴

Φαίνεται ότι, η κατάθλιψη και η κόπωση αποτελούν ένα περιοριστικό πλαίσιο στον ασθενή που είναι ήδη επιβαρυνμένος λόγω της αιμοκάθαρσης. Όταν συνυπάρχουν οι δυο συνιστώσες (κόπωση, αιμοκάθαρση) τότε περιορίζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα, στην εργασία του και σε πρωτότερους ρόλους. Όσο βαθαίνουν αυτοί οι περιορισμοί τόσο η επικοινωνία με τους άλλους περιορίζεται καθώς το άτομο δεν είναι ικανό πλέον να ακολουθήσει τις κοινωνικές επαφές ή ακόμα και τις συζητήσεις με αποτέλεσμα να βιώνει συναισθηματική επιβάρυνση, κοινωνική απομόνωση και κατάθλιψη. Η όλη αυτή κατάσταση φαίνεται να περιπλέκεται καθώς μειώνεται ο βαθμός ανεξαρτησίας του ατόμου και προοδευτικά εξασθενούν οι σωματικές και ψυχικές του δυνάμεις.

Με την αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης της χρόνιας νεφρικής νόσου, την αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης και την αδυναμία αντιμετώπισης της ανάγκης για μεταμόσχευση νεφρού, η διαχείριση των συμπτωμάτων τόσο της κόπωσης όσο και της κατάθλιψης αναδεικνύεται ως ένα από τα σημαντικότερα πεδία δράσης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών. Επιπλέον, κατά την

αξιολόγηση της κόπωσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πολιτισμικές και κοινωνιολογικές διαφορές στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κάθε χώρας.⁶¹

Η κατάθλιψη, ο βαθμός ανησυχίας και οι παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα σωματικών συμπτωμάτων. Αντίθετα, η θετική στρατηγική αντιμετώπισης, η αυτο-αποτελεσματικότητα και η κοινωνική στήριξη συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων.⁶² Ο συνδυασμός κατάθλιψης και κόπωσης επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω κόπωσης.⁶³ Η κόπωση σχετίζεται με τη λήψη ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Εκτιμάται ότι, στο 22-49% των ασθενών που έλαβαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιτυγχάνεται ύφεση κατάθλιψης ωστόσο συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν κόπωση. Κάποιες αντικαταθλιπτικές θεραπείες είναι λιγότερο πιθανό να επιδεινώσουν την κόπωση (τόσο φαρμακολογικές όσο και μη φαρμακολογικές) και μπορούν να χρησιμοποιηθούν με αντικαταθλιπτικά για τη διαχείριση της κόπωσης που σχετίζεται με την κατάθλιψη. Ακόμα κι εάν η μείωση της κόπωσης που προκαλείται από κατάθλιψη δεν επιτυγχάνεται άμεσα με τις θεραπείες κατάθλιψης, οι βελτιώσεις στη διάθεση θα μπορούσαν να αποτρέψουν την εμφάνιση δευτερογενούς κόπωσης λόγω της δραστηριότητας και της άσκησης. Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης πρέπει, ως εκ τούτου, να θεωρηθεί ως θεμελιώδες βήμα για τη θεραπεία της κόπωσης.⁴⁴

Οι Joshua και συν.,⁶⁴ που μελέτησαν 47 ασθενείς υποβαλλόμενους σε αιμοκάθαρση (89.3% άνδρες) έδειξε ότι, το 44.7% ανέφερε κόπωση και το 72.3% είχαν κατάθλιψη (ήπια έως μέτρια στο 59.7% και σοβαρή στο 12.6%). Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την κόπωση είναι οι διαταραχές του ύπνου, η κοινωνική και οικογενειακή δυσλειτουργία, η κατάσταση συννοσηρότητας και το επίπεδο κρεατινίνης στον ορό.⁶⁵

Περιορισμοί μελέτης

Η δειγματοληψία ευκολίας στην παρούσα μελέτη δεν είναι αντιπροσωπευτική των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στην Ελλάδα. Επιπλέον, ήταν μια συγχρονική μελέτη η οποία δεν επιτρέπει την ανάδειξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών των ασθενών. Τέλος, η έρευνα εκπονήθηκε στην εποχή της πανδημίας Covid-19, όπου οι μετακινήσεις ήταν περιορισμένες γεγονός που συνετέλεσε στον μικρό αριθμό συμμετεχόντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι, κατάθλιψη βίωναν οι ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών, διαζευγμένοι/χήροι ασθενείς, οι συνταξιούχοι ασθενείς, όσοι θεωρούσαν ότι, η τακτική ενημέρωση δεν συμβάλλει στη μείωση του άγχους και δεν επιθυμούν να λαμβάνουν γραπτή πληροφόρηση, όσοι βίωναν κόπωση μετά την αιμοκάθαρση, κυρίως βράδυ και όσοι βίωναν συνεχή κόπωση.

Η βαθύτερη γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση θα δια φωτίσει σημαντικά τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν εξατομικευμένη θεραπευτική παρέμβαση.

Ο αποτελεσματικός χειρισμός των ασθενών που βιώνουν κατάθλιψη απαιτεί ολιστική προσέγγιση, η οποία θα επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να εκτιμήσουν τις ανάγκες του ασθενή ως ολότητα όταν οργανώνουν πλάνα φροντίδας.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση θα πρέπει να εξετάζονται και να αξιολογούνται από επαγγελματίες ειδικευμένους στη διάγνωση και την αντιμετώπιση της.

Η διεπιστημονική προσέγγιση αφενός επιτρέπει την άμεση αξιολόγηση των αναγκών όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς και την ιεράρχησή τους αφετέρου συμβάλλει στην κατάλληλη και πρόιμη παρέμβαση.

Κατάθλιψη ασθενών υποβαλλόμενων σε αιμοκάθαρση

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αιμοκάθαρση αποτελεί την πιο αποτελεσματική θεραπεία της χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Η κατάθλιψη είναι η κύρια ψυχική διαταραχή των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. **Σκοπός:** της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της κατάθλιψης σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε αιμοκάθαρση. **Υλικό και μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε μονάδα τεχνητού νεφρού δημοσίου νοσοκομείου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Self-rating Depression Scale (SDS)-Zung» στην οποία συμπεριελήφθησαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. **Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή στη βαθμολογία της κλίμακας Zung ήταν στο 45.3 ± 9.3 το οποίο σε σχέση με το πιθανό εύρος βαθμολογίας (20-80) υποδηλώνει μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών. Στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης είχαν οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς ($p=0.001$), οι διαζευγμένοι/χήροι ($p=0.001$), οι συνταξιούχοι ($p=0.002$), αυτοί που θεωρούσαν ότι η τακτική ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους ($p=0.016$), αυτοί που δεν επιθυμούσαν να λαμβάνουν γραπτή ενημέρωση ($p=0.025$), αυτοί που βίωναν κόπωση μετά την αιμοκάθαρση, που βίωναν μεγαλύτερη κόπωση το βράδυ, και αυτοί που νιώθουν συνεχή κόπωση ($p=0.001$, $p=0.016$ και $p=0.001$ αντίστοιχα). **Συμπεράσματα:** Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συσχετίζονται με την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

Λέξεις-κλειδιά: Κατάθλιψη, Zung, αιμοκάθαρση

Depression of patients on dialysis

Abstract

Indruction: Dialysis is the most effective treatment for end-stage renal disease. Depression is the main mental disorder of patients undergoing dialysis. **Aim:** To explore depression in patients undergoing hemodialysis. **Material and methods:** The study included 100 patients undergoing routine hemodialysis in a renal unit of a public hospital. The Self-rating Depression Scale (SDS) - Zung scale and a specially designed questionnaire which covered socio-demographic and clinical characteristics of the patients were used for data collection. **Results:** The mean score on the Zung scale was 45.3 ± 9.3 , which in relation to the possible rating range (20-80) indicates moderate to low levels of patients' depression. Statistical significantly higher depression had the older patients ($p=0.001$), the divorced/widowed ($p=0.001$), the retired ($p=0.002$), those who believed that regular updating helped to reduce stress ($p=0.016$), those who did not wish to receive written information ($p=0.025$), those who felt tired after dialysis, who experienced more fatigue at night, and those who felt constant fatigue ($p=0.001$, $p=0.016$ and $p=0.001$ respectively). **Conclusions:** A variety of demographic and clinical characteristics are closely related to depression experienced by patients undergoing hemodialysis.

Key words: Depression, Zung, Dialysis

Βιβλιογραφία

1. Φραδέλος ΕΧ, Μήτση Δ, Ζυγά Σ. Χρόνια Νεφρική Νόσος: Κλινικά χαρακτηριστικά και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 2019; 12 (4): 3-12.
2. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *The Lancet*. 2017; 389(10075): 1238–1252.
3. Snively CS, Gutierrez C. Chronic kidney disease: Prevention and treatment of common complications. *Am Fam Physician* 2004; 70:1921-1928.
4. Moe SM, Chen NX. Pathophysiology of vascular calcification in chronic kidney disease. *Circ Res* 2004; 95:560-567.
5. Coresh J, Byrd-Holt D, Astor BC, Briggs JP, Eggers PW, Lacher DA et al. Chronic kidney disease awareness, prevalence, and trends among US adults, 1999 to 2000. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:180-188.
6. Meguid El Nahas A, Bello AK. Chronic kidney disease: The global challenge. *Lancet* 2005; 365:331-340.
7. McManus MS, Wynter-Minott S. Guidelines for Chronic Kidney Disease: Defining, Staging, and Managing in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2017; 13(6): 400–410.
8. DeWit SC. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Επιμέλεια: Λαμπρινού Α, Λεμονίδου Χ. Εκδ., Πασχαλίδης. Αθήνα, 2009.
9. Φερεντίνου Ε, Πρεζεράκος Π, Γιαννακοπούλου Μ, Σαχλάς Α, Θεοφίλου Π, Ζυγά Σ. Ανάπτυξη και Μέτρηση της Αξιοπιστίας και της Εγκυρότητας Ελληνικού Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο που υποβάλλονται σε Αιμοκάθαρση. *Νοσηλευτική*. 2014; 53(3): 276–288.
10. Jean G, Chazot C, Charra B. Hyperphosphataemia and related mortality. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21:273-280.
11. Κουτσοπούλου–Σοφικίτη ΕΒ, Κελέση-Σταυροπούλου ΝΜ, Βλάχου ΔΕ, Φασόη-Μπαρκά Γ. Η επίδραση της χρόνιας αιμοκάθαρσης στην προσωπικότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2009; 8(3): 240-254.
12. Διαδικτυακή σελίδα: <https://www.athens-nephrology.gr/files/egxeiridio-gia-tin-xnn-kai-tin-aimokatharsi>. Ημερομηνία Πρόσβασης: 13/4/2021.

13. Daugirdas JT, Black PG, Ing TS. Εγχειρίδιο Αιμοκάθαρσης. Επιμέλεια: Ζηρογιάννης Π, Προβατοπούλου Σ. Έκδ., Ε.ΚΟ.ΝΥ. Αθήνα. 2008.
14. Tattersall J, Dekker F, Heimbürger O, Jager KJ, Lameire N, Lindley E. When to start dialysis: updated guidance following publication of the Initiating Dialysis Early and Late (IDEAL) study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011.
15. Saunorus Baird Marianne, Hicks Keen Janet, Swearingen Pamela. Επείγουσα Νοσηλευτική. Επιμέλεια: Μπαλτόπουλος ΓΙ. Έκδ., Βήτα, Αθήνα, 2011.
16. Μοδιανός ΜΓ. Κλινική Ψυχιατρική. Έκδ., Καστανιώτη, Αθήνα, 2003.
17. Olagunju AT, Campbell EA, Adeyemi JD. Inter play of anxiety and depression with quality of life in end stage renal disease. *Psychosomatics* 2015; 56(1):67–77.
18. Kovacs AZ, Molnar MZ, Szeifert L, Ambrus C, Molnar-Varga M, Szentkiralyi A, et al. Sleep disorders, depressive symptoms and health-related quality of life- a cross-sectional comparison between kidney transplant recipients and waitlisted patients on maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26(3): 1058–1065.
19. Peng T, Hu Z, Guo L, Xia Q, Li D, Yang X. Relationship between psychiatric disorders and quality of life in nondialysis patients with chronic kidney disease. *Am J Med Sci*. 2013;345(3):218–221.
20. Halen NV, Cukor D, Constantiner M, Kimmel PL: Depression and mortality in end-stage renal disease. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(1): 36–44.
21. Hmwe NT, Subramanian P, Tan LP, Chong WK. The effects of acupuncture on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: A randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2015;52(2):509-518.
22. Λυκούρας Α, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Έκδ., Βήτα, Αθήνα, 2009.
23. Χριστοδούλου ΓΝ. Κατάθλιψη. Έκδ., Βήτα, Αθήνα, 2005.
24. Brown E. Η Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Έκδ., Λαγός, Αθήνα, 2009.
25. Πολυκανδριώτη Μ, Στεφανίδου Σ. Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2013; 12(4):397-408.
26. DSM-IV PA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington, 2000.

27. García Valderrama FW, Fajardo C, Guevara R, Gonzáles Pérez V, Hurtado A. Poor adherence to diet in hemodialysis: role of anxiety and depression symptoms. *Nefrologia*. 2002; 22(3):244–325.
28. Ossareh S, Tabrizian S, Zebarjadi M, Joodat RS. Prevalence of depression in maintenance hemodialysis patients and its correlation with adherence to medications. *Iran J Kidney Dis*. 2014;8(6):467–474.
29. Lilympaki I, Makri A, Vlantousi K, Koutelekos I, Babatsikou F, Polikandrioti M. Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. *Mater Sociomed*. 2016; 28(5) :361–365.
30. Radwan D, Sany D, Elmissiry A, Shahawy Y, Fekry W. Screening for depression and associated risk factors among Egyptian end-stage renal disease patients on haemodialysis. *Middle East Curr Psychiatry*. 2013; 20: 183–190.
31. Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*. 2010; (51): 528.
32. Πετράκης ΣΙ, Αβντιάι Α, Καπετάνιος Β, Παρισσόπουλος Σ, Παπαγεωργίου Δ, Καπάδοχος Θ, και συν. Άγχος και Κατάθλιψη Ανδρών που Υποβάλλονται σε Αιμοκάθαρση με Αρτηριοφλεβική Επικοινωνία. *Νοσηλευτική* 2018; 57(2): 170–177.
33. Zung W. Zung Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 12:63-70.
34. Zung W. Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. In: Satorious N, Ban T. *Assessment of depression*. Eds., Springer-Verlag, New York, 1986.
35. Fountoulakis KN, Iacovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kaprinis SG, St Kaprinis G, et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC Psychiatry*. 2001;1:6.
36. Alencar SBV, de Lima FM, Dias LDA, Dias VDA, Lessa AC, Bezerra JM, et al. Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. *Braz J Psychiatry*. 2020; 42(2): 195-200.
37. Gerogianni G, Lianos E, Kouzoupis A, Polikandrioti M, Grapsa E. The role of socio-demographic factors in depression and anxiety of patients on hemodialysis: an observational cross-sectional study. *International urology and nephrology*. 2018; 50(1): 143-154.

38. Vasilopoulou C, Bourtsi E, Giaple S, Koutelekos I, Theofilou P, Polikandrioti M. The Impact of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Glob J Health*. 2016; 8(1): 45–55.
39. Νικολάου Σ, Τσαγγαρίδου Μ, Λαβράνος Γ, Κλεινάκη Ζ. Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και συσχέτιση με προσδιοριστικούς παράγοντες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2017; 34(4): 476-482.
40. Αγγούρια Α, Αλεξιάδου Α, Διαμάντη Μ, Βασιλοπούλου Χ, Βούρτση Ε, Πολυκανδριώτη Μ. Άγχος και κατάθλιψη σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2015; 32(3):328-333.
41. Κάτση Χρ-Μ, Γκράμο Λ, Μπομπάι ΔΕ, Τριφώνη Ρ, Χριστοπούλου Ι. Επίπτωση της Κατάθλιψης σε Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς. *Νοσηλευτική*. 2013; 52(1): 93-100.
42. Carayanni V, Stylianopoulou C, Koulierakis G, Babatsikou F, Koutis C. Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *Eur J Ageing*. 2012; 9(2): 177–186.
43. Liu X, Yang X, Yao L, Zhang Q, Sun D, Xinwang Z, et al. Prevalence and related factors of depressive symptoms in hemodialysis patients in northern China. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1): 128.
44. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2007; 2(3): 484-490.
45. Farragher JF, Polatajko HJ, Jassal SV. The Relationship Between Fatigue and Depression in Adults With End-Stage Renal Disease on Chronic In-Hospital Hemodialysis: A Scoping Review. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 53(4): 783-803.
46. Balogun RA, Turgut F, Balogun SA, Holroyd S, Abdel-Rahman EM. Screening for depression in elderly hemodialysis patients. *Nephron Clin Pract*. 2011; 118(2):c72-77.
47. Pretto CR, Rosa MBCD, Dezordi CM, Benetti SAW, Colet CF, Stumm EMF. Depression and chronic renal patients on hemodialysis: associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73 Suppl 1:e20190167.

48. Turkistani I, Nuqali A, 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. *RemFail*. 2014;36(10):1510–1515.
49. Othayq A, Aqeeli A. Prevalence of depression and associated factors among hemodialyzed patients in Jazan area, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *MentIlln*. 2020; 12(1): 1-5.
50. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav*. 2011;52(2):145-161.
51. Gerogianni G, Polikandrioti M, Babatsikou F, Zyga S, Alikari V, Vasilopoulos G et al. Anxiety-Depression of Dialysis Patients and Their Caregivers. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(5): 168.
52. Saeed Z, Ahmad AM, Shakoor A, Ghafoor F, Kanwal S. Depression in patients on hemodialysis and their caregivers. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2012; 23(5): 946-952.
53. 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.
54. Θεοφίλου Π. Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2011;3(2): 70-80.
55. Θεοφίλου Π. Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2010;9(4):420-440.
56. Cengić B, Resić H. Depression in hemodialysis patients. *Bosn J Basic Med Sci*. 2010; 10 (Suppl 1): S73-8.
57. Polikandrioti M, Koutelekos I, Vasilopoulos G, Babatsikou F, Gerogianni G, Zyga S et al. Hemodialysis Patients' Information and Associated Characteristics. *MaterSociomed*. 2017; 29(3): 182-187.
58. Πολυκανδριώτη Μ. Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2011; 10(4): 439-440.
59. Καϊτελίδου Δ, Λιαρόπουλος Λ, Σίσκου Ο, Θεοδώρου Μ, Ζηρογιάννης Π, Μανιαδάκης Ν και συν. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*. 2007; 46(2): 246–255.

60. Xhulia D, Gerta J, Dajana Z, Koutelekos I, Vasilopoulou C, Skopelitou M, et al. Needs of Hemodialysis Patients and Factors Affecting Them. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(6): 109–120.
61. Horigan AE. Fatigue in hemodialysis patients: a review of current knowledge. *J Pain Symptom Manage*. 2012; 44(5): 715-724.
62. Perales-Montilla CM, Duschek S, Reyes-Del Paso GA. The influence of emotional factors on the report of somatic symptoms in patients on chronic haemodialysis: the importance of anxiety. *Nefrologia*. 2013; 33(6): 816-825.
63. Bai YL, Chang YY, Chiou CP, Lee BO. Mediating effects of fatigue on the relationships among sociodemographic characteristics, depression, and quality of life in patients receiving hemodialysis. *Nurs Health Sci*. 2019;21(2):231-238.
64. Joshwa B, Khakha DC, Mahajan S. Fatigue and depression and sleep problems among hemodialysis patients in a tertiary care center. *Saudi J KidneyDisTranspl*. 2012; 23(4): 729-735.
65. Wang SY, Zang XY, Fu SH, Bai J, Liu JD, Tian L et al. Factors related to fatigue in Chinese patients with end-stage renal disease receiving maintenance hemodialysis: a multi-center cross-sectional study. *Ren Fail*. 2016; 38(3): 44.