ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΙΩΑΝΝΑ ΙΑΚΩΒΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:1123305894

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΦΟΣ 2015

Σε αυτούς που μου έδωσαν το ζην και σε όσους μου δίδαξαν το ευ ζην

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο αριθμός των ασθενών που χρειάζονται αιμοκάθαρση αυξάνεται δραματικά. Η εξασφάλιση της ποιότητας ζωής του ασθενούς που πάσχει από Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) είναι εξίσου σημαντική, όσο και η επιβίωσή του. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές που ασκούνται σε αυτό το χώρο, απαιτείται να μπορούν, να αντιλαμβάνονται, να εκτιμούν και αξιολογούν την προστιθέμενη αξία μιας θεραπείας αποκατάστασης στην ποιότητας ζωής των ασθενών.

Σκοπός: η παρούσα ανασκόπηση έχει σκοπό να προσδιορίσει και περιγράψει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική θεραπεία αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκή κάθαρση. Επιπρόσθετα στοχεύει στην ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών με ΧΝΝ και κατά συνέπεια τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης θα μπορούσε να αποτελέσει βάση για περαιτέρω έρευνα.

Υλικό-μέθοδος: Η μελέτη αυτή έγινε με συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αιμοκάθαρση και την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Chinahl, Google Scholar. Επιπρόσθετα αναζητήθηκε σχετική αρθρογραφία στους ιστότοπους: Kidney Foundation, WHO, EDTNA, EPCA, ISPD και ERA.Χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις ευρετηριασμού: «χρόνια νεφρική ανεπάρκεια», «αιμοκάθαρση», «περιτοναϊκή κάθαρση», «ικανοποίηση ασθενών σε κάθαρση», «ποιότητα ζωής».

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση προέκυψε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή σε περιτοναϊκή κάθαρση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως είναι οι σωματικοί, οι ψυχολογικοί, κοινωνικοοικονομικοί και οι οικογενειακοί. Η κάθε μέθοδος παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και η επιλογή για τον κάθε ασθενή εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος αλλά και του τρόπου ζωής του ασθενή και της οικογένειάς του.

Συμπεράσματα: Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι αλληλένδετοι και πολύπλοκοι. Η ομάδα υγείας πρέπει να είναι ικανή να αντιμετωπίζει έγκαιρα τα προβλήματα

που παρουσιάζει ο ασθενής και να τα αντιμετωπίζει περιορίζοντας τα στο ελάχιστο δυνατόν. Απαραίτητη είναι και η εμπλοκή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά. περιτοναϊκή κάθαρση, ικανοποίηση ασθενών σε κάθαρση, ποιότητα ζωής.

Abstract

The number of patients who need Haemodialysis are increasing rapidly. The importance to secure a quality life for patients who suffer from chronic renal failure is as important as the need for survival. Following this, health professionals and especially nurses that work in the renal department are demanded to be able to evaluate and asses the importance of a quality life offered by rehabilitation therapy.

Cause: this review aimed to identify and describe the factors that influence the quality of life of the patients that undergo haemodialysis and peritoneal dialysis. Additionally also aims to inform the multidisciplinary teams for better management of the patients with chronic renal failure and consequently the improvement of existing health services and also be used as a basis for further research.

Method: this study was a systematic review of the literature about haemodialysis and the quality of life of the people that undergo the treatment. Base on the data from Pubmed, Chinahl, Google Scholar. Additionally articles were sought on the websites: Kidney Foundation, WHO, EDTNA, EPSA, ISPD and ERA. Key words that were used in the search were "chronic kidney failure", "Haemodialysis", "peritoneal dialysis", "satisfactions of dialysis patients", "quality of life".

Results: the review showed that the quality of life of the patients with chronic renal failure that undergo dialysis are affected by different factors like physical, psychological, social, economical and family status. Every method presents the advantages and disadvantages and a choice for each patient depending on which stage of renal failure they are suffering from and the patient's lifestyle and family status and situation.

Conclusion: the factors that interact with the quality of life are interrelated and complicated. The health professionals must be capable of dealing promptly with the problems presented to each patient with success of at least to minimize the impact of their problems as much as possible. Necessary is the involvement of the patients' family with the caring and treatment of the patient.

Key words: peritoneal dialysis, satisfaction of dialysis patients, quality of life

Πίνακας περιεχομένων

Αφιέρωση……ii

Περίληψη…..……...iii

Abstract……...v

Κεφάλαιο 1……...1

Εισαγωγή…….....1

Κεφάλαιο 2……...3

2.1 Ανατομία Νεφρών……..3

2.2 Φυσιολογία Νεφρών…….....3

2.3 Λειτουργίες Νεφρών…….....4

2.4 Παθολογία Νεφρών……..5

2.5 Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια…….....5

2.6 Θεραπεία Αντικατάστασης Λειτουργίας Νεφρών…….....6

2.6.1 Περιτοναϊκή κάθαρση…….....6

2.6.2Αιμοκάθαρση……..9

2.6.3 Μεταμόσχευση……..12

Κεφάλαιο 3 Ανασκόπηση Ερευνητικής Αρθρογραφίας…….....13

3.1 Ποιότητα ζωής…….....13

3.2 Ποιότητα ζωής Ασθενών με ΧΝΑ…….....14

3.2.1 Ειδικά προβλήματα ασθενών τελικού σταδίου σε κάθαρση……....15

3.2.2 Γενικά προβλήματα ασθενών τελικού σταδίου σε κάθαρση……....16

4. Επιλογή σχετικών ερευνών……...21

5. Αποτελέσματα……....27

6. Συζήτηση……33

7. Προτάσεις……..34

8. Βιβλιογραφία…….36

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Τρόπος ζωής ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση…….…8

Πίνακας 2: Τρόπος ζωής ασθενών σε αιμοκάθαρση…….11

Πίνακας 3: Ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε ΠΚ και ΑΚ, Μέθοδος, Σκοπός και Σημαντικότερα Ευρήματα…….21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αναφερόμενες ως εκφυλιστικές ασθένειες κατέχουν την πρώτη θέση, ως αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, ξεπερνώντας ακόμη και τα λοιμώδη νοσήματα που μέχρι στιγμής κατείχαν την πρωτιά (Omran 2005, Ραφτόπουλος 2010, Κρεμαστινού2010). Η νεφρική νόσος, μπορεί να εμφανιστεί σαν κατάληξη μιας εκφυλιστικής νόσου (καρδιακής ανεπάρκειας, αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη). Οι νεφροί είναι υπεύθυνοι για τη διατήρηση της ομοιόστασης στον οργανισμό, δηλαδή, μπορούν να ρυθμίσουν και να ελέγξουν το ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών σε αυτόν. Επίσης αποβάλλουν βλαβερές και άχρηστες ουσίες και λειτουργούν σαν αδένες ενδοκρινείς. Όταν το νεφρικό παρέγχυμα παρουσιάσει βλάβη από οποιανδήποτε αιτία, τότε η απώλεια νεφρικής λειτουργίας αυξάνει τη νοσηρότητα και αυτό μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε θάνατο (Mangione&Canton, 2011, Floegeetal, 2011).

Η ΧΝΝ σταδιακά μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ). Αυτό είναι μια κατάσταση μη αναστρέψιμη που καταλήγει σε έκπτωση της ρυθμιστικής, απεκκριτικής και της ενδοκρινικής δράσης των νεφρών (Gutch,2003). Η αντιμετώπιση της ΧΝΑ εφαρμόζεται μέσω των μεθόδων εξωνεφρικής περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ) ή και (αιμοκάθαρσης (ΑΚ) (Νιάκας και συν, 2004).

Οι μέθοδοι αυτές της θεραπείας ονομάζονται γενικά μέθοδοι αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και εφαρμόζονται επιτυχώς από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Άρχισε ως θεραπεία μέσω τεχνητού νεφρού με τη μέθοδο της ΑΚ και στη συνέχεια οι επιστήμονες αξιοποίησαν το περιτόναιο, που μέσω της όσμωσης, διήθησης και διάχυσης, εφάρμοσαν την ΠΚ. Αργότερα στη φαρέτρα προστέθηκε και η μεταμόσχευση οργάνων(Cameron,2002).

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αριθμητικά, οι ασθενείς τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας που χρειάζονται ένα είδος θεραπείας κάθαρσης, αγγίζουν τα όρια επιδημίας (Mangione & DalCanton, 2011). Η δε θεραπεία των ασθενών αυτών έχει ως στόχο να επεκτείνει το προσδόκιμο της ζωής και να εξασφαλίσει την ποιότητα της ζωής τους (Θεοφίλου, 2010a). Όσον αφορά στην ποιότητα της ζωής τους, παρουσιάζεται αρκετά μειωμένη τόσο λόγω της

σοβαρότητας της νόσου, όσο και λόγω της ανάγκης ένταξής τους σε ένα από τα προγράμματα θεραπείας κάθαρσης. Οπότε στα προβλήματα που προκύπτουν εξαιτίας της νόσου τους, προστίθενται και όσα προκύπτουν μετά με την έναρξη της θεραπείας της κάθαρσης (ΑΚ ή ΠΚ) (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Ανατομία Νεφρών

Οι δύο νεφροί είναι τοποθετημένοι οπισθοπεριτοναϊκά στα ενδιάμεσα της σπονδυλικής στήλης στο $12^{ο}$ θωρακικό σπόνδυλο και μέχρι τον $3^{ο}$ οσφυϊκό σπόνδυλο. Σε μέγεθος, ο αριστερός είναι ελάχιστα μεγαλύτερος από τον δεξιό και βρίσκεται πιο ψηλά από αυτόν. Το βάρος τους είναι διαφορετικό στους άντρες (127-170 gr) και λίγο μεγαλύτερο από ότι στις γυναίκες (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDKD), 2015).Το φυσιολογικό μήκος τους φτάνει τα 11-12 εκατοστά. Στην οπισθοστερνική τους θέση συγκρατούνται με ένα στρώμα λίπους και περιβάλλονται από ινώδη μεμβράνη συνδετικού ιστού. Εσωτερικά χωρίζονται σε δυο μέρη: το φλοιό (εξωτερικό μέρος) και το μυελό (εσωτερικό μέρος). Στο κοίλο μέρος του νεφρού διακρίνεται η νεφρική πύλη από όπου διέρχονται η νεφρική φλέβα, η νεφρική αρτηρία, τα λεμφαγγεία και η πύελος (Καλαϊτζή, Τσαρδελίδου, Μωραίτη, 2003).

Οι νεφροί περιέχουν τους νεφρώνες (1 - 1,3 εκατομμύρια νεφρώνες έκαστος), οι οποίοι και εκτελούν τη βασικότερη λειτουργία των νεφρών. Κάθε νεφρώνας περιέχει ένα σπείραμα (σωμάτιο Bowman) και ένα ουροφόρο σωληνάριο. Στην ολότητα του ο νεφρώνας παρουσιάζεται ως μακρύ σωληνάριο που ξεκινά με ένα σωληνάριο με σπειράματα, την κάψα Bowman, την αγκύλη Henle, το κατιόν λεπτό σκέλος, το ανιόν παχύ σκέλος και το αθροιστικό σωληνάριο. Από την εκβολή κάθε αθροιστικού σωληναρίου βγαίνουν πολλοί νεφρώνες. Από την ένωση αυτών των αθροιστικών σωληνάριων σχηματίζονται τα ουροφόρα σωληνάρια που εκβάλουν στην πύελο. Από αυτή τη συγκεκριμένη δομή (σπειραμάτων σωληνάριων) διενεργείται η διήθηση, απέκκριση και επαναρρόφηση ουσιών που είναι και η βασική νεφρική λειτουργία. Οι νεφροί μπορούν να φιλτράρουν περισσότερα από 1000cc αίμα κάθε λεπτό και να παράγουν γύρω στα 60cc ούρα. Οι νεφροί αιματώνονται τέσσερις φορές περισσότερο από το συκώτι και οκτώ φορές περισσότερο από τα στεφανιαία αγγεία(Kidney Health Australia,2015)

2.2. Φυσιολογία Νεφρών

Ο ρόλος των νεφρών είναι να διενεργούν τη διήθηση του αίματος και να σχηματίζουν τα ούρα. Όταν το αίμα εισέρχεται στην κάψα μαζί του εισέρχονται και διάφορες ουσίες (αυτές που δεν χρειάζονται στον οργανισμό, ή άλλως ουσίες μετά το μεταβολισμό) όπως κρεατίνη, ουρία,

ουρικό οξύ. Στους νεφρούς διενεργείται ο μεταβολισμός ουσιών που περιέχονται σε κάποια φάρμακα καθώς και ο καταβολισμός των πρωτεϊνών και ορμονών. Αν οι συνθήκες είναι φυσιολογικές, τότε ένα μεγάλο ποσοστό από το αίμα που διηθείται (γύρω στο 99%),αναρροφάται και επιστρέφει πίσω στην κυκλοφορία. Η κάψα Bowman περιέχει τα τριχοειδή του σπειράματος και το μεσαγγείο στο οποίο διακρίνονται τα μεσαγγειακά κύτταρα που παράγουν τη μεσαγγειακή θεμέλια ουσία. Τα μεσαγγειακά κύτταρα συσπώνται και παράγουν συστατικά που είναι απαραίτητα στην εξωκυττάρια ουσία και στις ιδιότητες της φαγοκυττάρωσης. Κάποιο ποσοστό από αυτά προέρχεται από το μυελό οστών. Η κύρια ουσία στο μεσαγγείο είναι το κολλαγόνο. Τα μεσαγγειακά κύτταρα μαζί και με τη θεμέλια ουσία έχουν και λειτουργικό ρόλο στις διαδικασίες ρύθμισης της σπειραματικής διήθησης(Ευάγγελου & Παπαχρήστου, 2009,Floegeetal, 2011).

2.3. Λειτουργίες Νεφρών

Οι βασικές λειτουργίες των νεφρών είναι η ρυθμιστική, η απεκκριτική, η μεταβολική και η ενδοκρινική. Με τη *ρυθμιστική λειτουργία* οι νεφροί συμβάλουν στη διατήρηση της ομοιόστασης στον οργανισμό με τη ρύθμιση του νερού, του καλίου, του νατρίου, του ασβεστίου και του φωσφόρου. Επίσης συμβάλλουν στην ισορροπία της αρτηριακής πίεσης του αίματος, παράγουν την ερυθροποιητίνη (παραγωγή ερυθροκυττάρων) και εκεί γίνεται η υδροξυλίωση της Βιταμίνης D που δρα μέσω του εντέρου και αυξάνει την επαναπορρόφηση του ασβεστίου. Η *απεκκριτική δράση* αφορά στην αποβολή των τοξινών και άλλων προϊόντων του μεταβολισμού καθώς και στην αποβολή αρκετών φαρμάκων. Με την ενδοκρινική λειτουργία παράγονται ένζυμα και ορμόνες που είναι υπεύθυνα για αρκετές ζωτικές λειτουργίες στον οργανισμό (σταθερή αιμοδυναμική, οστικός μεταβολισμός και αιμοποίηση). Αυτό που πρέπει εδώ να τονιστεί είναι πως αν υπάρξει διαταραχή σε αυτή τη παραγωγή νεφρικών ορμονών, όπως καλσιτριόλη, ερυθροποιητίνη, πιθανόν να προκληθούν διαταραχές στη λειτουργία του κυττάρου και γενικά του μεταβολισμού. Αυτές μπορεί να αφορούν στην παραγωγή ενέργειας, τη λειτουργία της κυτταρικής μεμβράνης, ή αυτή των αντλιών ιόντων (Floege, Johnson, Feehally,2011, NIDDKD, 2015).

2.4. Παθολογία Νεφρών

Ο όρος νεφρική ανεπάρκεια παραπέμπει στη μειωμένη δυνατότητα των νεφρών να εκτελέσουν τις βασικές τους λειτουργίες. Αποτέλεσμα αυτής της δυσλειτουργίας είναι να συσσωρευτούν στον οργανισμό τοξίνες και να προκληθούν διαταραχές όπως οξεοβασική, υδατική και ηλεκτρολυτική ανισορροπία. Η κλινική πορεία της νόσου, μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη διαταραχή της ομοιόστασης με αποτέλεσμα να επηρεαστεί η αγγειακή λειτουργία αρνητικά και τα ζωτικά όργανα (καρδιά, εγκέφαλος). Τέλος αν αυτή η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί μπορεί να αποβεί και μοιραία για τον άνθρωπο (Νιάκας και συν., 2004).

2.5. Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

Η ΧΝΑ είναι το τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας. Αυτό μπορεί να συμβεί από τα 2 έως 10 έτη (Νιάκας και συν, 2004). Τα κύρια αίτιά της είναι με σειρά συχνότητας ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η σπειραματονεφρίτιδα, η πυελονεφρίτιδα, η νόσος πολυκυστικών νεφρών, η νεφρική αγγειακή νόσος (Ansell&Feest, 2000) και κάποια συστηματικά νοσήματα (ερυθηματώδης λύκος, αγγειίτιδες) και τοξικά αίτια (Βεργεμέζης και μέλη ΔΕΠ, 2002, Παναγοπούλου, 2009). Η μόνιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας δημιουργεί υπερβολικά μεγάλο φορτίο εργασίας για τους εναπομείναντες νεφρώνες που οδηγεί σε περαιτέρω απώλειά τους, σταδιακή μείωση των ούρων και τελικά σε θεραπεία αποκατάστασης. Η νόσος διαγιγνώσκεται με τη βοήθεια εξετάσεων όπως βιοψία νεφρού, εργαστηριακές ούρων, αίματος και απεικονιστικές μεθόδους με παθολογικά ευρήματα, όταν το άτομο παρουσιάζει λειτουργικές διαταραχές πέραν των 3 μηνών και παρουσιάζει νεφρική διηθητική ικανότητα μικρότερη από 60 – 89 ml / min.

Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε απώλεια της ικανότητας ρυθμίσεως - ισορροπίας της εσωτερικής ομοιόστασης και οξεοβασικής ισορροπίας. Επίσης παρουσιάζονται εξωκρινείς και ενδοκρινείς δυσλειτουργίες, διαταραχές αρτηριακής πιέσεως, αιματολογικές διαταραχές, καρδιοπάθεια, πνευμονοπάθεια, πεπτικές διαταραχές, διαταραχές νευρικού συστήματος (σύγχυση, άγχος , κατάθλιψη, φόβο, τρόμο, απώλεια μνήμης κ.λ.π).

2.6 Θεραπεία αντικατάστασης λειτουργίας νεφρών.

Όταν οι νεφροί αδυνατούν να διατηρήσουν την ομοιόσταση στον οργανισμό λόγω κάποιας από τις αιτίες που προαναφέρθηκαν, τότε το άτομο οδηγείται βαθμιαία και σταθερά προς το θάνατο. Ως εκ τούτου, η αποκατάσταση της λειτουργίας τους είναι κρίσιμη για τη διατήρηση της ζωής (Mallicketal, 1999, Floegeetal, 2011). Η επιλογή της θεραπείας, εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος. Διεθνώς τρεις είναι οι κύριες θεραπείες αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας: *η αιμοκάθαρση, η περιτοναϊκή κάθαρση και η μεταμόσχευση*. Ο ασθενής και η οικογένεια του, έχουν δικαίωμα επιλογής θεραπείας αναλόγως του τρόπου ζωής τους. Σε κοινωνίες με διαφορετικές κουλτούρες και αντιλήψεις είναι αποδεκτή και η απόφαση του ασθενούς να προχωρήσει μόνο σε συντηρητική αγωγή χωρίς θεραπεία αντικατάστασης (Grekas, 1999).

2.6.1 Περιτοναϊκή κάθαρση

Η θεραπεία αυτή προϋποθέτει την τοποθέτηση ενδοκοιλιακού καθετήρα με χειρουργική παρέμβαση και μπορεί να ξεκινήσει μετά από τη δέκατη πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα (Floegeetal, 2011). Η περιτοναϊκή μεμβράνη λειτουργεί σαν φίλτρο, για την ανταλλαγή των διαλυτών ουσιών χαμηλού μοριακού βάρους και των υγρών (ουρία, αμινοξέα, ηλεκτρολύτες, γλυκόζη) και πιο μεγάλων μορίων (λευκωματίνη) που επιτελείται μέσω της τριχοειδικούς κυκλοφορίας (Floegeetal, 2011).

Εφαρμόζονται δύο μέθοδοι ΠΚ: η συνεχής φορητή και η αυτοματοποιημένη. Και στις δύο περιπτώσεις απαιτείται η εκμάθηση της διαδικασίας από τον ασθενή. Στην όλη διαδικασία και αφού η θεραπεία διενεργείται στο σπίτι, εμπλέκεται ενεργά και το στενό περιβάλλον του ασθενούς(Baillie, 2011). Η καθοδήγηση και η πρακτική διδάσκεται συνήθως από τον ειδικευμένο νοσηλευτή της ΠΚ. Η διαδικασία αυτή θεωρείται ψυχοφθόρα για τον ασθενή και την οικογένειά του, γι αυτό χρήζουν εξειδικευμένης στήριξης, από μια καλά οργανωμένη διεπιστημονική υποστηρικτική ομάδα. Η ομάδα αξιολογεί και εφαρμόζει στενή παρακολούθηση του ασθενούς για την εξασφάλιση επαρκούς κάθαρσης και αποφυγής επιπλοκών.

Κατάλληλοι για την θεραπεία αυτή, θεωρούνται οι ασθενείς που διατηρούν ισοζύγιο υγρών και επιθυμούν ελευθερία στην ζωήτους (Koomanetal, 2007). Ο ασθενής μπορεί να ταξιδέψει, να καταναλώνει περισσότερα υγρά από τους αιμοκαθαιρόμενους και να έχει πιο

ελεύθερη διατροφή. Δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε όσους έχουν πολλές χειρουργικές επεμβάσεις στη κοιλιά, ή νοσούν από εντερικές νόσους. Επίσης, σε όσους δεν αυτοεξυπηρετούνται και δεν τους υποστηρίζει το οικογενειακό τους περιβάλλον (Floegeetal, 2011).

Οι επιπλοκές της ΠΚ αφορούν στη λοίμωξη του σημείου εξόδου περιτοναϊκού καθετήρα, πιο σπάνια του καναλιού υποδόρια της γραμμής και τέλος η πιο σοβαρή λοίμωξη που μπορεί να προκύψει είναι η περιτονίτιδα. Η δημιουργία κήλης είναι μια άλλη πιθανή επιπλοκή στην οποία είναι επιρρεπείς οι ασθενείς οι οποίοι έχουν αδύνατα και χαλαρά κοιλιακά τοιχώματα, γι' αυτό και θεωρείται πρόβλημα στην εφαρμογή της θεραπείας. Με προσεκτική εκπαίδευση και συνεχή παρακολούθηση αποφεύγονται, ή ελαχιστοποιούνται οι παραπάνω επιπλοκές (Floegeetal, 2011. Davenport, 2009). Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις (πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα) της ΠΚ στον τρόπο ζωής των ασθενών που την επιλέγουν.

Πίνακας 1: Τρόπος ζωής ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Η θεραπεία διενεργείται στο σπίτι του ασθενούς (περιορισμός ιατρικών επισκέψεων)	Είναι απαραίτητο να γίνονται 3-4 συνεδρίες την ημέρα.
Δεν χρειάζεται να παρακεντείται ο ασθενής	Ο ασθενής φέρει, για όσο κάνει τη θεραπεία ένα μόνιμο περιτοναϊκό εξωτερικό καθετήρα (αλλάζει το σωματικό είδωλο του ασθενούς).
Έχει λίγους περιορισμούς στο διατροφολόγιό του και στη λήψη υγρών	Μπορεί να υπάρξει αύξηση στο σωματικό βάρος του (λόγω ύπαρξης του υγρού διαλύματος μόνιμα στη κοιλότητα του περιτοναίου).
Εμπλέκεται ο ίδιος ο ασθενής στη διαδικασία της θεραπείας αφού εκπαιδευτεί	Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση του ασθενούς και ενός μέλους της οικογένειας του για την τεχνική ασηψίας και περιτοναϊκής διεργασίας.
Η αρτηριακή πίεση ρυθμίζεται αρκετά. Προσομοιάζει προς τη φυσιολογική κάθαρση (Ντόμπρος, 1998).	Απαιτείται χώρος αποθήκευσης αναλωσίμων στο σπίτι του.
Ο βιοχημικός και αιματολογικός εργαστηριακός του έλεγχος είναι πιο σταθερός. (Μάτζιου – Μεγαπάνου, 2009).	Υπάρχει κίνδυνος για λοιμώξεις (έξοδος περιτοναϊκού καθετήρα, περιτονίτιδα) (Ντόμπρος, 1998).
Η υπολειπομένη νεφρική λειτουργία του ασθενούς διατηρείται για περισσότερο χρόνο από ότι σε ασθενή στην Α/Κ.	
Επιτρέπει στον ασθενή να εργάζεται και να έχει καλύτερη ποιότητα στη ζωή του (Andreoli et al, 2010).	

2.6.2 Αιμοκάθαρση

Η αιμοκάθαρση σαν θεραπεία βασίζεται στην αρχή της διάχυσης(Floegeetal, 2011,Mallick&Gokal,1999)και βοήθησε σε μέγιστο βαθμό στην επιβίωση των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΑ (Thomas, 2003). Αρκετές μελέτες καταδεικνύουν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της συχνότητας των συνεδριών αιμοκάθαρσης και στους δείκτες θνητότητας και νοσηρότητας (Vartia, 2009, Eknoyanetal, 2002). Σύμφωνα με σχετικά αρχεία δεδομένων των Ηνωμένων Πολιτειών, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εμφανίζουν ποσοστά θνητότητας που φτάνουν το 20% (USRenal Data System, 2009). Παρά το γεγονός ότι η αιμοκάθαρση προλαμβάνει τον θάνατο από ουραιμία, η επιβίωση του ασθενούς παραμένει ένα σημαντικό ζήτημα. Στην αρχή της θεραπείας, σύμφωνα με μελέτη του αμερικάνικου φορέα, το εύρος της προσδοκώμενης υπολειπόμενης διάρκειας ζωής ήταν περίπου οκτώ χρόνια (αναλόγως φυλής) στους ασθενείς 40-44 ετών και περίπου 4,5 χρόνια για αυτούς από 60 έως 64 ετών. Οι τιμές αυτές σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι μόνο ελαφρώς καλύτερες από εκείνες σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και είναι πολύ χειρότερες από του γενικού πληθυσμού (το οποίο είναι 30 με 40 χρόνια για τα άτομα ηλικίας 40 έως 44 ετών και 17 έως 22 χρόνια για τα άτομα ηλικίας 60 έως 64 ετών).Παρά ταύτα, ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι τα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των ασθενών σε αιμοκάθαρση έχουν μειωθεί τα τελευταία χρόνια, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι βελτιώσεις στη θεραπεία μπορεί να παρέχουν ευεργετικά αποτελέσματα (USRenal Data System, 2009) .

Είναι τεκμηριωμένο ότι η ανεπαρκής αιμοκάθαρση είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στη μείωση της συνολικής επιβίωσης. Αυτό έχει σημαντικότερες επιπτώσεις από την πιο εντατική αιμοκάθαρση, που μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση (Bregmanetal, 1994).

Οι πρόσθετοι παράγοντες που σχετίζονται με τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης μπορεί επίσης να σχετίζονται με τη μείωση της επιβίωσης όπως για παράδειγμα:

● Το χρονικό διάστημα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (μήνες ή χρόνια) συνδέεται με τον αυξημένο κίνδυνο θανάτου (κάθε επιπλέον χρόνος θεραπείας αιμοκάθαρσης σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου θανάτου (Chertowetal, 2000). Οι Γεωργιανός και συν το 2013, σε μια πρωτότυπη εργασία που δημοσιεύτηκε στο Ιατρικό περιοδικό της Ελλάδας για την υπέρταση, αναφέρουν ότι λόγω της νόσου των ασθενών αυτών, τα μεγάλα αγγεία τους παρουσιάζουν

σκλήρυνση. Αυτό θεωρείται ισχυρός προγνωστικός δείκτης για την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Επίσης το διάστημα που οι ασθενείς μένουν χωρίς αιμοκάθαρση μέσα στην εβδομάδα (3ήμερο) συσχετίζεται άμεσα με τον ψηλό δείκτη καρδιαγγειακού θανάτου.

- Τα επίπεδα καλίου (<4,0 ή> 5.6 mEq / L) επίσης σχετίζονται με την αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, σε σύγκριση με τα επίπεδα στον ορό (μεταξύ 4,6 και 5,3 mEq / L (Kovesdyetal,2007).

Ως εκ τούτου όταν η αιμοκάθαρση είναι ανεπαρκής, το προσδόκιμο επιβίωσης μειώνεται και επιδεινώνονται τα συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας. Για το λόγο αυτό η επάρκεια ΑΚ είναι ο πρωταρχικός στόχος όλων των επαγγελματιών που στοχεύουν στη διατήρηση της κοινωνικής, πνευματικής και ψυχοσωματικής υγείας του ασθενούς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Charraetal, 1992). Ο εντοπισμός και η τήρηση κανόνων ασηψίας και παρακέντησης των αγγειακών προσπελάσεων είναι μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές. (Κοτζαδάμης και συν, 2004). Άλλωστε πέραν του ψυχοσωματικού και κοινωνικού κόστους,η θεραπεία αιμοκάθαρσης είναι πολύ πιο δαπανηρή από αυτή της περιτοναϊκής (Κοτζαδάμης και συν, 2004). Στον Πίνακα 2, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις (πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα) της ΑΚ στον τρόπο ζωής των ασθενών που την επιλέγουν.

Πίνακας 2: Τρόπος ζωής ασθενών σε αιμοκάθαρση

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Στο τμήμα αιμοκάθαρσης ο ασθενής μπορεί να επικοινωνεί μέσω προσωπικής επαφής και γνωριμίας με άλλους ασθενείς.	Ο ασθενής αναγκάζεται να επισκέπτεται τη μονάδα Α/Κ τρεις φορές εβδομαδιαίως για 4 ώρες σε κάθε συνεδρία.
Δεν χρειάζεται να γίνεται καθημερινή συνεδρία.	Ο ασθενής δεν επιλέγει συνήθως τις ώρες και τις μέρες των συνεδριών του λόγω του αυξημένου αριθμού των ασθενών που συνήθως υπάρχουν στις μονάδες.
Οι συνεδρίες γίνονται στο Νοσηλευτήριο από εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.	Η παρακέντηση της αρτηριοφλεβικής του αναστόμωσης σε κάθε συνεδρία του προκαλεί πόνο.
Δεν χρειάζεται να έχει ο ασθενής αποθηκευτικό χώρο για αναλώσιμα στο σπίτι του (Ντόμπρος, 1998).	Αντιμετωπίζει επίσης κίνδυνο λοίμωξης στο σημείο της παρακέντησης.
	Λόγω του προγράμματος των συνεδριών του, περιορίζει τις καθημερινές του ασχολίες.
	Δεν έχει συμβολή στη συνεδρία.
	Δεν ταξιδεύει με ευκολία στο εξωτερικό εκτός κι αν βρει κέντρο που να του παρέχει θέση για συνεδρία (Ντόμπρος, 1998).

2.6.3 Μεταμόσχευση

Η ποιότητα ζωής των ασθενών που έχουν μεταμοσχευτεί είναι αρκετά βελτιωμένη και αυτοί έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με αυτούς σε εξωνεφρική κάθαρση , (Tonellietal.,2011, Garciaetal, 2012). Για το λόγο αυτό αποτελεί θεραπεία εκλογής για την ομάδα των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο. Τα ποσοστά της θεραπείας αυτής είναι πολύ χαμηλά λόγω της περιορισμένης διάθεσης μοσχευμάτων. Οι δότες μοσχευμάτων μπορεί να είναι πτωματικοί (εγκεφαλικά νεκροί), είτε ζώντες. Σήμερα, οι ζώντες δότες δεν χρειάζεται να είναι συγγενείς εξ αίματος με τους δέκτες (λήπτες) (Pahwaetal, 2012, Moers, etal, 2007). Το μεγαλύτερο της μειονέκτημα είναι η λήψη της ανοσοκατασταλτικής αγωγής για όλη τη διάρκεια ζωής του μεταμοσχευμένου. Η αγωγή αυτή μεγιστοποιεί τον κίνδυνο για λοιμώξεις, οστεοπόρωση, πιθανή ανάπτυξη κακοήθειας, σακχαρώδους διαβήτη, καταρράκτη, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, έντονη τριχοφυΐα, υπερπλασία ούλων και παχυσαρκία (Floegeetal, 2011).

Το κόστος για τη φροντίδα των μεταμοσχευμένων ασθενών συγκριτικά με αυτό της εξωνεφρικής κάθαρσης, είναι μεγαλύτερο τον πρώτο χρόνο μετεγχειρητικά. Τα επόμενα έτη μειώνεται σταδιακά κάνοντας τη μεταμόσχευση την οικονομικότερη σαν θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης (Garciaetal, 2012, Woodroffeetal, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ανασκόπηση ερευνητικής αρθρογραφίας

3.1 Ποιότητα ζωής

Πολλοί είναι οι ορισμοί για την ποιότητα ζωής ενδεχομένως τόσοι όσοι και οι επιστήμονες που προσπάθησαν να την ορίσουν. Σύμφωνα με τον μεγάλο αρχαίο φιλόσοφο Αριστοτέλη, η ποιότητα ζωής ισοδυναμεί με την ευδαιμονία. Πίστευε ότι η ποιότητα ζωής είναι μια ψυχική ενέργεια που μπορούσε να φτάσει την τέλεια αρετή αν το άτομο χρησιμοποιούσε τη λογική του για να διατηρεί την ψυχική και συναισθηματική του κατάσταση υγιή (Κάλφας, 2009).Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) την ορίζει ως «η πλήρης κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (World Health Organization, 1952) και χρησιμοποιείται σαν σημείο αναφοράς από πολλούς επαγγελματίες υγείας.

Αργότερα, οι Ferrans καιPowers υποστήριξαν ότι ποιότητα είναι απλά η ικανοποίηση από τη ζωή (Ferrans&Powers, 1993). Παρόμοια ο Αλουμάνης αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τον εσωτερικό κόσμο του κάθε ατόμου και τον βαθμό που ο κάθε ένας ικανοποιείται από τις καταστάσεις της καθημερινότητας (Αλουμάνης, 2002). Πολυπαραγοντική είναι η προσέγγιση την έννοιας της ποιότητας από τον Fletcher και τους συνεργάτες του, που την ορίζουν ως σύνολο παραγόντων (φυσική ευεξία, σκεπτική ικανότητα, κατανόηση, αντίληψη, καλές διαπροσωπικές σχέσεις, απόκτηση αγαθών, ευημερία, κοινωνικές σχέσεις) που πρέπει να συνυπάρχουν (Fletcheretal, 1992). Τις ίδιες απόψεις συμμερίζονται και οι Trbojevic και συν το 2001όπου αναφέρουν ως σημαντικές διαστάσεις για μια ποιοτική ζωή τις σωματικές, τις ψυχοκοινωνικές και οπωσδήποτε τις οικονομικές. Η ποιότητα έχει επίσης συνδεθεί άμεσα και με το κοινωνικοπολιτικό σύστημα της κάθε χώρας (Αποστόλου, 2000). Σύμφωνα με τους Πολυκανδριώτη και συν, αν τη σχετίσουμε με την υγεία, μπορεί να ειπωθεί ότι είναι *«η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, μια απάντηση, που επιπλέον επηρεάζει το βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να νοιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του»* (Πολυκανδριώτη και συν, 2009).

Συμπερασματικά η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυπαραγοντική και μπορεί να συμπεριλάβει πολλές διαστάσεις ανάλογα με τον μελετητή και το αντικείμενο, ή το πλαίσιο κουλτούρας όπου η έννοια εξετάζεται.

3.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΝΑ

Η ποιότητα ζωής μπορεί να θεωρηθεί ως έννοια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική. Ιδιαίτερα η ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, αποτελεί το αντικείμενο έρευνας πολλών ερευνών τα τελευταία έτη (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010b). Λόγω της χρονιότητας της νόσου οι ασθενείς βιώνουν ποικίλες επιπτώσεις στην κοινωνική, οικονομική και ψυχολογική ευημερία στη ζωή τους. Κάποιες μεταβλητές όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, η κατάθλιψη, το άγχος και η εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης σύμφωνα με την Λένη και συν, η νόσος της ΧΝΑ επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών και στην ποιότητά της. Εκτός από τη σωματική υγεία, επηρεάζονται αρνητικά και άλλοι τομείς όπως αυτός των καθημερινών δραστηριοτήτων, προσωπικών σχέσεων, ψυχολογίας και της εργασίας (Λένη και συν, 2013).

Ένα άτομο με ανεξάρτητο χαρακτήρα μπορεί να είναι δύσκολο να αποδεχθεί την επιδείνωση της υγείας του. Ωστόσο, μερικοί άνθρωποι μπορεί να διατηρήσουν την ικανότητα και την ανεξαρτησία τους, ενώ υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η οικογένεια εδώ διαδραματίζει μεγάλο ρόλο γιατί μπορούν να προσφέρουν βοήθεια πριν αυτό να είναι αναγκαίο. Απαιτούνται όμως προσεκτικοί χειρισμοί με αξιοπρέπεια, σεβασμό, υπομονή και ευαισθησία, καθότι προκύπτουν συχνά αλλαγές στους ρόλους και αναπτύσσονται εξαρτήσεις στις σχέσεις των εμπλεκομένων (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010b).

3.2.1. Ειδικά προβλήματα ασθενών τελικού σταδίου σε κάθαρση

Οι ασθενείς που πάσχουν από ΧΝΑ μπορεί να αναπτύξουν παθολογικές συμπεριφορές λόγω της αβεβαιότητας που δημιουργεί η πρόγνωση της νόσου, της αδυναμίας ή και της αναμονής για μεταμόσχευση. Όλες αυτές οι καταστάσεις επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοσύνθεση του ατόμου το οποίο μπορεί να γίνει νευρικό, αγχώδες, καταθλιπτικό (Κουτσοπούλου και συν, 2009). Άλλα προβλήματα όπως ο κνησμός, δερματικά προβλήματα, λόγω της ουραιμίας, προκαλούν διαταραχές ύπνου, ανησυχία, άγχος και κατάθλιψη (Robinson – Bostom &Giovanna, 2000, Lugon, 2005). Αυτά στηρίζουν και τα αποτελέσματα έρευνας σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε αιμοκάθαρση σε σχέση με τον ύπνο, όπου βρέθηκε ότι, η διαταραχή ύπνου το βράδυ, αφορά στο 60% με 70% των ασθενών και η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας στο 12% από αυτούς. Αυτά σε συνδυασμό με το πιθανό σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (περιοδικές κινήσεις άκρων κατά τη διάρκεια του ύπνου) δεν αφήνουν το άτομο να ξεκουραστεί σωματικά και πνευματικά (Κοσμαδάκης, 2010).

Την ίδια στιγμή σε σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να οδηγήσουν κάποιοι οργανικοί και ψυχολογικοί παράγοντες όπως η αναιμία, η κατάθλιψη, η αλλαγή οικογενειακών ρόλων, η ανυπαρξία ούρησης (Ιορδανίδης και συν, 1993).Επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι, η κόπωση που νιώθουν οι ασθενείς μετά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης, το άγχος, ο μειωμένος αυτοσεβασμός, η έλλειψη αυτοπεποίθησης καθώς και η αίσθηση του ψυχοσωματικού *«ακρωτηριασμού»* (Proccietal, 1981, Thomas, 2002). Στις γυναίκες η δυσλειτουργία αυτή εμφανίζεται κυρίως λόγω της ανησυχίας τους ότι δεν είναι επιθυμητές από το σύντροφό τους Mildeetal, 1996, Pengetal, 2005).Σύμφωνα με τον Chambers και τους συνεργάτες του, οι άνδρες κατά 70% παρουσιάζουν μερική ή ολική ανικανότητα και πολλές γυναίκες αμηνόρροια ή στειρότητα (Chambers και συν., 2004). Αυτό επηρεάζει αρνητικά το είδωλο αυτοαξίας των ατόμων, και συχνά εκλαμβάνεται ως *«αχρηστία»* από τον ίδιο τον ασθενή (Finkelsteinetal, 1976).

Ένα άλλο πρόβλημα που επέρχεται λόγω της νεφρικής ανεπάρκειας και είναι πιο συχνό στους ασθενείς σε ΑΚ, είναι η αναιμία (ελάττωση ερυθροκυττάρων), η οποία μπορεί να προκαλέσει μείωση της οξυγόνωσης στους ιστούς και μετά από παρέλευση ετών να οδηγήσει σε καρδιακές επιπλοκές, αδυναμία σε δραστηριότητες της καθημερινότητας, μείωση του

προσδόκιμου επιβίωσης, αύξηση εισαγωγών τους στο νοσοκομείο με ανάλογες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των (Besarab, 1999, Canadian Institute for Health Information 2000,Caro Jetal, 1979).

Η υπερφωσφαταιμία που παρουσιάζεται σε αυτούς τους ασθενείς λόγω μειωμένης σπειραματικής διήθησης, μπορεί να οδηγήσει σε αγγειακή ασβεστοποίηση, ή και σε ασβεστοποίηση των μαλακών μορίων. Αυτό μειώνει επίσης την επιβίωση τους και παρουσιάζεται συχνότερα στους αιμοκαθαιρόμενους (Κοσμαδάκης, 2010).

3.2.2. Γενικά προβλήματα Ασθενών τελικού σταδίου σε κάθαρση

- **Ψυχολογικά**

Η ίδια η νόσος, αλλά και ο τρόπος θεραπείας της αποτελούν αιτίες ή απειλές απώλειας του επαγγέλματος, του εισοδήματος και της κοινωνικής θέσης του πάσχοντος. Στο σύνολο τους οι ασθενείς που έχουν υποστεί εξωνεφρική κάθαρση και λόγω της φύσεως της ασθένειάς τους, βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με στρεσογόνους παράγοντες που χρειάζονται εγκαίρως αντιμετώπιση καθότι μπορεί να οδηγήσουν σε κάποια μορφή ψυχολογικής διαταραχής, η οποία να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους (Kimmel, 2001, Vazqueetal, 2003). Τέτοιοι παράγοντες είναι η αλλαγή ρόλων στην οικογένεια, η κατάθλιψη, η απώλεια εργασίας, η κοινωνική απομόνωση, οι διατροφικοί περιορισμοί, η εξάρτηση τους από τη θεραπεία, ο φόβος για το θάνατο, η πιθανή απώλεια της κοινωνικής τους θέσης και οι περιορισμοί στα ταξίδια (Sedgewick, 1998, Chambersetal, 2004,Chilcotetal, 2008).

Ο Kubler Ross, αναφέρει ότι οι ασθενείς αυτοί, περνούν από στάδια που αφορούν στη στέρηση της φυσιολογικής τους ζωής (προσαρμογή απώλειας, σοκ άρνησης, εκνευρισμού, μελαγχολίας, διαπραγμάτευσης, κατάθλιψης και τέλος της αποδοχής) (Kubler, 1970). Στο στάδιο της κατάθλιψης διακατέχονται από ανάμεικτα συναισθήματα θλίψης, ενοχής, θυμού και απογοήτευσης και αδυνατούν να συνειδητοποιήσουν και να αποδεχθούν την πραγματικότητα (GoKcakan, 1991, Costa&McCrae, 1992, Thomas, 2003, Bugarskietal, 2010).

Τα στρεσογόνα φαινόμενα και ο τρόπος διαχείρισής τους φαίνεται να επηρεάζονται από το πόσο ισχυρή γίνεται η πνευματική και θρησκευτική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της

κάθαρσης. Αναφέρεται ότι μέσω της πίστης τους αντλούν δύναμη να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που επιφέρει η νόσος (Cinar & Barlas, 2009).

Οι ασθενείς με ΧΝΑ σε εξωνεφρική κάθαρση, λόγω της ίδιας της ασθένειας και των προβλημάτων που προκύπτουν από αυτήν, έχουν μεγάλες ανάγκες φροντίδας στον τομέα της υγείας. Η φροντίδα τους πρέπει να είναι ολιστική και να καλύπτει πολλές διαστάσεις όπως, βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010). Οι επιπτώσεις της ασθένειας, επηρεάζουν το άτομο που νοσεί σε πολλά επίπεδα, όπως το ψυχολογικό, το κοινωνικό και το οργανικό επίπεδο και μετά από παρέλευση κάποιου χρονικού διαστήματος και την ποιότητα της ζωής του και την ικανοποίησή του. Οι περιορισμοί στη διατροφή, την επαγγελματική δραστηριότητα και την ψυχαγωγία επιβαρύνουν σημαντικά την κοινωνική ζωή και τις διαπροσωπικές σχέσεις των νεφροπαθών. Για τον ασθενή σε εξωνεφρική κάθαρση η αίσθηση ότι χειροτερεύει, ή περιορίζεται η ζωή του ενισχύεται από το γεγονός ότι δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις καθημερινές του υποχρεώσεις. Η μειωμένη σωματική δύναμη και ενεργητικότητα του οδηγούν συχνά σε περιορισμό της αυτοεκτίμησης και σοβαρό πλήγμα της αυτοεικόνας του. Εκτός όμως από τη δυσκολία του ασθενούς να παραμείνει επαγγελματικά ενεργός και να συνεχίσει να συμμετέχει ικανοποιητικά στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει επηρεάζουν αρνητικά και τη συμμόρφωση του με το σύνθετο θεραπευτικό σχήμα εξωνεφρικής κάθαρσης που ακολουθεί. Η δημιουργία ενός εξατομικευμένου ολιστικού θεραπευτικού προγράμματος, προσαρμοσμένου στις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς με ΧΝΑ κρίνεται απαραίτητη.

Σύμφωνα με το Εθνικό Νεφρολογικό Ίδρυμα ακόμα και αν η ιατρική έχει προοδεύσει πολύ στη θεραπεία της νόσου των νεφρών και του ουροποιητικού συστήματος, οι συναισθηματικές επιπτώσεις της νεφρικής ανεπάρκειας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους εξακολουθούν να είναι σημαντικές, επειδή πολλοί τομείς της καθημερινής ζωής πρέπει να αλλάξουν. Οι ασθενείς χρειάζονται στήριξη και εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν στην θεραπεία τους για τη νεφρική ανεπάρκεια, ενθάρρυνση για την επιστροφή τους στην εργασία και σε άλλες δραστηριότητες, ενημέρωση για τη σεξουαλικότητα και την απόκτηση παιδιών, ψυχολογική στήριξη για ενασχόληση με τα συναισθήματα τους και αντιμετώπιση οικογενειακών ζητημάτων. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν φόβους πριν από την έναρξη της θεραπείας αλλά και μετά, όπως επίσης και πολλές απορίες. Έχουν ανησυχίες σχετικά με το

πώς θα νιώθουν, ή γιατί νιώθουν κάποια συμπτώματα, αν η θεραπεία θα πετύχει, τι θα σκέφτεται το προσωπικό και οι άλλοι ασθενείς για εκείνους ή το περιβάλλον τους και επίσης πόσο καιρό μπορεί να ζήσει κανείς με την ασθένεια. Αυτό θεωρείται φυσιολογικό και αναμενόμενο.

Η πρόταση του Ιδρύματος προς τους ασθενείς για την επίλυση όλων των ανωτέρω προβλημάτων είναι η σωστή ενημέρωση από την αρχή της θεραπείας. Εκεί ο ασθενής και η οικογένειά του θα μπορούν να λύσουν τις απορίες τους, να βοηθηθούν από τους επαγγελματίες να ανταπεξέλθουν, αλλά επίσης και να ενημερωθούν για τους κανονισμούς της μονάδος αιμοκάθαρσης που χρειάζεται να ακολουθήσουν (National Kidney Foundation, 2015).

- **Οικογενειακό περιβάλλον**

Για τον ίδιο τον ασθενή η αίσθηση ότι χειροτερεύει, ή περιορίζεται η ζωή του ενισχύεται από το γεγονός ότι δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις καθημερινές του υποχρεώσεις. Κατά συνέπεια, το πρόγραμμα εξωνεφρικής θεραπείας στο οποίο καλείται να ενταχθεί επηρεάζει ολόκληρη την οικογένειά του.

Συχνά απαιτείται ένας επαναπρογραμματισμός της οικογενειακής δομής για να μεταβιβαστούν ευθύνες και να τροποποιηθούν οι ρόλοι. Αυτό δεν είναι κάτι που είναι εύκολα αποδεκτό και μπορεί να οδηγήσει σε οικογενειακές εντάσεις και προστριβές (Dialysis Living, 2007) που κορυφώνονται σε οριστική ρήξη των συζύγων (20% των συζύγων αιμοκαθαιρομένων πάσχουν από κατάθλιψη) (Wilson, 1996, Daneker, 2001). Κάποιες φορές σε ρήξη μπορεί να οδηγήσει την οικογένεια και ο υπερπροστατισμός (Τριποδιανάκης και συν, 1999).

Στις περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών, συχνά, ένα από τα ενήλικα παιδιά γίνεται ο κύριος φροντιστής των γονέων, είτε από εγγύτητα, ή επιλογή. Αυτό μπορεί να είναι ένα βάρος, αν τα άλλα αδέλφια δεν αποτελούν πηγή στήριξης και βοήθειας σε τουλάχιστον ορισμένες πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας. Ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει να συσταθεί μια οικογενειακή συνάντηση, αν τα μέλη της οικογένειας δεν έχουν πολύ καλή σχέση μεταξύ τους. Η ιδανική κατάσταση είναι η οικογένεια να συγκεντρώσει όλους τους πόρους της για τη φροντίδα του ασθενούς μέλους, και να μοιράζονται τις ευθύνες, αντί να φέρει το φορτίο

μόνο ένα άτομο. Ο κοινός σχεδιασμός για τις καθημερινές ανάγκες, όπως το μαγείρεμα, το καθάρισμα, η μεταφορά και η πληρωμή των λογαριασμών βοηθά να εξασφαλιστεί ορθολογική χρήση των πόρων της οικογένειας.

Τα ενήλικα παιδιά μπορούν να βοηθούν στη μετάβαση στις συνεδρίες στην μονάδα αιμοκάθαρσης. Επίσης μπορούν να μαθαίνουν και οι ίδιοι για τη νεφρική νόσο και τη θεραπεία της ούτως ώστε να μιλούν ελεύθερα στο γονέα τους και να τον στηρίζουν στις ανησυχίες του. Μπορούν να βοηθήσουν στην ιατρική φαρμακευτική αγωγή. Θα πρέπει να ενθαρρύνουν τον γονέα τους να συνεχίσει με όσες συνήθειες και δραστηριότητες ήταν συνηθισμένος να κάνει όπως εκκλησιασμό, χόμπι, ταξίδια και επισκέψεις με την οικογένεια και τους φίλους του. Οι παραπάνω συστάσεις, ισχύουν και για συζύγους ή και γονείς προς παιδιά ανάλογα με την ηλικία και την ιδιότητα του ασθενούς στην οικογένεια (πατέρας, μητέρα, σύζυγος, παιδί) (National Kidney Foundation, 2015).

Γενικά, η φροντίδα του ασθενούς στο σπίτι επιβαρύνει κατά πολύ τους φροντιστές. Τα καθημερινά τους άτυπα καθήκοντα περιλαμβάνουν, συνεχή επαφή με τη μονάδα ΑΚ, εκπαίδευση, μεταφορά στη μονάδα, τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και του ειδικού διαιτολογίου και πολλά καινούρια και απαιτητικά καθήκοντα (Ekwalletal, 2004). Οι Nieboer και συν, ερεύνησαν το ρόλο του φροντιστή και βρήκαν ότι στερείται προσωπικού ελεύθερου χρόνου, είναι συνέχεια κουρασμένος και δεν έχει δική του ζωή, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εντάσεις στην οικογένεια και συγκρούσεις στις σχέσεις μεταξύ τους (Nieboeretal, 1998).

Ο Τούντας αναφέρει ότι η οικογένεια μπορεί να επηρεάσει την υγεία των ασθενών, υιοθετώντας μια σχέση εμπιστοσύνης. Αν η σχέση αυτή δεν υπάρχει τότε επιβαρύνεται η ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενή. Ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει να συσταθεί μια οικογενειακή συνάντηση, αν τα μέλη της οικογένειας δεν έχουν πολύ καλή σχέση μεταξύ τους (Τούντας, 2000).

- **Κοινωνικά και οικονομικά .**

Οι ασθενείς αυτοί λόγω της εξάρτησής τους από δεύτερο άτομο, της συνεχούς θεραπείας, αλλά και των συνακόλουθων επιπλοκών, απαγορεύσεων και στερήσεων νιώθουν κοινωνική απομόνωση και ότι ανήκουν σε μια ομάδα ανθρώπων που βρίσκεται στο περιθώριο (Ferrans&Powers, 1993). Αυτό τους τραυματίζει ηθικά και φυσικά τους αποτρέπει από το να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή. Ειδικά οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση (Hagrenetal, 2001) δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν με τίποτε άλλο πέρα από τη φροντίδα τους και επιπρόσθετα στερούνται της απαραίτητης ενέργειας λόγω της αϋπνίας, της κόπωσης, του πόνου, των περιορισμών λήψεως τροφών και υγρών (Friedmanetal, 1970, Cleary&Drenann, 2004). Πολλοί από αυτούς παρουσιάζουν χαμηλού επιπέδου κοινωνικοοικονομικό προφίλ (εργασιακά προβλήματα, μείωση εισοδήματος) και αυτό δυσκολεύει περισσότερο τη λειτουργική προσαρμογή στην καθημερινότητά τους (Ελληνικού & Ζήση, 2002, Κωστενίδου, 1994). Οι εργοδότες δεν προσφέρουν εργασία σε αιμοκαθαιρόμενους λόγω του φόβου για τις συνεχείς άδειες ασθενείας που θα πρέπει να τους παρέχουν (Biasoli, 1995).

Συμπερασματικά, παρά τις τεχνολογικές προόδους στη θεραπεία της νόσου των νεφρών και του ουροποιητικού συστήματος, οι ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της νεφρικής ανεπάρκειας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους εξακολουθούν να είναι σημαντικές, επειδή πολλοί τομείς της καθημερινής ζωής πρέπει να αλλάξουν. Οι ασθενείς χρειάζονται στήριξη και εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν στη λήψη θεραπείας τους για τη νεφρική ανεπάρκεια, ενθάρρυνση για την επιστροφή τους στην εργασία και σε άλλες δραστηριότητες, ενημέρωση για τη σεξουαλικότητα και την απόκτηση παιδιών, ψυχολογική στήριξη για ενασχόληση με τα συναισθήματά τους και αντιμετώπιση οικογενειακών ζητημάτων.

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν φόβους πριν από την έναρξη της θεραπείας αλλά και μετά, όπως επίσης και πολλές απορίες. Έχουν ανησυχίες σχετικά με το πώς θα νιώθουν ή γιατί νιώθουν κάποια συμπτώματα, αν η θεραπεία θα πετύχει, τι θα σκέφτεται το προσωπικό και οι άλλοι ασθενείς για εκείνους ή το περιβάλλον τους και επίσης πόσο καιρό μπορείς να ζήσει κανείς με την ασθένεια. Αυτό θεωρείται φυσιολογικό και αναμενόμενο.

Η πρόταση του Εθνικού Ιδρύματος Νεφρού προς τους ασθενείς για την επίλυση όλων των πιο πάνω προβλημάτων ακολουθεί ορισμένα βήματα μέσω της σωστής ενημέρωσης από την αρχή της θεραπείας. Εκεί ο ασθενής και η οικογένειά του θα μπορούν να λύσουν τις απορίες τους, να βοηθηθούν από τους επαγγελματίες να ανταπεξέλθουν αλλά επίσης και να

ενημερωθούν για τους κανονισμούς της μονάδος αιμοκάθαρσης που χρειάζεται να ακολουθήσουν (National Kidney Foundation, 2015).

4. Επιλογή σχετικών ερευνών

Για την συγγραφή της μελέτης αυτής, είχαν ερευνηθεί αρχικά πενήντα δημοσιοποιημένες έρευνες. Κατά την πορεία όμως, χρησιμοποιήθηκαν οι δέκα πιο σχετικές με το αντικείμενο που ερευνούσε η πιο πάνω εργασία. Οι δέκα μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν, παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση (Πίνακας 3) σχετίζονταν με την ποιότητα ζωής των ασθενών σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, την ικανοποίηση των ασθενών αυτών, τη σύγκριση ποιότητας ζωής περιτοναϊκών ασθενών και ασθενών σε αιμοκάθαρση, τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και προβλήματα που παρουσιάζει η νόσος της ΧΝΑ και η ένταξή τους σε θεραπείες κάθαρσης. Δόθηκε παράλληλα ιδιαίτερη έμφαση στη χρονολογία της συγγραφής αυτών των άρθρων, μιας και τα πιο πρόσφατα τείνουν να θεωρούνται και τα πιο έγκυρα (Robson, 1993).

Πίνακας 3. Ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε ΠΚ και ΑΚ, Μέθοδος, Σκοπός και Σημαντικότερα Ευρήματα

Τίτλος, Συγγραφέας, Χώρα	Υλικό- μέθοδος	Σκοπός	Σημαντικότερα ευρήματα
Ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία και πεποιθήσεις για την υγεία: σύγκριση αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκών ασθενών)εοφίλου Π., 2010 Ελλάδα	Συγκριτική Μελέτη Το δείγμα αποτέλεσαν 144 ασθενείς, που υποβάλλονται σε ΑΚ (84 ασθενείς) με ΤΝ ή σε ΣΦΠΚ (60 ασθενείς) Η αξιολόγηση έγινε με ερωτηματολόγια	Σύγκριση μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων (ΑΚ) και περιτοναϊκών (ΠΚ) ασθενών αναφορικά με την αυτο-αναφερόμενη ποιότητα ζωής (ΠΖ).	Οι ΑΚ ασθενείς παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στην ενότητα του περιβάλλοντος του WHOQOL-BREF. Επιπρόσθετα, σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά στις υποκλίμακες του GHQ-28 σχετικά με το άγχος/αϋπνία και σοβαρή κατάθλιψη καθώς και στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Οι ΑΚ ασθενείς, παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου για την υγεία.
Ποιότητα ζωής, κατάθλιψη και άγχος σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο: Ο ρόλος των αντιλήψεων για την υγεία. Θεοφίλου Παρασκευή (2010) Ελλάδα	Συγκριτική μελέτη Το δείγμα περιλάμβανε 89 ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ και ΠΚ, άνω των 18 ετών, σε τρία Γενικά Νοσοκομεία στην Αθήνα.	Διερευνήθηκε η τυχόν διαφορά στην ποιότητα ζωής και στην ψυχική υγεία των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ σε σχέση με αυτούς που υποβάλλονται σε ΠΚ	Οι ασθενείς σε ΑΚ ανέφεραν χαμηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής στους τομείς του περιβάλλοντος και των κοινωνικών σχέσεων. Επιπλέον, ανέφεραν υψηλότερα σκορ στις υπο-κλίμακες άγχους / αϋπνία, και σοβαρής κατάθλιψης. Και οι δύο ομάδες ως κύριο κέντρο ελέγχου το εσωτερικό, ακολουθούμενο από την τύχη, και από τους γιατρούς.
Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. M Ginieri-Coccossis, P Theofilou, C Synodinou, V Tomaras &C Soldatos (2008).	Συγκριτική μελέτη 144 ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (ESRD) (77 ασθενείς ΑΚ και 58 σε συνεχή περιπατητική περιτοναϊκή διαπίδυση (ΠΚ).	Η μελέτη διερεύνησε τις διαφορές όσον αφορά στην ποιότητα ζωής, την ψυχική υγεία και τις πεποιθήσεις της ασθένειας μεταξύ της ΑΚ και της ΠΚ	Παρατηρήθηκαν διαφορές στις βαθμολογίες κυρίως σε ασθενείς με ΑΚ>4 χρόνια θεραπείας, που παρουσίασαν χαμηλότερες βαθμολογίες στους τομείς της ποιότητας ζωής, της σωματικής υγείας, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον, καθώς και στη συνολική νοητική υγεία. Επίσης ανέφεραν άγχος / αϋπνία και σοβαρή κατάθλιψη. Οι ΑΚ ασθενείς επικεντρώθηκαν περισσότερο στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης του ελέγχου.

Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: Patients' Assessment of Their Satisfaction with Therapy and the Impact of the Therapy on Their Lives. Erika Juergensen, Diane Wuerth, Susan H. Finkelstein, Peter H. Juergensen, AmbekBekui, andFredric O. Finkelstein (2006).		Η μελέτη εξετάζει την ικανοποίηση των ασθενών με ΠΚ και ΑΚ επικεντρώνοντας την προσοχή σε θετικές και αρνητικές επιπτώσεις των θεραπειών για τη ζωή των ασθενών.	Αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είχαν μέση βαθμολογία ΚΠΕ του 7.90; 1.87, η οποία σημαντικά υψηλότερο από ό, τι το σκορ ΚΠΕ των ασθενών με ΠΚ. Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών ΠΚ ήταν μεγαλύτερη από εκείνη για τους ασθενείς ΑΚ, αλλά αυτές οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Το συνολικό αντίκτυπο της θεραπείας κάθαρσης στην ζωή των ασθενών ήταν σημαντικά υψηλότερο για τους ασθενείς με ΠΚ από ό, τι για τους ασθενείς ΑΚ . Η ικανοποίηση των ασθενών σε ΠΚ ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ακόλουθους πέντε τομείς: Οικογενειακή ζωή, της ανεξαρτησίας, θρησκεία /, το επίπεδο της ενέργειας και η κατάσταση διαβίωσης. Ο μόνος τομέας στον οποίο οι ασθενείς ΑΚ είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους ασθενείς με ΠΚ ήταν από άποψη σεξουαλικής ζωής, αλλά αυτή η διαφορά ήταν ελάχιστη.
Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Αγλαΐα–ΕιρήνηΛένη, Μαρία Τουρκογιάννη, Αρετή Σταυροπούλου και Ζαχαρίας Ζηδιανάκης (2013). Ελλάδα	Περιγραφική πιλοτική μελέτη Συμμετείχαν 60 ασθενείς με ΧΝΑ από τους οποίους οι 50 (83%) υποβάλλονταν σε ΑΚ στην μονάδα Τεχνητού Νεφρού και οι υπόλοιποι 10 (17%) υποβάλλονταν σε ΠΚ στην Νεφρολογική κλινική του ΠΑΓΝΗ. Από αυτούς οι 36 ήταν άνδρες και οι 24 γυναίκες. Δειγματοληψία ευκολίας	Διερευνήθηκε η αυτό-αναφερόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΑ και υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με ΑΚ ή ΠΚ, σε επαρχιακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο.	Η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα ζωής τους χαρακτηρίστηκε ως "μέτρια" από το 30% του δείγματος ή "καθόλου" ικανοποιητική (27%). 63% δήλωσαν ότι δεν είχαν καθόλου ανάγκη φροντίδας στην καθημερινότητά τους. Μη ικανοποιημένοι από την ανταπόκριση στις καθημερινές δραστηριότητες (33%) και από τη συμμετοχή σε δραστηριότητες αναψυχής (44%). Επίσης χαμηλή ικανοποίηση από την αποτελεσματικότητά στην εργασία (47%), την ερωτική τους ζωή (67%), τη σωματική τους υγεία (48%) και τον ύπνο (30%). Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης

			είχαν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, και τη στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος (52%). Τέλος το 37% των ασθενών δήλωσε "αρκετά" ικανοποιημένο από την θεραπεία στην οποία υποβαλλόταν και από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (28%), ενώ φάνηκε να έχουν μέτρια επιβάρυνση σε ότι αφορά συναισθήματα όπως κακή διάθεση, άγχος, απόγνωση και κατάθλιψη.
Παράγοντες Επίδρασης στην Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου. Παρασκευή Θεοφίλου, Ελένη Παναγιωτάκη (2010) Ελλάδα	Στη μελέτη συμμετείχαν 135 ασθενείς, από τρία Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών. Από αυτούς 77 ασθενείς (57,0%) υποβάλλονταν (ΑΚ) και 58 ασθενείς (43,0%) που υποβάλλονταν σε ΣΦΠΚ/ΠΚ	Η διερεύνηση των διαφορών σχετικά με την ΠΖ, την ψυχική υγεία και τις πεποιθήσεις για την υγεία μεταξύ ασθενών που υποβάλλονται σε ΠΚ και ΑΚ.	Οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ με >4 χρόνια θεραπείας παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα στις ενότητες του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF: σωματική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον. Η ομάδα των ασθενών σε ΑΚ με <4 χρόνια θεραπείας παρουσίασε το υψηλότερο επίπεδο άγχους και αϋπνίας, ενώ εκείνοι με >4 χρόνια θεραπείας εμφάνισαν τον υψηλότερο μέσο όρο στη συνολική βαθμολογία του GHQ-28, καταδεικνύοντας με αυτόν τον τρόπο «πτωχή» ψυχική υγεία.
Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μια ποιοτική ανάλυση. Θεοφίλου Π.(2011) Ελλάδα	Συμμετείχαν 20 ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου. 10 ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ και 10 ασθενείς που ΣΦΠΚ	Η καταγραφή των απόψεων των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ ή ΠΚ σχετικά με την έννοια της ποιότητας ζωής καθώς και τις διαστάσεις που οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούν ότι ασκούν επίδραση στη ΠΖ.	Όσον αφορά στην ΠΖ των ίδιων των ασθενών το χαμηλό οικονομικό επίπεδο, η έλλειψη ανεξαρτησίας όσο και οι περιορισμοί στην ψυχαγωγία επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους λόγω της εξάρτησης από το μηχάνημα του ΤΝ και της αναγκαίας προσέλευσης στο νοσοκομείο τρεις φορές την εβδομάδα. Επιπρόσθετα, οι περιορισμοί στη διατροφή και στις κοινωνικές σχέσεις καθώς και η σωματική κούραση που προκαλείται από τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης επηρεάζουν αρνητικά την ΠΖ τους. Η ψυχολογική κατάπτωση με την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης αναφέρθηκε από δύο ασθενείς.

			Τέλος, η μη στήριξη της οικογένειας αλλά και των φίλων καθώς και η μειωμένη σεξουαλική διάθεση δόθηκαν ως απαντήσεις από έναν ασθενή.
Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients. Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y, Ardalan M R (2009). Σινγκαπούρη	Συγκριτική μελέτη Συμμετείχαν 60 ασθενείς σε ΠΚ με 60 ασθενείς σε ΑΚ στο Σινά Ταμπρίζτου Νοσοκομείο κατά την περίοδο 2004-2006.	Προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας της ΠΚσε σύγκριση με την ΑΚ.	Οι ασθενείς σε ΠΚ είχαν χαμηλότερο ποσοστό επιβίωσης όταν ήταν διαβητικοί ενώ η θνησιμότητα ήταν κατά 25% υψηλότερη από ό, τι στους διαβητικούς σε ΑΚ (p<0,001). Αν και ο ρυθμός θνησιμότητας των μη διαβητικών ασθενών σε ΑΚ ήταν 3,85% υψηλότερος από εκείνο των ΠΚ, αυτή η διαφορά δεν ήταν σημαντική. Στην τεχνική επιβίωσης, οι διαβητικοί ασθενείς σε ΑΚ ήταν σε καλύτερη κατάσταση από ό, τι οι ασθενείς σε ΠΚ (p = 0,017) και σε μη διαβητικούς παρά το υψηλότερο ποσοστό τεχνικής επιβίωσης σε ασθενείς ΠΚ, η διαφορά δεν ήταν σημαντική.
Quality of Life: comparison between patients on automated peritoneal dialysis and patients on hemodialysis. Acta Paul Enferm. Valquiria Greco Arenas, LucieneFátimaNevesMonteiro Barros, Francine, Barros Lemos, Milton Arruda Martins, Elias David-Neto (2009)	Συγχρονική περιγραφική μελέτη Συμπεριέλαβε 101 ασθενείς (18-75 ετών), οι οποίοι ήταν σε θεραπεία ΑΚ άνω των 90 ημερών και είναι σε θέση να κατανοήσουν τα στοιχεία του ερωτηματολογίου SF-36 στα πορτογαλικά	Αξιολόγηση της ποιότητας που αφορούν στην υγεία της ζωής των ασθενών από ένα κέντρο ΑΚ δορυφόρο στο Σάο Πάολο της πόλης που υποβάλλονται σε Αυτοματοποιημένη Περιτοναϊκή αιμοκάθαρση (ΑΠΑ) ή σε αιμοδιάλυση.	Η ομάδα αιμοκάθαρσης (n = 79) ήταν σε θεραπεία αιμοκάθαρσης μεγαλύτερη (p = 0,001) και είχε υψηλότερο επίπεδο λευκωματίνης ορού (ρ <0,001) από την ομάδα APD (n = 22). Οι SF-36 βαθμολογίες των δύο ομάδων ήταν παρόμοια σε όλες τις διαστάσεις, εκτός από την φυσική λειτουργική διάσταση, την οποία η ομάδα αιμοκάθαρση είχε υψηλότερες βαθμολογίες από την ομάδα APD (p = 0.03). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του σκορ SF-36 και τις άλλες μεταβλητές της μελέτης.
Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. Morenoet.al 1996	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης Η μελέτη διεξήχθη σε	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια ΑΚ και	Το 26% των συμμετεχόντων ανέφεραν αυστηρό ποιοτικό περιορισμό ζωής. Οι περιοχές που πλήττονται περισσότερο ήταν η εργασία, η αναψυχή, τα χόμπι, η

Ισπανία	εθνικό επίπεδο ανάμεσα σε 1013 τυχαία επιλεγμένους ασθενείς σε ΑΚ. Η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής έγινε με τη Κλίμακα Karnofsky (KS) και το προφίλ Επίπτωσης Ασθένειας (SIP). Η συννοσηρότητα αξιολογήθηκε σύμφωνα με το Δείκτη Friedman	διερεύνηση της επίδρασης διαφόρων παραγόντων που σχετίζονται με την επεξεργασία και νεφρική νόσο τελικού σταδίου για την ποιότητα ζωής.	διαχείριση σπιτιού, ύπνου και ξεκούρασης. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σχετικά με την τεχνική ΑΚ, διαλυμάτων ΑΚ, ή της μεμβράνης διαπίδυσης. Όσοι είχαν υψηλότερα ποσοστά αιμοσφαιρίνης ανέφεραν καλή ποιότητα ζωής. Οι σε προχωρημένη ηλικία και αυξημένης συννοσηρότητας είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Το 25% εμφάνισαν επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής τους.

5. Αποτελέσματα

Η πρώτη συγκριτική μελέτη έγινε μεταξύ των ασθενών σε ΑΚ και ΠΚ και σχετίζεται με τη ποιότητα ζωής και κάποιες ψυχολογικές παραμέτρους (πεποιθήσεις, έλεγχος υγείας, κατάθλιψη, άγχος) που θα μπορούσαν να επηρεάζουν αλλά και οι ίδιες οι παράμετροι να επηρεάζονται από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η υγεία του ατόμου που νοσεί. Το υλικό και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούνταν από ένα δείγμα 144 ασθενών, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση. Για την έρευνα έγινε χρήση 5 ερωτηματολογίων (WHOQOL-BREF, Γενικής Υγείας (GHQ-28), Πολυδιάστατο Εστίασης Ελέγχου Υγείας (MHLC), Άγχους (STAII, II) και Κατάθλιψης (CES-D). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς σε κάθαρση είχαν χαμηλότερες τιμές ενότητας περιβάλλοντος στο WHOQOL-BREF, πιο ψηλά ποσοστά υποκλιμάκων GHQ-28 που σχετίζονται με την αϋπνία / άγχος / σοβαρή κατάθλιψη και συνολική βαθμολογία. Στις πεποιθήσεις της υγείας, οι ΑΚ ασθενείς, παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά (υψηλότερες τιμές) στην εσωτερική εστίαση του ελέγχου της υγείας. Γενικά συμπεράσματα της εργασίας ήταν ότι οι ΑΚ ασθενείς είχαν περιορισμένη ποιότητα ζωής και δυσαρέσκεια σε κάποιες πτυχές στο περιβάλλον τους, είχαν πιο πολλά συμπτώματα άγχους, αϋπνίες, κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό (Θεοφίλου Π., 2010).

Η μελέτη αυτή των Ginieri-Coccossis, Theofilou, Synodinou, Tomaras και Soldatos εξετάζει τις διαφορές όσον αφορά στην ποιότητα ζωής, την ψυχική υγεία και τις πεποιθήσεις του ασθενούς σε κέντρο αιμοκάθαρσης και αυτού που κάνει θεραπεία με συνεχή περιπατητική περιτοναϊκή κάθαρση στο σπίτι. Οι διαφορές εξετάστηκαν μεταξύ των ασθενών που πρόσφατα άρχισαν θεραπεία και συγκρίθηκαν με ασθενείς που είχαν μακροχρόνια θεραπεία. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν ερευνητική μεταξύ144 ασθενών τελικού σταδίου νεφρικής νόσου (ESRD) εκ των οποίων οι 135 παρείχαν πλήρη στοιχεία για τις μεταβλητές που μελετήθηκαν. Οι ασθενείς αποτελούνταν από 77 σε αιμοκάθαρση στη μονάδα (HD) και 58 ασθενείς σε συνεχή περιπατητική περιτοναϊκή κάθαρση στο σπίτι (CAPD /APD). Όλη η έρευνα αφορούσε σε διάφορα χρονικά διαστήματα. Οι ασθενείς συγκρίθηκαν για τις διαφορές, αφού ομαδοποιήθηκαν σε αυτές που άρχισαν πρόσφατα θεραπεία (<4 ετών) και εκείνων που υποβάλλονται σε μακροχρόνια θεραπεία (> 4 χρόνια). Στη συνέχεια, οι περιπτώσεις επελέγησαν να σχηματίσουν δύο ισοδύναμες ομάδες ασθενών HD και CAPD / APD σε όρους διάρκειας της

θεραπείας και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές. Οι ομάδες αποτελούνταν από 41 ασθενείς σε αιμοκάθαρση στη μονάδα (ΑΚ) και 48 ασθενείς σε συνεχή περιπατητική περιτοναϊκή κάθαρση (CAPD / APD), προσαρμόζοντας τα κριτήρια επιλογής, έναρξης της θεραπείας και παρόμοια κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Ασθενείς που αναφέρθηκαν εκτιμήθηκαν μέσω WHOQOL-BREF, GHQ-28 και το MHLC. Τα αποτελέσματα έδειξαν διαφορές στις μέσες βαθμολογίες και παρατηρήθηκαν κυρίως σε ασθενείς με HD> 4 χρόνια θεραπείας, παρέχοντας χαμηλότερη μέση βαθμολογίες στους τομείς QoL της σωματικής υγείας, τις κοινωνικές σχέσεις, καθώς και στο συνολικό ψυχικής υγείας. Οι διαφορές στις ομάδες CAPD / APD, μεταξύ αυτών που βρίσκονταν στις αρχές της θεραπείας και εκείνους που είχαν πιο πολλά χρόνια θεραπείας, δεν βρέθηκαν να είναι μεγάλες και σημαντικές. Όσον αφορά στην ανάλυση σχετικά ισοδύναμες ομάδες που προέρχονταν από την επιλογή των περιπτώσεων, οι ασθενείς ΑΚ ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες στον τομέα της ποιότητας ζωής του περιβάλλοντος και υψηλότερες βαθμολογίες στις GHQ-28 υποκλίμακες του άγχους / αϋπνίας και σοβαρή κατάθλιψη, αναφέροντας περισσότερα συμπτώματα σε αυτούς τους τομείς της ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά στις πεποιθήσεις, οι ασθενείς σε ΑΚ οι οποίοι πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία είχαν υψηλότερη μέση βαθμολογία στη διάσταση της εσωτερικής πηγής για την υγεία του ελέγχου, ενώ οι ασθενείς CAPD / APD για μακροχρόνια θεραπεία ενδεικτικά είχαν υψηλότερη μέση βαθμολογία στη διάσταση της τύχης. Όσον αφορά στις διαφορές στις πεποιθήσεις για την υγεία μεταξύ ισοδύναμων ομάδων ασθενών HD και CAPD / APD, οι ασθενείς σε ΑΚ επικεντρώθηκαν περισσότερο στη διάσταση της εσωτερικής πηγής για την υγεία του ελέγχου. Συμπέρασμα της έρευνας αυτής ήταν ότι οι ασθενείς σε θεραπεία ΑΚ, ιδιαίτερα εκείνων με πολλά χρόνια θεραπείας, αντιμετώπιζαν πιο επιβαρυμένη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς CAPD / APD.

Η μελέτη των Erika Juergensen, Diane Wuerth, Susan H. Finkelstein, Peter H. Juergensen, Ambek Bekui, and Fredric O. Finkelstein το 2006, έγινε για να εξετάσει την ικανοποίηση των ασθενών στην περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) και αιμοκάθαρση (ΑΚ), επικεντρώνοντας την προσοχή σε θετικές και αρνητικές επιπτώσεις από τις θεραπείες για τη ζωή των ασθενών. Οι ασθενείς είχαν προσληφθεί από μια μονάδα ΠΚ και δύο μονάδες ΑΚ. Στο σύνολο επιλέχθηκαν 94% (n = 62) PD και 84% (n = 84) ασθενών HD. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ήταν σημαντικά περισσότεροι και είχαν υψηλότερο δείκτη Charlson συννοσηρότητας

στις βαθμολογίες από τους ασθενείς με ΠΚ, αλλά δεν υπήρχαν διαφορές ως προς τη διάρκεια της θεραπείας της αιμοκάθαρσης, επιπολασμού του σακχαρώδη διαβήτη, εκπαιδευτικού υπόβαθρου, ή καταστάσεων στο σπίτι. Οι ασθενείς κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τη συνολική ικανοποίηση τους και το συνολικό αντίκτυπο της κάθαρσης στη ζωή τους, χρησιμοποιώντας τη κλίμακα 1-10 Likert. Επιπλέον, οι ασθενείς κλήθηκαν να αξιολογήσουν την επίδραση της θεραπείας τους, στις 15 περιοχές που είχαν ήδη αναφέρει προηγουμένως ότι είναι σημαντικές για την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης για ασθενείς με ΠΚ (8.02 ± 1.41) ήταν υψηλότερη από ό, τι για τους ασθενείς σε ΑΚ (7,4 ± 1,4,P = 0.15). Για τους ασθενείς σε ΠΚ έδειξε ότι υπήρχε λιγότερη επίδραση της θεραπείας στη ζωή τους (7,25 ± 2,12 έναντι 6,19 ± 2,83, P = 0,019). Επιπλέον, οι ασθενείς σε ΠΚ σημείωσαν μικρότερη επίπτωση της θεραπείας σε 14 από τις 15 περιοχές που εξετάστηκαν. Με τη χρήση της αναλογικής ανάλυσης απόδοσης μοντέλου, ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της συνολικής ικανοποίησης και των επιπτώσεων της θεραπείας, ήταν η μέθοδος της κάθαρσης (P = 0,037 και P = 0,021, αντίστοιχα). Οι ασθενείς επίσης κλήθηκαν να σχολιάσουν ελεύθερα, σχετικά με τις θετικές και τις αρνητικές επιπτώσεις από τις θεραπείες κάθαρσης στη ζωή τους και έγινε ταξινόμηση των αντιλήψεων και των ανησυχιών τους. Από αυτό βγήκε σαν αποτέλεσμα ότι οι ασθενείς σε ΠΚ σε γενικές γραμμές είναι πιο ικανοποιημένοι με τη συνολική φροντίδα τους και πιστεύουν ότι η θεραπεία τους έχει μικρότερη επίδραση στη ζωή τους από ό, τι των ασθενών σε ΑΚ.

Οι Αγλαΐα–Ειρήνη Λένη, και συν το 2013, μελέτησαν την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με σκοπό τη διερεύνηση της αυτό αναφερόμενης ποιότητας ζωής των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης (ΑΚ) ή και περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ). Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη, πάρθηκε από ασθενείς σε ΑΚ σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και σε ΠΚ σε Νεφρολογική κλινική. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που βασίστηκε στο ερευνητικό εργαλείο WHOQOL –BREF του ΠΟΥ για τη Ποιότητα Ζωής. Η ανάλυση δεδομένων έγινε με τη χρήση του Statistical Package Social Sciences (SPSS) v.17.0.

Τα αποτελέσματα από το δείγμα που μελετήθηκε ήταν 60 ασθενείς ΧΝΑ, οι 50 (83%) σε ΑΚ και οι υπόλοιποι 10 (17%) σε ΠΚ. Ο μέσος όρος στην εξωνεφρική κάθαρση ήταν 5,6 έτη και η μέση τιμή ηλικίας συμμετεχόντων τα 65,13 έτη. Η ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με τη ποιότητα ζωής τους, χαρακτηρίστηκε από το 30% "μέτρια" και από το 23% "καθόλου"

ικανοποιητική. Η ανάγκη της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας αναφέρθηκε από το 63% ως "καθόλου" ανάγκη για φροντίδα. Το 47% "χαμηλή" την ικανοποίηση αποτελεσματικότητάς τους στην εργασία. Το 67% "χαμηλό" επίπεδο ικανοποίησης ερωτικής ζωής, 48% "χαμηλό" σωματικής υγείας και 30% "χαμηλό" ποσοστό σχετικό με τον ύπνο. Το 37% δήλωσε ότι είναι "αρκετά" ικανοποιημένο σε σχέση με τη θεραπεία που υποβαλλόταν. Το γενικό συμπέρασμα της έρευνας κατάληξε στο ότι η παροχή της ολιστικής φροντίδας με συμπερίληψη των τομέων της ζωής του, της οικογένειας του, της επικοινωνίας και της υποστήριξης είναι παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η Παρασκευή Θεοφίλου και η Ελένη Παναγιωτάκη το 2010, διερεύνησαν τη συσχέτιση μεταξύ παραγόντων και ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΝΑ. Πιο ειδικά εξέτασαν κατά πόσο οι δημογραφικοί παράγοντες, οι ψυχοπαθολογικές διαστάσεις και οι αντιλήψεις για την υγεία, είχαν σχέση με κάποιες διαστάσεις της ΠΖ. Στο δείγμα έλαβαν μέρος 144 ασθενείς με βαθμό ανταπόκρισης 99%, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ανάμεσα σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Αθήνας και σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση. Χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες WHOQOL-BREF, Γενικής Υγείας (GHQ-28), πολυδιάστατο Εστίασης Ελέγχου Υγείας (MHLC), ερωτηματολόγιο Άγχους (STAI 2) και Κατάθλιψης (CES-D). Η συλλογή δεδομένων έγινε για ένα χρόνο. Στα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι η πιο μεγάλη ηλικία συσχετίστηκε με την αντίληψη των ασθενών για τη σωματική υγεία αρνητικά (p=0,00). Το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίστηκε θετικά με την αντίληψη και αξιολόγηση που οι ασθενείς διατύπωσαν για το περιβάλλον όπου ζουν (p=0,01). Το πιο υψηλό επίπεδο κατάθλιψης είχε αρνητικό αποτέλεσμα σχετικά με την αντίληψη των ασθενών στη σωματική υγεία (p=0,02), ψυχολογική υγεία (p=0,00), κοινωνικές σχέσεις (p=0,00) και περιβάλλοντος (p=0,04). Οι αντιλήψεις για την εσωτερική εστίαση υγείας βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά με τη συνολική εκτίμηση της ΠΖ (p=0,00). Τα συμπεράσματα για κάποιες συγκεκριμένες μεταβλητές όπως εκπαίδευση, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κατάθλιψη, εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας, και το άγχος επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών.

Η Θεοφίλου Π. το 2011, ερεύνησε την ποιότητας ζωής των ΧΝΑ ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (ΑΚ και ΠΚ), με δείγμα μελέτης τους ασθενείς σε ΑΚ στην Μονάδα και σε ΠΚ του νοσοκομείου. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια WHOQOL –BREF Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και τα δεδομένα αναλύθηκαν με SPSSv.17.0. Τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι η παροχή της ολιστικής φροντίδας, η υποστήριξη και η επικοινωνία του πάσχοντος και της οικογένειας του, είναι οι παράγοντες που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Οι Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y και Ardalan MR το 2009, σύγκριναν 60 ασθενείς σε PD με 60 ασθενείς σε HD κατά την περίοδο 2004-2006. Η τεχνική, η επιβίωση και η ποιότητα ζωής των ασθενών συγκρίθηκαν με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία (GHQ-28). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία και τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης μεταξύ ασθενών σε ΠΚ και ΑΚ. Η επιβίωση των διαβητικών ασθενών ήταν καλύτερη στην ΑΚ από ό, τι με ΠΚ, αλλά σε μη διαβητικούς ασθενείς, δεν υπήρχε διαφορά στα ποσοστά επιβίωσης μεταξύ των δύο ομάδων. Μεταξύ των ασθενών σχετικά με ΠΚ, οι διαβητικοί είχαν ένα 25 τοις εκατό υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας και στους μη διαβητικούς οι ασθενείς είχαν τρία τοις εκατό υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από ό, τι αντίστοιχα στους ομολόγους τους σε ΑΚ. Σε τέσσερις άξονες του ερωτηματολογίου, δηλαδή ψυχοφυσικές δυσλειτουργίες, άγχος και διαταραχές του ύπνου, την κοινωνική δυσλειτουργία και μείζονα κατάθλιψη, οι ασθενείς με ΠΚ είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με τους ασθενείς σε ΑΚ ($p= 0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$και $p<0,001$, αντίστοιχα), υποδεικνύοντας ότι οι ασθενείς σε ΠΚ είχαν μια καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ΑΚ. Τα συμπεράσματά τους ήταν ότι η τεχνική, η επιβίωση των ασθενών και η ποιότητα της ζωής των ασθενών σε ΠΚ ήταν καλύτερη από όσους βρίσκονταν σε ΑΚ. Ωστόσο, η επιβίωση και θνησιμότητα των διαβητικών ασθενών σε ΑΚ ήταν καλύτερη από αυτούς σε ΠΚ.

Σκοπός των ερευνητώνValquiriaGrecoArenas, LucieneFátimaNevesMonteiroBarros, Francine, BarrosLemos,MiltonArrudaMartins,EliasDavid-Netoτο 2009, ήτανναξιολογήσουντηποιότηταυγείαςπουσχετιζότανμετηζωήτωνασθενώνσεένακέντροαιμοκάθαρσηςκαιπεριτοναϊκήςκάθαρσης. Στη συγχρονική περιγραφική μελέτη συμμετείχαν 101 ασθενείς με ηλικίες που κυμαίνονται 18 έως 75 ετών, οι οποίοι ήταν σε θεραπεία αιμοκάθαρσης άνω των 90 ημερών και σε θέση να κατανοήσουν τα στοιχεία του ερωτηματολογίου SF-36 στα πορτογαλικά.

Το δείγμα ομάδας αιμοκάθαρσης (n = 79) είχαν θεραπεία αιμοκάθαρσης περισσότερο (p = 0,001) και είχε υψηλότερο επίπεδο λευκωματίνης ορού (p<0,001) από την ομάδα APD (n = 22). Οι SF-36 βαθμολογίες των δύο ομάδων ήταν παρόμοια σε όλες τις διαστάσεις, εκτός από τη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας, στις οποίες ο όμιλος αιμοκάθαρσης είχε υψηλότερες βαθμολογίες από την ομάδα APD (p = 0,03). Δεν υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των σκορ SF-36 και τις άλλες μεταβλητές της μελέτης. Το συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν ότι δεν υπήρχαν διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών ΠΚ και ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ), εκτός από τη φυσική διάσταση λειτουργίας.

Οι Morenoκαι συν το 1996, αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής σε ασθενείς σε χρόνια αιμοκάθαρση και ερεύνησαν την επίδραση διαφόρων παραγόντων που σχετίζονταν με τη θεραπεία και την νεφρική νόσο τελικού σταδίου για την ποιότητα της ζωής. Η διασταυρούμενη μελέτη τομής διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο με 1013 τυχαία επιλεγμένους ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής ήταν η Karnofsky Κλίμακα (KS) και το προφίλ ασθενείας των επιπτώσεων (SIP). Τα δύο ερωτηματολόγια ήταν αυτό-αναφορικά. Η συννοσηρότητα αξιολογήθηκε σύμφωνα με το Δείκτη Friedman. Συγκρίθηκαν η προσαρμοσμένη βαθμολογία ποιότητας ζωής για τις διαφορές περιπτώσεις ανάμειξης διαφόρων ομάδων ασθενών. Είκοσι-έξι τοις εκατό των ασθενών εμφάνισαν σοβαρό περιορισμό ποιότητας της ζωής σχετικά με τη συνολική βαθμολογία του SIP (βαθμολογία 5 = 20) και 31% για τις KS (όρος ^ 60). Οι επιμέρους κατηγορίες του SIP που πλήττονται περισσότερο ήταν εργασία, αναψυχή, χόμπι, διαχείριση σπιτιού, ύπνος και ξεκούραση. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σχετικά με την τεχνική αιμοκάθαρσης ή μεμβράνης σε σχέση με την αιμοσφαιρίνη. Η προχωρημένη ηλικία και ο δείκτης συννοσηρότητας σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα ζωής. Καταλήγοντας σε συμπεράσματα οι ερευνητές αναφέρουν ότι, το 25% των ασθενών είχαν αρνητικές επιδράσεις λόγω της ασθένειας στην ποιότητα της ζωής τους. Επίσης η αύξηση της αιμοσφαιρίνης φαίνεται να σχετίζεται με την καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Η προχωρημένη ηλικία και η συννοσηρότητα έχει επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών αυτών.

6. Συζήτηση

Η ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΑ είναι μειωμένη αισθητά. Σύμφωνα με έρευνα της Αγλαΐας-Ειρήνης Λένη (2013) η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα ζωής τους χαρακτηρίστηκε ως μέτρια από το 30% του δείγματος και καθόλου ικανοποιητική σε ποσοστό 27%.

Από την συστηματική ανασκόπηση αναδείχθηκαν διάφοροι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι κοινωνικοί, οι σωματικοί, το περιβάλλον και η συνολική νοητική υγεία (M.Ginieri-Coccossis 2008). Αναλύοντας τους παράγοντες αυτούς οι περιοχές που πλήττονται περισσότερο είναι η εργασία, η αναψυχή, τα χόμπι, η διαχείριση σπιτιού, ύπνου και ξεκούρασης (Moreno, 1996). Αυτή η άποψη ενισχύεται και από τα ευρήματα της Αγλαΐας-Ειρήνης Λένη (2013).

Ο Cestero συγκρίνοντας τις δύο μεθόδους βάση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων, καταλήγει στο ότι η ΠΚ, υπερέχει από την ΑΚ σε τρία σημεία. Στην ανεξαρτησία του ασθενή και στην καλύτερη ποιότητα ζωής, στη σταθερή κάθαρση όλο το 24ωρο και στο χαμηλότερο κόστος λόγω της διαδικασίας που διενεργείται στο σπίτι. Η φυσική και σωματική λειτουργικότητα των αιμοκαθαιρομένων ασθενών παρουσιάζει πολλές δυσκολίες σε αρκετές δραστηριότητες. Αντίθετα δε οι περιτοναϊκοί ασθενείς δεν επηρεάζονται και τόσο.

Επιπλέον οι Μπαλοδήμου και συν (2006), αναφέρουν ότι σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών σε αιμοκάθαρση, ο πόνος είναι η συχνότερη τους ανησυχία με ποσοστό 37% - 50%. Το 82% από αυτούς παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό πόνου. Η ζωτικότητα και η ενέργεια παρουσιάζεται πολύ καλύτερη στους περιτοναϊκούς ασθενείς από τους αιμοκαθαιρόμενους.

Επιπρόσθετα ο Νιάκας και οι συν (2004), παρουσιάζουν τους περιτοναϊκούς ασθενείς και αιμοκαθαιρόμενους με τα ίδια βιώματα ψυχικής υγείας, αλλά από πλευράς σωματικού ρόλου όπως φαίνεται οι αιμοκαθαιρόμενοι είχαν χαμηλότερη τιμή.

Η Παναγόπουλου Α.(2009), όταν έκανε έρευνα στα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής αυτών των ασθενών, συμπέρανε ότι η μεταμόσχευση έχει τον καλύτερο βαθμό αποκατάστασης με δεύτερη την περιτοναϊκή και ακολούθως την αιμοκάθαρση.

Οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση επίσης, αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από αυτούς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση (Karamanidouetal, 2009). Έρευνα του τμήματος Ψυχολογίας του Πάντειου Πανεπιστημίου που είχε σχέση με τις επιδράσεις της εξωνεφρικής κάθαρσης σε σχέση με τη ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι είχαν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού, άγχους και αϋπνίας σε σύγκριση με τους περιτοναϊκούς (Θεοφίλου, 2011). Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνουν αυτά προηγούμενης μελέτης όπου το ποσοστό αυτοκτονιών στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι μεγαλύτερο (Οικονομίδου Γ. και συν, 2005).

Στη μελέτη των Π. Θεοφίλου και Ε. Παναγιωτάκη 2010 (a), εξετάστηκαν οι διαφορές μεταξύ των ασθενών με ΧΝΑ, σε λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας. Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν ήταν ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι, είχαν συγκριτικά μειωμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους περιτοναϊκούς ασθενείς. Στη συνέχεια της έρευνας τους οι συγγραφείς το 2010 (b), τονίζουν ότι οι παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών είναι η ηλικία,η εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος.

7. Προτάσεις

Από όλα τα πιο πάνω συνάγεται το συμπέρασμα πως η ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε ΧΝΑ σχετίζεται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Το νοσηλευτικό προσωπικό, η οικογένεια, το κράτος οφείλουν και πρέπει να παράσχουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη και καλύτερη φροντίδα για τους ασθενείς.

Στο σημείο αυτό αξίζει να τονιστεί πως η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αποτελεί πρόκληση και πρωταρχικό στόχο για τους νοσηλευτές. Η επίτευξη του στόχου αυτού απαιτεί στενή συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας της νεφρολογίας με άλλες ειδικότητες, όπως φυσιοθεραπευτές, επαγγελματίες ψυχικής υγείας κ.α.

Επιπρόσθετα, αυτό που χρειάζεται να γίνει είναι η συνεχής στήριξη και συνεχής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού που θα το καθιστά πάντα ικανό και έτοιμο να καλύπτει όχι μόνο τις ανάγκες των ασθενών αλλά και τις προσδοκίες τους. Η επικοινωνία και στήριξη της οικογένειας αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα γι' αυτό και πρέπει να εμπλέκεται από πολύ νωρίς στην φροντίδα του ασθενούς.

Με την πρόοδο της νόσου, ο ασθενής και η οικογένεια του πρέπει να παραπέμπονται στη συμβουλευτική κλινική για επιλογή της κατάλληλης θεραπείας (περιτοναϊκή κάθαρση, ή

αιμοκάθαρση). Επιπλέον πρέπει να ενημερώνονται για τη διαδικασία μεταμόσχευσης από πτωματικό ή ζώντα δότη αφού αφενός αυτή η θεραπεία είναι χαμηλού κόστους για τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς. Θα μπορούσαμε να προτείνουμε τη στήριξη από ψυχολόγους η οποία θα πρέπει να παρέχεται από τα κρατικά νοσηλευτήρια τόσο προς τους ασθενείς όσο και προς τις οικογένειές τους.

Παράλληλα θα μπορούσε το κράτος να στηρίξει τις προσπάθειες των κρατικών νοσηλευτηρίων τόσο από οικονομικής άποψης αλλά και από άποψης γνωστικής, ενημερώνοντας τους πολίτες για τα θέματα που αφορούν την ασθένεια αλλά και τη θεραπεία μέσω διαλέξεων ανοιχτών προς το κοινό.

Το ρόλο φυσικά του κράτους για ενημέρωση των πολιτών, θα μπορούσε κάλλιστα να υποστηρίξουν τα ΜΜΕ τα οποία μέσω ιατρικών εκπομπών ενημερώνουν τον κόσμο για θέματα που τους αφορούν και σχετίζονται με την υγεία τους.

Κατά συνέπεια το κράτος, η εκκλησία, διάφοροι κοινωνικοί φορείς, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης πρέπει να συνεισφέρουν στον τομέα και στο μέτρο των δυνατοτήτων του ο καθένας, συντονίζοντας τις προσπάθειες τους για την επίτευξη του στόχου. Η αλληλεγγύη θα βοηθήσει στην κοινωνική ένταξη των ασθενών και θα τους προσφέρει ένα ανθρώπινο και αξιοπρεπές μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αγγελή Μ, Μεϊντάνη Ι. (2011). *Συσχέτιση Ποιότητας ζωής με σωματομετρικά χαρακτηριστικά και διατροφικές συνήθειες σε αιμοκαθαρόμενους ασθενείς. Συμβουλευτική και διαιτολογική αντιμετώπιση*. ΑΤΕΙ Κρήτης.

Αλουμάνης Π. (2002). *Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλιση*ς. Αθήνα: ΙΚΑ

Αποστόλου Θ, (2000). *Ποιότητα ζωής: Μια παραμελημένη παράμετρος αξιολόγησης θεραπευτικών αποφάσε*ων. Στο :Ελληνική Νεφρολογία, 12 (1)28 – 33.

Βεργεμέζης Βασίλειος και μέλη ΔΕΠ. 2002, *Βασικές Αρχές Νεφρολογίας*. Τμήμα Ιατρικής – Νεφρολογική Κλινική Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 6: 159-160

Διεθνής Εταιρεία Νεφρολογίας (ISN) 2015, *Pressletter World KidneyDay*, www.theisn.org, http://www.worldkidneyday.org/.

Διεθνής Ομοσπονδία των Ιδρυμάτων Νεφρού (IFKF) 2015, *Pressletter World Kidney Da*y, www.ifkf.org, http://www.worldkidneyday.org/

Ελληνικού, Μ.Ι. & Ζήση Α. (2002) *Ποιότητα ζωής και χρόνιες νόσοι. Προγνωστικές μεταβλητές για τη ψυχική και κοινωνική προσαρμογή των πασχόντων με χρόνια ασθένεια*. Στο :Ιατρική, 82(2) 124-131.

Ευάγγελου Παπαχρήστου, 2009. *Η επίδραση μεσολαβητών της νεφρικής βλάβης στο σύστημα νιτρικού οξειδίου σε ανθρώπινα σωληναριακά και μεσεγχυματικά νεφρικά κύτταρα.* Διδακτορική Διατριβή. ΠΑΤΡΑ

Ζηρογιάννης Άλκης, Α. Πιερίδης Αθανάσιος Α., Διαμαντόπουλος, 2005, *Κλινική Νεφρολογία* Τόμος Ι Ιατρικές Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα

Θεοφίλου Παρασκευή, Ελένη Παναγιωτάκη (2010a). *Ποιότητα ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας*. Νοσηλευτική , 49 (3): 295-304.

Θεοφίλου Παρασκευή, Ελένη Παναγιωτάκη (2010b). *Παράγοντες επίδρασης στη ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.* Νοσηλευτική 49(2):174-181.

Θεοφίλου Π.(2010a). *Ποιότητα Ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών*. Πάντειο Πανεπιστήμιο,Αθήνα.

Θεοφίλου Π. (2010b) *Ποιότητα ζωής στο χώρο της Υγείας .Έννοια και Αξιολόγηση* , περιοδικό έρευνας Τεχνολογίας (e-jst) 4, σ. 43-53.

Θεοφίλου Π. (2010c) *Ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία και πεποιθήσεις για την υγεία: σύγκριση αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκών ασθενών.* Περιοδικό έρευνας Τεχνολογίας

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

Καλαϊτζή Μ. Τσαρδελίδου Π. Μωραίτη Π. (2003). Νεφρωσικό σύνδρομο στη παιδική ηλικία. Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή Εργασία. Κάλφας, Βασίλης. 2009. Αριστοτέλη μετά τα φυσικά. Αθήνα : Πόλις 17-18

Κάλφας Βασίλης (2009). Αριστοτέλη μετά τα φυσικά. Αθήνα : Πόλις 17-18

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

Κοτζαδάμης Ν, Ιωάννου Κ, Ντουντούση Ε (2004)*Το πρόβλημα των αγγειακών προσπελάσεων στην αιμοκάθαρση*. Ελληνική Νεφρολογία 16(1): 21-30.

Κουτσοπούλου-Σοφικίτη Ε Βασιλική, Κελέση – Σταυροπούλου Ν. Μάρθα, Βλάχου Δ. Ευγενεία, Φασόη- Μπαρκά Γ. Γεωργία (2009). *Η επίδραση της χρόνιας αιμοκάθαρσης στη προσωπικότητα των ασθενών με ΧΝΑ.* Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 8,Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος.

Κρεμαστινού Τ. 2010. *Μετάβαση υγείας το σύγχρονο σκηνικό.* Παρουσίαση.

Κωστενίδου Μ. 1994, *«Κοινωνική και οικονομική διάσταση της χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας». Το ολιστικό μοντέλο της νοσηλευτικής φροντίδας – Συντελεστής ποιότητας ζωής νεφροπαθών, 5ο επιμορφωτικό Σεμινάριο Νοσηλευτών Νεφρολογία,* Αθήνα: Ελληνική Νεφρολογική Ένωση Νοσηλευτών.

Λένη Αγλαΐα - Ειρήνη, Μαρία Τουρκογιάννη, Αρετή Σταυροπούλου, Ζαχαρίας Ζηδιανάκης (2013), Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια .http://www.spnj.gr/articlefiles/volume2_issue2/224.pdf.

Μάτζιου – Μεγαπάνου Βασιλική, Νεφρολογική Νοσηλευτική (2009) .*Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών.* Ιατρικές Εκδόσεις, Δάγος Δημήτριος.

Μπαλοδήμος, Χ, Πετροπούλου, Χ. & Τριανταφύλλου, Γ. (2006). *Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σε ασθενείς με αιμοκάθα*ρση. Dialysis Living, τεύχος 15, 6-11.

Νιάκας Δ, Κοντοδημόπουλος Ν, Κυριακάκη Α. (2004). *Εκτίμηση του κόστους και της συνεπαγόμενης ποιότητας ζωής στην αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση.* Στο Νιάκας Δ. Υπηρεσίες Υγείας – Μάνατζμεντ και τεχνολογία, Εκδ. Mediforce, Αθήνα.

Ντόμπρος (1998). *Χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση*, Θεσσαλονίκη.

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

Παναγοπούλου Αλκυόνη (2009). *Χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού.* Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής, Διδακτορική διατριβή.

Πολυκανδριώτη Μ, Βουλγαρίδου Κ, Θεμελή Α, Γαλύφα Δ, Λιάπη Ε, Κυρίτση Ε. (2009)*Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια*. Νοσηλευτική. 48(1):94-104.

Ραφτόπουλος Β. (2010). *Οι επιδημίες στον 21ο αιώνα.* Παρουσίαση ΑΠΚΥ

Τασούλα Θ, Ξανθοπούλου Κ, Σταυροπούλου Χ, Παπανικολάου Ε, Μπαντής Δ, Τσιρογιάννη Ε, Κολζαδάμης Ν, Τσακίρης Δ, (2006) Η κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπό εξωνεφρική κάθαρση 7^{ο} Πανελλήνιο συνέδριο νοσηλευτών νεφρολογίας, Αλεξανδρούπολη.

Τούντας Γιάννης, 2000, *Κοινωνία και Υγεία,* Οδυσσέα /Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τριποδιανάκης Γ, Μεταξάτος Γ, Σαραντίδη Δ, Μαργέλος Β, Τσακλακίδου Δ, Φιλοπούλου Μ, Παρασύρης Γ, Μπίλλης Α, (1999)*Η συναισθηματική ατμόσφαιρα στην οικογένεια των νεφροπαθών σε αιμοκάθαρση. Συσχέτιση με καταθλιπτική ψυχοπαθολογία*, Ελληνική Νεφρολογία, 11 (3) : 443.

Φρέρη Ε. 1990, *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα αρρώστων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σε αιμοδιάλυση,* Υγεία – Τεχνολογία, Τόμος 2, Αθήνα.

Αγγλική

Am J Kidney Dis. (2010) ;55(1 Suppl 1):S1.

Ansell D., Feest T. (eds) (2000), UK Renal Registry. Report Bristol: UK Renal Registry

Andreoli, T.E. Carpenter, C.J. Griggs, R.C. Loscalzo, J. Cecil. (2010*), Βασική Παθολογία* (Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ.), Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

AJ, Foley RN, Herzog C, Chavers BM, Gilbertson D, Ishani A, Kasiske BL, Liu J, Mau LW, McBean M, Murray A, St PeterW, Guo H, Li Q, Li S, Li S, Peng Y, Qiu Y, Roberts T, Skeans M, Snyder J, Solid C, Wang C, Weinhandl E, Zaun D, Arko C,Chen SC, Dalleska F, Daniels F, Dunning S, Ebben J, Frazier E, Hanzlik C, Johnson R, Sheets D, Wang X, Forrest B,Constantini E, Everson S, Eggers PW, Agodoa L. (2009). *Annual Data Report. Medline Abstract for Reference 1of 'Patientsurvival and maintenance dialysis' Excerpts from the US Renal Data System.* Am J Kidney Dis. 2009 Jan;53(1 Suppl):S1-374. doi: 10.1053/j.ajkd.2008.10.005. No abstract available. PMID:19111206.

Besarab A. (1999)*Iron and cardiac disease in the end- stage renal disease setting,* Am J. Kidney Dis 34 (Supp. 2) 518-524

Baillie J, Lankshear A, Featherstone K. (2011). *Perspectives on peritoneal dialysis at home: implications for the management of a chronic condition*. A study protocol. J Adv Nurs.

Bregman H, Daugirdas JT, Ing TS(1994) Complications during haemodialysis; in Daugirdas JT, Ing TS (eds): Handbook of Dialysis New York, Little Brown , p 149.

Bugarski V, Sakac V, Vodopivec S, Slankamenac P. (2010). *Relation between personality dimensions and depressive symptoms in patients on hemodialysis* Med Pregl. May-Jun;63(5-6):305-12.

Canadian Institute for Health Information(2000).*Canadian organ replacement register* . Dialysis and renal transplantation, Ottawa Volumes.

Carol J, Brown S, Miller O, Murray T, Eistev A.J. (1979) *Erythropoietin levels in uremic nephric and anephric patients*J.LabClin Med 93: 449-458.

Chadban S, Harvie B, Joyner B, Snelling P, Usherwood T, Weekes A, Wilmot S, Mathew T, Ludlow M. (2007). *Chronic Kidney Disease (CKD) Management in General Practice.* Kidney Health Australia, Melbourne

Cameron SJ.(2002). A history of the treatment of renal failure by dialysis, Oxford UK.

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

Chambers J, Germain M, Brown E, (2004). *Supportive Care for the Renal Pati*ent. New York, Oxford, University Press Inc.

Charra B, Calemard E, Chazot C, Terrat JC, Vanel T, Laurent G. (1992). *Survival as an index of adequacy of dialysis*. Kidney Int. 41 (5):1286-91

Chertow GM, Johansen KL, Lew N, Lazarus JM, Lowrie, (2000) *Vintage, nutritional status, and survival in haemodialysis patients.* E.G. Kidney Int. 57(3):1176. Medline Abstract for Reference 2

Chilcot J, Wellsted D, Da Silva – Gane M., Farrington K. (2008) *Depression on Dialysis.* Nephron Clin Pract 108: C 256-C264.

Clearly J, Drennan P. (2004) *Quality of patients on haemodialysis for end stage renal disease* J Adv Nursing SI (6): 577-83

Cinar S, Barlas GU. (2009)*Stressors and Coping Strategies in Haemodialysis Patients.* Pakistan journal of medical science. June; 25: 447-452.

Costa PT JrMcCrae RR. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEOPI – R) and NEO five – factor inventory (NEO - FFI): professional manual.* Oddessa: Psychological Assessment Resources

Daneker B, Kimmel P, Ranich T, et all. (2001) *Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses.* Am J. Kidney Dis 38: 839-846

Davenport A.(2009)*Peritonitis remains the major clinical complication of peritoneal dialysis: the London, UK, peritonitis audit* 2002-2003. Perit Dial Int.29 (3):297-302.

Dialysis Living (2007) Ψυχιατρικές – Ψυχολογικές διαταραχές, Τεύχος 18, Αθήνα

Division of Nephrology, Salem Veterans Affairs (2007) Clin J Am SocNephrol.;2(5):999. Medical Center, Salem, Virginia, USA.

Eknoyan G, Beck GJ, Cheung AK, Daugirdas JT, Greene T, Kusek JW, Allon M, Bailey J, Delmez JA, Depner, TA. (2002) Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis.N Engl J Med.; 19 (347)25:2010-9.

Ekstedt, M &Fagerberg I. (2005).*Lived experiences of the time preceding burnout*. Journal of Advanced Nursing 1, 59-69.

Ferrans CE, Powers MJ. (1993) *Quality of life of hemodialysis patients.* ANNA J. Oct; 20 (5) 575 – 81.

Fletcher A, Gore S, Jones D, et al. (1992) Quality of life measures in health care II : Design, analysis and interpretation, Br Med J, 305 : 1145 -1148

Floege J, Johnson RJ, Feehally J. (2011).*Comprehensive Clinical Nephrology, 4th Edition,* Elsevier, Leicester, UK.

Friedman E.A. Goodwin N.J. Chaudlry (1970).*Psychological adjustment to maintenance hemodialisis*, New York State, Journal of medicine ,70: 629 – 637.

Finkelstein FD, Finkelstein SH, Steele TE. (1976). *Assesment of marital relationships of hemodialysis patients*. Am J Med Sci.: 271: 21-28.

Garcia GG, Harden P, Chapman J. (2012), *The global role of kidney transplantation*. J Bras Nefrol.; 34 (1):1-7.

Ginieri-CoccossisM, P Theofilou, C Synodinou, V Tomaras και C Soldatos (2008)*Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment*. http://www.biomedcentral.com/1471-2369/9/14.

Gokcakan Z. (1991). *The effectiveness of psychological counselling for long-term haemodialysis pati*ents. Dial transplant, 20, 26-29

Grekas D. (1999). *The role of growth factors in the treatment of acute and chronic renal failure.* Hellen Nephrol 11: 30-35.

Hagren B, Pettersen I - M, Severinsson E. Lutzen K & Clyne N. (2001).*The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease*. Journal of Advanced Nursing 2, 192-202.

Hansen S.(2006)*Sorbent dialysis in the third millennium* Nephrol News &Issues ; 20 : 43-45.

Karamanidou C., Theofilou P, Ginieri – Coccossis M, Synodinou C, Papadimitriou G. (2009) *Anxiety – depression and health beliefs in end- stage renal disease (ESRD) patients*. 17th European Congress of Psychiatry. Lisbon, Abstract R38

Kidney Health Australia, (πρόσβαση 20/08/2015).*Πού οφείλεται η Νεφρική Ανεπάρκεια.* www.kidney.org.au

Kimmel PL. 2001, Psychosocial factors in dialysis patients. Kidney Int.; 59: 1599-1613.

Kolff, W.J. 1965. *First clinical experience with the artificial Kidney*. Ann. Intern. Med 62 (3): 608-619

Kooman K, Basci A, Pizzarelli F, Canaud B, Haage P, Fouque D, Konner K, Martin-Malo A, Pedrini L, TattersallJ, Tordoir J, Vennegoor M, Wanner C,terWee P, Vanholder R. (2007). *EBPG guideline on haemodynamic instability*.Nephrol. Dial. Transplant.; 22 (2):ii22-ii44.

Kovesdy CP, Regidor DL, Mehrotra R, Jing J, McAllister CJ, Greenland S, Kopple JD, Kalantar-Zadeh K, (2007).*Serum and dialysate potassium concentrations and survival in haemodialysis patients.* Clin J Am Soc Nephrol. Sep;2(5):999-1007. Epub Aug 16.

Kubler Ross E.(1970). *On Death and Dying,*Tavistock London

Lugon JR. (2005). Uremic pruritus: A review. Hemodial Int.; 9 : 416 – 417.

Mallick NP, Gokal R. (1999). *Haemodialysis* Lancet.; 353:737 -742.

Mangione F, Dal Canton A. (2011). *Chronic kidney disease epidemic: myth and reality*. Internal and Emergency Medicine.; 6 (1):69-76.

Milde FK, Hart LK, Fearing M.O. (1996) *Sexuality and fertility concerts of dialysis patients*, American nephrology nurses association Journal, 23:307-315.

Miller RB. (1997). *Invited editorial: Mediation for challenging Patients – A promising approach,* Adv. Renal Rep. Ther.; 4: 372-376.

Mitch, W.E., Walser GA. Buffington, GA &Lemann, JJR., (1976). *A simple method of estimating progression of chronic renal failure*. In: Lancet 2, 1326-1328.

Moers C, Leuvenink HG, Ploeg RJ. 2007, *Non-heart beating organ donation: overview and future perspectives*. Transpl Int.; 20 (7):567-75.

Moreno F., J. M. Lopez Gomez , D. Sanz-Guajardo , R. Jofre , F. Valderrabano (1996). Nephrology Dialysis Transplantation Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study, on behalf of the Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group411 [Suppl 2]: 125-129. Nephrol Dial Transplant

National Kidney Foundation (K/DOQI) (2002) *Clinical Practice Guidelines for chronic kidney disease evaluation, classification and stratification.* Am J .Kidney Disease 39 (Suppl 1):1 – 266.

National Kidney Foundation, (2015) *Coping effectively: a guide for patients and their families*, Inc., 30 East 33rd Street, New York, NY 10016, 1-800-622-9010. We subscribe to the HON code principles of the Health on the Net Foundation**.**

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, (2015)http://www2.niddk.nih.gov/NIDDKLabs/Glomerular_Disease_Primer/NormalKidney.htm Presse Med.(access 20/8/15)

Nieboer A.P., Schulz R., Matthews K.A., Scheier M.F.,Ormel J. & Lindeberg S.M., (1998) *Spousal caregiver's activity restriction and depression: a model for changes over time.* Social Science and Medicine 2, 1361 – 1371.

Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y, Ardalan M R, (2009) *Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients.* Pub Med.Singapore Med J. Feb;50 (2):185-92.

Omran AR. (2005)."*The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change"*, The Milbank Quarterly; 83 (4):731-57.

Pahwa M, Saifee Y, Tyagi V, Chadha S, Jauhari H. (2012) *Paired exchange kidney donation in India: a five-year single-center experience.* Int Urol Nephrol. DOI: 10.1007/s11255-012-0155-7

Palmer, R.A. and Rutherford, P.S. (1949). *Kidney substitutes in uraemia: the use of Kolff's dialyser in two cases*. Can . Med. Assc. J. 60: 261-266.

Palmer RA. (1982)As it was in the beginning: a history of peritoneal dialysis - Peritoneal

Peng YS, Chiang CK, Kao TW, Hung KY, Lu CS, Chiang SS, Yang CS, Huang YC, Wu KD, Wu MS, Lien YR, Yang CC, Tsai DM, Chen PY, Liao CS, Tsai TJ, Chen WY. 1981, (2005)*Sexual dysfunction in female haemodialysis patients: a multicenter study.* Kidney Int. Aug;68(2):760-5.

Ponticelli C. (2011) Present and future of immunosuppressive therapy in kidney transplantation. Transplant Proc.; 43 (6) 2439-40.

Procci WR, GoldsteinDA, Adelstein J, Massry SG. (1981). Sexual dysfunction in the male patient with uremia: a reappraisal. Kidney IntFeb;19(2):317-23.

Reichsman F. Levy N. (2000)*Problems in Adaptation to maintenance haemodialysis in moos RH (ed) Coping with physical illness pp* 311-328 Plenum Medical book company 1977

Robinson – Bostom L, D: Giovanna JJ. (2000) *Cutaneous manifestations of end-stage renal disease*. J Am Acad Dermatol 43: 975-986.
Robson, C. 1993. Real World Research. 65-67

Sedgewick J, Psychological issues in renal failure. In: Challinor P, Sedgewick J., eds, (1998) *Principles and Practice of Renal Nursing. Cheltenham*, UK: Stanley Thornes, 36-55.

Sritippayawan S, Nilwarangkur S, Aiyasanon N, Jattanawanich P, Vasuvattakul S. (2011)*Practical guidelines for automated peritoneal dialysis.*J Med Assoc Thai. 94 (4):167-174.

Thomas N. (2003). *Νεφρολογική νοσηλευτική* , University Studio Press, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη.

Tonelli M, Wiebe N, Knoll G, Bello A, Browne S, Jadhav D, Klarenbach S, Gill J. (2011).*Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes*. Am J Transplant. 11 (10):2093-2109.

Trbojevic JB, Nesis VB, Stojimirovic BB. (2001)*Quality of life of elderly patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis*. Perit Dial Int. 21 Supp. 3 : S300 – 3.

United States Renal Data System. UDRDS (2010)*Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease in the United States*. 2010 Bethesda, MD National Institutes of Health, National Institute

Valquiria Greco Arenas, Luciene Fátima Neves Monteiro Barros, Francine Barros Lemos, Milton Arruda Martins, Elias David-Neto, (2009). *Quality of Life: comparison between patients on automated peritoneal dialysis and patients on haemodialysis.* Acta Paul Enferm. 22 (Especial-Nefrologia):535-9.

Vartia A. (2009).*Effect of treatment frequency on haemodialysis dose: comparison of EKR and stdKt/V*. Nephrol Dial Transplant. 24:2797-2803.

Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F,Sanz-Guajardo D., (2003)*Psychosocial factors and guality of life in young haemodialysis patients with low comorbidity*, J Nephrol Nov-Dec 16(6)886-94.

WHO (1946). *Definition of Health.* Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100, International Health Conference, New York, 19-22 June, signed on 22 July 1946http://www.who.int/about/definition/en/print.html

WHO(1952). *Constrution of the World Health Organization*,.

Wilson P. (1996) *Part A.Psychiatric Aspects of the dialysis patient*, In Jacobs C, Koch CM, Winchester JF (eds), Replacement of renal function by dialysis pp 1455 -1464 4th edition

Woodroffe R, Yao GL, Meads C, Bayliss S, Ready A, Raftery J, Taylor RS. (2005)*Clinical and cost-effectiveness of newer immunosuppressive regimens in renal transplantation: a systematic review and modelling study*. Health Technol Assess. 9 (21):1-179, iii-iv