

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

*Κατάθλιψη και Μετατραυματικό Στρες (PTSD) στους Ασθενείς που Πάσχουν από
Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια και είναι σε Μέθοδο Υποκατάστασης Νεφρικής
Λειτουργίας (Αιμοκάθαρση)*

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Μίτσουλη Κωνσταντίνα

**ΑΘΗΝΑ
Οκτώβριος, 2016**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας: Μίστουλη Κωνσταντίνα.

Εξεταστική Επιτροπή

....., Επιβλέπων
.....

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε απο την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου

Αθηνών, Συνεδρίαση της/...../..... για την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ...

....., συνεδρίασε σήμερα .../.../.....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία τ... κ/κας... με τίτλο

.....
.....

....., είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's). Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία, ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους

....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός

«.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

•
(Υπογραφή)

• (Υπογραφή)
..... (Υπογραφή)

Επιβλέπων

Ευχαριστίες

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας με βοήθησαν πολύ, ορισμένοι άνθρωποι τους οποίους θα ήθελα να ευχαριστήσω:

Συγκεκριμένα ευχαριστώ:

Τον κ. Κυρώζη Α. για την πολύτιμη καθοδήγησή του καθώς και τον κ. Παπαδημητρίου Λ. και Ξάνθο Θ. για τις εποικοδομητικές τους συμβουλές αλλά και τον κ.Χαλκιά Α. για τις χρήσιμες επισημάνσεις του.

Τους συμμετέχοντες στην παρούσα ερευνητική μελέτη διότι χωρίς αυτούς δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της παρούσας, καθώς και την οικογένειά μου για την υπομονή και την κατανόησή που επέδειξαν.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	7
ΜΕΡΟΣ 1^ο-ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
1.1.Νεφρική Ανεπάρκεια	7
1.1.Ορισμός-Αίτια	7
1.2.Επιδημιολογία	8
1.3.Επιπτώσεις της νόσου	9
2. Υποκατάσταση Νεφρικής Λειτουργίας	11
2.1.Είδη	11
2.1.1. Αιμοκάθαρση	11
2.1.2. Περιτοναϊκή κάθαρση	11
2.2.Επιπλοκές και περιορισμοί της αιμοκάθαρσης	12
3. Ψυχικές Διαταραχές σε Αιμοκαθερόμενους Ασθενείς	14
3.1.Κατάθλιψη	15
3.2.Αγχώδεις διαταραχές	18
3.2.1. Μετατραυματικό στρες	18
4. Αντιμετώπιση των Ψυχικών Διαταραχών στη Νεφρική Ανεπάρκεια	22
ΜΕΡΟΣ 2^ο-ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	25
Εισαγωγή	25
Σκοπός	25
Υλικό και Μέθοδος	26
Αποτελέσματα	28
Συζήτηση	42
Συμπεράσματα-Προτάσεις	45
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	47
ABSTRACT	48
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54

Εισαγωγή

Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ) αποτελεί την προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση της φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρών, με αποτέλεσμα την μη διατήρηση της μεταβολικής και υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας.¹ Η ΧΝΑ διακρίνεται σε πέντε στάδια με το τελευταίο να αποτελεί την ΧΝΑ τελικού σταδίου, η οποία χρήζει είτε μεταμοσχεύσεως νεφρού είτε εξωνεφρική υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.² Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής αλλά και των προδιαθεσικών παραγόντων όπως του σακχαρώδους διαβήτη και της υπέρτασης, παρατηρείται παγκοσμίως μια αύξηση της επίπτωσης της νόσου. Υπολογίζεται ότι κάθε επτά έτη τα άτομα με ΧΝΑ διπλασιάζονται και άνω των 60.000 καταλήγουν παγκοσμίως λόγω της νόσου.³ Οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς επίσης αυξάνονται ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο και στη χώρα μας ο αριθμός τους αυξήθηκε κατά το ήμισυ το 2005 σε σχέση με τη δεκαετία του 1970, ανερχόμενος στις 8.636 ασθενείς, με ετήσια αύξηση περίπου στο 5-8%.⁴ Επιπλέον, η ίδια η υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας χαρακτηρίζεται από πολλές επιπλοκές αλλά και από τη θνητότητα που παρατηρείται πολλές φορές κατά τα πρώτα έτη έναρξής της.⁵

Αναφορικά με τις επιπτώσεις τόσο της νόσου όσο και της θεραπείας της, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολλαπλά προβλήματα που αφορούν τόσο τα συστήματα του οργανισμού, όπως το νευρικό και το καρδιαγγειακό, όσο και την ψυχολογία των ασθενών.⁶ Δεδομένου ότι η υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας έχει τα χαρακτηριστικά μιας χρόνιας πάθησης, οι ψυχικές διαταραχές συγκαταλέγονται στις επιπλοκές της και σχετίζονται με παράγοντες όπως το στάδιο της νόσου και τη διάρκειά της αλλά και την ίδια την αντίληψη των ασθενών, υποκειμενική ή αντικειμενική.⁷ Επιπλέον, οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να είναι απόρροια των αντικειμενικών συμπτωμάτων και επιπλοκών της θεραπείας αλλά και λόγω των κοινωνικών και οικονομικών συνεπειών της, κυρίως λόγω της χρονοβόρας διαδικασίας της αιμοκάθαρσης αλλά και του ότι πολλοί ασθενείς αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την εργασία τους.⁸

Μια συχνή ψυχική διαταραχή είναι η κατάθλιψη η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως μια αντίδραση προς τη θεραπεία και τις αλλαγές που προέρχονται από αυτή σε προσωπικό, κοινωνικό αλλά και οικονομικό επίπεδο,⁹ και επηρεάζει τη συμμόρφωση στην θεραπεία, την ποιότητα ζωής τους,¹⁰ και αποτελεί έναν αρνητικό προγνωστικό παράγοντα θνητότητας.¹¹ Μια ακόμη ψυχική διαταραχή που παρατηρείται είναι το

μετατραυματικό στρες (PTSD), μια αγχώδης διαταραχή που προέρχεται από βιώματα συμβαμάτων απειλητικών για τη ζωή.¹² Ωστόσο, το PTSD έχει ερευνηθεί περισσότερο για ασθενείς που έχουν υποστεί κάποιο τραυματισμό και όχι για αυτούς που έχουν βιώσει στρεσογόνα συμβάματα όπως μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή νόσο,¹³ παρά το γεγονός ότι υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν την αυξανόμενη συχνότητά τους μεταξύ ασθενών με χρόνιες νόσους.¹⁴

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό την διερεύνηση της επίπτωσης της κατάθλιψης και του PTSD μεταξύ αιμοκαθερόμενων ασθενών καθώς και τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Η εργασία αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο πρώτο γίνεται αναφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση της ΧΝΑ, της εξωνεφρικής κάθαρσης αλλά και των ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με αυτές. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την επίπτωση της κατάθλιψης και του PTSD μεταξύ αιμοκαθερόμενων ασθενών καθώς και ο σκοπός και η μεθοδολογία της μελέτης, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων και η συζήτησή τους και τέλος τα συμπεράσματα της μελέτης.

ΜΕΡΟΣ 1^ο- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Νεφρική Ανεπάρκεια

1.1.Ορισμός-Αίτια

Η προοδευτική μη αναστρέψιμη έκπτωση της λειτουργίας των νεφρών κατά την οποία είναι αδύνατη η διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας τους αποτελεί την Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ). Κατά τη ΧΝΑ παρατηρείται αδυναμία διατήρησης της μεταβολικής και υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας με αποτέλεσμα την εμφάνιση ουραιμίας, σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την συγκέντρωση ουρίας και άχρηστων αζωτούχων ουσιών στο αίμα.^{1,15}

Για να επιβεβαιωθεί η ΧΝΑ, να εκτιμηθεί η λειτουργία των νεφρών και η νεφρική βλάβη χρησιμοποιείται ο Ρυθμός της Σπειραματικής Διήθησης (Glomerular Filtration Rate-GFR). Σύμφωνα με αυτό το κριτήριο, όταν ο GFR είναι $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ή $> 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, αλλά ταυτόχρονα επιβεβαιώνεται ένας τουλάχιστον δείκτης παρεγχυματικής νεφρικής βλάβης για τουλάχιστον ≥ 3 μήνες, επιβεβαιώνεται η ΧΝΑ.¹⁶

Η ΧΝΑ διακρίνεται σε 5 στάδια:^{2,17}

- **Πρώμο στάδιο:** κατά το οποίο δεν παρατηρούνται συμπτώματα της νόσου με $\text{GFR} \geq 90 \text{ mL/min/1,73m}^2$.
- **Μείωση της νεφρικής εφεδρείας:** σε αυτό το στάδιο ο GFR είναι 60-89 mL/min/1,73m^2 , επίσης άνευ συμπτωμάτων.
- **Προουραιμία:** αυτό το στάδιο διακρίνεται σε δύο υπό-στάδια με το πρώτο να αφορά έναν GFR 45-59 mL/min/1,73m^2 και το δεύτερο 30-44 mL/min/1,73m^2 . Και στα δύο υπο-στάδια τα συμπτώματα που παρατηρούνται αφορούν στην αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης, την παρουσία υπέρτασης αλλά και της ήπιας αναιμίας.
- **Ουραιμία:** επί GFR 15-29 mL/min/1,73m^2 εκκινούν συμπτώματα αναιμίας και υπέρτασης, καθώς και υπερφωσφαταιμίας, υπασβεστιαϊμίας και μεταβολικής οξέωσης.
- **Τελικό:** αυτό το στάδιο αποτελεί την ΧΝΑ τελικού σταδίου (ΧΝΑΤΣ), κατά την οποία υπάρχει ανάγκη είτε εξωνεφρικής υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ή μεταμοσχεύσεως. Ο GFR είναι κάτω των 15 mL/min/1,73m^2

και ο παρουσιάζονται συμπτώματα και από άλλα συστήματα όπως το καρδιαγγειακό, αιμοποιητικό, νευρικό αλλά και γαστρεντερικό.

Οι κυριότεροι λόγοι εξέλιξης της ΧΝΑ σε ΧΝΝΤΣ είναι το νεαρό της ηλικίας του ασθενούς, η εμφάνιση λευκωματουρίας και η προοδευτική μείωση της νεφρικής λειτουργίας, καθώς και η υπέρταση αλλά και η εμφάνιση επιπλοκών επί ΧΝΑ.¹⁸

Τα κυριότερα αίτια της ΧΝΑ που είναι υπεύθυνα για το περίπου 75% των περιπτώσεων της είναι τα ακόλουθα:^{19,20}

- Ο **σακχαρώδης διαβήτης**, ίσως η πιο συχνή αιτία εμφάνισης της ΧΝΑ, λόγω της αυξημένης γλυκόζης στο αίμα δύναται να καταστρέψει τους νεφρούς. Επιπλέον, παρατηρείται αδυναμία αποβολής του νερού και του άλατος καθώς νευρικές βλάβες που προκαλούν επιβάρυνση της ουροδόχου κύστεως.
- Η **υπέρταση** προκαλεί έκπτωση της λειτουργίας των νεφρών μέσω της καταστροφής των αγγείων που τους αιματώνουν.
- Οι **λοιμώξεις του ουροποιητικού** όταν αυτές επεκταθούν στους νεφρούς προκαλούν απώλεια της λειτουργικότητάς τους.
- Τα **εκ γενετής προβλήματα του ουροποιητικού** προκαλούν μεταξύ άλλων λοιμώξεις των νεφρών με αποτέλεσμα την καταστροφή τους αλλά και απόφραξη της ουροποιητικής οδού, και παλινδρόμηση των ούρων προς τους νεφρούς.
- Οι **νεφροπάθειες** ευθύνονται για την σταδιακή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, την εμφάνιση φλεγμονών καθώς και την απόφραξη του ουροποιητικού, όπως παρατηρείται στην πολυκυστική νόσο των νεφρών.
- Η λήψη **ορισμένων φαρμάκων** αλλά και οι **ναρκωτικές ουσίες** δύναται να καταστρέψουν την λειτουργικότητα των νεφρών.

1.2.Επιδημιολογία

Η αύξηση του προσδόκιμου της ζωής αλλά και η παρατηρούμενη αύξηση του διαβήτη και τη υπέρτασης είναι οι κυριότεροι λόγοι για την αύξηση των ασθενών με ΧΝΑ παγκοσμίως, που παρά την ικανοποιητική διαχείριση της νόσου η νοσηρότητα και η θνητότητα λόγω ΧΝΑΤΣ αυξάνονται συνεχώς.^{21,22}

Σύμφωνα με τους Mokhtari και συν.(2003)³ άνω των 60.000 ατόμων καταλήγουν λόγω της νόσου παγκοσμίως καθώς τα άτομα με ΧΝΑ τείνουν να διπλασιάζονται κάθε επτά έτη.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παγκοσμίως εκτιμήθηκαν στους άνω του 1,4 εκατομμύρια το 2002, με κατά 8% αύξηση ανά έτος.²³ Στις Η.Π.Α. οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ανήλθαν στις 100.000 το 2001, στα 335.963 άτομα το 2004 και στα 485.000 το 2008.^{10,24,25}

Οι ασθενείς με ΧΝΑΤΣ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ανέρχονται στους 640/εκατομμύριο πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο και 1500/ εκατομμύριο πληθυσμού στις ΗΠΑ.

Στη χώρα μας το 2004 παρουσιάστηκε αύξηση των αιμοκαθερόμενων ασθενών και έως και το 2005 υπολογίστηκε ότι 8.636 άτομα υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, αριθμός που κατά τη δεκαετία του 1970 ήταν μικρότερος κατά το ήμισυ. Η ετήσια αύξηση των αιμοκαθερόμενων ασθενών στη χώρα μας υπολογίζεται περίπου στο 5-8%.^{4,26}

1.3.Επιπτώσεις της Νόσου

Ενώ κατά τα αρχικά στάδια της ΧΝΑ δεν παρουσιάζονται εμφανή συμπτώματα λόγω της προσαρμοστικότητας των νεφρών που οδηγεί στην αύξηση της παραγωγικότητας του υγιούς νεφρικού ιστού, υπάρχει μια προοδευτική ανικανότητα συμπύκνωσης ούρων που οδηγεί στην μη επαρκή απέκκριση φωσφόρου, οξέων και καλίου.²⁷

Ωστόσο, καθώς μειώνεται ο GFR παρατηρείται μια αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης στο πλάσμα καθώς και διαταραχές των επιπέδων του ασβεστίου, φωσφόρου αλλά και της βιταμίνης D, που οδηγούν σε υπερφωσφαταιμία, υπασβεστιαίμια. Επίσης κατά την ΧΝΑΤΣ παρατηρείται υπέρταση, οίδημα καθώς και μεταβολική οξέωση.¹⁵

Οι γενικές επιπτώσεις της νόσου στον οργανισμό του ασθενούς αφορούν την αναιμία, δύσπνοια, ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών, αύξηση της παραγωγής ινσουλίνης καθώς την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.⁶

Η νόσος επηρεάζει σχεδόν όλα τα συστήματα του οργανισμού με εμφανή συμπτώματα. Για παράδειγμα αναφορικά με το νευρικό σύστημα τα πιο συνήθη συμπτώματα είναι η δυσκολία στη συγκέντρωση, οι διαταραχές στον ύπνο καθώς και αισθητικές διαταραχές. Η ξηροστομία, τα έλκη, το οίδημα στην κοιλιακή χώρα αλλά και οι μυκητιάσεις είναι μερικές από τις επιπτώσεις της νόσου στο πεπτικό σύστημα. Επιπλέον, επηρεάζεται και το αναπαραγωγικό σύστημα με τη στειρότητα, την μείωση της τεστοστερόνης αλλά και την εμφάνιση διαταραχών της έμμηνου ρύσης και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας να είναι μεταξύ των συμπτωμάτων της νόσου.⁶

2. Υποκατάσταση Νεφρικής Λειτουργιάς

Η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας για την αντιμετώπιση της ΧΝΑΤΣ ή κατά τη διάρκεια αναμονής μεταμόσχευσης είναι απαραίτητη για την διατήρηση της ζωής. Αποτελεί μια εφόρου ζωής θεραπείας και διακρίνεται στην αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση.

2.1.Είδη

2.1.1. Αιμοκάθαρση

Η αιμοκάθαρση είναι μια θεραπεία που διεξάγεται σε εξειδικευμένες μονάδες τεχνητού νεφρού και διενεργείται συνήθως 3 φορές την εβδομάδα. Οι τοξίνες που συσσωρεύονται στο αίμα λόγω της καταστροφής των νεφρών αποβάλλονται με τη χρήση τεχνητού νεφρού. Η διαδικασία συνήθως διαρκεί από 3 έως 6 ώρες.

Η αγγειακή προσπέλαση στα άνω άκρα είναι απαραίτητη και επιτυγχάνεται μέσω της εσωτερικής αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας στο αντιβράχιο έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η συνεχής ροή προσαγωγής και απαγωγής του αίματος. Επί απουσίας της, χρησιμοποιούνται κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες στην σφαγίτιδα ή τη μηριαία φλέβα.²⁸

Η τεχνική της αιμοκάθαρσης βασίζεται στην διήθηση και με τη χρήση ημιδιαπερατής μεμβράνης συγκρατούνται τα μεγάλα μοριακού βάρους σωματίδια ενώ τα μικρού – όπως ηλεκτρολύτες, ουρία, γλυκόζη και κρεατινίνη τη διαπερνούν, και μέσω της υπερδιήθησης είναι εφικτή η απομάκρυνση των υγρών.²⁹

2.1.2. Περιτοναϊκή Κάθαρση

Αυτή η μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης δεν χρήζει την παρουσία μηχανήματος. Αντ' αυτού ένας καθετήρας στο περιτόναιο του ασθενούς, που έχει τοποθετηθεί χειρουργικά, χρησιμοποιείται για την αποβολή των υγρών στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Για να επιτευχθεί η κάθαρση χρησιμοποιείται ένα διάλυμα και μέσω σάκων διάλυσης, τα υγρά απομακρύνονται από τον ίδιο τον ασθενή στον χώρο του περίπου 4 φορές την ημέρα.³⁰

2.2. Επιπλοκές και Περιορισμοί της Αιμοκάθαρσης

Λόγω του ότι η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας είναι μια δια βίου θεραπεία έχει τα χαρακτηριστικά μιας χρόνιας νόσου και πρωτίστως της **θνητότητας**. Παρά το γεγονός ότι η αιμοκάθαρση έχει περισσότερα ποσοστά επιβίωσης σε σχέση με την συντηρητική διαχείριση της νόσου (65% & 27% αντίστοιχα),³¹ έχει εκτιμηθεί ότι το προσδόκιμο ζωής των αιμοκαθερόμενων ασθενών ανέρχεται στα 6,2 έτη αλλά για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη μειώνεται στα 5 έτη κατά μέσο όρο.^{5,25} Για τους ηλικιωμένους ασθενείς άνω των 85 ετών ωστόσο το προσδόκιμο ζωής υπολογίζεται κάτω των 12 μηνών από την έναρξη της αιμοκάθαρσης.³²

Σύμφωνα με τη μελέτη των Valdivia και συν.(2013)²² τα ποσοστά επιβίωσης μεταξύ των 81 αιμοκαθερόμενων ασθενών μειώνονταν ανά έτος αιμοκάθαρσης και πιο συγκεκριμένα ενώ τον πρώτο χρόνο η επιβίωση ανήλθε στο 86,6% μειώθηκε στο 54,7% και 26,6% τον δεύτερο και τον τρίτο χρόνο αντίστοιχα, με τις λοιμώξεις και τις καρδιαγγειακές νόσους να αποτελούν τις κυριότερες αιτίες θνητότητας.

Στα καρδιαγγειακά νοσήματα αλλά και στην μεγάλη ηλικία των ασθενών αποδόθηκε η θνητότητα το πρώτο έτος έναρξης της θεραπείας μεταξύ 4.807 αιμοκαθερόμενων ασθενών σε μια μελέτη που διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα 2001-2007. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με υψηλή θνητότητα ήταν η χρήση ενδοφλέβιου καθετήρα, ο υποσιτισμός αλλά και ο χαμηλός δείκτης σωματικής μάζας.⁵

Οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολλές επιπλοκές και περιορισμούς λόγω της ίδιας της θεραπείας όπως η **υπέρταση** ο έλεγχος της οποίας επιτυγχάνεται μέσω φαρμακευτικής αγωγής αλλά και αλλαγής τρόπου ζωής. Επίσης, παρατηρούνται **οφθαλμολογικές και αιματολογικές διαταραχές** αλλά και **καρδιαγγειακές νόσοι** που επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την υγεία των αιμοκαθερόμενων ασθενών.^{33,34,35,36}

Ένας περιορισμός που συνοδεύει την αιμοκάθαρση είναι η **προσεκτική διατροφή**. Για να αποφευχθεί η υπερκαλιαιμία και η υπερφωσφαταιμία πρέπει να αποφεύγονται οι τροφές πλούσιες σε κάλιο και φωσφόρο.³⁷

Ένα ακόμη πρόβλημα θεωρείται η **αλλαγή στην εμφάνιση** των ασθενών κυρίως λόγω της ύπαρξης της αρτηριακής προσπέλασης στο αντιβράχιο, της μείωσης

του βάρους και του μυϊκού τόνου αλλά και της αλλαγής του χρώματος του δέρματος λόγω του φωσφορικού ασβεστίου.³⁸ Επιπλέον, οι ασθενείς βιώνουν **σεξουαλικές διαταραχές** που οφείλονται τόσο στην κόπωση όσο και στις μεταβολικές διαταραχές αλλά και σε ψυχολογικά προβλήματα.³⁹

3. Ψυχικές Διαταραχές σε Αιμοκαθρόμενους Ασθενείς

Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις εμφανίζουν σε μεγάλη συχνότητα ψυχικές διαταραχές με τους παράγοντες που ευθύνονται για αυτές να είναι το στάδιο της νόσου και η διάρκειά της αλλά και η ίδια η αντίληψη των ασθενών για τη νόσο και την ποιότητα ζωής τους, είτε αυτή είναι υποκειμενική είτε αντικειμενική.⁷ Ωστόσο, υπάρχει δυσκολία στην διάγνωση των ψυχικών διαταραχών κυρίως διότι η συμπτωματολογία τους μοιάζει με αυτή των οργανικών νόσων, συμπεριλαμβάνοντας την έλλειψη όρεξης, τις διαταραχές ύπνου αλλά και την εξάντληση.^{40,41}

Η ίδια η ΧΝΑ όσο και η αιμοκάθαρση επιβαρύνουν τους ασθενείς σε όλους τους τομείς της ζωής τους επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα της ζωής τους. Έχει βρεθεί ότι οι αιμοκαθρόμενοι ασθενείς έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς με άλλες χρόνιες παθήσεις, κυρίως λόγω του ότι βιώνουν περισσότερους περιορισμούς και η λειτουργικότητά τους επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό λόγω της ιδιαιτερότητας της αιμοκάθαρσης.⁴² Η εξάρτηση από τον τεχνητό νεφρό, από μόνη της, προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών και προκαλεί συναισθήματα θλίψης που απορρέουν από το συναίσθημα της απώλειας που συνοδεύει τις χρόνιες παθήσεις.⁴³

Η αίσθηση της απώλειας οφείλεται και στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος, τις οικονομικές επιπτώσεις αλλά και την απώλεια της κοινωνικής θέσης που είχαν οι ασθενείς. Η εγκατάλειψη δραστηριοτήτων αναψυχής λόγω των περιορισμών της θεραπείας επηρεάζει αρνητικά την αυτοπεποίθηση των αιμοκαθρόμενων ασθενών κάνοντάς τους να νοιώθουν ότι έχουν απολέσει την αξιοπρέπειά τους.^{9,44}

Επιπλέον, η συμμόρφωση των ασθενών στην αιμοκάθαρση δεν είναι εύκολη και πολλές φορές αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την εργασία τους λόγω της χρονοβόρας διαδικασίας της θεραπείας, γεγονός που συνεπάγεται κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών συνεπειών.⁸

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία των αιμοκαθρόμενων ασθενών είναι το φύλο με τις γυναίκες να εμφανίζονται περισσότερο επιρρεπείς στις ψυχικές διαταραχές. Η ηλικία είναι εξίσου σημαντικός παράγοντας καθώς έχει φανεί ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικών διαταραχών και φτωχότερη ποιότητα ζωής.⁴⁵

3.1.Κατάθλιψη

Μια από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη της οποίας τα συμπτώματα είναι ποικίλα και διακρίνεται στην ήπια, τη μέτρια και τη σοβαρή μορφή της, και συχνά περιγράφεται ως συναισθηματική απορρύθμιση. Η συσχέτισή της με την ΧΝΑ έγκειται στο γεγονός ότι η αιμοκάθαρση, ως θεραπεία της νόσου, έχει βιοψυχολογικοκοινωνικό αντίκτυπο στη ζωή των ασθενών και μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση της κατάθλιψης σε οποιοδήποτε στάδιο.^{46,47}

Λόγω του ότι η επιβάρυνση στον χρόνο και στην ενέργεια που βιώνει ο ασθενής εξαιτίας της αιμοκάθαρσης και της χρονοβόρας φύσης της, η κατάθλιψη μεταξύ των αιμοκαθερόμενων ασθενών ενδέχεται να είναι μια αντίδραση προς τη θεραπεία και τις αλλαγές που αυτή επιφέρει σε προσωπικό, κοινωνικό αλλά και οικονομικό επίπεδο,⁹ και έχει βρεθεί ότι έως και το 50% αυτών των ασθενών θα εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα.⁷

Η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική δραστηριότητα, το εισόδημα αλλά και τα συνοδά νοσήματα και η λειτουργική ικανότητα που επηρεάζονται από την νόσο και τη θεραπεία της έχουν συσχετισθεί με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως βρέθηκε στη μελέτη των Andrade & Sesso (2012).⁴⁸ Η μελέτη είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της παρουσίας κατάθλιψης μεταξύ ασθενών με ΧΝΑ σε διάφορα στάδια της νόσου. Βρέθηκε ότι το 37,3% των 134 ασθενών που ήταν υπό τη συντηρητική αγωγή της νόσου και το 41,6% των 36 αιμοκαθερόμενων ασθενών παρουσίασε καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι ασθενείς με ΧΝΑΤΣ εκτίθενται σε ένα μεγάλο εύρος στρεσογόνων παραγόντων που είναι οι ακόλουθοι:

- Πόνος.
- Αϋπνία.
- Σοβαρά συμπτώματα από τα οργανικά συστήματα.
- Δυσκολία τήρησης της πολύ αυστηρής διαίτας.
- Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες αλλάζουν εντελώς τον τρόπο ζωής των ασθενών μειώνοντας την ποιότητά της. Από την άλλη πλευρά, η ίδια η κατάθλιψη επηρεάζει

αρνητικά την γενική ευημερία και υγεία των ασθενών καθώς και τη συμμόρφωσή τους στην αγωγή.^{10,49}

Οι Ossareh και συν.(2014)⁵⁰ διερεύνησαν τη σχέση της συμμόρφωσης με τη θεραπεία και την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ 150 αιμοκαθερόμενων ασθενών. Στο 40,7% βρέθηκε βαθμολογία άνω του 15 στην κλίμακα BDI και μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή για το 24,7% των ασθενών. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας συμμορφώνονταν σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους νεότερους. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι η μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή συσχετίζεται με την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Σε μια μελέτη μεταξύ 323 ασθενών με ΧΝΑΤΣ, εκ των οποίων οι 206 υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, οι 64 σε περιτοναϊκή κάθαρση και οι 53 είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, με τη χρήση της κλίμακας BDI βρέθηκε ότι οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς είχαν υψηλότερα ποσοστά ήπιας έως μέτριας κατάθλιψης.⁷

Σε αντίθεση υπάρχουν μελέτες που δεν δείχνουν διαφοροποίηση στην επίπτωση της κατάθλιψης σχετικά με τη μέθοδο κάθαρσης που εφαρμόζεται. Στην μελέτη των Simic-Ogrizovic και συν.(2009)⁵¹ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με το είδος της κάθαρσης μεταξύ 128 ασθενών, εκ των οποίων το 45,3% είχε βαθμολογία ≥ 14 στην κλίμακα BDI. Οι Grant και συν. βρήκαν συνολική επίπτωση της κατάθλιψης ύψους 12,3% πάλι ανεξάρτητα από το είδος της κάθαρσης.⁵²

Καμία σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο μεθόδων υποκατάστασης της λειτουργίας των νεφρών δεν βρέθηκε σε μια ακόμη μελέτη μεταξύ 128 αιμοκαθερόμενων ασθενών και 27 υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Βάσει της κλίμακας BDI βρέθηκε ότι το 22,6% των πρώτων έπασχε από κατάθλιψη σε σχέση με το 29,6% των ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με την κατάθλιψη ήταν οι επισκέψεις στο νοσοκομείο για τη διεξαγωγή της αιμοκάθαρσης, η περιορισμένη διαίτα, ενώ η διάρκεια της αιμοκάθαρσης δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Η παρουσία άγχους, ωστόσο, συσχετίστηκε με την κατάθλιψη μετά τους 16 μήνες εφαρμογής της θεραπείας.⁵³

Υπάρχουν ωστόσο, μελέτες που υποδηλώνουν ότι η κατάθλιψη είναι υψηλότερη κατά την εκκίνηση της αιμοκάθαρσης και έχει βρεθεί ότι το 45% των ασθενών παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα αμέσως μετά την εκκίνηση της θεραπείας,⁵⁴ και σύμφωνα με τη μελέτη των Watnick και συν.(2003)⁵⁵ το 44% των ασθενών που εκκινούν αιμοκάθαρση είχαν βαθμολογία στην κλίμακα BDI ≥ 15 . Μόνο το 16% των ασθενών λάμβανε αγωγή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Τα συμπτώματα που η κατάθλιψη προκαλεί στους ασθενείς κυμαίνονται μεταξύ της έλλειψη διάθεσης και ενέργειας έως τις σκέψεις του ότι η ζωή του ατόμου δεν αξίζει, οδηγώντας ενδεχομένως σε σκέψεις αυτοκτονίας, εκτός από την παρατηρούμενη μελαγχολία ή απόγνωση που παραπέμπουν στην βαριά μορφή της διαταραχής.⁴⁶ Έχει υποστηριχθεί ότι οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών λόγω της ύπαρξης της κατάθλιψης.⁵⁶

Η σοβαρότητα της κατάθλιψης ποικίλει σημαντικά ανάλογα με τη σωματική νόσο από την οποία πάσχει ο ασθενείς, ωστόσο οι νόσοι που προκαλούν χρόνια πόνο συνδέονται με τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης που φτάνουν έως και το 80%.⁷

Σε μια μελέτη μεταξύ 150 αιμοκαθερόμενων ασθενών βρέθηκε ότι το 46,6% έπασχε από κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό είχε το 28,6% με τα συνοδά νοσήματα να συσχετίζονται με την κατάθλιψη, με συχνότερα συμπτώματα την κόπωση και την ανησυχία.⁵⁷

Η επίπτωση της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, δεν είναι ακριβής κυρίως λόγω του γεγονότος ότι οι διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί διενεργούνται σε διαφορετικά στάδια της νόσου αλλά και της σύγχυσης που επικρατεί αναφορικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και αυτά της ίδιας της νόσου και της θεραπείας.⁴¹

Παρόλα αυτά, έχει βρεθεί ότι η κατάθλιψη είναι παράγοντας που αυξάνει κατά 4,1 φορές περισσότερο τον κίνδυνο θνητότητας μεταξύ των αιμοκαθερόμενων ασθενών και ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, με αύξηση της επισκεψιμότητας σε νοσηλευτικά ιδρύματα αλλά και τη διακοπή της αιμοκάθαρσης.^{11,58,59} Εκτός από την τάση εγκατάλειψης της θεραπείας, η κατάθλιψη συνδέεται με τον χρόνια πόνο και είναι αρνητικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης του ασθενούς.^{60,61}

Σε μια έρευνα για την κατάθλιψη μεταξύ αιμοκαθερόμενων ασθενών βρέθηκε ότι οι παράγοντες που επηρέασαν την εμφάνισή της ήταν η μη απόκριση των ασθενών στις προκλήσεις της νόσου και της θεραπείας αλλά και η μεγάλη ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη.⁶² Σύμφωνα με τον Nesse (2000)⁶⁰ η αυτοεκτίμηση του ασθενούς επηρεάζεται αρνητικά λόγω της απώλειας της ανεξαρτησίας του και της εξάρτησής του τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και της οικογένειάς του, παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

3.2. Αγχώδεις Διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονται όταν ένα άτομο εκλαμβάνει την πίεση που αισθάνεται ως σημαντικό πρόβλημα κυρίως λόγω του ότι αισθάνεται ότι δεν είναι εφοδιασμένο με τους κατάλληλους πόρους έτσι ώστε να είναι ικανό να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ζωής. Το αποτέλεσμα είναι ανικανότητα λήψης αποφάσεων, εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων του ακόμη και της εργασίας του, αλλά και συναισθηματικής φύσεως όπως ευερεθιστότητα.^{63,64} Εκτός από αυτά, το άγχος συνοδεύεται από σωματοποίηση όπως αύξηση παλμών, εφίδρωση καθώς και δυσχέρεια στην αναπνοή. Όταν το άγχος όμως είναι χρόνιο ενδέχεται να προκαλέσει αποστασιοποίηση και αποπροσωποποίηση των ατόμων,⁶⁵ συμπτώματα που έχουν παρατηρηθεί μεταξύ ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση.⁶⁶

Το άγχος είναι συχνό μεταξύ των αιμοκαθερόμενων ασθενών και εμφανίζεται από την αρχή της θεραπείας,^{67,68} με επίπτωση μεταξύ των αιμοκαθερόμενων ασθενών που φτάνει έως και το 42.9%, όπως βρέθηκε στη μελέτη των Khan και συν.(2011)⁶⁸ με κύριες εκδηλώσεις τις διαταραχές ύπνου κυρίως μεταξύ των ανδρών, ενώ στη μελέτη των Harwood και συν. (2009)⁶⁹ βρέθηκε ότι οι παράγοντες που προκαλούσαν το άγχος σε 226 ασθενείς ήταν η κόπωση και οι διαταραχές ύπνου από την νόσο.

Το άγχος έχει συσχετισθεί με τις διαταραχές του ύπνου που αντιμετωπίσουν οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς όπως βρέθηκε σε μια μελέτη μεταξύ 80 ασθενών εκ των οποίων το 71,6% παρουσίασε άγχος λόγω της νόσου.⁷⁰

3.2.1. Μετατραυματικό Στρες

Το μετατραυματικό στρες (Posttraumatic Stress Disorder-PTSD) είναι μια αγχώδης διαταραχή που εμφανίζεται όταν ένα άτομο βιώνει, γίνεται μάρτυρας ή

έρχεται αντιμέτωπο με ένα σύμβαμα απειλητικό για τη ζωή. Οι αντιδράσεις του ατόμου μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες:¹²

- **Αναβίωση του συμβάματος:** σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα όπως διεισδυτικές αρνητικές σκέψεις, εφιάλτες, ανάκληση του συμβάματος.
- **Αποφυγή:** το άτομο στην προσπάθειά του να ανταπεξέλθει αποφεύγει ερεθίσματα, πράγματα, καταστάσεις και άτομα που του υπενθυμίζουν το σύμβαμα.
- **Ψυχολογική διέγερση:** σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνεται η υπερδιέγερση, η αϋπνία και ο έντονος φόβος ή τρόμος.

Πιο αναλυτικά, τα άτομα με PTSD εκδηλώνουν αδυναμία ανάκτησης λεπτομερειών που σχετίζονται με το τραυματικό σύμβαμα αλλά και χάνουν το ενδιαφέρον τους για προηγουμένως ενδιαφέρουσες και ευχάριστες δραστηριότητες. Επιπλέον, βιώνουν συναισθήματα απομόνωσης και αδυνατούν να συγκεντρωθούν και εκδηλώνουν ευερεθιστότητα, κυκλοθυμία, ή ακόμη και εκδήλωση βίας.⁷¹

Ωστόσο, η έκθεση σε τραυματικά συμβάματα δεν είναι άγνωστη για τον περισσότερο πληθυσμό καθώς η πλειοψηφία των ενηλίκων βιώνουν ένα τραυματικό σύμβαμα τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους και πάρα πολλοί καταφέρνουν να ξεπεράσουν το στρεσογόνο γεγονός χωρίς να εμφανίσουν κάποια ψυχολογική δυσχέρεια ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Ως εκ τούτου, η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός από μόνη της δεν είναι επαρκής για να πυροδοτήσει μετατραυματικό στρες σε ένα άτομο. Για να συμβεί αυτό σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συμπεριφοριστική και συναισθηματική αντίδραση του ατόμου προς το σύμβαμα.⁷²

Συνεπώς υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης PTSD τόσο πριν όσο και μετά το σύμβαμα οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι:¹²

Προ τραύματος:

- Γυναικείο φύλο.
- Προϋπάρχουσα ψυχική διαταραχή.
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας.
- Προηγούμενη έκθεση σε τραυματικό σύμβαμα.

Μετά τραύματος:

- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.
- Έκθεση σε επιπλέον τραυματικά συμβάματα.

Το PTSD για αρκετά χρόνια αφορούσε μόνο άτομα που πραγματικά είχαν υποστεί τραύμα και όχι χρόνια νόσο. Αυτό φαίνεται και από την μελέτη των Haagsma και συν.(2012)⁷³ στην οποία συμμετείχαν 1781 ασθενείς που είχαν υποστεί κάποιου είδους τραυματισμού και προσήλθαν σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και μετά είτε εισήχθησαν στο νοσοκομείο είτε επέστρεψαν στην οικία τους. η μελέτη αυτή διεξήχθη 2 έτη μετά το σύμβαμα και βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν συμπτώματα PTSD είχαν υψηλότερα ποσοστά πόνου, κατάθλιψης, άγχους και η παρουσία της διαταραχής αυτής συσχετίστηκε με αρνητική ποιότητα ζωής.

Ενώ είναι γνωστό ότι το PTSD σχετίζεται με πραγματικό τραυματισμό, δεν έχει δοθεί μεγάλη σημασία σε συγκεκριμένα στρεσογόνα συμβάματα στη ζωή ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή νόσου, η οποία δεν θεωρείται από πολλούς ως τραύμα.¹³

Ωστόσο, το PTSD διαγιγνώσκεται με αυξανόμενη συχνότητα μεταξύ ασθενών με χρόνιες νόσους ή ιστορικό μεταμόσχευσης.^{14,74} Έχει βρεθεί ότι μεταξύ των ατόμων που έχουν ως πρώτη διάγνωση PTSD έχουν συνοδά χρόνια νοσήματα σε σχέση με τα άτομα που υποφέρουν από γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές.^{75,76}

Αναφορικά με τις καρδιαγγειακές νόσους, αρκετές μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν βρει ότι το PTSD επηρεάζει το 4-24% των ασθενών οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, το 20% των ασθενών με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, καθώς και το 19-38% των ασθενών που έχουν υποστεί καρδιακή ανακοπή εντός νοσοκομείου.^{77,78,79,80}

Όσον αφορά τους ασθενείς με καρκίνο σε μια μελέτη μεταξύ 47 ασθενών που υπεβλήθησαν σε χειρουργική εκτομή πνεύμονα, βρέθηκε με την κλίμακα IES-R ότι το 51% των ασθενών είχαν βαθμολογία άνω του 22 της κλίμακας με τους συγγραφείς να καταλήγουν ότι η επίπτωση του μετατραυματικού στρες μεταξύ αυτών των ασθενών είναι υψηλή και ότι υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης αυτής της διαταραχής λόγω του χειρουργείου έως και 3 μήνες μετά από αυτό.⁷¹

Οι Rujol και συν. (2013)⁸¹ στη μελέτη τους εκτίμησαν τα επίπεδα PTSD με χρήση της ίδιας κλίμακας σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου καθώς και τους συγγενείς τους, και συνέκριναν τα ευρήματα με αυτά ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Στη μελέτη συμμετείχαν 41 ασθενείς με καρκίνο και 16 συγγενείς τους, και 19 ασθενείς με χρόνιο άσθμα και ΧΑΠ. Βρέθηκε ότι οι πρώτη ομάδα και οι συγγενείς τους διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης PTSD με αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους.

Οι ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση νεφρού βιώνουν υψηλά ποσοστά PTSD μεταξύ των 3 και 6 μηνών μετά τη χειρουργική επέμβαση όπως φάνηκε στη μελέτη των Possemato & Geller (2007)⁸². Το 28% των 61 ασθενών βρέθηκε να βιώνει συμπτώματα PTSD.

Σε μια ακόμη μελέτη με χρήση της κλίμακας IES μεταξύ 01 ασθενών με ΧΝΑ σταδίου 4 που ακολουθούσαν συντηρητική διαχείριση της νόσου και 90 ασθενών με ΧΝΑΤΣ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, βρέθηκε ότι οι δεύτεροι είχαν υψηλότερα ποσοστά PTSD καθώς και υψηλότερα αλλά και πιο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία συσχετίστηκαν με την κατάσταση της υγείας τους και της θεραπείας τους.¹³

Οι Tagey και συν. (2007)⁸³ διερεύνησαν την επίπτωση και τη βαρύτητα του PTSD σε 114 αιμοκαθερόμενους ασθενείς και εκτίμησαν τη σχέση του με την κατάθλιψη, το άγχος καθώς και την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και τη συχνότητα χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Βρέθηκε ότι το 77,8% ανέφερε τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι ένιωθαν περισσότερο ανήμπορες και βίωναν πιο έντονο φόβο ή τρόμο σε σχέση με τους άνδρες. Επίσης, οι ασθενείς με PTSD παρουσίασαν σοβαρή έκπτωση της ψυχικής τους υγείας καθώς και υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους αλλά και αυξημένη συχνότητα χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών.

Οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης PTSD μετά από φυσικές καταστροφές, όπως βρήκαν οι Hyge και συν. (2007)⁸⁴ διερευνώντας την εμφάνιση PTSD μεταξύ 391 αιμοκαθερόμενων ασθενών μετά τον τυφώνα Κατρίνα. Το 23,8% των ασθενών ανέφερε συμπτώματα αυτής της διαταραχής με αυτούς που βρίσκονταν στα πρώτα 2 έτη της θεραπείας να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά PTSD.

4. Αντιμετώπιση των Ψυχικών Διαταραχών στη Νεφρική Ανεπάρκεια

Η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών πρωτίστως πρέπει να βασίζεται στη διάγνωση παρά το γεγονός ότι τα επιδημιολογικά δεδομένα για την επίπτωσή τους ποικίλουν ανάλογα με το εργαλείο που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση τους αλλά και ανάλογα του ορισμού που δίνεται από τους διάφορους μελετητές. Η δυσκολία της διάγνωσης επιδεινώνεται περισσότερο από την απροθυμία των ασθενών να μιλήσουν για την διαταραχή που βιώνουν κυρίως λόγω του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές νόσους. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις που ενδέχεται να είναι χρήσιμες για την έγκαιρη ανίχνευση συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής που είναι οι ακόλουθες.⁸⁵

- Η αλλαγή στην συμπεριφορά του ασθενούς και της λειτουργικής του κατάστασης. Όταν ο ασθενής αρχίζει να απομακρύνεται από την παροχή φροντίδας και να μην συμμετέχει στην θεραπεία του ή να εκφράζει την επιθυμία διακοπής της αιμοκάθαρσης.
- Η παροχή πληροφοριών από την οικογένεια και τους οικείους του ασθενούς για τις αλλαγές στην διάθεση των ασθενών είναι χρήσιμη στην περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής προσπαθεί να αποκρύψει τα συμπτώματα που ενδέχεται να αντιμετωπίζει.
- Τα σωματικά συμπτώματα που δεν συνάδουν με την αντικειμενική νόσο θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ιδιαίτερα όταν αυτά παρουσιάζουν επιδείνωση.

Ωστόσο, λόγω του ότι η ΧΝΑ και η αιμοκάθαρση είναι περισσότερο απαιτητικές σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσήματα, συνδέονται συχνότερα με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Γι' αυτό το λόγο, η τακτική αξιολόγηση των ασθενών είναι χρήσιμη έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται εγκαίρως οι τυχόν προκύπτουσες διαταραχές.⁸⁶

Οι ασθενείς με χρόνια νόσο και ψυχικές διαταραχές έχουν περισσότερες πιθανότητες να μην συμμορφώνονται με την θεραπεία τους, γεγονός που επηρεάζει τα ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας σε σοβαρές χρόνιες νόσους.⁸⁷ Οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς πιο συγκεκριμένα αντιμετωπίζουν μια πληθώρα

σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται επαρκώς.

Για να συμβεί αυτό, οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να διαχειρίζονται από μια διεπιστημονική ομάδα με κύριο στόχο την ολιστική διαχείριση της νόσου.⁴⁷ Οι επαγγελματίες υγείας που θα συμμετέχουν στην ομάδα αυτή θα πρέπει να είναι καταλλήλως εκπαιδευμένοι για τις πιθανότητες που έχει ο ασθενής να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι γνώστες των συμπτωμάτων των διαφόρων ψυχικών διαταραχών έτσι ώστε να είναι σε θέση να τα αναγνωρίσουν εγκαίρως και να τα διαχωρίζουν από αυτά που οφείλονται στην χρόνια νόσο.⁴⁰

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις για την αύξηση της ποιότητας ζωής και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών των αιμοκαθερόμενων ασθενών, θα πρέπει αυτές να στοχεύουν στα ακόλουθα:⁸⁶

- Μείωση του πόνου και της κόπωσης.
- Αντιμετώπιση των λοιπών συμπτωμάτων της νόσου και της θεραπείας της.
- Αύξηση της κοινωνικής ευημερίας.
- Έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.
- Εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων.

Επιπλέον, λόγω της αυστηρής διαίτας που πρέπει να τηρούν οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς, η συμμετοχή ενός διαιτολόγου στην διεπιστημονική ομάδα διαχείρισης των ασθενών είναι απαραίτητη. Η διαιτητική διαχείριση θα πρέπει να έχει τους παρακάτω στόχους:⁸⁸

- Διατήρηση μιας ισορροπημένης διατροφής.
- Πρόληψη της ουραιμικής τοξικότητας.
- Πρόληψη των μεταβολικών διαταραχών.
- Επιβράδυνση της εξέλιξης της ΧΝΑ προ ενάρξεως της αιμοκάθαρσης.

Το περιβάλλον του ασθενούς θα πρέπει να ενημερώνεται για την κατάσταση της υγείας του αλλά και την πορεία της νόσου. Επίσης, οι συγγενείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι για το γεγονός ότι τα άτομα με ΧΝΑ δεν θέλουν να συζητούν για τη νόσο τους κυρίως διότι δεν θέλουν να καταστραφεί η εικόνα που τα άλλα άτομα είχαν προ της διάγνωσης της νόσου. Ο στιγματισμός των χρόνιων παθήσεων είναι ένα από

τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς με αποτέλεσμα τη δημιουργία προβλημάτων στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.⁸⁹

Εξίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση του ασθενούς με σκοπό την αποδοχή της νόσου του. Ωστόσο, η εκπαίδευση πρέπει να εκκινεί από τα πρώτα στάδια της νόσου διότι είναι σημαντικό να μην χαθεί η αίσθηση ελέγχου που μπορεί να έχει ο ασθενής σε σχέση με την ασθένειά και τη θεραπεία της. Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα της ψυχολογικής προσαρμογής τόσο στη νόσο όσο και στο θεραπευτικό της πλάνο.⁹⁰

Η εκπαίδευση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει ικανότητες αντιμετώπισης των διαφόρων στρεσογόνων καταστάσεων που προκύπτουν λόγω της νόσου, καθώς και τεχνικές απελευθέρωσης του άγχους, μέσω της υιοθέτησης υγιών συναισθηματικών αποκρίσεων. Αυτές οι τεχνικές θα μπορέσουν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τις απότομες αλλαγές στη ζωή τους λόγω της αιμοκάθαρσης, την εξάρτησή τους από αυτή αλλά και την οικογένειά τους, καθώς και το αίσθημα της αβεβαιότητας για το μέλλον τους.⁹¹

Η παροχή ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου είναι εξίσου σημαντική καθώς εντός αυτού του δικτύου ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις της αιμοκάθαρσης και της ΧΝΑΤΣ. Επιπλέον, εκτός από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να παρέχει εκπαίδευση αλλά και συνεχή ενθάρρυνση επιδρώντας θετικά στην προσαρμογή των ασθενών στη νόσο.⁹¹

Για τη σωστή αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών ωστόσο θα πρέπει να υπάρχει ένα πρόγραμμα πρόληψής τους. Οι παρεμβάσεις που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται είναι συμπεριφοριστικές με σκοπό την αλλαγή της αρνητικής ερμηνείας που δίνουν οι ασθενείς στην κατάστασή τους, αλλά και φαρμακευτικές.^{44,64}

Η αποτελεσματικότητα της συμπεριφοριστικής θεραπείας για την ενίσχυση της ελπίδας ήταν σκοπός μιας μελέτης μεταξύ 22 γυναικών με ΧΝΑΤΣ υπό αιμοκάθαρση. Βρέθηκε ότι οι δώδεκα 90λεπτες συνεδρίες δύο φορές την εβδομάδα, αύξησαν σημαντικά την ελπίδα μεταξύ αυτών των ασθενών μειώνοντας τα επίπεδα κατάθλιψης που βίωναν προ της ενάρξεως της θεραπείας.⁹²

Έχει επίσης βρεθεί ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν ψυχοθεραπεία εντός της μονάδας τεχνητού νεφρού στην οποία διεξάγεται η αιμοκάθαρση, αντιμετωπίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της θεραπείας πιο ικανοποιητικά.⁷⁰

Η συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να συνδυάζεται με την φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών η οποία βασίζεται στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης που έχουν αποδειχθεί ασφαλείς και αποτελεσματικές.⁹³

Για την αντιμετώπιση κρίσεων άγχους και πανικού χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες που δεν χρήζουν προσαρμογής της δοσολογίας λόγω του μεταβολισμού τους από το ήπαρ.⁹⁴

ΜΕΡΟΣ 2^ο – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς λόγω των ειδικών περιορισμών τόσο της ΧΝΑ όσο και της θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας χαρακτηρίζονται από υψηλότερο δείκτη εμφάνισης ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η εμφάνιση κατάθλιψης και το PTSD μεταξύ αυτού του πληθυσμού αυξάνει τα επίπεδα θνητότητας, διακοπής της θεραπείας καθώς και τις αυτοκτονικές τάσεις. Εκτός από τον αντίκτυπο στην λειτουργικότητα και την ψυχοσύνθεση των ασθενών, αυτές οι ψυχολογικές διαταραχές επιβαρύνουν την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη των εθνικών συστημάτων υγείας.^{95,96,60,97}

Ωστόσο, μεταξύ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στην Ελλάδα δεν έχει διευκρινιστεί το ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη και PTSD δυσχεραίνοντας έτσι τον κατάλληλο σχεδιασμό προληπτικών μέτρων για την αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου αλλά και την εκπόνηση προγραμμάτων αντιμετώπισης αυτών των διαταραχών με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των ποσοστών εμφάνισης κατάθλιψης και PTSD μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση των δύο αυτών ψυχολογικών διαταραχών.

Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 142 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού στο Αττικό Θεραπευτήριο Κυψέλης, κατόπιν σχετικής έγκρισης από το αρμόδιο τμήμα της κλινικής. Ως κριτήρια αποκλεισμού ασθενών από την μελέτη τέθηκαν η ηλικία κάτω των 18 ετών καθώς και η ήδη διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή. Τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες δεοντολογίας καθώς ελήφθη η πληροφορημένη συναίνεση όλων των συμμετεχόντων στην μελέτη, προκειμένου να συμμετάσχουν σε αυτή. Επιπλέον, οι

συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων καθώς και την εθελοντική φύση της συμμετοχής τους.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με χρήση δύο ερωτηματολογίων. Το πρώτο είναι το Back Depression Inventory II (BDI-II) που αξιολογεί την ύπαρξη κατάθλιψης και αποτελεί την βελτιωμένη έκδοση του BDI-I του 1996. Περιλαμβάνει 21 ερωτήματα πολλαπλής επιλογής με την κάθε μια να βαθμολογείται μεταξύ 0-3. Έχει σταθμιστεί από τους Μυστακίδου και συν. (2007)⁹⁸ για χρήση στον ελληνικό πληθυσμό. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι το Impact Event Scale (IES-R), που αξιολογεί την πιθανότητα ύπαρξης PTSD. Είναι μια επανέκδοση του αρχικού ερωτηματολογίου του 1997, και περιλαμβάνει 22 ερωτήματα που βαθμολογούνται μεταξύ 0-4. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σταθμιστεί για χρήση στον ελληνικό πληθυσμό από τους Λυκούρα και συν. (1998).⁹⁹ Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronback α των δύο αυτών ερωτηματολογίων για την παρούσα μελέτη είναι 0,890 και 0,913 αντίστοιχα, κάνοντάς τα αξιόπιστα εργαλεία αφού σύμφωνα με τον Cronback (1951)¹⁰⁰ αποδεκτός δείκτης εσωτερικής συνέπειας θεωρείται οποιαδήποτε τιμή άνω του 0,7.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, καθώς και των χαρακτηριστικών της νόσου και της θεραπείας, το οποίο σύμφωνα με τον Nunnally (1978)¹⁰¹ δεν χρήζει ανάλυσης αξιοπιστίας λόγω του ότι απλώς καταγράφει το γενικά χαρακτηριστικά και όχι απόψεις.

Στατιστική Ανάλυση

Οι τιμές των ποσοτικών μεταβλητών παρουσιάζονται χρησιμοποιώντας τις μέσες τιμές και τις τυπικές αποκλίσεις καθώς και τα μέγιστο/ελάχιστο. Στις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι συχνότητες (n) και τα αντίστοιχα ποσοστά (%).

Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών έγινε με τη χρήση του ελέγχου Kolmogorov-Smirnov και των λόγων συμμετρίας/κύρτωσης. Η σύγκριση των μέσων τιμών των εξαρτημένων δεικτών του δείγματος σε σχέση με τις αντίστοιχες του πληθυσμού πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το One sample t-test. Η συσχέτιση των εξαρτημένων δεικτών με τις

δημογραφικές και κοινωνικές μεταβλητές μελετήθηκε με τη χρήση του μοντέλου της πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης (Multinomial logistic regression).

Για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson's r . Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι (two-sided) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$). Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v22.

Αποτελέσματα

α. Περιγραφικά

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $65,31 \pm 14,2$ έτη και το 54,9 (n=78) ήταν άνδρες. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση οι περισσότεροι συμμετέχοντες σε ποσοστό 59,2% (n=84) ήταν έγγαμοι, ακολουθούμενοι από τους χήρους/ες (20,4%, n=29). Το 35,2% (n=50) δεν είχε παιδιά ενώ δύο παιδιά είχε το 28,2% (n=40) του δείγματος.

Απόφοιτοι Λυκείου ήταν το 33,8% (n=48), ενώ Δημοτικού και Γυμνασίου το 21,8% (n=31) και για τις δύο βαθμίδες εκπαίδευσης. Οι μισοί συμμετέχοντες ήταν συνταξιούχοι (50,7%, n=72), ακολουθούμενοι από τους ιδιωτικούς υπαλλήλους σε ποσοστό 21,1% (n=30), ενώ υπήρξε και ένα ποσοστό 4,9% (n=7) που δεν δήλωσε το επάγγελμά του, ενώ άνεργοι ήταν μόλις 9 από τους 142 (6,3%).

Τα αποτελέσματα των δημογραφικών χαρακτηριστικών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά			
		%	n
Φύλο	<i>Ανδρας</i>	54,9	78
	<i>Γυναίκα</i>	45,1	64
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η</i>	13,4	19
	<i>Έγγαμος/η</i>	59,2	84
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	7,0	10
	<i>Χήρος/α</i>	20,4	29
Ύπαρξη παιδιών	<i>Όχι</i>	35,2	50
	<i>Ένα</i>	20,4	29
	<i>Δύο</i>	28,2	40
	<i>Τρία</i>	11,3	16
	<i>Τέσσερα</i>	2,8	4
	<i>Περισσότερα</i>	2,1	3

Σπουδές	<i>Καμία</i>	5,6	8
	<i>Δημοτικό</i>	21,8	31
	<i>Γυμνάσιο</i>	21,8	31
	<i>Λύκειο</i>	33,8	48
	<i>A.T.E.I.</i>	3,5	5
	<i>Πανεπιστήμιο</i>	13,4	19
Επάγγελμα	<i>Συνταξιούχος</i>	50,7	72
	<i>Οικιακά</i>	6,3	9
	<i>Δημόσιος υπάλληλος</i>	2,8	4
	<i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i>	21,1	30
	<i>Ελεύθερος επαγγελματίας</i>	9,8	14
	<i>Τραπεζικός υπάλληλος</i>	1,4	2
	<i>Ηθοποιός</i>	0,7	1
	<i>Αγρότης</i>	2,1	3
	<i>Άλλο/ΔΑ</i>	4,9	7
Ανεργος	<i>Ναι</i>	6,3	9
	<i>Όχι</i>	93,7	133

Συνεχίζοντας με τα χαρακτηριστικά της ΧΝΑ και της θεραπείας της (Πίνακας 2), τα έτη ένταξης στον Τεχνητό νεφρό ήταν κατά μέσο όρο $5,41 \pm 4,8$ και η διάρκεια της κάθε συνεδρίας $3,6 \pm 0,44$ ώρες.

Το κυριότερο αίτιο της νόσου ήταν ο Σακχαρώδης Διαβήτης σε ποσοστό 26,1 % (n=37) ακολουθούμενος από την Αρτηριακή υπέρταση (14,8%, n=21) και 56 εκ των 142 ασθενών δεν καθόρισαν το ακριβές αίτιο της ΧΝΑ.

Αναφορικά με τη συχνότητα των συνεδριών αιμοκάθαρσης το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, 95,1% (n=135) έκανε αιμοκάθαρση τρεις φορές την εβδομάδα, και το είδος αγγειοπροσπέλασης ήταν η fistula για το 58,5% (n=83).

Καθόλου αίσθηση έλλειψης νερού δεν είχε το 23,2% (n=33) ενώ το 24,6% (n=35) αισθανόταν πολύ έλλειψη νερού.

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά της ΧΝΑ και της αιμοκάθαρσης			
		%	n
Αίτια ΧΝΑ	<i>Αρτηριακή υπέρταση</i>	14,8	21
	<i>Νεοπλασία</i>	0,7	1
	<i>Κυκλοφορικό</i>	0,7	1
	<i>Οπισθοπεριτοναϊκή Ίνωση</i>	0,7	1
	<i>Συστηματικός</i>	0,7	1

	<i>ερυθματώδης λύκος</i>		
	<i>Ουρολοίμωξη</i>	0,7	1
	<i>Σπειραματονεφρίτιδα</i>	4,2	6
	<i>Πολυκιστικοί Νεφροί</i>	4,2	6
	<i>Χρόνια Λευκωματουρία</i>	1,4	2
	<i>Αμυγδαλίτιδα</i>	2,8	4
	<i>Σακχαρώδης διαβήτης</i>	26,1	37
	<i>Κληρονομικότητα</i>	2,1	3
	<i>Παραθυρεοειδισμός</i>	0,7	1
	<i>Ανεύρισμα θωρακικής αορτής</i>	0,7	1
	<i>Άλλο/ΔΑ</i>	39,4	56
Διάρκεια συνεδρίας αιμοκάθαρσης (ώρες)	2	1,4	2
	3	20,4	29
	3,45	2,1	3
	3,50	29,6	42
	4	44,4	63
	4,20	1,4	2
	4,50	0,7	1
Συχνότητα συνεδριών αιμοκάθαρσης	<i>Μία φορά/εβδομάδα</i>	0,7	1
	<i>Δύο φορές/εβδομάδα</i>	4,2	6
	<i>Τρεις φορές/εβδομάδα</i>	95,1	135
Είδος αγγειοπροσπέλασης	<i>Fistula</i>	58,5	83
	<i>Μόσχευμα</i>	13,4	19
	<i>Μόνιμος Καθετήρας</i>	21,8	31
	<i>Ημιμόνιμος Καθετήρας</i>	6,3	9
Αίσθηση έλλειψης νερού	<i>Καθόλου</i>	23,2	33
	<i>Λίγο</i>	19,0	27
	<i>Αρκετά</i>	15,5	22
	<i>Πολύ</i>	24,6	35
	<i>Πάρα πολύ</i>	17,6	25

Στον ακόλουθο Πίνακα 3, παρουσιάζονται τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, και πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν λάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή (96,5%, n= 137). Το 35,2% (n=50) δήλωσε ότι η ενεργητικότητά του έχει μειωθεί σημαντικά σε σχέση με το 13,4% (n=19) που δήλωσε ότι δεν έχει παρατηρήσει μείωση της ενεργητικότητάς του.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, 73,9% (n=105) δεν αθλείται, ενώ μόνο το 13,4% (n=19) χρήζει βοήθειας για την αυτοεξυπηρέτησή του. Το 62,0% (n=88) έχει μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Όσον αφορά στα συνοδά νοσήματα ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση είναι τα κυριότερα για το 38,7% (n=55) και 44,4% (n=63) αντίστοιχα.

Πίνακας 3. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τα ατομικά χαρακτηριστικά			
		%	n
Λήψη αντικαταθλιπτικών	<i>Ναι</i>	3,5	5
	<i>Όχι</i>	96,5	137
Ενεργητικότητα	<i>Δεν έχει μειωθεί</i>	13,4	19
	<i>Έχει μειωθεί ελάχιστα</i>	33,8	48
	<i>Έχει μειωθεί σημαντικά</i>	35,2	50
	<i>Δεν έχω καθόλου ενεργητικότητα</i>	17,6	25
Άθληση	<i>Ναι</i>	26,1	37
	<i>Όχι</i>	73,9	105
Αυτοεξυπηρέτηση	<i>Μόνος</i>	86,6	123
	<i>Με βοήθεια</i>	13,4	19
Μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον	<i>Ναι</i>	62,0	88
	<i>Όχι</i>	38,0	54
Συνοδά νοσήματα			
Σακχαρώδης διαβήτης	<i>Ναι</i>	38,7	55
	<i>Όχι</i>	61,3	87
Στεφανιαία νόσος	<i>Ναι</i>	15,5	22
	<i>Όχι</i>	84,5	120
Καρδιακή ανεπάρκεια	<i>Ναι</i>	4,9	7
	<i>Όχι</i>	95,1	135
Ρευματικά νοσήματα	<i>Ναι</i>	0,7	1
	<i>Όχι</i>	99,3	141
Νεοπλασία	<i>Ναι</i>	1,4	2
	<i>Όχι</i>	98,6	140
Αρτηριακή υπέρταση	<i>Ναι</i>	44,4	63
	<i>Όχι</i>	55,6	79

Η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου IES-r για το μετατραυματικό στρες ήταν $28,54 \pm 15,9$ και του BDI-II $17,32 \pm 11,7$.

Πιο αναλυτικά, για το 39,4% (n=56) υπάρχει ισχυρή υποψία εκδήλωσης PTSD και πολύ ισχυρή για το 20,4% (n=29).

Αναφορικά με την κατάθλιψη, ήπια διαταραχή βρέθηκε για το 25,4% (n=26), μέτρια για το 19,7% (n=28), ενώ το 4,9% (n=7) βρέθηκε ότι έχει πολύ σοβαρή κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Μετατραυματικό στρες (PTSD) - Κατάθλιψη		
<i>PTSD</i>		
	<i>%</i>	<i>n</i>
Καθόλου τροχιά	16,2	23
Υποψία εκδήλωσης της νόσου	23,9	34
Ισχυρή υποψία	39,4	56
Πολύ ισχυρή υποψία	20,4	29
<i>Κατάθλιψη</i>		
Φυσιολογικό	31,7	45
Ήπια διαταραχή	25,4	36
Διαχωριστική γραμμή κλινικής διάγνωσης	9,2	13
Μέτρια κατάθλιψη	19,7	28
Σοβαρή κατάθλιψη	9,2	13
Πολύ σοβαρή κατάθλιψη	4,9	7

Συνεχίζοντας με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου IES-R για το PTSD, όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 5, ένα σημαντικό ποσοστό 33,8% (n=48) αντιμετώπιζε προβλήματα στον ύπνο, και το 34,5% (n=49) βίωνε συναισθήματα γύρω από το σύμβαμα όταν κάτι πυροδοτούσε την θύμησή του. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν αισθανόταν θυμό ή ευερεθιστότητα (44,4%, n=63).

Επίσης, ενώ το 47,2% (n=67) απέφευγε να αναστατωθεί όταν σκεφτόταν το σύμβαμα ή όταν υπήρχε κάτι να του το θυμίσει, το 43,0% (n=61) το σκεφτόταν όταν δεν ήθελε. Οι 72 (50,7%) από τους 142 ασθενείς δεν απέφευγαν οτιδήποτε τους θύμιζε το σύμβαμα, και οι 86 (60,6%) συνήθως προσπαθούσαν να μην το σκέφτονται, το 35,9% (n=51) είχε κύματα έντονων συναισθημάτων γύρω από αυτό. Επιπλέον, ενώ το 44,4% (n=63) ποτέ δεν ένοιωθε σε άμυνα και εγρήγορση ένα σημαντικό ποσοστό 35,9% (n=51) συχνά ένοιωθε έτσι.

Πίνακας 5. Ερωτηματολόγιο IES-R					
		<i>Καθόλου %(n)</i>	<i>Σπάνια % (n)</i>	<i>Μερικές φορές % (n)</i>	<i>Συχνά % (n)</i>
1	Οτιδήποτε μου το θύμιζε, μου επανέφερε συναισθήματα γύρω από αυτό.	31,0 (44)	4,9 (7)	29,6 (42)	34,5 (49)
2	Είχα πρόβλημα στο να παραμείνω κοιμισμένος/η	38,7 (55)	9,2 (13)	18,3 (26)	33,8 (48)

3	Άλλα πράγματα συνέχιζαν να με κάνουν να το σκέφτομαι.	46,5 (66)	9,9 (14)	16,2 (23)	27,5 (39)
4	Ένιωθα θυμό και ευερεθιστότητα.	44,4 (63)	8,5 (12)	24,6 (35)	22,5 (32)
5	Απέφευγα να αφήσω τον εαυτό μου να αναστατωθεί όταν το σκεφτόμουν ή όταν μου το θύμιζε κάτι.	27,5 (39)	7,0 (10)	18,3 (26)	47,2 (67)
6	Το σκεφτόμουν όταν δεν ήθελα.	28,9 (41)	7,7 (11)	20,4 (29)	43,0 (61)
7	Ένιωθα σαν να μην είχε συμβεί ή σαν να μην ήταν αληθινό.	60,6 (86)	4,9 (7)	11,3 (16)	23,2 (33)
8	Απέφευγα οτιδήποτε μου το θύμιζε.	50,7 (72)	10,6 (15)	10,6 (15)	28,2 (40)
9	Έμπαιναν ξαφνικά στο μυαλό μου εικόνες γύρω από αυτό.	35,2 (50)	7,7 (11)	26,8 (38)	30,3 (43)
10	Ήμουν νευρικός/ή και τρόμαζα εύκολα.	41,5 (59)	9,2 (13)	21,1 (30)	28,2 (40)
11	Προσπαθούσα να μη το σκέφτομαι.	22,5 (32)	4,2 (6)	12,7 (18)	60,6 (86)
12	Συνειδητοποίησα ότι είχα ακόμα πολλά συναισθήματα γι' αυτό, αλλά δεν τα αντιμετώπιζα.	32,4 (46)	13,4 (19)	14,8 (21)	39,4 (56)
13	Τα συναισθήματά μου γι' αυτό ήταν κάπως μουδιασμένα.	28,2 (40)	13,4 (19)	18,3 (26)	40,1 (57)
14	Ένιωθα λες και ήμουν και ζούσα πάλι την ίδια κατάσταση.	85,2 (121)	6,3 (9)	5,6 (8)	2,8 (4)
15	Είχα δυσκολία να με πάρει ο ύπνος ή να μείνω κοιμισμένος/η εξαιτίας εικόνων ή σκέψεων γύρω από αυτό, που ερχόταν στο μυαλό μου.	57,7 (82)	7,0 (10)	12,0 (17)	23,2 (33)
16	Είχα κύματα έντονων συναισθημάτων γύρω από αυτό.	31,7 (45)	9,9 (14)	22,5 (32)	35,9 (51)
17	Προσπάθησα να το αποβάλω από τη μνήμη μου.	25,4 (36)	6,3 (9)	11,3 (16)	57,0 (81)
18	Είχα πρόβλημα συγκέντρωσης.	68,3 (97)	9,9 (14)	10,6 (15)	11,3 (16)
19	Ενθύμηση του μου προκαλούσε ταχυκαρδία, εφίδρωση, δύσπνοια.	77,5 (110)	7,7 (11)	7,7 (11)	7,0 (10)
20	Έβλεπα όνειρα γύρω από αυτό.	83,1 (118)	6,3 (9)	4,2 (6)	6,3 (9)
21	Ένιωθα ότι βρισκόμουν σε άμυνα και εγρήγορση.	44,4 (63)	6,3 (9)	13,4 (19)	35,9 (51)
22	Προσπαθούσα να μη μιλώ γι' αυτό.	53,5 (76)	8,5 (12)	14,1 (20)	23,9 (34)

Συνεχίζοντας με το ερωτηματολόγιο BDI-II για την κατάθλιψη, όπως αυτό παρουσιάζεται στον Πίνακα 6, βρέθηκε ότι σχεδόν σε όλα τα ερωτήματα οι συμμετέχοντες απαντούν αρνητικά. Ωστόσο, αναφορικά με την ενεργητικότητα, το 28,9% (n=41) δήλωσε ότι χρειάζεται να καταβάλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσει κάποια δουλειά, και αναφορικά με τον εκνευρισμό το 35,9% (n=51) εκνευρίζεται περισσότερο από ό,τι συνήθως.

Επίσης, η κούραση επιβαρύνει το 39,4% (n=56) που δήλωσε ότι λόγω αυτής δεν μπορεί να κάνει πολλά από τα πράγματα που έκανε στο παρελθόν, και τίποτα δεν

μπορεί να κάνει λόγω κόπωσης το 25,4% (n=36). Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (40,8%, n=58) έχει χάσει τελείως το ενδιαφέρον του για το σεξ.

Όσον αφορά στην ανησυχία ενώ οι 66 εκ των 142 ασθενών (46,5%) δήλωσε ότι δεν είναι περισσότερο ανήσυχος από ότι συνήθως, το 43,0% (n=61) είναι περισσότερο ανήσυχος από ότι συνήθως. Έλλειψη ενδιαφέροντος για οτιδήποτε δήλωσε το 6,3% (n=9), και το 9,9% (n=14) δυσκολεύεται να πάρει οποιαδήποτε απόφαση. Τέλος, ενώ το 59,9% (n=85) δεν αισθάνεται ανάξιο, το 18,3% (n=26) δεν θεωρεί τον εαυτό του τόσο άξιο και χρήσιμο όσο παλαιότερα.

Πίνακας 6. Ερωτηματολόγιο BDI-II			
1	Λύπη	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν αισθάνομαι λυπημένος/η.	59,2	84
	Αισθάνομαι λυπημένος/η συχνά.	27,5	39
	Αισθάνομαι λυπημένος/η συνεχώς	7,7	11
	Αισθάνομαι τόσο λυπημένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω	5,6	8
2	Απαισιοδοξία	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν νιώθω απαισιοδοξία για το μέλλον.	45,8	65
	Νιώθω πιο απαισιοδοξία για το μέλλον απ' ότι παλαιότερα.	16,2	23
	Δεν περιμένω να μου έρθουν όλα βολικά.	9,9	14
	Δεν έχω ελπίδες για το μέλλον και πιστεύω ότι τα πράγματα θα χειροτερέψουν.	28,2	40
3	Περασμένη αποτυχία	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η.	76,1	108
	Έχω αποτύχει περισσότερο απ' ό,τι θα έπρεπε.	9,9	14
	Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.	9,9	14
	Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο.	4,2	6
4	Μείωση απόλαυσης	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Απολαμβάνω όσο και παλαιότερα από τις ασχολίες που μ' αρέσουν.	40,1	57
	Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.	33,8	48
	Με ευχαριστούν ελάχιστα οι ασχολίες που μου άρεσαν.	13,4	19
	Δεν με ευχαριστεί πια καμιά από τις ασχολίες που μ' ευχαριστούσαν παλαιότερα.	12,7	18
5	Ενοχή	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερες ενοχές.	70,4	100

	Αισθάνομαι ένοχος/η για πολλά πράγματα που έχω κάνει ή που θα έπρεπε να είχα κάνει.	20,4	29
	Αισθάνομαι ένοχος/η συχνά.	7,7	11
	Αισθάνομαι ένοχος/η συνεχώς.	1,4	2
6	Αίσθημα τιμωρίας	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.	67,6	96
	Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρούμαι.	13,4	19
	Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.	0,0	0
	Αισθάνομαι ότι τιμωρούμε.	19,0	27
7	Αυτό-αντιπάθεια	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Αισθάνομαι το ίδιο για τον εαυτό μου όπως πάντα.	73,2	104
	Έχω χάσει την αυτοπεποίθησή μου.	9,9	14
	Έχω απογοητευθεί με τον εαυτό μου.	16,9	24
	Αντιπαθώ τον εαυτό μου.	0,0	0
8	Αυτό-κριτική	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν κριτικάρω ούτε κατηγορώ τον εαυτό μου πιο συχνά απ' ό,τι συνήθως.	68,3	97
	Κατηγορώ τον εαυτό μου πιο συχνά απ' ό,τι παλιά.	21,8	31
	Κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα μου τα ελαττώματα.	1,4	2
	Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.	8,5	12
9	Σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν σκέφτομαι ν' αυτοκτονήσω.	88,7	126
	Έχω σκέψεις αυτοκτονίας αλλά δεν θα το έκανα.	9,2	13
	Θα ήθελα να αυτοκτονήσω.	0,7	1
	Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία.	1,4	2
10	Κλάμα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν κλαίω περισσότερο από ό,τι παλαιά.	59,2	84
	Κλαίω πιο συχνά απ' ό,τι συνήθως.	16,2	23
	Κλαίω για το παραμικρό.	19,0	27
	Αισθάνομαι την ανάγκη να κλάψω αλλά δεν μπορώ.	5,6	8
11	Ανησυχία	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν είμαι περισσότερο ανήσυχος/η απ' ό,τι συνήθως.	46,5	66
	Είμαι περισσότερο ανήσυχος/η απ' ό,τι συνήθως.	43,0	61
	Αισθάνομαι τόσο ανήσυχος/η ή που μου είναι δύσκολο να μην κινούμαι	9,2	13
	Είμαι τόσο ανήσυχος/η ή που πρέπει συνεχώς να κινούμε ή να κάνω κάτι.	1,4	2
12	Απώλεια ενδιαφέροντος	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ή για δραστηριότητες.	67,6	96
	Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ή για	17,6	25

	ασχολίες απ' ό,τι παλαιότερα.		
	Έχω χάσει σε μεγάλο βαθμό το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ή για ασχολίες.	8,5	12
	Είναι δύσκολο να ενδιαφερθώ για ο,τιδήποτε.	6,3	9
13	Αναποφασιστικότητα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Παίρνω αποφάσεις το ίδιο αποτελεσματικά όπως πάντα.	66,9	95
	Μου είναι πιο δύσκολο να πάρω αποφάσεις απ' ότι συνήθως.	14,8	21
	Δυσκολεύομαι πολύ περισσότερο απ' ό,τι παλαιά στο να παίρνω αποφάσεις.	8,5	12
	Δυσκολεύομαι να πάρω την οποιαδήποτε απόφαση.	9,9	14
14	Αναξιότητα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν αισθάνομαι ανάξιος/α.	59,9	85
	Δεν θεωρώ τον εαυτό μου τόσο άξιο/α και χρήσιμο/η όσο παλαιότερα.	18,3	26
	Νιώθω πιο ανάξιος/α σε σύγκριση με τους άλλους.	16,2	23
	Αισθάνομαι εντελώς ανάξιος/α	5,6	8
15	Μείωση ενεργητικότητας	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Έχω όση ζωτικότητα είχα ποτέ.	25,4	36
	Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά.	28,9	41
	Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.	14,8	21
	Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.	31,0	44
16	Αλλαγές στον ύπνο	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως	47,2	67
	Κοιμάμαι λίγο περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.	8,5	12
	Κοιμάμαι λίγο λιγότερο απ' ό,τι συνήθως.	13,4	19
	Κοιμάμαι πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.	2,1	3
	Κοιμάμαι πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως.	20,4	29
	Κοιμάμαι τις περισσότερες ώρες της μέρα.	1,4	2
	Ξυπνώ 1-2 ώρες νωρίς και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.	7,0	10
17	Εκνευρισμός	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.	51,4	73
	Εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.	35,9	51
	Εκνευρίζομαι πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.	12,0	17
	Είμαι εκνευρισμένος/η συνεχώς.	0,7	1
18	Αλλαγές στην όρεξη	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Η όρεξή μου δεν έχει αλλάξει.	54,9	78
	Η όρεξή μου είναι λίγο λιγότερη απ' ό,τι συνήθως.	16,9	24
	Η όρεξή μου είναι λίγο περισσότερη απ' ό,τι συνήθως.	5,6	8

	Η όρεξή μου είναι πολύ λιγότερη απ' ό,τι συνήθως.	11,3	16
	Η όρεξή μου είναι πολύ περισσότερη απ' ό,τι συνήθως.	5,6	8
	Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.	0,7	1
	Συνεχώς θέλω κάτι να φάω.	4,9	7
19	Δυσκολία συγκέντρωσης	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Μπορώ να συγκεντρωθώ τόσο καλά όσο πάντα.	74,6	106
	Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ τόσο καλά όσο συνήθως.	18,3	26
	Μου είναι δύσκολο να συγκεντρωθώ σε κάτι για πολλή ώρα.	2,1	3
	Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ καθόλου.	4,9	7
20	Κούραση ή κόπωση	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ό,τι συνήθως.	12,7	18
	Κουράζομαι ευκολότερα από πρώτα.	22,5	32
	Κουράζομαι και δεν μπορώ να κάνω πολλά απ' όσα έκανα παλαιότερα.	39,4	56
	Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα.	25,4	36
21	Μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (n)
	Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.	36,6	52
	Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ό,τι παλαιότερα.	13,4	19
	Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.	9,2	13
	Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.	40,8	58

β. Συγκριτικά

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του μετατραυματικού στρες και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ του PTSD και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με στατιστικά σημαντικές διαφορές. Βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία του ασθενούς ($p=0,040$) είναι περισσότερο πιθανό να μην εμφανίσει τη διαταραχή ή να υπάρχει μόνο υποψία ($p=0,043$).

Αναφορικά με το φύλο, οι άνδρες είτε δεν εμφανίζουν την διαταραχή ($p=0,004$) ή υπάρχει ισχυρή υποψία εμφάνισής της ($p=0,024$). Οι διαζευγμένοι και οι έγγαμοι έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής σε σχέση με τους άγαμους ή τους χήρους ($p=0,005$ & $0,004$ αντίστοιχα).

Συνεχίζοντας με την ύπαρξη παιδιών βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με ένα και τρία παιδιά ($p= 0,037$ & $0,025$), οι οποίοι έχουν ισχυρή υποψία εμφάνισης PTSD σε σχέση με αυτούς που είτε δεν έχουν είτε έχουν δύο ή περισσότερα.

Πίνακας 7. Συσχέτιση PTSD και δημογραφικών χαρακτηριστικών				
		Καθόλου τροχιά p-value	Υποψία εκδήλωσης της νόσου p-value	Ισχυρή υποψία p-value
Ηλικία		0,040	0,043	0,876
Φύλο	<i>Ανδρας</i>	0,004	0,080	0,024
	<i>Γυναίκα</i>			
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η</i>	0,113	0,985	0,077
	<i>Έγγαμος/η</i>	0,004	0,991	0,392
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	0,005	0,991	0,699
Ύπαρξη παιδιών	<i>Όχι</i>	0,991	0,993	0,255
	<i>Ένα</i>	0,990	0,990	0,037
	<i>Δύο</i>	0,990	0,992	0,070
	<i>Τρία</i>	0,989	0,988	0,025
	<i>Τέσσερα</i>	0,997	0,999	0,177
Σπουδές	<i>Καμία</i>	0,961	0,953	0,967
	<i>Δημοτικό</i>	0,944	0,948	0,967
	<i>Γυμνάσιο</i>	0,953	0,945	0,971
	<i>Λύκειο</i>	0,954	0,943	0,963
	<i>A.T.E.I.</i>	0,984	0,946	0,980

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του μετατραυματικού στρες και των χαρακτηριστικών της αιμοκάθαρσης.

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η συσχέτιση του PTSD και τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, όσο πιο λίγα έτη υποβάλλεται ο ασθενής σε αιμοκάθαρση τόσο λιγότερες πιθανότητες έχει να υπάρξει υποψία ή ισχυρή υποψία εκδήλωσης της νόσου ($p= 0,009$ & $0,004$).

Συνεχίζοντας με τη συχνότητα των συνεδριών αιμοκάθαρσης βρέθηκε ότι οι δύο φορές την εβδομάδα συσχετίζονται με την μη εμφάνιση της διαταραχής ($p=0,042$) ενώ οι τρεις συνεδρίες εβδομαδιαίως υποδηλώνουν υποψία εκδήλωσης της νόσου ($p=0,005$).

Η ενεργητικότητα συσχετίστηκε με το PTSD και πιο συγκεκριμένα όταν η ενεργητικότητα δεν έχει μειωθεί μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής ($p=0,025$), ενώ όταν έχει μειωθεί σημαντικά ($p=0,005$) αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης PTSD.

Πίνακας 8. Συσχέτιση PTSD και των χαρακτηριστικών της αιμοκάθαρσης				
		Καθόλου τροχιά p-value	Υποψία εκδήλωσης της νόσου p-value	Ισχυρή υποψία p-value
Έτη αιμοκάθαρσης		0,439	0,009	0,004
Διάρκεια αιμοκάθαρσης		0,282	0,599	0,228
Συχνότητα συνεδριών αιμοκάθαρσης	<i>Μία φορά/εβδομάδα</i>	0,999		1,00
	<i>Δύο φορές/εβδομάδα</i>	0,042		0,824
	<i>Τρεις φορές/εβδομάδα</i>		0,005	
	<i>Περισσότερες φορές/εβδομάδα</i>			
Ενεργητικότητα	<i>Δεν έχει μειωθεί</i>	0,025	0,939	0,525
	<i>Έχει μειωθεί ελάχιστα</i>	0,436	0,942	0,278
	<i>Έχει μειωθεί σημαντικά</i>	0,163	0,944	0,005
	<i>Δεν έχω καθόλου ενεργητικότητα</i>			0,742
Αυτοεξυπηρέτηση	<i>Μόνος</i>	0,963	0,092	
	<i>Με βοήθεια</i>			

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του μετατραυματικού στρες και των συνοδών νοσημάτων.

Αναφορικά με τα συνοδά νοσήματα, η αρτηριακή υπέρταση βρέθηκε να συσχετίζεται με την ισχυρή υποψία για την ύπαρξη της διαταραχής ($p=0,009$)

Πίνακας 9. Συσχέτιση PTSD και συνοδών νοσημάτων				
		Καθόλου τροχιά p-value	Υποψία εκδήλωσης της νόσου p-value	Ισχυρή υποψία p-value
Σακχαρώδης διαβήτης	<i>Ναι</i>	0,583	0,359	0,276
	<i>Όχι</i>			
Στεφανιαία νόσος	<i>Ναι</i>	0,591	0,663	0,270
	<i>Όχι</i>			

Καρδιακή ανεπάρκεια	<i>Ναι</i>	<i>0,979</i>	<i>0,999</i>	<i>0,982</i>
	<i>Όχι</i>			
Ρευματικά νοσήματα	<i>Ναι</i>	<i>0,999</i>	<i>0,999</i>	<i>0,998</i>
	<i>Όχι</i>			
Νεοπλασία	<i>Ναι</i>	<i>0,996</i>	<i>0,971</i>	<i>0,987</i>
	<i>Όχι</i>			
Αρτηριακή υπέρταση	<i>Ναι</i>	<i>0,838</i>	<i>0,585</i>	<i>0,009</i>
	<i>Όχι</i>			

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Η διερεύνηση μεταξύ της κατάθλιψης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού παρουσιάζεται στον Πίνακα 10, χωρίς να στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Πίνακας 10. Συσχέτιση κατάθλιψης και δημογραφικών χαρακτηριστικών						
		Φυσιολογική p-value	Ήπια διαταραχή p-value	Διαχωριστική γραμμή κλινικής διάγνωσης p-value	Μέτρια κατάθλιψη p-value	Σοβαρή κατάθλιψη p-value
Ηλικία		<i>0,915</i>	<i>0,930</i>	<i>0,926</i>	<i>0,902</i>	<i>0,797</i>
Φύλο	<i>Ανδρας</i>	<i>0,776</i>	<i>0,817</i>	<i>0,813</i>	<i>0,827</i>	<i>0,299</i>
	<i>Γυναίκα</i>					
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Αγαμος/η</i>	<i>0,759</i>	<i>0,913</i>	<i>0,805</i>	<i>0,792</i>	<i>0,976</i>
	<i>Έγγαμος/η</i>	<i>0,761</i>	<i>0,969</i>	<i>0,677</i>	<i>0,801</i>	<i>0,811</i>
	<i>Διαζευγμένο ς/η</i>	<i>0,970</i>	<i>0,940</i>	<i>0,852</i>	<i>0,949</i>	<i>0,687</i>
Ύπαρξη παιδιών	<i>Όχι</i>	<i>0,900</i>	<i>0,913</i>	<i>0,923</i>	<i>0,846</i>	<i>0,984</i>
	<i>Ένα</i>	<i>0,875</i>	<i>0,885</i>	<i>0,881</i>	<i>0,807</i>	<i>0,993</i>
	<i>Δύο</i>	<i>0,966</i>	<i>0,993</i>	<i>0,966</i>	<i>0,939</i>	<i>0,981</i>
	<i>Τρία</i>	<i>0,962</i>	<i>0,987</i>	<i>0,963</i>	<i>0,971</i>	<i>0,985</i>
	<i>Τέσσερα</i>	<i>0,982</i>	<i>0,938</i>	<i>0,969</i>		<i>0,989</i>
Σπουδές	<i>Καμία</i>	<i>0,579</i>	<i>0,586</i>	<i>0,582</i>	<i>0,576</i>	<i>0,977</i>
	<i>Δημοτικό</i>	<i>0,847</i>	<i>0,858</i>	<i>0,890</i>	<i>0,864</i>	<i>0,615</i>
	<i>Γυμνάσιο</i>	<i>0,690</i>	<i>0,706</i>	<i>0,734</i>	<i>0,704</i>	<i>0,687</i>
	<i>Λύκειο</i>	<i>0,694</i>	<i>0,703</i>	<i>0,743</i>	<i>0,708</i>	<i>0,452</i>
	<i>A.T.E.I.</i>	<i>0,655</i>	<i>0,662</i>	<i>0,917</i>	<i>0,684</i>	<i>0,597</i>

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών της αιμοκάθαρσης.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της αιμοκάθαρσης και της κατάθλιψης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά διαφορές. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11. Συσχέτιση κατάθλιψης και χαρακτηριστικών αιμοκάθαρσης						
		Φυσιολογική p-value	Ήπια διαταραχή p-value	Διαχωριστική γραμμή κλινικής διάγνωσης p-value	Μέτρια κατάθλιψη p-value	Σοβαρή κατάθλιψη p-value
Έτη αιμοκάθαρσης		0,875	0,847	0,861	0,868	0,839
Διάρκεια αιμοκάθαρσης		0,737	0,759	0,733	0,770	0,360
Συχνότητα συνεδριών αιμοκάθαρσης	<i>Μία φορά/εβδομάδα</i>	0,899	0,901	0,917	0,912	0,896
	<i>Δύο φορές/εβδομάδα</i>	0,993	0,979	0,992	0,916	0,789
Ενεργητικότητα	<i>Δεν έχει μειωθεί</i>	0,702	0,722	0,742	0,740	0,800
	<i>Έχει μειωθεί ελάχιστα</i>	0,953	0,997	0,925	0,942	0,131
	<i>Έχει μειωθεί σημαντικά</i>	0,805	0,829	0,841	0,813	0,640
	<i>Δεν έχω καθόλου ενεργητικότητα</i>					
Αυτοεξυπηρέτηση	<i>Μόνος</i>	0,425	0,420	0,418	0,399	0,619
	<i>Με βοήθεια</i>					

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και των συνοδών νοσημάτων.

Στον ακόλουθο Πίνακα 12, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης και των συνοδών νοσημάτων, ομοίως χωρίς στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Πίνακας 12. Συσχέτιση κατάθλιψης και συνοδών νοσημάτων						
		Φυσιολογική p-value	Ήπια διαταραχή p-value	Διαχωριστική γραμμή κλινικής διάγνωσης p-value	Μέτρια κατάθλιψη p-value	Σοβαρή κατάθλιψη p-value
Σακχαρώδης διαβήτης	<i>Ναι</i>	0,892	0,882	0,926	0,891	0,588
	<i>Όχι</i>					
Στεφανιαία νόσος	<i>Ναι</i>	0,947	0,943	0,970	0,960	0,765
	<i>Όχι</i>					
Καρδιακή	<i>Ναι</i>	0,944	0,929	0,900	0,949	0,933

ανεπάρκεια	<i>Όχι</i>					
Ρευματικά νοσήματα	<i>Ναι</i>	0,860	0,863	0,879	0,865	0,825
	<i>Όχι</i>					
Νεοπλασία	<i>Ναι</i>	0,984	0,982	0,974	0,875	0,924
	<i>Όχι</i>					
Αρτηριακή υπέρταση	<i>Ναι</i>	0,820	0,831	0,803	0,782	0,847
	<i>Όχι</i>					

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του μετατραυματικού στρες και της κατάθλιψης

Τέλος, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και του PTSD και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,000$), σύμφωνα με την οποία όταν ο ασθενείς έχει μια από τις δύο διαταραχές αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης της άλλης (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Συσχέτιση PTSD και κατάθλιψης		
	Βαθμολογία IES-r	Βαθμολογία BDI-II
Βαθμολογία IES-r		
Pearson Correlation		0,680**
Sig. (2-tailed)		0,000
N		142
Βαθμολογία BDI-II		
Pearson Correlation	0,680**	
Sig. (2-tailed)	0,000	
N	142	

** Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01 (2-tailed).

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 142 ασθενείς μέσης ηλικίας $65,31 \pm 14,9$ έτη που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση κατά μέσο όρο για $5,41 \pm 4,8$ έτη, εκ των οποίων οι 78 ήταν άνδρες και οι 64 γυναίκες. Αναφορικά με τις βαθμολογίες των χρησιμοποιηθέντων ερωτηματολογίων για την διερεύνηση ύπαρξης κατάθλιψης και PTSD, το 25,4% είχε ήπια κατάθλιψη, το 19,7% μέτρια ενώ παράλληλα βρέθηκε ότι σοβαρή διαταραχή είχε το 9,2% και πολύ σοβαρή το 4,9. Όσον αφορά το PTSD ισχυρή υποψία εκδήλωσης της νόσου βρέθηκε για το 39,4% του δείγματος και πολύ ισχυρή υποψία για το 20,4%, ευρήματα που υποδηλώνουν ότι η επίπτωση αυτών των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των αιμοκαθερόμενων ασθενών είναι συχνή.

Σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης βρέθηκε ότι υπάρχει ισχυρή υποψία εκδήλωσης συμπτωμάτων PTSD, εύρημα που συμφωνεί με μια μελέτη στην οποία βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά της διαταραχής μεταξύ αιμοκαθερόμενων ασθενών σε σχέση με αυτούς υπό τη συντηρητική διαχείριση της νόσου.¹³

Οι διαταραχές στον ύπνο ήταν ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα PTSD στην παρούσα μελέτη, και έχει βρεθεί ότι είναι πολύ συχνές μεταξύ ατόμων που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές, στις οποίες υπάγεται το PTSD.^{67,69} Ωστόσο, οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να οφείλονται και στην ίδια τη νόσο.⁷⁰

Ο θυμός και η ευερεθιστότητα δεν βρέθηκε να είναι μεταξύ των σημαντικών συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής σε αντίθεση με μελέτες που υποστηρίζουν ότι αυτά τα συμπτώματα είναι πολύ συχνά μεταξύ ασθενών με PTSD.^{12,71}

Ένας από τους παράγοντες που συσχετίστηκαν με το PTSD ήταν η ηλικία και πιο συγκεκριμένα όσο αυτή αυξάνεται τόσο μικρότερες είναι οι πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου. Το εύρημα αυτό ωστόσο δεν βρίσκεται σε συμφωνία με αυτό που υποστηρίζουν οι Kutner & Jassal (2002),⁴⁵ σύμφωνα με τους οποίους οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικών διαταραχών.

Βρέθηκε ότι οι άντρες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση PTSD σε σχέση με τους άνδρες. Σε αντιθετο συμπέρασμα κατέληξε μια άλλη μελέτη που διερευνούσε την επίπτωση και τη βαρύτητα της διαταραχής μεταξύ 114 αιμοκαθερόμενων ασθενών.⁸³ Έχει υποστηριχθεί ότι το γυναικείο φύλο είναι πιο ευάλωτο όσον αφορά στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.⁴⁵

Η οικογενειακή κατάσταση συσχετίστηκε με τη διαταραχή και βρέθηκε ότι οι έγγαμοι έχουν μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσουν PTSD. Αυτό ίσως να οφείλεται στον προστατευτικό ρόλο που έχει η οικογένεια αναφορικά με την υποστήριξη που παρέχει για την αντιμετώπιση των αλλαγών που επιφέρει η αιμοκάθαρση. Επιπλέον, η οικογένεια παρέχει σημαντικές πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας έτσι ώστε αυτοί να μπορέσουν να αναγνωρίσουν τυχόν συμπτώματα της διαταραχής εγκαίρως.⁸⁵ Ωστόσο, τα άτομα που έχουν παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής, ιδιαίτερα όταν έχουν δύο ή άνω των 3 παιδιών. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την

εργασία τους αλλάζοντας κατά πολύ την εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας και λόγω του ότι αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους.⁹

Τα έτη της αιμοκάθαρσης επηρεάζουν την εμφάνιση της διαταραχής και βρέθηκε ότι τα λιγότερα έτη συσχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισής της. Αυτό το εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με την μελέτη του Hyre και συν. (2007),⁸⁴ οι οποίοι βρήκαν ότι οι αιμοκαθερόμενοι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά PTSD κατά τα δύο πρώτα έτη της θεραπείας.

Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα είναι το ότι οι ασθενείς δεν έχουν ακόμα προσαρμοστεί ψυχολογικά στις αλλαγές που επιφέρει η έναρξη της αιμοκάθαρσης, οι οποίες επηρεάζουν τόσο την προσωπική και κοινωνική ζωή τους όσο και την επαγγελματική, κυρίως λόγω των περιορισμών της.

Επίσης η συχνότητα των συνεδριών είναι παράγοντας εμφάνισης PTSD και βρέθηκε ότι οι τρεις φορές την εβδομάδα συσχετίζονται με υποψία εκδήλωσης της νόσου, πιθανόν λόγω της δέσμευσης των ασθενών να υποβάλλονται σε αυτή τη διαδικασία για αρκετές ώρες διαταράσσοντας έτσι την κοινωνική και οικογενειακή τους ζωή.^{44,46}

Η μειωμένη ενεργητικότητα αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης μετατραυματικού στρες, και ίσως συνδέεται με την κόπωση που νοιώθουν οι ασθενείς τόσο από την ίδια τη νόσο όσο την αιμοκάθαρση.³⁹

Τα συνοδά νοσήματα έχουν συσχετισθεί με το PTSD. Η ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης συσχετίστηκε με το PTSD με πιθανή εξήγηση το γεγονός το η αρτηριακή υπέρταση είτε είναι αίτιο εμφάνισης της ΧΝΑ ή επιπλοκή της θεραπείας και απαιτεί προσεκτικό έλεγχο για την αποφυγή περαιτέρω επιπλοκών.^{18,22}

Αναφορικά με την κατάθλιψη, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ήπια κατάθλιψη, με κάποιους ασθενείς να εκδηλώνουν συμπτώματα σοβαρής και πολύ σοβαρής κατάθλιψης. Ωστόσο, βρέθηκε ότι η ύπαρξη μιας εκ των δύο διαταραχών είναι προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης της άλλης. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η μελέτη του Tagay και συν. (2007),⁸³ σύμφωνα με την οποία η επίπτωση και η βαρύτητα του PTSD συσχετίζεται με την εμφάνιση της κατάθλιψης και πιο συγκεκριμένα με το αίσθημα του φόβου και της ανημποριάς. Στην παρούσα βρέθηκε ότι ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό νοιώθει είτε πιο ανάξιο σε σχέση με τους

άλλους ή λιγότερο άξιο σε σχέση με το παρελθόν. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι τα άτομα με PTSD βιώνουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης που συσχετίζεται με αρνητική ποιότητα ζωής.⁷³

Η ενεργητικότητα βρέθηκε αρνητικά επηρεασμένη σε ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος που δήλωσε ότι χρειαζόταν να καταβάλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσει κάποια δουλειά. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η κόπωση επηρέασε ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων εμποδίζοντάς τους από την διεξαγωγή πολλών πραγμάτων που έκανε προ της έναρξης της θεραπείας. Επιπλέον, στο μεγαλύτερο ποσοστό του το δείγμα έχει χάσει το ενδιαφέρον του για το σεξ, ότι ο εκνευρισμός των ασθενών ήταν περισσότερος από ότι συνήθως.

Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με αρκετές μελέτες που έχουν βρει ότι η κόπωση οδηγεί στην έλλειψη της ενεργητικότητας, και ότι οι σεξουαλικές διαταραχές που βιώνουν οι ασθενείς είτε από τις επιπλοκές της θεραπείας είτε από την ύπαρξη κατάθλιψης τους επηρεάζουν αρνητικά σε μεγάλο βαθμό.^{39,57,69}

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Μετά την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η πλειοψηφία του δείγματος πάσχει από ήπια κατάθλιψη και ισχυρή υποψία PTSD.
- Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του PTSD ήταν:
 - Ηλικία
 - Φύλο
 - Η οικογενειακή κατάσταση
 - Παιδιά
 - Έτη αιμοκάθαρσης
 - Συχνότητα συνεδριών
 - Ενεργητικότητα
 - Υπέρταση
- Η ύπαρξη μιας εκ των δύο διαταραχών είναι προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης της άλλης.

- Η κόπωση, η έλλειψη ενεργητικότητας και η μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος καθώς και ο εκνευρισμός είναι τα πιο συχνά αναφερόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Για την σωστή διαχείριση των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου, θα πρέπει να υπάρχει εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας έτσι ώστε να αναγνωρίζουν πρώιμα τη διάγνωση, έτσι ώστε εκπονήσουν στρατηγικές πρόληψης και σωστής αντιμετώπισης των δύο αυτών ψυχικών διαταραχών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ΧΝΑ, ως μια προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση της φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρών, αποτελεί μια νοσολογική οντότητα που αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία έτη λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και των εξελίξεων της ιατρικής. Ως χρόνια νόσος συνοδεύεται από ποικίλες επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχικών διαταραχών. Η αιμοκάθαρση, ως θεραπευτική αντιμετώπιση του τελικού σταδίου της νόσου, έχει τα ίδια χαρακτηριστικά και η επίπτωση της κατάθλιψης και του PTSD παρουσιάζεται αυξημένη μεταξύ των εν λόγω ασθενών.

Σκοπός: Η καταγραφή των ποσοστών εμφάνισης της κατάθλιψης και PTSD μεταξύ αιμοκαθερόμενων ασθενών καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση των δύο αυτών ψυχολογικών διαταραχών.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 142 αιμοκαθερόμενοι ασθενείς στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού στο Αττικό Θεραπευτήριο Κυψέλης. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων, με το πρώτο να περιλαμβάνει δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα BDI-II για την καταγραφή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η IES-R για την αξιολόγηση της πιθανότητας ύπαρξης PTSD. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ήπια κατάθλιψη, $17,32 \pm 11,7$, και ισχυρή υποψία εμφάνισης PTSD, $28,54 \pm 15,9$. Οι δημογραφικοί παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται με την εμφάνιση PTSD ήταν η ηλικία, $p=0,040$, το φύλο, $p=0,004$, η οικογενειακή κατάσταση, $p=0,004$ και η ύπαρξη παιδιών, $p=0,025$. Τα χαρακτηριστικά της θεραπείας που συσχετίστηκαν με την εμφάνιση PTSD ήταν τα έτη υπό αιμοκάθαρση, $p=0,004$, και η συχνότητα συνεδριών, $p=0,005$. Αναφορικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά η μειωμένη ενεργητικότητα βρέθηκε να επηρεάζει την εμφάνιση της διαταραχής, $p=0,005$ και ενώ ο σακχαρώδης διαβήτης ήταν το κυριότερο συνοδό νόσημα, μόνο η υπέρταση συσχετίστηκε με το PTSD, $p=0,009$. Η εμφάνιση PTSD είναι προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης κατάθλιψης και αντιστρόφως, $p=0,000$. Τα συχνότερα αναφερόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν οι διαταραχές του ύπνου, η μειωμένη ενεργητικότητα, η ανησυχία και η κόπωση.

Συμπεράσματα: Το PTSD και η κατάθλιψη είναι ψυχολογικές διαταραχές που επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής των αιμοκαθερόμενων ασθενών. Η αναγνώριση των συμπτωμάτων τους και η έγκαιρη αντιμετώπισή τους είναι απαραίτητες για την ολιστική παροχή φροντίδας στους αιμοκαθερόμενους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: αιμοκάθαρση, ΧΝΑ, μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη

ABSTRACT

Overview: Chronic Renal Failure (CRF), as a progressive and irreversible impairment of kidneys' natural function, is a condition constantly increasing in the last decades, due to the increased life expectancy and the developments in medicine. As a chronic disease it is accompanied by various complications, including mental disorders. Haemodialysis, as a treatment of end-stage CRF, has the same characteristics and the incidence of depression and PTSD increases among the patients undergoing the treatment.

Aim: Recording incidence rates of depressions and PTSD among patients under haemodialysis, as well as investigating the factors that influence these two mental disorders.

Material-Method: The sample of the study was 142 patients under haemodialysis in the Artificial Kidney Unit in Attiko Clinic, Athens. The data collection was conducted with the use of questionnaires, the first recording demographic and individual characteristics. The BDI-II was used to record depressive symptoms and the IES-R to evaluate PTSD. The statistical analysis was conducted through the SPSS software.

Results: In the present study depression was found to be mild, $17,32 \pm 11,7$, and PTSD highly suspected, $28,54 \pm 15,9$. The demographic factors associated with PTSD incidence was age, $p=0.040$, sex, $p=0.004$, family status, $p=0.004$ and children, $p=0.025$. The haemodialysis characteristics correlated with PTSD were the years under the treatment, $p=0.004$, and the session frequency, $p=0.005$. Regarding the individual characteristic reduced energy was found to affect the disorder's incidence, $p=0.005$ and while diabetes was the most common comorbidity, only arterial hypertension was associated with PTSD, $p=0.009$. PTSD incidence is a prognostic factor for depression and vice versa, $p=0.000$. The most commonly reported depressive symptoms were sleep disorders, reduced energy, anxiety and fatigue.

Conclusions: PTSD and depression are mental disorders negatively affecting the quality of life of patients undergoing haemodialysis. The early recognition of their symptoms and their prompt treatment are necessary to provide a holistic care to these patients.

Key words: haemodialysis, CRF, post traumatic disorder, depression

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Κλινική: Αττικό Θεραπευτήριο Κυψέλης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
Διευθυντής: Α. Κραβαρίτης

Κατάθλιψη και μετατραυματικό στρές σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς

ΦΟΡΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΑΡΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ _____ ΑΡΙΘΜΟΣ Η/Υ _____

ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

1. Ηλικία <18 ή >85 ετών

2. Προϋπάρχουσα διαγνωσμένη ψυχική νόσος

Φύλο / Ηλικία/Βάρος/Υψος : Α 1. Θ 2. ____ / ____ / ____

Οικογενειακή κατάσταση: 1. Ελεύθερος 2. Παντρεμένος

3. Χήρος 4. Διαζευγμένος

Τέκνα: 1. Κανένα 2. Ένα 3. Δύο 4. Τρία 5. Τέσσερα

6. Περισσότερα

Επίπεδο σπουδών: 1. Κανένα 2. Δημοτικό 3. Γυμνάσιο

4. Λύκειο

5. Α.Τ.Ε.Ι

6. Πανεπιστήμιο

Επάγγελμα : _____

Άνεργος: 1. Ναι

2. Όχι

Αιτία **χρόνιας** **νεφρικής**
ανεπάρκειας: _____

Ημερομηνία ένταξης στον Τ.Ν. : ___ / ___ / ___

Χρονική διάρκεια αιμοκάθαρσης: _____ ώρες

Συχνότητα συνεδριών αιμοκάθαρσης: 1. Μία φορά/εβδομάδα

2. Δύο φορές/εβδομάδα

3. Τρεις φορές/εβδομάδα

4. Περισσότερες φορές/εβδομάδα

Αγγειοπροσπέλαση: 1. Fistula

2. Μόσχευμα

3. Μόνιμος καθετήρας

4. Ημιμόνιμος

καθετήρας

Αίσθηση έλλειψης νερού: 1. Καθόλου

2. Λίγο

3. Αρκετά

4. Πολύ

5. Πάρα πολύ

Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα: 1. Ναι 2. Όχι

Ενεργητικότητα: 1. Δεν έχει μειωθεί 2. Έχει μειωθεί ελάχιστα
3. Έχει μειωθεί σημαντικά 4. Δεν έχω καθόλου
ενεργητικότητα

Αθλήστε : 1. Ναι 2. Όχι

Αυτοεξυπηρετείστε : 1. Μόνος 2. Με βοήθεια

Μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον: 1. Ναι 2. Όχι

Σύντομο Ιστορικό

Συνοδά Νοσήματα

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Κλινική: Αττικό Θεραπευτήριο Κυψέλης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
Διευθυντής: Α. Κραββαρίτης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ IES-R

Η διαταραχή της υγείας και η ασθένεια προκαλούν στρες. Ακολουθεί ένας κατάλογος με μαρτυρίες ανθρώπων που αντιμετώπισαν κάποιο σοβαρό γεγονός που τους προκάλεσε στρες. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε διπλά από κάθε πρόταση το πόσο συχνά ίσχυσε κάτι τέτοιο για σας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών.
 Για όσα από τα παρακάτω ΔΕΝ σας συνέβησαν κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος χρησιμοποιήστε τη στήλη «ΚΑΘΟΛΟΥ»

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ
1. Οτιδήποτε μου το θύμιζε ,μου επανέφερε συναισθήματα γύρω από αυτό				
2. Είχα πρόβλημα στο να παραμείνω κοιμισμένος/η				
3. Άλλα πράγματα συνέχιζαν να με κάνουν να το σκέφτομαι				
4. Ένιωθα θυμό και ευερεθιστότητα				
5. Απέφευγα να αφήσω τον εαυτό μου να αναστατωθεί όταν το σκεφτόμουν ή όταν μου το θύμιζε κάτι				
6. Το σκεφτόμουν όταν δεν ήθελα				
7. Ένιωθα σαν να μην είχε συμβεί ή σαν να μην ήταν αληθινό				
8. Απεύφευγα οτιδήποτε μου το θύμιζε				
9. Έμπαιναν ξαφνικά στο μυαλό μου εικόνες γύρω από αυτό				
10. Ήμουν νευρικός/ή και τρώμαζα εύκολα				
11. Προσπαθούσα να μη το σκέφτομαι				
12. Συνειδητοποίησα ότι είχα ακόμα πολλά συναισθήματα γι αυτό, αλλά δεν τα αντιμετώπιζα				
13. Τα συναισθήματα μου γι' αυτό ήταν κάπως μωδιασμένα				
14. Ένιωθα λες και ήμουν και ζούσα πάλι την ίδια κατάσταση				
15. Είχα δυσκολία να με πάρει ο ύπνος ή να μείνω κοιμισμένος/η εξαιτίας εικόνων ή σκέψεων γύρω από αυτό, που ερχόταν στο μυαλό μου				
16. Είχα κύματα έντονων				

συναισθημάτων γύρω από αυτό				
17. προσπάθησα να το αποβάλω από τη μνήμη μου				
18. Είχα πρόβλημα συγκέντρωσης				
19. Ενθύμηση του μου προκαλούσε ταχυκαρδία, εφίδρωση, δύσπνοια				
20. Έβλεπα όνειρα γύρω από αυτό				
21. Ένιωθα ότι βρισκόμουν σε άμυνα και εγρύγορη				
22. Προσπαθούσα να μη μιλώ για αυτό.				

Οδηγίες: Αυτό το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 21 ομάδες δηλώσεων. Διαβάστε κάθε ομάδα δηλώσεων προσεκτικά και διαλέξτε **μία δήλωση** σε κάθε ομάδα που περιγράφει το πώς αισθάνεστε **τις τελευταίες δύο βδομάδες, συμπεριλαμβανομένου και σήμερα**. Βάλτε έναν κύκλο στη δήλωση που διαλέξατε. Αν σε μια ομάδα σας εκφράζουν το ίδιο πάνω από μια δήλωση, βάλτε κύκλο σ' αυτή με το μεγαλύτερο αριθμό της ομάδας. Προσέξτε να μην επιλέξετε περισσότερο από μία δήλωση για καμιά ομάδα, ιδίως στην ερώτηση 16 (Αλλαγές στον ύπνο) ή στην ερώτηση 18 (Αλλαγές στην όρεξη).

1. Λύπη

- 0 Δεν αισθάνομαι λυπημένος/η.
- 1 Αισθάνομαι λυπημένος/η συχνά.
- 2 Αισθάνομαι λυπημένος/η συνεχώς.
- 3 Αισθάνομαι τόσο λυπημένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.

2. Απαισιοδοξία

- 0 Δεν νοιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον.
- 1 Νοιώθω πιο απαισιόδοξα για το μέλλον απ' ό,τι παλαιότερα.
- 2 Δεν περιμένω να μου έρθουν όλα βολικά.
- 3 Δεν έχω ελπίδες για το μέλλον και πιστεύω ότι τα πράγματα θα χειροτερέψουν.

3. Περασμένη αποτυχία

- 0 Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η.
- 1 Έχω αποτύχει περισσότερο απ' ό,τι θα έπρεπε.
- 2 Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.
- 3 Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο.

4. Μείωση απόλαυσης

- 0 Απολαμβάνω όσο και παλαιότερα από τις ασχολίες που μ' άρεσαν.
- 1 Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
- 2 Με ευχαριστούν ελάχιστα οι ασχολίες που μου άρεσαν.
- 3 Δεν με ευχαριστεί πια καμιά από τις ασχολίες που μ' ευχαριστούσαν παλαιότερα.

5. Ενοχή

- 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερες ενοχές.
- 1 Αισθάνομαι ένοχος/η για πολλά πράγματα που έχω κάνει ή που θα έπρεπε να είχα κάνει.
- 2 Αισθάνομαι ένοχος/η συχνά.
- 3 Αισθάνομαι ένοχος/η συνεχώς.

6. Αίσθημα τιμωρίας

- 0 Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
- 1 Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρούμαι.
- 2 Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.
- 3 Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.

7. Αυτο-αντιπάθεια

- 0 Αισθάνομαι το ίδιο για τον εαυτό μου όπως πάντα.
- 1 Έχω χάσει την αυτοπεποίθησή μου.
- 2 Έχω απογοητευθεί με τον εαυτό μου.
- 3 Αντιπαθώ τον εαυτό μου.

8. Αυτο-κριτική

- 0 Δεν κριτικάρω ούτε κατηγορώ τον εαυτό μου πιο συχνά απ' ό,τι συνήθως.
- 1 Κατηγορώ τον εαυτό μου πιο συχνά απ' ό,τι παλιά.
- 2 Κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα μου τα ελαττώματα.
- 3 Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.

Υποσύνολο σελίδας 1 _____

Συνεχίστε στην επόμενη σελίδα

9. Σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας

- 0 Δεν σκέφτομαι ν' αυτοκτονήσω.
- 1 Έχω σκέψεις αυτοκτονίας αλλά δε θα το έκανα.
- 2 Θα ήθελα ν' αυτοκτονήσω.
- 3 Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία.

10. Κλάμα

- 0 Δεν κλαίω περισσότερο από ό,τι παλαιά.
- 1 Κλαίω πιο συχνά απ' ό,τι συνήθως.
- 2 Κλαίω για το παραμικρό.
- 3 Αισθάνομαι την ανάγκη να κλάψω αλλά δεν μπορώ.

11. Ανησυχία

- 0 Δεν είμαι περισσότερο ανήσυχος/η απ' ό,τι συνήθως.
- 1 Είμαι περισσότερο ανήσυχος/η απ' ό,τι συνήθως.
- 2 Αισθάνομαι τόσο ανήσυχος/η ή που μου είναι δύσκολο να μην κινούμαι.
- 3 Είμαι τόσο ανήσυχος/η ή που πρέπει συνεχώς να κινούμαι ή να κάνω κάτι.

12. Απώλεια ενδιαφέροντος

- 0 Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ή για δραστηριότητες.
- 1 Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ή για ασχολίες απ' ό,τι παλαιότερα.
- 2 Έχω χάσει σε μεγάλο βαθμό το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ή για ασχολίες.
- 3 Είναι δύσκολο να ενδιαφερθώ για ο,τιδήποτε.

13. Αναποφασιστικότητα

- 0 Παίρνω αποφάσεις το ίδιο αποτελεσματικά όπως πάντα.
- 1 Μου είναι πιο δύσκολο να πάρω αποφάσεις απ' ό,τι συνήθως.
- 2 Δυσκολεύομαι πολύ περισσότερο απ' ό,τι παλαιά στο να παίρνω αποφάσεις.
- 3 Δυσκολεύομαι να πάρω την οποιαδήποτε απόφαση.

14. Αναξιότητα

- 0 Δεν αισθάνομαι ανάξιος/α.
- 1 Δεν θεωρώ τον εαυτό μου τόσο άξιο/α και χρήσιμο/η όσο παλαιότερα.
- 2 Νοιώθω πιο ανάξιος/α σε σύγκριση με τους άλλους.
- 3 Αισθάνομαι εντελώς ανάξιος/α.

15. Μείωση ενεργητικότητας

- 0 Έχω όση ζωτικότητα είχα ποτέ.
- 1 Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά.
- 2 Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
- 3 Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.

16. Αλλαγές στον ύπνο

- 0 Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
- 1α Κοιμάμαι λίγο περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
- 1β Κοιμάμαι λίγο λιγότερο απ' ό,τι συνήθως.
- 2α Κοιμάμαι πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
- 2β Κοιμάμαι πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως.
- 3α Κοιμάμαι τις περισσότερες ώρες της μέρας.
- 3β Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίς και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.

17. Εκνευρισμός

- 0 Δεν εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
- 1 Εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
- 2 Εκνευρίζομαι πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
- 3 Είμαι εκνευρισμένος/η συνεχώς.

Υποσύνολο σελίδας 2 _____

Συνεχίστε στην επόμενη σελίδα

18. Αλλαγές στην όρεξη

- 0 Η όρεξή μου δεν έχει αλλάξει.
- 1α Η όρεξή μου είναι λίγο λιγότερη απ' ό,τι συνήθως.
- 1β Η όρεξή μου είναι λίγο περισσότερη απ' ό,τι συνήθως.
- 2α Η όρεξή μου είναι πολύ λιγότερη απ' ό,τι συνήθως.
- 2β Η όρεξή μου είναι πολύ περισσότερη απ' ό,τι συνήθως.
- 3α Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
- 3β Συνεχώς θέλω κάτι να φάω.

19. Δυσκολία συγκέντρωσης

- 0 Μπορώ να συγκεντρωθώ τόσο καλά όσο πάντα.
- 1 Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ τόσο καλά όσο συνήθως.
- 2 Μου είναι δύσκολο να συγκεντρωθώ σε κάτι για πολλή ώρα.
- 3 Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ καθόλου.

20. Κούραση ή κόπωση

- 0 Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ό,τι συνήθως.
- 1 Κουράζομαι ευκολότερα από πρώτα.
- 2 Κουράζομαι και δεν μπορώ να κάνω πολλά απ' όσα έκανα παλαιότερα.
- 3 Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα.

21. Μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ

- 0 Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
- 1 Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ό,τι παλαιότερα.
- 2 Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.
- 3 Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

Υποσύνολο σελίδας 3

Υποσύνολο σελίδας 2

Υποσύνολο σελίδας 1

Σύνολο

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

-
- ¹ Zamanzade V., Heydarzade M., Ashvandi K.H., Lak D.S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patient. *Med J Tabriz Univ Sci.* 2007;7: 49-54.
- ² Mowatt, G., Vale L., Perez, J., Wyness, L., Fraser C., Macleod, A., Daly C., Stearn, SC. Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness, and economic evaluation, of home versus hospital or satellite unit hemodialysis for people with end stage renal failure. *Health Technol. Assess* 2003;7(2):1-174
- ³ Mokhtari N., Nasiri M., Mashoof T., KazemNeghad E. A comparative study of hemodialysis patients' QOL from patients' and nurses' perception. *J Med Gilan Univ Sci.* 2003;47: 16-23.
- ⁴ Τσακίρης Δ. Το πρόβλημα της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου. *Επιδημιολογία, αντιμετώπιση, κόστος. Πρόσβαση 15/5/2016 από το <http://health.in.gr/news/various/article/?aid=1231093428>.*
- ⁵ McQuillan R., Trpeski L., Fenton S., Lok C.E. Modifiable risk factors for early mortality on hemodialysis. *International Journal of Nephrology* 2012; Article ID: 435736 6 pages.
- ⁶ Ιωαννίδης Ι. Κλινική Χημεία Ι. Ανάλυση ούρων. Εκδόσεις Γιαχούδη 2004. Θεσσαλονίκη, ISBN: 960-7425-42-1 SET 960-7425-43-X.
- ⁷ Makara-Studzinska M., Koslak A. Depression symptoms among patients with end stage renal disease and among primary health care patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2011;3:5-10.
- ⁸ Shdaifat E.A. Quality of life of caregivers and patients undergoing haemodialysis at ministry of health, Jordan. *International Journal of Applied Science and Technology* 2012;2(3):75-85.
- ⁹ Crow A., Bray D., Harreaves S. Using Psychological Strategies to address Depression in Patients with End-Stage Renal Disease requiring Haemodialysis. *Πρόσβαση 18/5/2016 από http://www.wirralchesterkidney.nhs.uk/document_uploads/Forprofess_Publications/depression_ESRD_crowe_1%5B1%5D.9.10.pdf.*
- ¹⁰ Kimmel P.L., Peterson R.A. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes and needs. *Seminars in Dialysis* 2005; 18(2):91-97.
- ¹¹ Feroze U., Martin D., Reina-Patton A., Kalantar – Zadeh K., Kopple J.D. Mental Health, Depression, and Anxiety in Patients on Maintenance Dialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases* 2010;4(3):173-180.
- ¹² Fairbank J.A., Ebert L.E., Caddell J.M. Posttraumatic stress disorder. In Adams H.E., Stutker P.B. *Comprehensive Handbook of Psychopathology* 3rd edition. 2001. New York: Kluwer Academic pp. 183-210.

-
- ¹³ Ramer S., Germain A., Dohar S., Unruh M. Event-related distress in kidney disease patients. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 0:1-5 doi: 10.1093/ndt/gfr305.
- ¹⁴ Jacobsen P.B., Sandler I.J., Booth-Jones M., Soety E., Weitzer M.A., Fields K.K. Predictors of PTSD symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70:235-240.
- ¹⁵ Mujais S.K., Sabatini, S. Kurtz N.A. Pathophysiology of the uremic syndrome. In B. M. Brenner & F. C. Rector (Ed.), *The Kidney*. Philadelphia: Saunders. 1986.
- ¹⁶ National Kidney Foundation: K/KOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kid Dis* 2002, 39(2 Suppl 1):S1–S266.
- ¹⁷ Μαυρομάτης Π. Άσκηση και Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. *Dialysis – Living* 2005; 13: 22-38.
- ¹⁸ Saggl S.J., Allon M., Bernardini J., Kalantar-Zadeh K., Shaffer R., Mehrotra R. Considerations in the optimal preparation of patients for dialysis. *Nat Rev Nephrol* 2012; Article ID:10.1038/nrneph.2012.66.
- ¹⁹ Χανιώτης Φ, Χανιώτης Δ. Φυσιολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 2009. Αθήνα, [ISBN 978-960-372-1239](#)
- ²⁰ URSDS-U.S. Renal Data System. URSDS 2005 Annual Data Report Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda MD: National Institute of Health, National Institute of Diabetes, Digestive, and Kidney Diseases.
- ²¹ Saydah S., Eberhardt M., Rios-Burrows N. et al. Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors - United States, 1999-2004. *MMWR* 2007; 56:161-165.
- ²² Valdivia J., Gutierrez C., Treto J., Delgado E., Mendez D., et al. Prognostic factors in hemodialysis patients: experience of a Havana hospital. *MEDICC Review* 2013;15(3):11-15.
- ²³ Moeller S., Gioberge S., Brown G. ESRD patients in 2001: global overview of patients, treatment modalities and development trends. *Nephro. Dial. Transplant.*,2002; 17: 2071-2076.
- ²⁴ Lew S.Q., Patel S.S., Psychosocial and quality of life issues in women with end-stage renal disease. *Adv. Chronic Kidney Dis.* 2007; 14: 358–363.
- ²⁵ Collins A.J., Foley R.N., Herzog C., et al. United States Renal Data System 2008 Annual Data Report. *Am J Kidney Dis.* 2009;53:S1-374.
- ²⁶ Σουλιώτης Κ., Παπαβασιλοπούλου Μ., Κωνσταντινίδου Χ., Σπανάκη Α., Αποστολάκη Μ., Ιατρού Χ. Ασφαλιστική κάλυψη θεραπείας ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο. Υιοθέτηση της οικονομικής αξιολόγησης από το ΙΚΑ. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2009; 26(5):668-677.
- ²⁷ Σταυροπούλου Α., Σαρρής Μ. Συντονισμός της πτωματικής μεταμόσχευσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 1993;10: 82-85.
- ²⁸ Ishani A., Collins A.J., Herzog C.A. & Foley R.N. Septicemia, access and cardiovascular disease in dialysis patients: the USRDS Wave 2 study. *Kidney Int.*2005; 68: 311–318.

-
- ²⁹ Daugirdas John T., Blake Peter G., Ihg Todd S. Εγχειρίδιο Αιμοκάθαρσης, 4η έκδοση, επιμέλεια έκδοσης Ζηρογιάννης Π., Σιμέλλα Π., Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, 2008, p 47-86.
- ³⁰ Griva K., Newman St. Quality of life in end - stage renal disease and treatments. In F. Anagnostopoulos & E. Karademas (Ed.), Special Issues in Health Psychology: A Greek Perspective (pp. 97-130). Athens: Livani.2007
- ³¹ Metcalf W., Khan I.H., Prescott G.J., Simpson K., Macleod A.M. Hospitalization in the first year of renal replacement therapy for end-stage renal disease. *Q J Med* 2003;96: 899–909.
- ³² Kurella M., Covinsky K.E., Collins A.J., Chertow G.M.: Octogenarians and nonagenarians starting dialysis in the United States. *Ann Intern Med* 2007;146: 177–183.
- ³³ Burton J.O., Jefferies H.J., Selby N.M., McIntyre C.W.: Hemodialysis-induced cardiac injury: determinants and associated outcomes. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4: 914–920.
- ³⁴ Sniderman A.D., Solhpour A., Alam A., Williams K., Sloand J.A. Cardiovascular death in dialysis patients: Lessons we can learn from AURORA. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5: 335–340.
- ³⁵ Αγραφιώτης Θ. Ο Τεχνητός Νεφρός στη Θεωρία του και στην Πράξη. Αθήνα: Παρισιάνος.1984.
- ³⁶ Moser M., Setaro J.F. Resistant or difficult-to-control hypertension. *New England Journal of Medicine* 2006;355(4):385-392.
- ³⁷ Oka M., Chaboyer W. Dietary behaviours and sources of support in haemodialysis patients. *Clinical Nursing Research* 1999; 8 (4): 302-317.
- ³⁸ Ormandy P. Dialysis: haemodialysis. *Nursing Standard* 1997; 11 (23): 48-56.
- ³⁹ Dingwall R.R. Living with renal failure: the psychological issues. *European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association Journal* 1997; 4: 28-30, 35.
- ⁴⁰ Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J Psychom Res.* 2002; 53: 951–956.
- ⁴¹ Schmidt R.J., Holley J.L. Psychiatric illness in dialysis patients; 2010. Πρόσβαση από http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=mental/5669&selectedTitle=1%7E150&source=search_result.
- ⁴² Mittal S.K., Ahern L., Flaster E., Mittal V.S., Maesaka J.K., Fishbane S. Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. *Am J Nephrol.* 2001; 21(3): 215–220.
- ⁴³ Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry* 2005;162: 2175–2177.
- ⁴⁴ Bargiel – Matusiewicz K. Psychological Influence on the Psychical State of Hemodialysis Patients. *Journal of Physiology and Pharmacology* 2006;57 (S4):33-38.

-
- ⁴⁵ Kutner N. G. Jassal, S. V. Quality of life and rehabilitation of elderly dialysis patients. *Seminars in Dialysis*, 2002;15: 107-112.
- ⁴⁶ Barber B. Representing and supporting members with mental health problems at work. 2009. Πρόσβαση 10/5/2016 από www.tuc.org.uk
- ⁴⁷ Zalai D., Novak M. Depressive Disorders with Chronic Kidney Diseases. *Primary Psychiatry* 2008;15(1):66-72.
- ⁴⁸ Andrade C.P., Sesso R.C. Depression in chronic kidney disease and hemodialysis patients. *Psychology* 2012; 3(1):974-978.
- ⁴⁹ Iacovides A., Foutoulakis K.N., Balsakas E., et al. Relationship of age and psychosocial factors with biological rating in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Aging Clin Exp Res* 2002; 14:354-360.
- ⁵⁰ Ossareh S., tabrizian S., Zebarjadi M., Joodat R.S. Prevalence of depression in maintenance hemodialysis patients and its correlation with adherence to medications. *IJKD* 2014; 8:467-474.
- ⁵¹ Simic Ogrizovic S., Jovanovic D., Dopsaj V., Radovic M., Sumarac Z., Bogavac S.N., et al. Could depression be a new branch of MIA syndrome? *Clin Nephrol* 2009; 71(2):164-172.
- ⁵² Grant D., Almond M.K., Newnham A., Roberts, P., Hutchings A. The Beck Depression Inventory requires modification in scoring before use in a haemodialysis population in the UK. *Nephron Clin Pract* 2008; 110(1):c33-38.
- ⁵³ Stasiak C.E.S., Bazan K.S., Kuss R.S., Schuinski A.F.M., Baroni G. Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. *J Bras Nefrol* 2014; 36(3):325-331.
- ⁵⁴ Walters B.A., Hays R.D., Spritzer K.L., Fridman M., Carter W.B. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis* 2002; 40(6):1185-1194.
- ⁵⁵ Watnick S., Kirwin P., Mahnensmith R., Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003; 41(1):105-110.
- ⁵⁶ Newman S. Self management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004;364(9444):1523-1537.
- ⁵⁷ Patel M.L., Sachan R., Surendra A.N. Anxiety and Depression – A Suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance Hemodialysis. *International Journal of Scientific and Research Publications* 2012;2(3):1-6
- ⁵⁸ Dogan E, Erkoç R, Eryonucu B, Sayarlioglu H, Agargun MY. Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients. *Ren Fail.* 2005; 27(6): 695–699.
- ⁵⁹ Hedayati SS, Grambow SC, Szczech LA, Stechuchak KM, Allen AS, Bosworth HB. Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 2005; 46(4): 642–649.
- ⁶⁰ Nesse R.M. Is depression an adaptation? *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 14-20.

-
- ⁶¹ Davison SN, Jhangri GS. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 465-473.
- ⁶² Welch J.L., Austin J.K. Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33 (2): 200-207.
- ⁶³ Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 839-852.
- ⁶⁴ Lazarus R S. Coping theory and research, past, present and future. *Psychosom Med* 1993; 55: 234- 247.
- ⁶⁵ Maslach C, Shaufeli W, Leiter M, Goldberg J. Job burnout: new directions in research and intervention. *Curr Dir Psychol Sci* 2003;12:189–192.
- ⁶⁶ Depner T. “Artificial” hemodialysis versus “natural” hemofiltration. *Am J Kidney Dis* 2008;52:403–406.
- ⁶⁷ Khan M.A., Ahmad M., Mir S. Insomnia in Patients of Chronic Renal Failure on Hemodialysis. *Ann Pak Inst Med Sci* 2011;7(4):165-168.
- ⁶⁸ Cukor D., Cohen S.D., Peterson R.A., Kimmel P.L. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology* 2007;18:3042-3055.
- ⁶⁹ Harwood L., Wilson B., Locking -Cusolito H., Sontrop J., Spittal J. Stressors and Coping in Individuals with Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal* 2009; 36 (3): 265-301.
- ⁷⁰ Zubida A., Alshara M. Assessment of Psychological Feelings and Quality of Life in Renal Failure and Dialysis Patients. *Nature and Science* 2012;10(12):128-132.
- ⁷¹ Jeantieu M., Gaillant F., Antonini F., Azoulay E., Martin C., Thomas P., et al. Postoperative pain and subsequent Ptasd-related symptoms in patients undergoing lung resection for suspected cancer. *J Thorac Oncol* 2014; 9:362-369.
- ⁷² American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV- Text Revision*. 2000. New York: APA.
- ⁷³ Haagsma J.A., Polinder S., Olf M., Toet H., Bonsel G.J., van Beeck E.F. Posttraumatic stress symptoms and health-related quality of life: a two year follow up study of injury treated at the emergency department. *BMC Psychiatry* 2012; 12:1. Doi:10.1186/1471244X-12-1
- ⁷⁴ Dew M.A., Kormos R.L., DiMartini A.F., Switzer G.E., Schulberg H.C., Roth L.H., et al. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2001; 42:300-319.
- ⁷⁵ Weisberg R.B., Bruce S.E., Machan J.T., Kessler R.C., Culpepper L., Keller M.B. Nonpsychiatric illness among primary care patients with trauma histories and PTSD. *Psychiatric Services* 2002; 53:848.
- ⁷⁶ Zayfert C., Dums A.R., Ferguson R.J., Hegel M.T. Health functioning impairment associated with PTSD, anxiety disorders and depression. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 2002; 190:233-240.

-
- ⁷⁷ O'Reily S.M., Grubb M., O'Carroll R.E. Long-term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infraction. *Br J Clin Psychol* 2004; 43:83-95.
- ⁷⁸ Ladwig K.H., Baumert J., Marten-Mittag B., Kolb C., Zrenner B., Schmitt C. Posttraumatic symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators: Results from the prospective living with an implanted cardioverter-defibrillator study. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 64:1324-1330.
- ⁷⁹ Gamper G., Willeit M., Sterz F., Herkner H., Zoufaly A., Hornik K., Havel C., et al. Life after death: Posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest-Prevalence, associated factors, and the influence of sedation and analgesia. *Crit Care Med* 2004; 32:378-383.
- ⁸⁰ Marke V., Bennett P., Predicting post-traumatic stress disorder following first onset acute coronary syndrome: Testing a theoretical model. *Br J Clin Psychol* 2013; 52:70-81.
- ⁸¹ Pujol J.L., Plassot C., Merel J.P., Arnaud E., Launay M., Daures J.P., et al. Post-Traumatic stress disorder and health-related quality of life in patients and their significant other facing lung cancer diagnosis: intrusive thoughts as key factors. *Psychology* 2013; 4(6A1):1-7.
- ⁸² Possemato A.K., Geller P.A. Web Resources for Transplantation Candidates, Recipients and Donors. *Progress in Transplantation* 2007;17.:161-166.
- ⁸³ Tagay S., Kribben A., Hohenstein A., Mewes R., Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2007; 50(4):594-601.
- ⁸⁴ Hyre A.D., Cohen A.J., Kutner M., Alper A.B., Muntner P. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among hemodialysis patients following Hurricane Katrina. *Am J Kidney Dis* 2007; 50(4):585-593.
- ⁸⁵ Cohen S.D., Norris L., Acquaviva K., Peterson R.A., Kimmel P.L. Screening, diagnosis and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2:1332-1342.
- ⁸⁶ Hayriye B., Ilhan Y. Depression, Anxiety Disorders, Quality of Life and Stress Coping Strategies in Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2012;22(2):167-176.
- ⁸⁷ Tedstone J.E., Tarrier N. PTSD following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review* 2003; 23:409-448.
- ⁸⁸ Cheng K., Kwa L. Role of Dietitian in Renal Rehabilitation. *Medical Section* 2003; 8(2):8.
- ⁸⁹ Stewart A.M., Kelly B., Robinson J.D., Callender C.O. The Howard university hospital transplant and dialysis support group: twenty years and going strong. *International Journal of Group Psychotherapy* 1995; 45 (4): 471-488.
- ⁹⁰ Chau K.F., Chak W.L., Wong M.K. Choi K.S., Wong K.M., Chan Y.H., et al. Rehabilitation of Patients with End-stage Renal Disease. *Medical Section* 2003; 8(2): 3-6.
- ⁹¹ Law S.S.M. Role of Medical Social Worker in Renal Rehabilitation. *Medical Section* 2003; 8(2):9.

-
- ⁹² Bahmani B., Najjar M.M., Sayyah M., Shafi-Abadi A., Kashani H.H. The effectiveness of cognitive-existential group therapy on increasing hope and decreasing depression in women-treated with haemodialysis. *Global Journal of Health Science* 2016; 8(6):219-225.
- ⁹³ Kimmel P.L. Psychosocial factors in dialysis patients. *Nephrology forum Kidney International* 2001;59:1599-1613.
- ⁹⁴ Rickels K., Rynn M. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 14:9-16.
- ⁹⁵ Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:147-155.
- ⁹⁶ Diefenthaler EC, Wagner MB, Poli-de-Figueiredo CE, Zimmermann PR, Saitovitch D. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30: 99-103.
- ⁹⁷ Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993;4:12-27.
- ⁹⁸ Mystakidou K., Tsillika E., Parpa E., Galanos A., Vlahos L. Psychometric properties of the Impact Event Scale in Greek cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(4):545-561.
- ⁹⁹ Lykouras L., Oulis P., Adrachta D., Daskalopoulou E., Kalfakis N., Triantaphyllou N., et al. Beck Depression Inventory in the detection of depression among neurological inpatients. *Psychopathology* 1998; 31(4):213-219.
- ¹⁰⁰ Cronback L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951, 6:297–334.
- ¹⁰¹ Nunnally J.C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill New York