



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θέμα: Διαταραχές της ψυχικής υγείας στη χρόνια νεφρική νόσο
τελικού σταδίου-Ιδιαιτερότητες στην αιμοκάθαρση.**

Νάστου Χρυσούλα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή

- Στεφανίδης Ιωάννης, Καθηγητής Νεφρολογίας Παθολογίας, Επιβλέπων.
- Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής
- Σακκάς Γεώργιος, Καθηγητής ΤΕΦΑΑ

Λάρισα, Φεβρουάριος 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



**Mental health disorders in end-stage chronic kidney disease -
specialties in dialysis.**

Λάρισα, Φεβρουάριος 2020

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τη μελέτη των διαταραχών της ψυχικής υγείας στη χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου, καθώς επίσης και τις ιδιαιτερότητες στη αιμοκάθαρση.

Στο πρώτο κεφάλαιο προσδιορίζεται η έννοια της νεφρικής ανεπάρκειας και της εξέλιξή της ως χρόνιας νόσου τελικού σταδίου. Επίσης αναφέρονται οι μέθοδοι υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας καθώς επίσης και η μεταμόσχευση νεφρού σαν την καλύτερη θεραπευτική επιλογή των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται διαχωρισμός της ψυχικής υγείας από την ψυχική ασθένεια και προσδιορίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της ψυχολογίας των ασθενών με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο. Επίσης αναφέρονται οι ψυχικές διαταραχές και οι παράμετροι που τις προκαλούν.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά των ιδιαιτεροτήτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που εντάσσονται στην αιμοκάθαρση. Τονίζεται ότι η διαδικασία της προσαρμογής επέρχεται σταδιακά και η μετάβαση από το στάδιο της προσαρμογής στο στάδιο της αποδοχής είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων

Τέλος παρουσιάζεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε

Abstract

This thesis deals with the study of the mental health disorder of people with chronic end-stage renal disease, as well as the particularities in dialysis.

At the first chapter, it is determined the meaning of renal failure and its progression to the end-stage disease, in addition, the supplemental methods of renal function are mentioned, as well as kidney transplantation, as being the best therapeutic option for patients with chronic end-stage renal disease.

At the second chapter, the meaning of the mental health disorder is separated from the mental illness and the factors that modulate the psychology of patients with chronic end-stage renal disease are determined. Moreover, the types of mental disorders are mentioned as well as their causal factors.

At the third chapter reference is made to the specific situations and features that people who integrate in dialysis have to confront with. It is important to mention that the procedure of adjustment and acceptance of their disease comes gradually and depends on many and different factors.

Finally the bibliography used is presented.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην προσπάθεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας:

- Ιδιαίτερα τον καθηγητή κ. Ιωάννη Στεφανίδη για τη συνεισφορά το στην επιλογή του θέματος ,στην οργάνωση και την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.
- Την κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου για τις επιστημονικές γνώσεις που μου προσέφερε
- Τον κ. Γεώργιο Σακκά για τη συμβολή του με το επιστημονικό του ενδιαφέρον

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	iii
Abstract.....	iv
Ευχαριστίες.....	v
1. Εισαγωγή	1
2. Ανατομία και Φυσιολογία των Νεφρών	2
2.1 Ανατομία των νεφρών.....	2
2.2 Λειτουργία των νεφρών	4
2.3 Η Οξεία Νεφρική Βλάβη	5
3. Χρόνια Νεφρική Νόσος.....	8
3.1 Τα συμπτώματα της χρόνιας νεφρικής νόσου	8
3.2 Αίτια της χρόνιας νεφρικής νόσου.....	9
3.3 Επιδημιολογία της χρόνιας νεφρικής νόσου	11
3.4 Επιπλοκές της ΧΝΝ.....	11
3.5 Τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου(ΤΣΧΝΝ).....	12
3.6 Υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας	13
4. Ορισμός της Ψυχικής Υγείας.....	22
5. Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της ψυχολογίας των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.....	24
5.1 Ο ρόλος της οικογένειας	26
5.2 Άρνηση	27
5.3 Φόβος.....	28
5.4 Άγχος.....	29

5.5 Ενοχές	30
5.6 Κατάθλιψη	31
5.6.1 Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της κατάθλιψης	32
5.6.2 Συμπτώματα της κατάθλιψης.....	33
6. Διαταραχές που αφορούν τη σίτιση	39
6.1 Ελάττωση ή απώλεια της libido	41
6.2 Έλλειψη συμμόρφωσης	42
6.3 Παραληρητικές ιδέες	42
6.4 Έκπτωση της γνωστικής ικανότητας	43
7. Ιδιαιτερότητες στην αιμοκάθαρση	44
7.1 Επαγγελματική απασχόληση	46
7.2 Βιολογικοί παράγοντες	47
7.3 Ψυχολογικοί παράγοντες	48
7.4 Κατάθλιψη και θνησιμότητα.....	49
7.5 Άλλες ψυχικές διαταραχές	49
7.6 Περίοδος του μήνα του μέλιτος	50
7.7 Περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης.....	51
7.8 Περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής	52
8. Θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	54
8.1 Προγράμματα άσκησης	54
8.2 Ο ρόλος της οικογένειας και των φροντιστών	55
9. Συζήτηση.....	57
10. Συμπεράσματα	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59

Συντομογραφίες

XNN - Χρόνια Νεφρική Νόσος

ONA - Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια

ΤΣΧΝΝ - Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσο

ΤΣΧΝΑ - Τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

ΠΚ - Περιτοναϊκή Κάθαρση

ΑΚ - Αιμοκάθαρση

TN - Τεχνητό Νεφρό

ΥΣΕ - Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου

ΕΟΜ - Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

RLS - Restless Legs Syndrome

1. Εισαγωγή

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος αποτελεί μια πρόκληση για την εποχή μας Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και η ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει αυξήσει σημαντικά το μέσο όρο ζωής για τους ανθρώπους που νοσούν από κάποια ασθένεια. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων. Η διαβίωση με ψυχικές διαταραχές προσθέτει επιβάρυνση στην έκβαση της νόσου.

Η ασθένεια επιφέρει αλλαγές στον καθημερινό τρόπο διαβίωσης ,απειλεί το αίσθημα της αυτοεκτίμησης και της αξιοπρέπειας και διαταράσσει το βιολογικό κύκλο της ζωής των ασθενών αυτών. Η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας είναι σημαντική γιατί θα επιτρέψει όχι μόνο τη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης αλλά θα στηρίξει και ολόκληρη την οικογένεια. Η υποστήριξη από την οικογένεια θα βοηθήσει τον ασθενή να διανύσει ομαλά τις επιπτώσεις από την εξέλιξη της νεφρικής νόσου

Η διασφάλιση της ψυχικής υγείας πρέπει να είναι σκοπός των επαγγελματιών υγείας και αυτό γιατί η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αποβλέπει στην καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

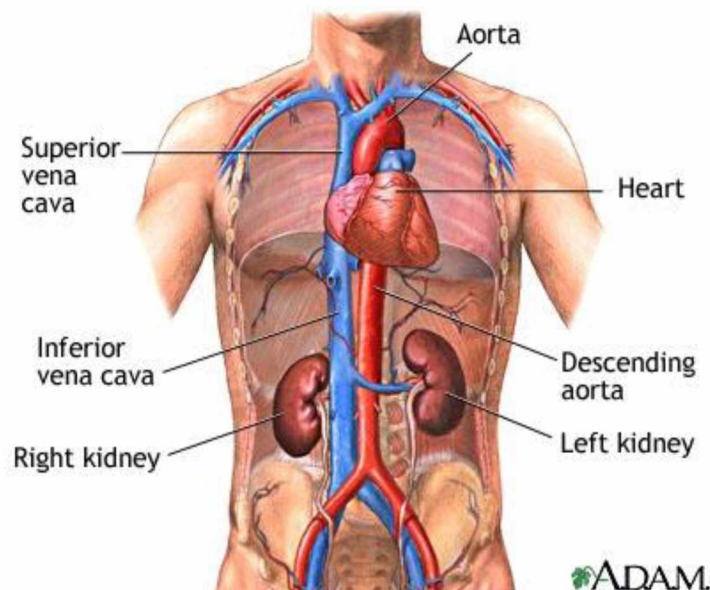
Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της ψυχικής υγείας των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου η ανίχνευση των διαταραχών της και οι επιδράσεις στη λειτουργικότητά τους. Αν και η νεφρική ανεπάρκεια αντιμετωπίζεται με τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης εν τούτοις η ψυχολογική επιβάρυνση δεν εκλείπει λόγω των σωματικών δυσχερειών που επιφέρει η νόσος αλλά και η άμεση εξάρτηση από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα.

2. Ανατομία και Φυσιολογία των Νεφρών

2.1 Ανατομία των νεφρών

Οι νεφροί αποτελούν δύο από τα πιο ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος και βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης ο ένας δεξιά και ο άλλος αριστερά, στο ύψος του 12^{ου} θωρακικού και 3^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου. Ο δεξιός νεφρός βρίσκεται μισό σπόνδυλο πιο χαμηλά από τον αριστερό γιατί πιέζεται προς τα κάτω από το ήπαρ. Κάθε νεφρός έχει βάρος 120-300 γραμ., μήκος 10-12 εκ., πλάτος 5-6 εκ και πάχος περί τα 4 εκ.



Εικόνα 1. Επιφανειακή ανατομία των νεφρών

Ο κάθε νεφρός έχει 2 επιφάνειες μια πρόσθια και μια οπίσθια, 2 πόλους τον άνω και τον κάτω και 2 χείλη το έξω και το έσω. Στο έσω χείλος παρουσιάζει ένα άνοιγμα, την πύλη, από την οποία εισέρχονται οι κλάδοι της νεφρικής αρτηρίας και τα νεύρα και εξέρχονται κλάδοι της νεφρικής φλέβας μαζί με τη νεφρική πύελο.

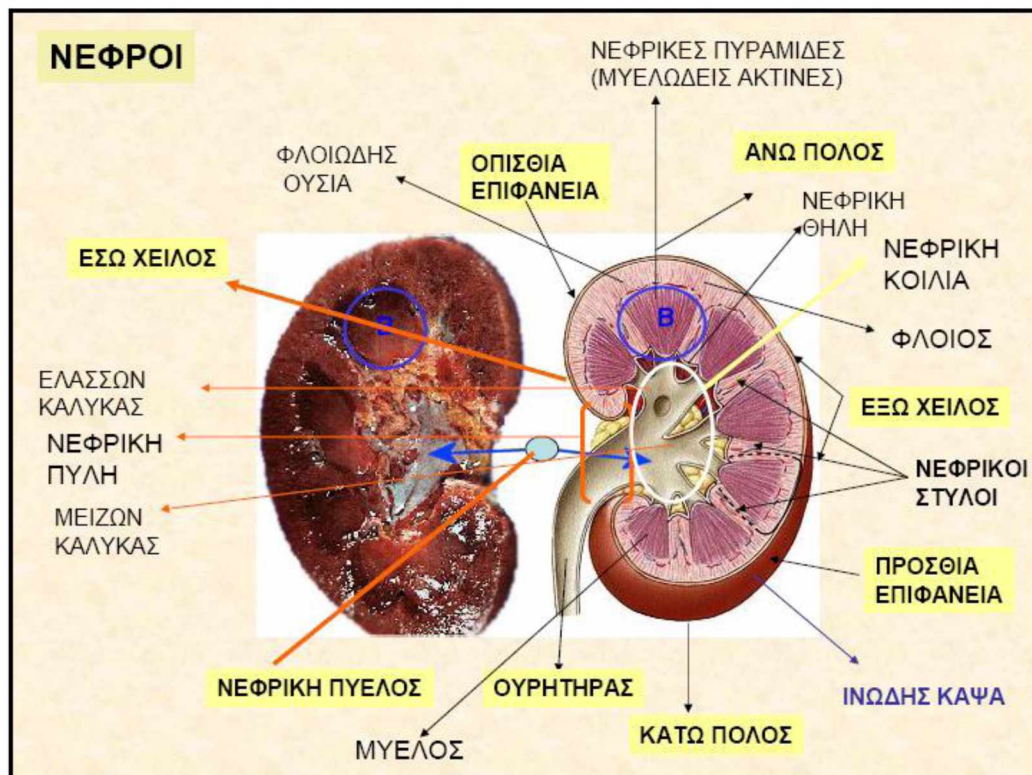
Η πρόσθια επιφάνεια του νεφρού καλύπτεται από το περιτόναιο.

Η οπίσθια πλευρά και των δύο νεφρών ακουμπά στο διάφραγμα, στη 12^η πλευρά και στους μυς του οπίσθιου τοιχώματος της κοιλιάς.

Στον άνω πόλο ακουμπά το επινεφρίδιο

Ο νεφρός περιβάλλεται από μία ινώδη κάψα που συνδέεται με αυτόν με χαλαρό συνδετικό ιστό, που αποκολλάται εύκολα. Στην πύλη, η ινώδης κάψα συνδέεται με τα αγγεία του νεφρού, τα οποία πορεύονται στη νεφρική κοιλία. Το νεφρικό παρέγχυμα αποτελείται από τους νεφρώνες, τα αθροιστικά σωληνάρια και ένα εκτεταμένο δίκτυο τριχοειδών.

Στην εγκάρσια διατομή του νεφρού διακρίνονται 2 ζώνες:



Εικόνα 2.

<https://biologynet.files.wordpress.com/2012/01/cebdceb5cf86cf81cebfceaf.png>

Εξωτερικά τη φλοιώδη

Και εσωτερικά τη μυελώδη. Η μυελώδης ζώνη αποτελείται αρχικά από αρκετούς νεφρικούς λοβούς, κάθε ένας από τους οποίους σχηματίζει μία πυραμίδα. Οι κορυφές αυτών των 5-11 πυραμίδων καλούμενες νεφρικές θηλές προβάλλουν μέσα στη νεφρική κοιλία.

Ο νεφρός στηρίζεται στη θέση του περιβαλλόμενος από τη νεφρική περιτονία και το περινεφρικό λίπος. Η νεφρική περιτονία έχει ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο πέταλο, τα οποία κατά το έξω χείλος του νεφρού συνέχονται μεταξύ τους.

Η νεφρική αρτηρία είναι η κύρια πηγή αιμάτωσης του νεφρού. Μέσα στη νεφρική ουσία υπάρχουν οι διακλαδώσεις της νεφρικής αρτηρίας, οι τοξοειδείς αρτηρίες.

Νεφρώνες

Η λειτουργική μονάδα του νεφρού είναι ο νεφρώνας. Στον κάθε νεφρό υπάρχουν περίπου ένα εκατομμύριο νεφρώνες. Ο νεφρώνας αποτελείται από το αγγειώδες σπείραμα, την κάψα του Bowman, και ένα σύστημα σωληναρίων, το εσπειραμένο σωληνάριο πρώτης τάξης, την αγκύλη του Henle, το εσπειραμένο σωληνάριο δεύτερης τάξης και τον αθροιστικό πόρο. Μέσα στο φλοιό βρίσκονται το αγγειώδες σπείραμα, το εσπειραμένο σωληνάριο πρώτης και δεύτερης τάξης και το μεγαλύτερο μέρος της αγκύλης του Henle. Ενώ ο αθροιστικός πόρος και το βαθύτερο μέρος της αγκύλης του Henle βρίσκονται μέσα στο μυελό (Σαχίνη Καρδάση, Πάνου, 1994).

2.2 Λειτουργία των νεφρών

Η βασική λειτουργία των νεφρών είναι η διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού δηλαδή η διατήρηση σταθερού εσωτερικού περιβάλλοντος. Αυτό επιτυγχάνεται διατηρώντας σταθερό τον όγκο και τη σύσταση των διαλυμάτων του ανθρώπινου σώματος και εξισορροπώντας τις τυχόν διακυμάνσεις που προκύπτουν από τη λήψη τροφής, τον κυτταρικό μεταβολισμό και άλλους παράγοντες όπως είναι η σωματική κόπωση και το περιβάλλον.

Οι κύριες λειτουργίες των νεφρών είναι: α) Ρυθμιστική με την οποία διατηρείται σταθερή η ομοιοσύσταση του σώματος β) Απεκκριτική με την οποία αποβάλλονται τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού ή άλλες ουσίες όπως φάρμακα

γ) Παράγουν και εκκρίνουν ένζυμα και ορμόνες που είναι σημαντικά για τη ρύθμιση λειτουργιών άλλων οργάνων

Ο κύριος ρόλος των νεφρών είναι η απομάκρυνση από τον ανθρώπινο οργανισμό των άχρηστων ουσιών με τη μορφή των ούρων. Τα ούρα συγκεντρώνονται στη ουροδόχο κύστη και εξέρχονται από το σώμα μέσω της ουρήθρας.

Η νεφρική ανεπάρκεια ή νεφρική βλάβη όπως έχει επικρατήσει να λέγεται είναι η αδυναμία των νεφρών να επιτελέσουν σημαντικές λειτουργίες όπως το φιλτράρισμα του αίματος και η απέκκριση των βλαβερών στοιχείων και ουσιών. Μπορεί να είναι οξεία και χρόνια.

2.3 Η Οξεία Νεφρική Βλάβη

Ως οξεία νεφρική βλάβη ορίζεται η προοδευτική και αιφνίδια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα την αδυναμία αποβολής των τοξικών ουσιών και την ανεπαρκή ρύθμιση της ομοιόστασης υγρών και ηλεκτρολυτών. Παρά τη μεγάλη πρόοδο που παρατηρείται τα τελευταία έτη σχετικά με τις μεθόδους αντιμετώπισης της οξείας νεφρικής βλάβης ένα μεγάλο μέρος αυτών των ασθενών (85%) νοσηλεύεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Η θνητότητα των ασθενών αυτών ανέρχεται σε ποσοστό 50% (de Mendona, et al., 2001).

Η πλειοψηφία των ασθενών (ποσοστό 60%) καταλήγουν σε ONB (οξεία νεφρική βλάβη) λόγω μείωσης της νεφρικής αιμάτωσης και ενδονεφρικής ισχαιμικής βλάβης που οδηγούν σε οξεία σωληναριακή νέκρωση. Επιπλέον η ισχαιμική ONB μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών συστηματικών και ενδονεφρικών κυκλοφορικών παραγόντων, όπως η απότομη και ταχεία απώλεια αίματος ή εξωκυτταριων υγρών και η χαμηλή καρδιακή παροχή μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ONB αποσκοπεί στη διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, την αναστολή της εξέλιξης της νεφρικής βλάβης και την ενίσχυση της φυσιολογικής αποκατάστασης των νεφρικών διαταραχών (Μάτζιου - Μεγαπάνου, χχ).

Τα συμπτώματα της οξείας νεφρικής βλάβης

- Μικρή ή καθόλου παραγωγή ούρων
- Οίδημα που εντοπίζεται κυρίως στα κάτω άκρα
- Ανορεξία
- Ανησυχία, άγχος, σύγχυση, υπνηλία
- Δύσπνοια, πόνος στον θώρακα

Αίτια της οξείας νεφρικής βλάβης

Η αιτιολογία εμφάνισης της νόσου είναι ποικίλη και διακρίνεται ανάλογα με την αιτία που την προκάλεσε σε:

- a. προνεφρική
- b. ενδονεφρική
- c. μετανεφρική

Προνεφρικά αίτια: Η συχνότερη αιτία είναι η ελάττωση του κυκλοφορούντος όγκου υγρών λόγω μεγάλων απωλειών αίματος όπως συμβαίνει σε αιμορραγίες από το γαστρεντερικό, εγκαύματα, σηψαιμία ,νεφρική βλάβη φαρμακευτικής αιτιολογίας. Η μεγάλη απώλεια του όγκου των υγρών έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της νεφρικής αιμάτωσης και κατά συνέπεια τη μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) και άλλων αζωτούχων ουσιών.

Ενδονεφρικά αίτια: Οφείλονται σε παθήσεις του νεφρικού παρεγχύματος και η συχνότητά τους κυμαίνεται από 10-30%. Τα νεφρικά αίτια αφορούν βλάβες του νεφρού που προσβάλλουν μικρά και μεγάλα αγγεία ,τα σωληνάκια και το διάμεσο ιστό. Στις παθήσεις των μικρών αγγείων είναι οι αγγειίτιδες, η κακοήθης υπέρταση, η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, ενώ στις παθήσεις των μεγάλων αγγείων οι θρομβώσεις και οι εμβολές. Η οξεία σωληναριακή νέκρωση και οι παθήσεις που προκαλούν διήθηση του νεφρικού παρεγχύματος προκαλούν ONB.

Μετανεφρικά αίτια: Συνήθως η αιτία είναι η απόφραξη της ροής των ούρων και είναι είτε νεφρικά είτε εξωνεφρικά (πύελος, ουρητήρες, ουρήθρα). Τα αίτια αυτά είναι λιγότερο συχνά και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά.

Θεραπευτική αντιμετώπιση ONB: Η θεραπεία της ONB περιλαμβάνει τη διάγνωση των αιτιών που την προκαλούν αλλά και την έγκαιρη αντιμετώπισή τους ,καθώς επίσης την αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος και τη διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας. Η άμεση και προσεκτική αποκατάσταση του όγκου των υγρών, η χορήγηση διουρητικών σε κατακράτηση υγρών ή αντιυπερτασικών σε υπέρταση, καρδιοτονοτικών ή ακόμα και η αιμοκάθαρση αποτελούν τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

3. Χρόνια Νεφρική Νόσος

Σύμφωνα με τον ορισμό της National Kidney Foundation (NKF) το 2002 νεφρική νόσος ορίζεται όχι μόνο η ελαττωμένη νεφρική λειτουργία αλλά και η ύπαρξη νεφρικής βλάβης από ευρήματα βιοψίας νεφρού ή παθολογικό ίζημα ούρων, λευκωματουρία ή παθολογικά ευρήματα σε απεικονιστικό έλεγχο του ουροποιητικού συστήματος χωρίς ελάττωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Η παρουσία λευκωματουρίας ή μικρολευκωματινουρίας αποτελεί ένδειξη για την ύπαρξη ΧΝΝ και έχει σημαντική επίπτωση στη διάγνωση της νεφρικής νόσου (Papoulidou, et al., 2008).

Η Χρόνια νεφρική νόσος είναι μία κατάσταση που εξελίσσεται σιωπηρά και αφορά την προοδευτική ελάττωση της λειτουργίας των νεφρών

Υπολογίζεται ότι 1 στους 9 ενήλικες μπορεί να πάσχει από χρόνια νεφρική νόσο. Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια υπολογίζεται ότι αυξάνονται κατά 2% ετησίως (Παπουλίδου, Ποικιλίδου, 2008).

Στη ΧΝΝ η νεφρική ανεπάρκεια αντιμετωπίζεται συντηρητικά με κατάλληλη διαίτα, περιορισμό του νατρίου στις τροφές, φαρμακευτική αγωγή. Στην πορεία όμως παρατηρείται μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας.

Αντίθετα με την οξεία νεφρική βλάβη, στη χρόνια ανεπάρκεια, οι νεφρώνες, τα μικροσκοπικά φίλτρα δηλαδή που περιέχει ο κάθε νεφρός, αρχίζουν να καταστρέφονται και από ένα σημείο και μετά ανεπαρκούν, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να επιτελέσουν σωστά τον ρόλο τους

3.1 Τα συμπτώματα της χρόνιας νεφρικής νόσου

Στα πρώτα στάδια της νόσου, τα οποία μπορεί να διαρκέσουν από λίγους μήνες έως 30 χρόνια, οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν κανένα σύμπτωμα. Αυτό ονομάζεται «σιωπηλή» φάση της νόσου. Όσο, όμως, η νόσος γίνεται πιο σοβαρή, τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν είναι:

- Μειωμένη παραγωγή ούρων

- Οίδημα κάτω άκρων
- Κούραση, υπνηλία, καταβολή
- Ναυτία ή και έμετοι
- Ανορεξία
- Πονοκέφαλος και προβλήματα ύπνου
- Απώλεια βάρους

3.2 Αίτια της χρόνιας νεφρικής νόσου

Τα συχνότερα αίτια είναι:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I και τύπου II (αποτελεί το 32% των περιπτώσεων)
- Η υπέρταση
- Κληρονομικές παθήσεις των νεφρών με συχνότερη την πολυκυστική νόσο.
- Σπειραματονεφρίτιδες αποτελούν το 29% των περιπτώσεων(φλεγμονές που επηρεάζουν τη δομή των σπειραμάτων)
- Στένωση νεφρικών αρτηριών
- Λιθιάσεις νεφρών
- Λοιμώξεις (πυελονεφριτιδα)
- Τοξίνες και φάρμακα. Χρόνια κατάχρηση αναλγητικών αλλά και αντιβιοτικών όπως οι αμινογλυκοσίδες μπορεί να προσβάλλουν μόνιμα τη νεφρική λειτουργία.
- Η μακροχρόνια ή κακώς ελεγχόμενη υψηλή αρτηριακή πίεση

Η βελτίωση ενός ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της νεφρικής βλάβης και για αυτό πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς με ΧΝΝ.

Διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως η χορήγηση φαρμάκων για την επαρκή ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης, η εφαρμογή διαφόρων διαιτητικών περιορισμών, η μείωση του σωματικού βάρους μπορεί να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας δεν αποτελούν όμως εμπόδιο στην εξέλιξη της σε χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΤΣΧΝΝ)

XNN

Η χρόνια νεφρική νόσος ορίζεται είτε ως μη αναστρέψιμη νεφρική βλάβη, είτε ως μειωμένη νεφρική λειτουργία για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών και διακρίνεται με βάση το ρυθμό πειραματικής διήθησης (GFR) σε πέντε στάδια (National Kidney Foundation, 2002) (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Στάδια χρόνιας νεφρικής νόσου

Στάδια	Περιγραφή	Ρυθμός πειραματικής διήθησης (GFR) ml/min/1,73m ²
1	Νεφρική βλάβη με φυσιολογικό ή αυξημένο GFR	>90
2	Νεφρική βλάβη με μικρή μείωση του GFR	60-89
3	Μέτρια μείωση του GFR	30-59
4	Σοβαρή μείωση του GFR	15-29
5	Νεφρική ανεπάρκεια	<15 απαραίτητη η υποκατάσταση

- Στάδιο I: οι νεφροί διατηρούν ικανοποιητικά την απεκκριτική και ρυθμιστική τους λειτουργία
- Στάδιο II: Αρχίζει να εκπίπτει η νεφρική λειτουργία. Οι ασθενείς αν και είναι ασυμπτωματικοί διαπιστώνεται εργαστηριακά μικρή αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης ορού καθώς επίσης και ήπια αναιμία.
- Στάδιο III: Υπάρχει πολουρία, νυκτουρία και υπάρχει κατακράτηση τοξικών ουσιών και οξέων, υπασβεστιαμία, αύξηση του φωσφόρου.
- Στάδιο IV: Υπάρχουν εκδηλώσεις απ' όλα τα συστήματα και εμφανίζεται το ουραιμικό σύνδρομο. Αυξημένη ουρία και κρεατινίνη
- Στάδιο V: ένταξη στην εξωνεφρική κάθαρση.

3.3 Επιδημιολογία της χρόνιας νεφρικής νόσου

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος παρατηρείται περισσότερο σε αναπτυγμένες κοινωνίες όπως η Η.Π.Α., η Ευρώπη, ο Καναδάς και όχι σε αναπτυσσόμενες όπως είναι οι περιοχές της Αφρικής και της Ινδίας. Η ΧΝΝ σε όλα τα στάδια της αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Στις Η.Π.Α. περίπου 20 εκατομμύρια άτομα έχουν ΧΝΝ, δηλαδή ποσοστό περίπου 11% των ενηλίκων και η συχνότητα της ΧΝΝ είναι συχνότερη στα άτομα μεγάλης ηλικίας, στους διαβητικούς και στους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο (Παπουλίδου, Ποικιλίδου, 2008).

Σύμφωνα με μελέτες από την ετήσια έκθεση των Αμερικανικών αρχείων νεφρικής καταγραφής το 2005 υπήρξαν 102.567 νέα περιστατικά με τελικού σταδίου ΧΝΝ για το 2003 το οποίο αντιστοιχεί ετησίως σε 341 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού (Coresh, et al., 2003).

3.4 Επιπλοκές της ΧΝΝ

- **Αναιμία**

Η αναιμία στη ΧΝΝ εμφανίζεται όταν υπάρχει πτώση της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας στο 50-60%. Οι ασθενείς με ΧΝΝ ανέχονται καλύτερα την αναιμία σε σχέση με την αναιμία που παρουσιάζουν ασθενείς με διαφορετική νόσο. Αυτό συμβαίνει γιατί η μείωση του αιματοκρίτη στη ΧΝΝ είναι σταδιακή και δίνει τα χρονικά περιθώρια στον οργανισμό να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Η κύρια αιτία της αναιμίας είναι η ελλιπής παραγωγή ερυθροποιητίνης η οποία κατά κύριο λόγο παράγεται στους νεφρούς. Η αναιμία είναι νορμόχρωμη και νορμοκυτταρική.

Η αναιμία εκδηλώνεται με αδυναμία, μείωση της ικανότητας άσκησης, υπνηλία. Επίσης από το καρδιαγγειακό σύστημα έχουμε αύξηση του μεγέθους της καρδιάς και αύξηση της καρδιακής παροχής.

Η βελτίωση της αναιμίας στη ΧΝΝ συνοδεύεται και από τη βελτίωση πολλών συμπτωμάτων της ΧΝΝ.

- **Υπέρταση**

Ένας από τους παράγοντες που προκαλούν υπέρταση είναι η αύξηση του εξωκυττάριου όγκου λόγω κατακράτησης νατρίου και νερού. Η καρδιαγγειακή νόσος θεωρείται από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου σε ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο. Η συστηματική υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων.

- **Μυοσκελετικές διαταραχές**

Η έλλειψη του ασβεστίου αυξάνει την έκκριση παραθορμόνης η οποία προκαλεί αύξηση της λύσης των οστών. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μείωση της οστικής μάζας. Αυτός είναι ο λόγος που οι ασθενείς είναι επιρρεπής σε αυτόματα κατάγματα.

3.5 Τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου (ΤΣΧΝΝ)

Το ΤΣΧΝΝ περιλαμβάνει το στάδιο 5 σύμφωνα με την ταξινόμηση National Kidney Foundation (NKF 2002) και ορίζεται ως μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας ενός ατόμου, η οποία είναι τόσο σοβαρή ώστε να αποβεί θανατηφόρα αν δεν αντιμετωπιστεί με υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή) ή θεραπεία με νεφρική μεταμόσχευση.

Στο τελικό στάδιο η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια προσεγγίζει έκπτωση κατά 85-90% της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας. Τότε εκδηλώνεται το ουραιμικό σύνδρομο. Το ουραιμικό σύνδρομο περιλαμβάνει ένα σύνολο συμπτωμάτων και σημείων που οφείλονται στην τοξική δράση των αυξημένων επιπέδων των αζωτούχων ενώσεων(ουραιμικές τοξίνες) και των υπολοίπων άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού που κατακρατούνται λόγω της νεφρικής δυσλειτουργίας. Οι ουραιμικοί ασθενείς αναφέρουν συμπτώματα ναυτίας και εμέτων σε βαθμό που η λήψη τροφής τους κάνει να αισθάνονται άρρωστοι. Επιπλέον τις περισσότερες φορές περιγράφουν αίσθημα κόπωσης, αδυναμίας και μεταβολές σε επίπεδο προσωπικότητας που συνοδεύονται από μεταβολές σε επίπεδο συνείδησης (Καρανικόλα, 2016).

Συνολικά, το τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΤΣΧΝΑ) εκδηλώνεται με:

- a. Οίδημα, λόγω κατακράτησης νερού/ Na^+
- b. Αρτηριακή υπέρταση, λόγω κατακράτησης Na^+
- c. Υπονατριαιμία, λόγω αραιώσης από κατακράτηση ελεύθερου ύδατος,
- d. Υπερκαλιαιμία, λόγω συσσώρευσης K^+
- e. Μεταβολική οξέωση, λόγω συσσώρευση H^+ / μη έκκρισης HCO_3^-
- f. Ουραιμία, λόγω συσσώρευσης ουρίας
- g. Υπερφωσφατιναιμία, λόγω μη απορρόφησης Ca^{2+}

3.6 Υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας

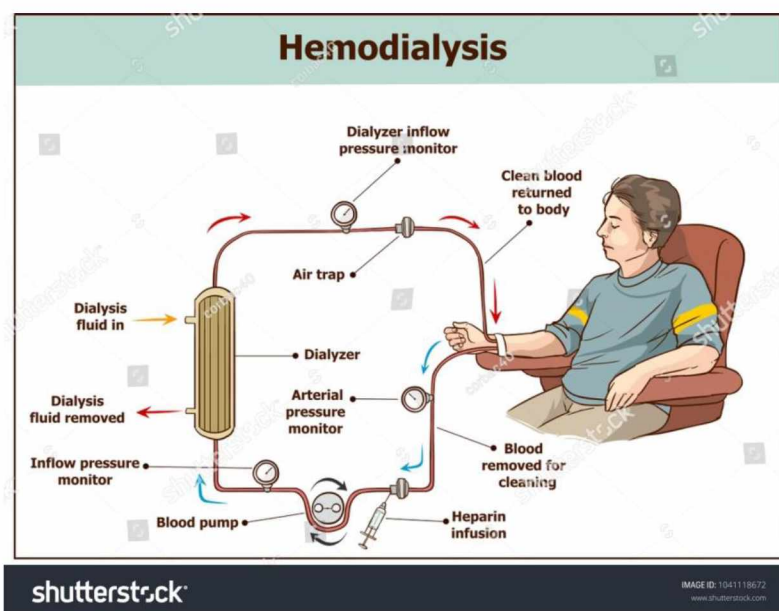
Παρόλο που η λειτουργία των νεφρών είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωση του ανθρώπινου οργανισμού η επιστήμη κατάφερε να εξασφαλίσει τόσο την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με τεχνητή υποστήριξη, όσο και την αντικατάστασή της με τη μέθοδο της μεταμόσχευσης γεγονός που δεν έχει επιτευχθεί για κανένα άλλο από τα ζωτικά όργανα με τόση επιτυχία. Έτσι η εφαρμογή της αιμοκάθαρσης με τη δημιουργία του τεχνητού νεφρού και της περιτοναϊκής κάθαρσης επιτεύχθηκε αποκατάσταση του προβλήματος ενός από τα πιο ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος όπως είναι ο νεφρός. Στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας στο αίμα συσσωρεύονται άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού(ουρία, κρεατινίνη) τα οποία οι νεφροί δεν μπορούν να απομακρύνουν από τον οργανισμό. Με τη θεραπεία εξωνεφρικής κάθαρσης (δηλ. με όλους του τύπους αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκής) απομακρύνονται από το αίμα οι άχρηστες ουσίες που παράγονται καθημερινά στον οργανισμό των νεφροπαθών, ενώ παράλληλα χρήσιμες ουσίες περνούν από το διάλυμα της κάθαρσης προς τον ασθενή. Η θεραπεία υποκατάστασης δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να ζήσει χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα

Με την αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση δεν επανακτάται η νεφρική λειτουργία και δεν θεραπεύονται οι νεφροί, αλλά εξασφαλίζεται μια αποδεκτή κατάσταση υγείας για την μερική εκτέλεση των λειτουργιών του φυσιολογικού νεφρού και ελαχιστοποιείται η περαιτέρω βλάβη άλλων οργάνων και

συστημάτων. Όταν η απώλεια της νεφρικής λειτουργίας φτάσει σε τέτοιο σημείο όπου οι νεφροί δεν μπορούν να συντηρήσουν τον ασθενή στη ζωή τότε απαιτείται θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας είτε με αιμοκάθαρση είτε με περιτοναϊκή κάθαρση είτε με μεταμόσχευση.

Η Διαδικασία της αιμοκάθαρσης

Η αιμοκάθαρση είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική αντικατάσταση της απολεσθείσας νεφρικής λειτουργίας. Με τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης επιτυγχάνεται η απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού των πρωτεϊνών, των τοξινών, και της περίσσειας υγρών από την κυκλοφορία του αίματος διατηρώντας το κατάλληλο επίπεδο υγρών και την οξεοβασική ισορροπία (Anjomshoa, et al., 2014). Για να επιτευχθεί η αιμοκάθαρση απαιτείται: το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης, το φίλτρο, το διάλυμα της αιμοκάθαρσης, η δημιουργία αγγειακής προσπέλασης του ασθενούς και βελόνες μεγάλου αυλού. Η διάρκεια της αιμοκάθαρσης είναι 4-6 ώρες κάθε φορά και γίνεται 3 φορές την εβδομάδα (Εικόνα 3).



Εικόνα 3. (www.shutterstock.com)

Αγγειακή πρόσβαση για αιμοκάθαρση

Η αγγειακή πρόσβαση πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στον κάθε ασθενή

Γενικά για κάθε ασθενή που είναι υποψήφιος για αιμοκάθαρση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι (Letachowicz, et al., 2016):

Θα πρέπει να εκπαιδεύεται έτσι ώστε να διατηρεί τις φλέβες του σε καλή κατάσταση

Κάθε ασθενής που πρόκειται να ενταχθεί σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης κατά την ένταξή του θα πρέπει να έχει ήδη μια λειτουργική αγγειακή προσπέλαση

Η παραπομπή σε χειρουργό ή νεφρολόγο για την αγγειακή προσπέλαση θα πρέπει να γίνεται όταν ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο 4 ($GFR < 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$) ή και νωρίτερα όταν η νεφροπάθεια εξελίσσεται ταχέως ή σε ειδικές συνθήκες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η περιφερική αγγειοπάθεια.

Υπάρχουν δύο τύποι αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση:

- I. διαδερμική αγγειακή προσπέλαση που περιλαμβάνει μόνιμους ή προσωρινούς καθετήρες που μπορεί να είναι υποκλείδιοι, μηριαίοι ή σφαγιτιδικοί. Πρόκειται για πρώτη επιλογή όταν παρουσιαστεί η ανάγκη για άμεση θεραπεία ή όταν παρουσιαστεί ανεπάρκεια στη φίστουλα που ήδη υπάρχει ή στο μόσχευμα.
- II. αρτηριοφλεβική φίστουλα και αρτηριοφλεβικό μόσχευμα.

Η αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula) είναι η μέθοδος μέσα από την οποία γίνεται η εκλογή του αίματος για την αιμοκάθαρση. Για τη δημιουργία της φίστουλας ενώνεται μία φλέβα με μία αρτηρία, μέσω μιας αναστόμωσης. Με αυτή τη διαδικασία επιτυγχάνεται η γρήγορη ροή του αίματος μέσω της παράκαμψης που δημιουργεί η φίστουλα. Δημιουργούνται κυρίως στο χέρι που ο ασθενής δε χρησιμοποιεί περισσότερο. Το σημείο συνένωσης της κερκιδικής αρτηρίας με την κεφαλική φλέβα είναι το αντιβράχιο και πάνω από τον αγκώνα είναι το σημείο συνένωσης της βραχιόνιας αρτηρίας με την κεφαλική φλέβα. Για την ωρίμανση της φίστουλας απαιτείται ένα διάστημα περίπου δύο μηνών.

Το αρτηριοφλεβικό μόσχευμα είναι ένα τεχνητό αγγείο που ενώνει μια αρτηρία και μία φλέβα, Το μόσχευμα είναι συνήθως ένα συνθετικό υλικό. Ωριμάζουν γρηγορότερα από τη φιστουλα και σαν ξένα σώματα ενδέχεται να μολυνθούν ευκολότερα.

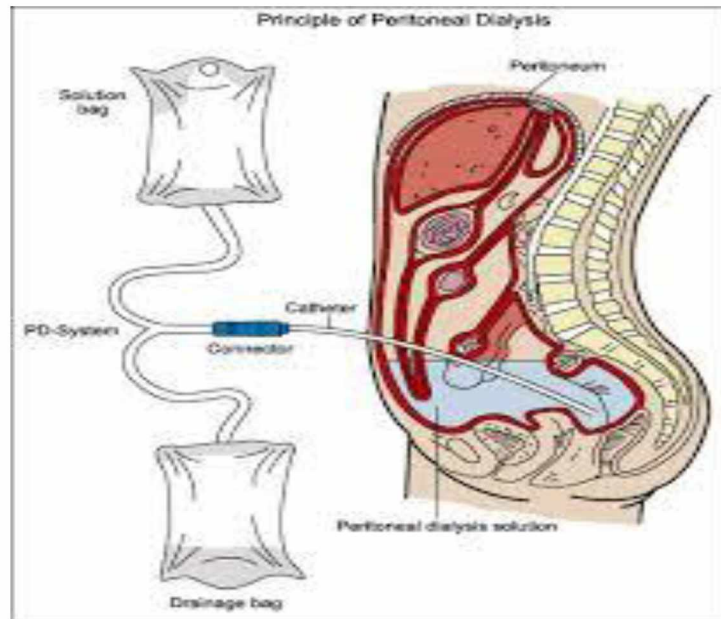
Περιτοναϊκή κάθαρση

Η περιτοναϊκή (peritoneal dialysis) αποτελεί εδώ και 30 χρόνια μια καλά τεκμηριωμένη θεραπευτική επιλογή εξωνεφρικής υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

Στη μέθοδο αυτή η μεταφορά των ουσιών γίνεται μεταξύ του αίματος

των τριχοειδών αγγείων του περιτοναίου και ενός διαλύματος που εγχύεται, μέσω ενός καθετήρα, στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ειδικός περιτοναϊκός καθετήρας τοποθετείται δύο εβδομάδες πριν την έναρξη της μεθόδου

Η μετακίνηση των ουσιών γίνεται μέσω της περιτοναϊκής μεμβράνης η οποία λειτουργεί ως ημιδιαπερατή μεμβράνη. Έτσι άχρηστες ουσίες αποβάλλονται στο περιτοναϊκό διάλυμα και απομακρύνονται από τον οργανισμό με την ανανέωση του διαλύματος, ενώ χρήσιμες ουσίες μετακινούνται από το διάλυμα στον ενδο-αγγειακό χώρο. Όλοι οι ασθενείς προετοιμάζονται κατάλληλα, ενημερώνονται και εκπαιδεύονται για όλες τις παραμέτρους της θεραπείας, την αναγνώριση σημείων κατακράτησης υγρών ή αφυδάτωσης από έμπειρο προσωπικό της μονάδας περιτοναϊκής κάθαρσης.



Εικόνα 4

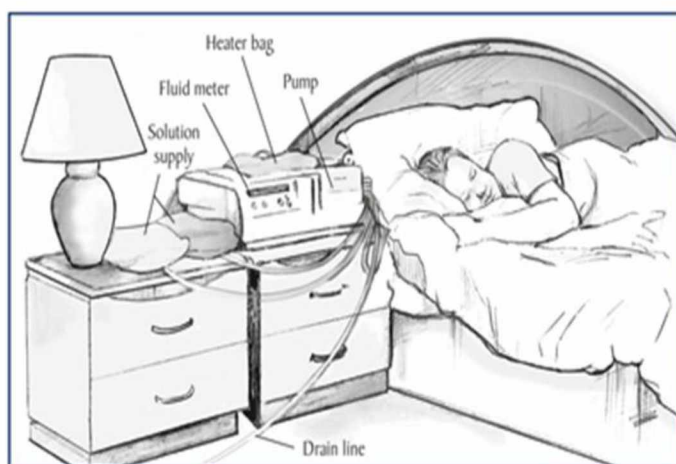
Πηγή: <http://e-nephrology.gr/>

Ο τρόπος, η συχνότητα ανανέωσης του περιτοναϊκού διαλύματος και ο χρόνος παραμονής του στην περιτοναϊκή κοιλότητα διαφέρουν ανάλογα με το είδος της περιτοναϊκής κάθαρσης που εφαρμόζεται.

Οι δύο κύριες μέθοδοι είναι:

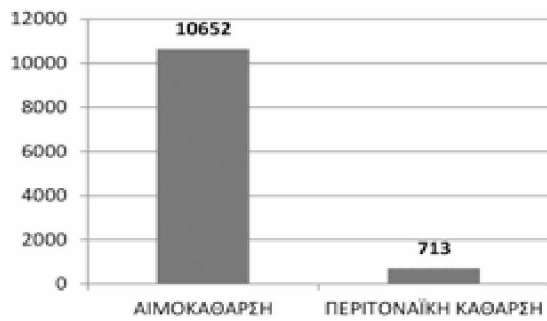
Η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.) - Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (C.A.P.D.) όπου ο ασθενής αλλάζει μόνος του(χειροκίνητα) στο σπίτι το περιτοναϊκό διάλυμα, 4 φορές την ημέρα. Το διάλυμα εισέρχεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα και παραμένει για διάστημα 3-10 ωρών. Μετά το γέμισμα που διαρκεί 10 λεπτά ακολουθεί το άδειασμα το οποίο διαρκεί 20 λεπτά. Νέο διάλυμα εισέρχεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα και η διαδικασία επαναλαμβάνεται.

Η αυτοματοποιημένη –συνεχής κυκλική περιτοναϊκή κάθαρση (Α.Π.Κ.) - Automated Peritoneal Dialysis (Α.Ρ.Δ. όπου οι αλλαγές του διαλύματος γίνονται με μηχάνημα στο οποίο συνδέεται κάθε βράδυ ο ασθενής για 10-12 ώρες. Το μηχάνημα της ΑΠΚ ελέγχει το όγκο των υγρών, το χρόνο παραμονής και τη διάρκεια της θεραπείας. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται κυρίως στο σπίτι κατά τη διάρκεια του ύπνου.



Εικόνα 5 : <https://slideplayer.gr/slide/2792261/>

Ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) είναι πολύ μικρότερος σε σχέση με την αιμοκάθαρση (ΑΚ), σε πολλές χώρες όπως και στην Ελλάδα, παρόλο που η ΠΚ αποτελεί μία αξιόλογη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία (20/06/17) της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου (ΥΣΕ), οι ασθενείς σε ΑΚ είναι 10.652 ενώ στην ΠΚ ο αριθμός των ασθενών είναι 713 (Εικόνα 6), οπότε αποτελούν μόνο το 6,3% του συνόλου των ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση (Δαμίγος, κα, 2009).



Εικόνα 4. Γράφημα ασθενών υπό ΑΚ και ΠΚ στην Ελλάδα (στοιχεία Ιουνίου 2017).

Σημαντικό στοιχείο για την εφαρμογή της περιτοναϊκής αποτελεί η προθυμία του ασθενούς να αποδεχθεί τη ν εφαρμογή της θεραπείας στο σπίτι όπου οι ευθύνες του ίδιου του ασθενή αλλά και των εκπαιδευόμενων είναι πολλές. Η περιτοναϊκή κάθαρση αντενδείκνυται σε ασθενείς που στο παρελθόν είχαν εμφανίσει περιτονίτιδα ή προϋπάρχει χειρουργείο για κήλη στο κοιλιακό τοίχωμα. Η περιτοναϊκή κάθαρση ενδείκνυται σε ασθενείς που η αγγειακή προσπέλαση είναι δυσχερής, σε ασθενείς που έχουν ανάγκη αιμοκάθαρσης και ο τόπος διαμονής είναι γεωγραφικά απομακρυσμένος από το κέντρο αιμοκάθαρσης (νησιωτική περιοχή, ορεινή, δυσπρόσιτη) σε ασθενείς που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο παρενεργειών από την αντιπηκτική αγωγή. Επίσης σε ασθενείς που αδυνατούν να προσαρμοστούν στη θεραπεία της αιμοκάθαρσης σε καρδιαγγειακή ή αιμοδυναμική αστάθεια ή όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα κινητικότητας..

Προσαρμογή στη αιμοκάθαρση

Η Νεφρική νόσος τελικού σταδίου αποτελεί μία αναστρέψιμη κατάσταση που μπορεί να έχει τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές αλλά και κοινωνικές επιπτώσεις. Τόσο η ίδια η νόσος όσο και η αιμοκάθαρση χαρακτηρίζονται από αλλαγές που επηρεάζουν αρνητικά όχι μόνο τον τρόπο και την ποιότητα ζωής του ασθενούς αλλά και την ψυχική του υγεία

Η επιστημονική έρευνα έχει δείξει ότι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια πάσχουν πιο συχνά από ψυχικές διαταραχές σε σχέση με ασθενείς που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα (Kimmel, et al., 1998).

Από τη στιγμή της διάγνωσης της νεφρικής ανεπάρκειας διάφορα αρνητικά συναισθήματα καταλαμβάνουν τις σκέψεις των ασθενών αυτών.

Μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη

Η μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη αποτελεί την καλύτερη θεραπευτική επιλογή ενός ασθενή με ΧΝΝΤΣ. Μελέτες έχουν αποδείξει την υπεροχή της ως προς την άμεση έκβαση της μεταμόσχευσης, αλλά και τη μακροχρόνια επιβίωση μοσχευμάτων και ασθενών σε σύγκριση με τη μεταμόσχευση από αποβιώσαντα δότη, ακόμα και όταν ο ζώντας δότης είναι «οριακός». Επιπλέον, δίδει στον ασθενή τη δυνατότητα μεταμόσχευσης χωρίς να χρειαστεί προηγουμένως να υποβληθεί σε εξωνεφρική κάθαρση, γεγονός που βελτιώνει την πρόγνωση του.

Κάθε υποψήφιος ζων δότης υποβάλλεται σε μια σειρά εξετάσεων που σκοπό έχουν να διαφυλάξουν την ασφάλειά του. Οποιοδήποτε παθολογικό εύρημα που μπορεί, ακόμα και μελλοντικά, να προκαλέσει πρόβλημα στον υποψήφιο δότη ή/και στον λήπτη, οδηγεί στη μη διενέργεια της μεταμόσχευσης. Ουσιαστικά, δεν υπάρχει όριο ηλικίας ζώντα δότη. Για την περαιτέρω διασφάλιση της υγείας και της νεφρικής λειτουργίας του δότη συνιστάται η εφ' όρου ζωής παρακολούθηση σε ειδικό ιατρείο της Μονάδας που έγινε η μεταμόσχευση.

Τα τελευταία χρόνια, με τη χρήση ειδικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων για την προετοιμασία του λήπτη, είναι δυνατή η μεταμόσχευση ακόμα και από δότη με ασύμβατη ομάδα αίματος. Τα μακροχρόνια αποτελέσματα των ασύμβατων αυτών μεταμοσχεύσεων είναι παρόμοια με αυτά των συμβατών. Στην περίπτωση που ένα ζευγάρι δότη-λήπτη δεν «ταιριάζει» ανοσολογικά μεταξύ του, υπάρχει η δυνατότητα να ενταχθεί στο πρόγραμμα «διασταυρούμενης μεταμόσχευσης νεφρού» κατά το οποίο, ο δότης ενός ζευγαριού δίνει το νεφρό του στον ανοσολογικά συμβατό λήπτη άλλου ζευγαριού και το αντίστροφο. Ακόμα και στην περίπτωση που δεν βρεθεί κατάλληλο ζευγάρι για διασταυρούμενη μεταμόσχευση, υπάρχει η δυνατότητα ο υποψήφιος δότης να δωρίσει το νεφρό του

στο Εθνικό Μητρώο μεταμοσχεύσεων και ο λήπτης του να λάβει κατά προτεραιότητα το πρώτο διαθέσιμο μόσχευμα από αποβιώσαντα δότη.

Ζώντας δότης σύμφωνα με τη νομοθεσία (Νόμος 3984/ 27.6.2011 αρ.8) μπορεί να είναι ο/η σύζυγος, πρόσωπο που συνδέεται με σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης άνω των 3 χρόνων με τον ασθενή, συγγενής εξ αίματος μέχρι και τετάρτου βαθμού, συγγενής εξ αγχιστείας μέχρι δευτέρου βαθμού, πρόσωπο με το οποίο έχει προσωπική σχέση και συνδέεται συναισθηματικά. Στην περίπτωση του συναισθηματικού δότη απαιτείται έγκριση από επιτροπή του Ε.Ο.Μ.

Συντηρητική θεραπεία

Όλες οι προηγούμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις απευθύνονται σε ασθενείς οι οποίοι μπορούν να διαχειρίζονται τα προβλήματα και τις απαιτήσεις της θεραπείας με επιτυχία. Υπάρχει όμως ένα μέρος ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που λόγω της συνοσηρότητας που παρουσιάζουν αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες της θεραπείας. Συνήθως στους ηλικιωμένους οι θεραπείες εξωνεφρικής κάθαρσης δυσκολεύουν τη ζωή τους με αποτέλεσμα να ακολουθούν μια συντηρητική θεραπεία που σαν στόχο έχει την ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου. Η συντηρητική αυτή θεραπεία που γίνεται σε συνεργασία με ειδικό γιατρό περιλαμβάνει φάρμακα για τη διόρθωση της αναιμίας ή διαιτητικές οδηγίες για χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών ή αγωγή για διατροφική υποστήριξη. Η συντηρητική θεραπεία αποβλέπει στην αντιμετώπιση των κύριων αιτιών της νόσου (π.χ. αντιμετώπιση της υπέρτασης με φάρμακα ή αγωγή για το σακχαρώδη διαβήτη). Στη συντηρητική θεραπεία λαμβάνονται υπόψη παράγοντες που αφορούν την ηλικία, την ψυχοσωματική υπόσταση ή επιπρόσθετα προβλήματα υγείας όπως η καρδιακή ανεπάρκεια.

Η απόφαση αυτή των ασθενών να παρακάμψουν τις θεραπείες υποκατάστασης πρέπει να γίνει σεβαστή και αποδεκτή όχι μόνο από τους γιατρούς αλλά και από το συγγενικό περιβάλλον. Υπάρχει ένα μέρος αιμοκαθαρόμενων που διακόπτει τη θεραπεία λίγο πριν το θάνατο όπως επίσης και ένα μέρος ηλικιωμένων ασθενών που επιλέγουν να μην ξεκινήσουν την αιμοκάθαρση λόγω φτωχών αποτελεσμάτων στη λειτουργικότητά τους (Adeera, et al., 2006).

Σκοπός της συντηρητικής είναι η αποκατάσταση της καλύτερης ποιότητας ζωής απαλύνοντας την ταλαιπωρία, ελέγχοντας τα συμπτώματα και αποκαθιστώντας τη λειτουργική ικανότητα, διατηρώντας το σεβασμό σε προσωπικά, πολιτισμικά και πνευματικά πιστεύω και πρακτικές.

4. Ψυχική Υγεία Ασθενών με ΧΝΝ

4.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ψυχικής Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, προσδιόρισε την ψυχική Υγεία ως μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και να είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά. Ο διαχωρισμός ανάμεσα στην υγεία και την ασθένεια δεν είναι πάντα εμφανής. Η υγεία είναι συνάρτηση και άλλων παραγόντων όπως είναι: βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοοικονομικοί και πρέπει να προσεγγίζεται με ολιστικό τρόπο.

- Οι βιολογικοί παράγοντες αφορούν τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος και έχει σχέση με την ιατροκεντρική αντίληψη για τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος αγνοώντας την ψυχική διάσταση.
- Η κοινωνική προσέγγιση έχει σχέση με τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου. Τα άτομα που βιώνουν δυσάρεστες κοινωνικές συνθήκες όπως η φτώχεια, η

γονεϊκή εγκατάλειψη έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν διάφορες ασθένειες.

- Η οικονομική προσέγγιση στηρίζεται στη θεωρία της προσφοράς και της ζήτησης. Ο υγιής πληθυσμός παράγει άρα συμβάλλει στην ανάπτυξη της οικονομίας και της ευημερίας μιας χώρας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι κάθε σοβαρή και χρόνια ασθένεια δημιουργεί έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του. Όπως όλοι οι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες έτσι και οι νεφροπαθείς έχουν να αντιμετωπίσουν αλλαγές στην καθημερινή τους ζωή που είναι μη αναστρέψιμες. Οι αλλαγές αυτές θα πρέπει να δομηθούν με βάση τις ανάγκες της θεραπείας τους. Όλα τα παραπάνω συνοδευόμενα από τις διαταραχές των βιολογικών τους λειτουργιών έχουν ως αποτέλεσμα τη διατάραξη της προσωπικότητάς τους αλλά και την εμφάνιση ποικίλων παθολογικών συμπεριφορών

Αρχικά οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ζουν σε μια κατάσταση αβεβαιότητας και ανησυχίας για την εξέλιξη της υγείας τους.

Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχικά ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Σύμφωνα με τη βιοψυχοκοινωνική θεώρηση της νόσου, η έννοια της ασθένειας και της νόσου δεν ταυτίζονται. Ενώ η έννοια της νόσου είναι μια καθαρά ιατρική θεώρηση, η έννοια της ασθένειας περιλαμβάνει τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου για τα συμπτώματά του, τις αντιδράσεις του σε αυτά και τις κοινωνικές νόρμες, δηλαδή τους κανόνες που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του σε σχέση με αυτά (Δαμίγος, κα, 2010).

Ψυχική νόσος ορίζεται το σύνολο των συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους. Η ψυχική νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, παιδιά, έφηβους, ενήλικες και

ηλικιωμένους και μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορές καταστάσεις όπως φοβίες αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη.

Είναι προφανές πως για να καθορίσουμε την ψυχική ασθένεια πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και ορισμένα κοινωνικά κριτήρια. Ψυχικά ασθενής χαρακτηρίζεται εκείνος που η μέση συμπεριφορά του αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των υπόλοιπων μελών της κοινότητας του. Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς θεωρούνται ότι χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη διάθεση, τη σκέψη και τη συμπεριφορά που συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία και έκπτωση της λειτουργικότητας. Επίσης οι διαταραχές αυτές πρέπει να έχουν διάρκεια και να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής.

Μια σωματική ασθένεια μπορεί να προκαλέσει μια ψυχική διαταραχή η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με σωματική συμπτωματολογία. Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να εκδηλωθούν είτε ως συναισθηματική αστάθεια είτε ως διαταραγμένη συμπεριφορά είτε ως ψευδαισθήσεις ή ως παραληρητικές ιδέες και εμφανίζονται ξαφνικά μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής.

Ο θεσμός της οικογένειας αποτελεί ένα υποστηρικτικό σύστημα στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας ή της ψυχικής ασθένειας καθώς τα άτομα που ζουν μαζί υπόκεινται σε καθημερινή συναισθηματική αλληλεπίδραση.

4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της ψυχολογίας των ασθενών με ΤΣΧΝΝ

Κάθε χρόνια νόσος αποτελεί μία προσωπική δοκιμασία για τον κάθε ασθενή. Η αντιμετώπισή της απαιτεί σημαντική προσπάθεια και μεγάλη επιδεξιότητα από τον ασθενή για να μπορέσει να προσαρμοστεί στις νέες και συνεχώς εναλλασσόμενες καταστάσεις που θα συναντήσει.

Η ηλικία του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιδράσεών του. Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι η ηλικία έχει σημαντική συσχέτιση με τη μειωμένη καθημερινή δραστηριότητα και σωματική κατάσταση. Επιπρόσθετα η αυξημένη ηλικία σχετίζεται με τη μη συμμόρφωση στη θεραπεία εξαιτίας της γνωσιακής δυσλειτουργίας η οποία οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης

(Ossareh, et al., 2014). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής ευεξίας και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Tyrrrell, et al., 2005). Σε άλλες μελέτες πάλι οι ηλικιωμένοι ασθενείς συμβιβάζονταν πιο εύκολα και αποδέχονταν καλύτερα τους περιορισμούς που τους επέβαλε η νόσος σε σχέση με τους νεότερους οι οποίοι με δυσκολία κατάφεραν να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα (Valderrabano, et al., 2001).

Σύμφωνα με τον Nichols, το πώς θα αντιδράσει κανείς απέναντι στη νόσο, έχει άμεση σχέση με την ηλικία του. Ο έφηβος ασθενής μαζί με τη νόσο του καλείται να αντιμετωπίσει την ακύρωση της προσπάθειάς του για ανεξαρτησία και δημιουργία προσωπικής ταυτότητας. Επίσης η ασθένεια μπλοκάρει τη διαδικασία της σταθεροποίησης του Εγώ με αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονου άγχους (Nichols, 2003).

Στα παιδιά οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί αρκετά με αποτέλεσμα να υπάρχει συναισθηματική παλινδρόμηση.

Ο ενήλικας νοιώθει έντονα την απειλή της ύπαρξής του τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο δεδομένου ότι η ασθένεια είναι αλληλένδετη με τις οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις.

Ο ηλικιωμένος ασθενής, παράλληλα με τη συννοσηρότητα, βιώνει και την αίσθηση του επερχόμενου θανάτου.

Επίσης το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση των αντιδράσεών του. Οι γυναίκες αντιδρούν εντονότερα σε σχέση με τους άνδρες και ιδιαίτερα σε καταστάσεις που μπορεί να αλλοιώσουν την αισθητική τους εμφάνιση. Για τους άνδρες το πιο σημαντικό είναι η νόσος να μην τους περιορίζει στην προσωπική τους ζωή.

Ένας από τους παράγοντες που θα καθορίσει τον τρόπο που θα βιώσει ο κάθε άνθρωπος την ασθένειά του είναι και η προσωπικότητά του.

Άτομα που χαρακτηρίζονται ως δυναμικά και δραστήρια δύσκολα συμμορφώνονται με τις ιατρικές οδηγίες. Αντίθετα άτομα με υστερική δομή της προσωπικότητάς τους μπορεί να σωματοποιήσουν το άγχος τους και να παρουσιάσουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Ασθενείς στους οποίους προϋπάρχει

μια νοσηρή προσωπικότητα εκδηλώνονται αντιδραστικά και επιθετικά. Αυτοί συνήθως δεν συνεργάζονται εύκολα και εγκαταλείπουν νωρίς τη θεραπεία τους.

Επιπλέον η κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζει την ψυχική υγεία καθώς ασθενείς που βρίσκονται σε χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα που έχουν σχέση με την ψυχική σωματική και κοινωνική ευημερία

Το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει τις ψυχολογικές του αντιδράσεις ανάλογα με το πώς μπορεί να κατανοήσει καλύτερα τη νόσο αλλά και να αποδεχτεί το ρόλο του ασθενούς.

Η κοινωνική υποστήριξη και η οικογένεια βοηθάει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν καλύτερα τους στρεσογόνους παράγοντες αφού έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν για τις ανησυχίες τους να συμμετέχουν σε συναντήσεις και να μειώσουν σημαντικά το άγχος τους.

Η διακύμανση των ψυχολογικών αντιδράσεων εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου. Όσο πιο σοβαρή είναι η βαρύτητα της νόσου τόσο πιο έντονες είναι οι ψυχολογικές αντιδράσεις.

Γενικά θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε ότι η χρόνια νεφρική νόσος τελικού σταδίου κατατάσσεται στα χρόνια σωματικά νοσήματα και προκαλεί ψυχικές διαταραχές όπως είναι η άρνηση, ο φόβος, το άγχος, οι ενοχές, η κατάθλιψη και εκδηλώνεται με μια σειρά σωματικών συμπτωμάτων όπως ο πόνος, η κεφαλαλγία, η ανορεξία, οι διαταραχές του ύπνου, η μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης κ.τ.λ.

4.2.1 Ο ρόλος της οικογένειας.

Η επίδραση της είναι οικογένειας είναι σημαντική στη διαμόρφωση της ψυχολογίας. Η λειτουργία των ασθενών αλλά και του άμεσου περιβάλλοντος επηρεάζει η μία την άλλη. Η ανακοίνωση της χρόνιας νόσου επιφέρει μεγάλο στρες και ανησυχία στην οικογένεια των ασθενών καθώς οι στόχοι μεταβάλλονται τα όνειρα γκρεμίζονται και αυτό το οποίο μένει είναι η ισορροπία ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο (Ashwanden, 2002).

Η οικογένεια αποτελεί την πρώτη κοινωνική οντότητα που αντιμετωπίζει τον ασθενή μετά την εμφάνιση της νόσου. Οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια μεταβάλλουν

όλο το οικογενειακό σύστημα, το οποίο πρέπει να, προσαρμοστεί από την αρχή, από την άποψη ανακατανομής των υπευθυνοτήτων, της εργασίας, των κοινωνικών ρόλων, αλλά και του τρόπου διαχείρισης του άγχους. Η αντίδραση των ασθενών στη νεφρική νόσο επηρεάζεται από την αντίδραση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων σε αυτή και στη συνέχεια από το πώς θα αντιδράσουν όλοι αυτοί απέναντι στους παρόχους περίθαλψης. Η ένταξη της οικογένειας στο πρόγραμμα φροντίδας μειώνει την οικογενειακή επιβάρυνση, συμβάλει στην αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού, καθώς και στη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των μελών της. Η αντίληψη που έχει ο ασθενής για τη νόσο του είναι αυτό που θα επηρεάσει την μετέπειτα πορεία του, θα διαμορφώσει τη ζωή του σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο.

4.2.2 Άρνηση

Μια από τις πρώτες περιγραφές του τρόπου αντίδρασης του ατόμου μετά τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας έγινε από τον Shontz το 1975. Ο Shontz περιέγραψε τις αντιδράσεις υπό τη μορφή μιας διαδοχής: (α) Αρχικό σοκ, όπου το άτομο νιώθει κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται κατά τρόπο αυτόματο και αισθάνεται σαν να είναι έξω από την πραγματικότητα, ως ένας παρατηρητής. Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή και για εβδομάδες και είναι μάλλον πιο έντονο, όταν η κατάσταση αναπτύσσεται απροειδοποίητα, (β) Αντιπαράθεση, που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης και μια αίσθηση απώλειας, πένθος και απελπισία, (γ) Υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο τείνει να χρησιμοποιεί την αποφυγή και την άρνηση, για να διαχειριστεί την πραγματικότητα, η οποία όμως βαθμηδόν «εγκαθίσταται» στη ζωή του ατόμου και τη μεταβάλλει. Σταδιακά, λοιπόν, το άτομο αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και αρχίζει να προσαρμόζεται (Morton, et al., 2010).

Η άρνηση είναι μία ψυχολογική διαδικασία κατά την οποία το άτομο παραβλέπει ή απορρίπτει μία πολύ στρεσογόνο ή επώδυνη κατάσταση που βιώνει. Οι νέοι ασθενείς που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία βιώνουν μεγαλύτερη απογοήτευση γιατί δεν τους δίνεται η δυνατότητα να σχεδιάσουν το μέλλον τους όπως θα ήθελαν. Έτσι δυσκολεύονται να αναπτύξουν την ταυτότητά τους. Αυτός

είναι ο κύριος λόγος που οι νέοι εκδηλώνουν εντονότερα συναισθήματα άρνησης και θυμού. Αντίθετα οι ενήλικες αναγκάζονται να αλλάξουν τους ρόλους και τους στόχους που έχουν επιλέξει.

Συνήθως η άρνηση είναι απόρροια του τρόπου κατανόησης της ασθένειας. Ασθενείς επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με την ασθένειά τους βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με ασθενείς που ανέφεραν ανεπαρκή ή ελλιπή πληροφόρηση. Ανάλογα λοιπόν με την κατανόηση και ερμηνεία που αποδίδει ο ασθενής στην αρρώστια του θα ενεργοποιήσει αντίστοιχους μηχανισμούς ή στρατηγικές για να την αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί σε αυτήν.

Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν την άρνηση στην καθημερινή τους ζωή προσπαθώντας να αποφύγουν επίπονα ή άβολα συναισθήματα αναβάλλοντας έτσι και την αποτελεσματικότερη δράση.

Οι χρονιές ασθένειες όπως η νεφρική ανεπάρκεια είναι ένας από τους λόγους που κάνει τους ανθρώπους να βρίσκονται σε άρνηση για θεραπεία. Η ίδια η άρνηση για θεραπεία οδηγεί τελικά σε μη συμμόρφωση σε θεραπευτικές οδηγίες και κακή έκβαση της νόσου.

4.2.3 Φόβος

Ο φόβος για την εξέλιξη της υγείας του οδηγεί πολλές φορές σε συναισθηματική απομόνωση. Σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και μακροχρόνια νόσηση παρατηρείται κατάθλιψη που οφείλεται στο φόβο ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα τους πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν. Πολλές φορές η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική και ειδικά όταν πρόκειται για χρόνια νόσο. Εκείνο που διακατέχει τους ασθενείς αυτούς είναι ότι: «ο πιστός φίλος είναι το φάρμακο της ζωής». Όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης που δυσχεραίνει την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους.

Η μειωμένη σωματική δύναμη και ενεργητικότητα οδηγούν συχνά σε περιορισμό της αυτοεκτίμησης και της προσωπικής τους εικόνας. Η ψυχολογική και σωματική κατάσταση και καταπόνηση του ασθενή που βρίσκεται σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου δεν αποτελεί μόνο προσωπική υπόθεση αλλά επηρεάζει και ολόκληρη την οικογένειά του (Morton, et al., 2010).

4.2.4 Άγχος

Η λέξη *άγχος* προέρχεται ετυμολογικά από την Αρχαία Ελληνική Γλώσσα από το ρήμα *άγχω* που σημαίνει πιέζω δυνατά το λαιμό, πνίγω, στραγγαλίζω.

Η παρουσία αυτού του συναισθήματος είναι αναμενόμενη καθώς η εξέλιξη της ασθένειας και η φύση της θεραπείας δεν δίνει στους ασθενείς αυτούς τη δυνατότητα άλλων επιλογών. Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου βρίσκονται αντιμέτωποι με μια νέα κατάσταση την οποία πρέπει να αποδεχτούν. Το *άγχος* είναι λογικό για τα άτομα με νεφρική ανεπάρκεια γιατί αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετιζόμενα τόσο με τη σωματική όσο και την ψυχολογική έκβαση της νόσου καθώς και αλλαγές στον τρόπο ζωής συμπεριλαμβανόμενων της μείωσης της ανεξαρτησίας, της ανεργίας, των οικονομικών προβλημάτων, του περιορισμού των υγρών και τη δυνατότητα εκπλήρωσης μακροχρόνιων στόχων ζωής (Θεοφίλου, 2008).

Στη ΧΝΝΤΣ οι *αγχώδεις διαταραχές* θεωρούνται ότι αντιπροσωπεύουν συμπτώματα κατάθλιψης τα οποία εκδηλώνονται κυρίως με πόνο, μείωση της ενεργητικότητας, κνησμό κεφαλαλγία και άλλα.

Όλοι οι άνθρωποι σε κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν νιώσει πόνο. Ο πόνος αποτελεί μια προσωπική εμπειρία για τον κάθε ασθενή ο οποίος επηρεάζει τη συναισθηματική κατάστασή του, την κινητικότητά του καθώς βιώνεται διαφορετικά από τον κάθε άνθρωπο.

Αν και ο πόνος θεωρείται σύμπτωμα, διάφοροι ιατρικοί, διαγνωστικοί και θεραπευτικοί χειρισμοί π.χ. διενέργεια αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης ή διενέργεια προσωρινού καθετηριασμού μπορεί να προκαλέσουν οξύ ή χρόνια πόνο. Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ βιώνουν εκτεταμένες σωματικές ταλαιπωρίες. Η ίδια η διαδικασία της αιμοκάθαρσης συμβάλλει στην εκδήλωση του πόνου με τη μορφή κεφαλαλγίας (Antoniazzi, et al., 2003). Αυτή η παλινδρόμηση των συμπτωμάτων αποτελεί ένα μηχανισμό άμυνας του ασθενούς. Η αιτιολογία του πόνου ως σύμπτωμα εμφανίζεται στους ασθενείς αυτούς είτε συνδεδεμένο με το νόσημα που ευθύνεται για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, είτε σα συνάρτηση των χειρισμών που εμπλέκονται στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, είτε σαν ψυχολογική προέκταση της νόσου και της θεραπείας (Iacono, 2003).

Ο πόνος πολλές φορές μπορεί να υποκρύπτει κατάθλιψη, απόσυρση, περιορισμό της κινητικότητας (Calvino, Grilo, 2006). Ο πόνος συχνά υποδηλώνει άγχος.

Η εργασιακή απασχόληση αποτελεί έναν από τους πιο στρεσογόνους παράγοντες της νόσου.

Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Το άτομο μέσω της εργασίας μπορεί να επιτύχει την κοινωνική και οικονομική του καταξίωση. Επιπλέον, η επαγγελματική ευεξία επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή στα έξοδα του σπιτιού.

Πολλοί χάνουν την αυτοεκτίμησή τους όταν δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες. Η εξάρτηση αυτή μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και το καθιστά παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής. Ωστόσο, η εργασία δεν προσφέρει πάντα ικανοποίηση, καθώς συνδέεται με μεγάλο άγχος, που εμποδίζει το άτομο να απολαύσει τη ζωή. Για τα άτομα με χρόνια νόσημα, η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης.

Οι Carol και συνεργάτες αναφέρουν ότι η ικανότητα για πλήρη εργασία διατηρείται στο 50% των ασθενών, το 25% έχει μερική απασχόληση και το άλλο 25% εγκαταλείπει την εργασία του (Carol, Marjorie, 1985).

Οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά άγχους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης δεδομένου ότι η εργασία τους ήταν καθαρά χειρωνακτική αντιμετώπιζαν δυσκολίες στο να διατηρήσουν το αρχικό τους επάγγελμα.

4.2.5 Ενοχές

Οι ενοχές όπως επίσης και το έντονο άγχος θεωρούνται φυσιολογικές αντιδράσεις. Οι ασθενείς με ΧΝΝΤΣ προβληματίζονται μήπως ο προηγούμενος τρόπος ζωής είναι υπεύθυνος για την εξέλιξη της ασθένειάς τους. Ενεργοποιούν

μηχανισμούς άμυνας υιοθετώντας συμπεριφορές που μέχρι πρόσφατα απέρριπταν, πχ αποχή από το κάπνισμα, απώλεια βάρους, αλλαγή διατροφικών συνηθειών.

4.2.6 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους ασθενείς με Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια και έχει σχέση με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Θεωρείται ότι είναι μια διαταραχή της διάθεσης του ατόμου που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα σωματικά και συναισθηματικά τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνικότητά του και τη λειτουργικότητά του και κατά συνέπεια τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους (Fabrazzo, De Santo, 2006).

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μείωση της διάθεσης του ατόμου έτσι ώστε να επηρεάζεται η λειτουργικότητά του και η κοινωνική του συμπεριφορά. Είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία μεταβάλλουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ζει, σκέφτεται και απεικονίζει τον εαυτό του, τους άλλους και τον εξωτερικό του κόσμο (Χονδρογιάννης, Σκαπινάκης 2012).

Η εμφάνιση της κατάθλιψης ως νόσου συμβάλλει στη γρηγορότερη εξέλιξη της ΧΝΝ λόγω το ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά υιοθετούν ακραίες συμπεριφορές υγείας π.χ. κάπνισμα, ανθυγιεινή διατροφή, καθιστική ζωή που επιδεινώνουν το προϋπάρχον νόσημα. Στο τελικό στάδιο ΧΝΝ η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει αποτελέσματα που θα είναι επικίνδυνα για την έκβαση της υγείας του ασθενή λόγω της μη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή ,της αύξησης του βάρους ,της αποχής από τις συνεδρίες ή ακόμα και της εγκατάλειψης της θεραπείας

Στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ παράγοντες που συμβάλουν σημαντικά στην εμφάνιση κατάθλιψης είναι η νεότερη ηλικία, το γυναικείο φύλο ,η μακρύτερη διάρκεια αιμοκάθαρσης, ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος και η περιφερειακή αγγειακή νόσος (Shirazian et al., 2017).

Διάφορες επιστημονικές μελέτες αποδεικνύουν ότι στη χρόνια νεφρική νόσο οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους .Αντίθετα οι άνδρες έχουν περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες και καλύτερη ποιότητα ζωής. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά φυσικής ευημερίας (Theofilou, 2012).

Η κατάθλιψη μπορεί να επιδράσει αρνητικά στη εξέλιξη της νεφρικής νόσου επειδή η ψυχολογική επιβάρυνση που έχουν οι ασθενείς αυτοί επιδρά αρνητικά στη συμμόρφωση στις οδηγίες της θεραπείας. Μπορεί να είναι καθοριστική και να διαπεράσει στον ασθενή ψυχολογίες που συνδυάζονται με αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, συνεχή υποβιβασμό και αίσθημα ενοχής μέχρι και αυτοκτονικό ιδεασμό (Hedayati, Finkelstein, 2009).

Η κατάθλιψη θεωρείται η πιο συνηθισμένη ψυχοπαθολογία σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Στη ΧΝΝ τελικού σταδίου υπάρχει μια μεγάλη επικάλυψη των συμπτωμάτων της ουραιμίας και της κατάθλιψης που είναι δύσκολο να αναγνωριστεί κατά πόσο τα συμπτώματα οφείλονται σε ψυχιατρική νόσο ή σε οργανική αιτιολογία (Kimmel, 2005).

Η καταθλιπτική συμπεριφορά που συνυπάρχει με τη σωματική νόσο μπορεί να καταστήσει την κατάθλιψη ανθεκτική στη θεραπεία.

Για την αξιολόγηση και καταμέτρηση της κατάθλιψης και του άγχους χρησιμοποιείται πολλές φορές η κλίμακα HADS.

Η κλίμακα HADS, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία, ακολουθεί την εξής διαβάθμιση. Βαθμολογία 0–7 υποδηλώνει καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, βαθμολογία 8–10 υποδηλώνει μέτρια επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης και βαθμολογία >11 υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης.

Η χρήση διαφόρων ερωτηματολογίων καταμέτρησης άγχους και κατάθλιψης (π.χ. κλίμακα HADS) δεν επαρκούν για την ανίχνευση της κατάθλιψης αλλά θα πρέπει η διάγνωση να βασίζεται σε μια δομημένη κλινική εξέταση λόγω των σωματικών συμπτωμάτων που προκαλεί η ουραιμία

4.2.6.1 Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της κατάθλιψης

Στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα των αλλαγών και των απωλειών που επέρχονται: 1) αλλαγή των ρόλων μέσα στην οικογένεια ή απώλεια του πρωταρχικού ρόλου στην εργασία, 2) μείωση των

σωματικών ικανοτήτων, 3) μείωση των γνωστικών δεξιοτήτων, 4) σεξουαλική δυσλειτουργία, 5) έλλειψη της δυνατότητας άλλων επιλογών

Η αιτιολογία της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια σωματική νόσο είναι πολυπαραγοντική και έχει σχέση με όλα τα παραπάνω. Από τη νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου έως την ένταξη στην αιμοκάθαρση ο ασθενής βιώνει ένα αίσθημα απώλειας που ταυτόχρονα με τη σωματική ανικανότητα επιφέρει και αλλαγές σε ψυχολογικό επίπεδο. Όσο η ασθένεια εξελίσσεται οδηγώντας στην αναπόφευκτη λύση της αιμοκάθαρσης τόσο περισσότερο οι ασθενείς νιώθουν ότι χάνουν τον έλεγχο της ζωής τους (O'Brien, 1990).

4.2.6.2 Συμπτώματα της κατάθλιψης

- **Διαταραχές του ύπνου**

Οι διαταραχές ύπνου όπως επίσης και οι αναπνευστικές διαταραχές που έχουν σχέση με τον ύπνο είναι αρκετά συνηθισμένες σε ασθενείς με Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσο και συχνά υποδιαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται ατελώς. Επίσης οι διαταραχές ύπνου αποτελούν παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Υπεύθυνοι για αυτή την παθογένεια είναι ο συνδυασμός ουραιμικών και μη ουραιμικών παραγόντων

Οι πιο συχνές διαταραχές που αφορούν τον ύπνο είναι: η αϋπνία, το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, η άπνοια του ύπνου και η υπερβολική ημερήσια υπνηλία (Parker, 2003).

I. Η Αϋπνία: ως αϋπνία ορίζεται η δυσκολία στην επαγωγή του ύπνου

(το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί ή παρουσιάζει πολλαπλές διακοπές του ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας ή παρουσιάζει πρόωμη αφύπνιση νωρίτερα από το επιθυμητό χωρίς να μπορεί να ξανακοιμηθεί) και η μη ικανοποιητική ποιότητά του με αποτέλεσμα τη μειωμένη λειτουργικότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η διαταραχή αυτή συμβαίνει ακόμα και όταν ο ασθενής έχει το χρόνο για να κοιμηθεί (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Με βάση τη διάρκειά της, η αϋπνία μπορεί να είναι οξεία, όταν διαρκεί για λίγες νύχτες, παροδική όταν διαρκεί για δύο ή τέσσερις εβδομάδες και χρόνια όταν οι διαταραχές του ύπνου διαρκούν πάνω από ένα μήνα.

Το πρόβλημα της αϋπνίας είναι πηγή έντονης δυσφορίας για τον ασθενή και διαταράσσει τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής.

Η αϋπνία μπορεί να συνοδεύεται με:

- Υπερβολική υπνηλία και κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Μείωση της πνευματικής διαύγειας
- Γνωστικές διαταραχές
- Ναρκοληψία, υπνοβασία και εφιάλτες.

Η αϋπνία και τα συμπτώματά της θεωρούνται ως μελαγχολικά συμπτώματα και η εμφάνισή τους είναι αποτέλεσμα περισσότερο βιολογικών και λιγότερο ψυχολογικών παραγόντων. Οι παθογενετικοί παράγοντες της αϋπνίας σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ δεν έχουν καθοριστεί με σαφήνεια. Οι διαταραχές του ύπνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι σημαντικές αιτίες μιας χαμηλότερης ποιότητας ζωής και αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας (Losso, et al., 2015).

Οι κυριότεροι παράγοντες που συμμετέχουν στην παθογένεια είναι:

Η ηλικία/φύλο. Η προχωρημένη ηλικία και το άρρεν φύλο φαίνεται να είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αϋπνίας.

Αναιμία. Σύμφωνα με ορισμένες αναφορές, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της αιμοσφαιρίνης και της ποιότητας του ύπνου σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Από τη μελέτη SLEEPO προέκυψε ότι η χορήγηση ερυθροποιητίνης με πλήρη διόρθωση της αναιμίας δείχνει να βελτιώνει ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ύπνου των ασθενών αυτών.

Ουραιμία. Ασθενείς υπό αιμοκάθαρση επί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και με υψηλά επίπεδα παραθορμόνης (PTH) παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για αϋπνία. Η αιμοκάθαρση μπορεί να διαταράσσει τους βασικούς μηχανισμούς ρύθμισης του ύπνου και της θερμοκρασίας του σώματος. Έχει αποδειχθεί ότι κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας αιμοκάθαρσης παρατηρείται σε πολλούς ασθενείς αυξήσεις στη θερμοκρασία του σώματος και αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι διαταραχές αυτές ίσως αποτελούν μια εξήγηση για τη φτωχή ποιότητα του ύπνου αλλά και για την αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Διάφορες μελέτες

αναφέρουν ότι οι ασθενείς της πρωινής βάρδιας κοιμούνται λιγότερο κατά τη νύχτα πριν από την αιμοκάθαρση και παρουσιάζουν εντονότερη υπνηλία κατά τη διάρκεια της κάθαρσης σε σχέση με τους ασθενείς της απογευματινής βάρδιας. Ανεξάρτητα από τη βάρδια η αυξημένη υπνηλία είναι εντονότερη κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού της αιμοκάθαρσης και μειώνεται σταδιακά αργότερα (Merlino, et al., 2006).

Ορεξίνη: Σε διάφορες μελέτες αποδείχθηκε ότι η ορεξίνη ένα νευροπεπτίδιο που παράγεται στον υποθάλαμο θεωρήθηκε ως πιθανό αίτιο της αϋπνίας σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Τα επίπεδα ορεξίνης αυξάνονται υπό φυσιολογικές συνθήκες το πρωί και οδηγούν στην αφύπνιση. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, τα επίπεδα αυτής της ουσίας είναι αυξημένα.

Μελατονίνη, θερμοκρασία του σώματος. Μεταβολές στην έκκριση και στα επίπεδα μελατονίνης καθώς και ήπιες μεταβολές στη θερμοκρασία του σώματος μπορούν να διαταράξουν την κερκαδική ρύθμιση του ύπνου σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ.

II. Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (RLS)

Το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών (restless legs syndrome, RLS) είναι μια περίεργη πάθηση που χαρακτηρίζεται ως νευρολογική διαταραχή του ύπνου. Χαρακτηρίζεται από τάση για κίνηση των ποδιών και δυσαισθησία των κάτω άκρων που επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της νυχτερινής κυρίως ανάπαυσης με προσωρινή ανακούφιση κατά την εγρήγορση. Χαρακτηρίζεται από περιοδικό τίναγμα των άνω και κάτω άκρων παρά τη θέληση του ασθενούς. Διαρκεί 20-30 δευτερόλεπτα για 5 φορές την ώρα κατά τη διάρκεια του ύπνου. Αυτό διαταράσσει την ομαλότητα του ύπνου.

Τα συμπτώματα του RLS είναι λιγότερο αισθητά κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά πιο διαδεδομένα τη νύχτα. Επομένως, η διαταραχή μπορεί να προκαλέσει χαμηλή ποιότητα ζωής, αϋπνία και εξασθένιση της ημερήσιας δραστηριότητας. Το RLS σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESRD) είναι ιδιαίτερα προβληματικό λόγω της πρόωρης διακοπής της αιμοκάθαρσης και της αυξημένης θνησιμότητας. Ο επιπολασμός του RLS μεταξύ των ασθενών με αιμοκάθαρση είναι πολύ υψηλότερος σε σύγκριση με τον επιπολασμό της ίδιας διαταραχής σε ασθενείς με φυσιολογικές νεφρικές λειτουργίες (Molnar, et al., 2006).

Από διάφορες επιστημονικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι 3 από τους 10 νεφροπαθείς υπό θεραπεία αποκατάστασης πάσχουν από Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών με τον σχετικό κίνδυνο να είναι αυξημένος σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα παραθυρεοειδούς ορμόνης (Mahowald, 2000).

III. Αποφρακτική και κεντρική άπνοια του ύπνου.

Η αποφρακτική υπνική άπνοια χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης των αεραγωγών κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η άπνοια του ύπνου είναι μια διαταραχή του ύπνου στην οποία παρατηρούνται άπνοιες, υπόπνοιες ή αφυπνίσεις που έχουν σχέση με την ανπνευστική προσπάθεια. Οφείλεται σε χάλαση των μυών του φαρυγγικού τοιχώματος σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως είναι η παχυσαρκία. Οι ασθενείς με νεφρική νόσο παρουσιάζουν συσσώρευση υγρών στο σώμα τους με αποτέλεσμα όταν βρίσκονται σε κατακεκλιμένη θέση κατά τη διάρκεια της νύχτας να παρατηρείται μετακίνηση του υγρού στον ανώτερο αεραγωγό τους. Στην κεντρική άπνοια του ύπνου παρατηρείται παύση της αναπνοής λόγω έλλειψης αναπνευστικής προσπάθειας κατά τον ύπνο λόγω διακοπής ρυθμιστικών μηνυμάτων από το αναπνευστικό κέντρο προς τους αναπνευστικούς μύες. Η μείωση του κορεσμού του οξυγόνου στο αίμα που επέρχεται έχει σαν επακόλουθο την αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα και αύξηση της συμπαθητικομιμητικής δραστηριότητας. Όλα τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα τη διακοπή του νυχτερινού ύπνου.

Η άπνοια του ύπνου σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ είναι πολυπαραγοντική.

- Η παχυσαρκία αποτελεί κακό δείκτη για εμφάνιση άπνοιας του ύπνου σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ. Δείκτης μάζας σώματος πάνω από 25 kg/m^2 σε συνδυασμό με αρτηριακή υπέρταση αποτελούν κακούς προγνωστικούς παράγοντες.
- Στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ λόγω υπερυδάτωσης προκαλείται χάλαση του τόνου των μυών του φαρυγγικού τοιχώματος με αποτέλεσμα

απόφραξη από οίδημα των αεραγωγών. Άτομα με ανατομικές ανωμαλίες π.χ. μικρή γνάθος εμφανίζουν προδιάθεση για αποφρακτική άπνοια του ύπνου.

- Η υποξαιμία που έχει σχέση με την αιμοκάθαρση και η οποία νωρίτερα θεωρούνταν ότι οφείλεται σε λευκοκυτταρική στάση στο πνευμονικό παρέγχυμα σήμερα θεωρείται ότι προκαλείται από διάχυση CO₂ στο διάλυμα της αιμοκάθαρσης και συγχρόνως υποαερισμό των κυψελίδων.
- Στην εμφάνιση της υπνικής άπνοιας συμβάλλει και η μεταβολή της χημειοαπόκρισης λόγω μεταβολικής οξέωσης και ουραιμίας.
- Η μείωση του pH του εγκεφαλονωτιαίου υγρού κατά την αιμοκάθαρση επιφέρει αργή ροή των διττανθρακικών από την κυκλοφορία προς τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα διαταραγμένο ύπνο και αναπνευστική αστάθεια.
- Τα διαλύματα αιμοκάθαρσης με οξεικά εντείνουν την υποξαιμία κατά την αιμοκάθαρση.
- Κατά την περιτοναϊκή κάθαρση η παρουσία υγρών στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί μείωση του όγκου της αναπνοής και δυσχεραίνει την αποδοτικότητα του αναπνευστικού συστήματος.

Η υπνική άπνοια στους ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό είναι κατά 10 φορές μεγαλύτερη. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αποφρακτικού τύπου και σχετίζεται με υψηλό δείκτη μάζας σώματος, υψηλή αρτηριακή πίεση και υψηλές τιμές σακχάρου αίματος, υψηλότερες τιμές ουρίας και κρεατινίνης ορού (Κοσμαδάκης, 2010).

Η υπερβολική ημερήσια υπνηλία

Η ημερήσια υπνηλία είναι μια παθολογική κατάσταση και ορίζεται ως η αδυναμία του ατόμου να επιτύχει και να διατηρήσει εγρήγορση ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητας με αποτέλεσμα ο ύπνος να εκδηλώνεται χωρίς τη θέληση του ατόμου ή σε ακατάλληλο χρόνο⁴⁷ Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι συχνή στους ασθενείς με νεφρική νόσο ειδικά σε αυτούς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Πολλοί μάλιστα το αναφέρουν σαν την κύρια ενόχλησή τους.

Θεραπεία

Η θεραπεία των διαταραχών του ύπνου μπορεί να είναι φαρμακευτική ή συμβουλευτική.

Η συμβουλευτική περιλαμβάνει υιοθέτηση από μέρος του ασθενή συμπεριφορών που ενισχύουν την προσπάθεια του ύπνου.

Στη θεραπεία της αϋπνίας χορηγούνται ντοπαμινεργικοί παράγοντες (λεβοντόπα ή οι αγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης:πραμιπεξόλη, ροπινιρόλη, περγολίδη ή καμπεργκολίνη). Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί γκαμπαπεντίνη, οι βενζοδιαζεπίνη και τα οπιοειδή. Επίσης η πιεσοθεραπεία φαίνεται να βελτιώνει όχι μόνο την ποιότητα του ύπνου αλλά και την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με αϋπνία. Άλλοι παράγοντες είναι η ζαλεπλόνη και η ζολπιδέμη.

Στην άπνοια του ύπνου η θεραπεία περιλαμβάνει τη συνεχή θετική πίεση των αεραγωγών (CPAP) και τη μείωση του σωματικού βάρους σε υπέρβαρους ασθενείς. Μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις ακολουθείται χειρουργική θεραπεία που σκοπό έχει να διορθώσει ανατομικές ατέλειες.

Στο Σύνδρομο των Ανήσυχων Ποδιών η θεραπεία περιλαμβάνει την ελάττωση της δόσης ή ακόμα και τη διακοπή ενοχοποιητικών σκευασμάτων όπως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της σεροτονίνης, λίθιο και ανταγωνιστές της ντοπαμίνης. Η χορήγηση της ερυθροποιητίνης για τη διόρθωση της αναιμίας και η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου συσχετίστηκε με μείωση των συμπτωμάτων μόνο παροδικά.

5. Διαταραχές που αφορούν τη σίτιση

Η διαιτητική αναπροσαρμογή των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο είναι απαραίτητη

Ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα της ΧΝΝ που σχετίζονται με ψυχικές εκδηλώσεις, συχνότερα είναι οι διαταραχές σίτισης και η αναιμία.

Η ανορεξία αποτελεί ένα υποκειμενικό παράγοντα στη διατροφική εκτίμηση των ασθενών με νεφρική νόσο. Η αιτιολογία της αναιμίας είναι πολυπαραγοντική και συσχετίζεται με την ουραιμία, τη φλεγμονή, τη συνοσηρότητα, τους ψυχοκοινωνικούς συντελεστές. Η μεταβολική οξέωση επιδρά στην αύξηση της πρωτεΐνης στον καταβολισμό και μείωση της πρωτεϊνικής σύνθεσης.

Η κατάθλιψη φαίνεται να επιδεινώνει την ανορεξία που οφείλεται σε ουραιμία και την υπολευκωματιναιμία, λόγω της μειωμένης πρόσληψης πρωτεϊνών. Η αναιμία από μειωμένη έκκριση ερυθροποιητίνης, κλινικά εμφανίζεται ως εύκολη κόπωση ή/και κατάθλιψη και φαίνεται να συνδέεται με πτωχή ποιότητα ζωής σε αυτή την ομάδα ασθενών ενώ θεραπεία υποκατάστασης με ερυθροποιητίνη φαίνεται να βελτιώνει τα συμπτώματα κόπωσης, τη λειτουργικότητα και αρκετές παραμέτρους της ποιότητας ζωής (Tsaousis, et al., 2019). Στη νεφρική νόσο τελικού σταδίου η διαιτητική παρέμβαση αποτελεί μέρος μιας συνολικής στρατηγικής με σκοπό την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Ο υποσιτισμός στους νεφροπαθείς τελικού σταδίου έχει πολύ μεγάλη σημασία καθώς σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θανάτου στους ασθενείς αυτούς. Ορισμένες από τις αιτίες που προκαλούν υποσιτισμό είναι:

- Η ανορεξία και γενικά η μειωμένη πρόσληψη τροφής
- Οι αυξημένες απώλειες των θρεπτικών συστατικών λόγω της αιμοκάθαρσης
- Ο περιορισμός στην πρόσληψη των θρεπτικών συστατικών λόγω της δίαιτας.

Τα συμπτώματα της ουραιμίας συνοδεύονται από ανορεξία συχνούς εμέτους και ναυτία τα οποία τελικά οδηγούν σε μειωμένη πρόσληψη ενέργειας και πρωτεΐνης

Η ανορεξία, η συννοσηρότητα ή οι θεραπευτικοί διαιτητικοί περιορισμοί κάνουν τη δίαιτα άγευστη περιορίζοντας έτσι την πρόσληψη τροφής με αποτέλεσμα τη μειωμένη πρόσληψη σε βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία.

Ο περιορισμός των υγρών και των τροφών είναι ο συχνότερος παράγοντας άγχους για αυτούς τους ασθενείς. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η ημερήσια κατανάλωση υγρών δεν πρέπει να ξεπερνά τα 500 ml διότι υπάρχει κίνδυνος υπερφόρτωσης του οργανισμού με υγρά και πρόκλησης πνευμονικού οιδήματος. Ένας εξίσου ενοχλητικός παράγοντας είναι οι περιορισμοί που αφορούν την πρόσληψη καλίου, νατρίου, φωσφόρου και πρωτεϊνών για την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. Ασθενείς που εμφανίζουν οίδημα και αυξημένη αρτηριακή πίεση πρέπει να περιορίσουν την κατανάλωση νατρίου και υγρών. Η πρόσληψη πρωτεϊνών αποτελεί το αντικείμενο πολλών μελετών που έχουν ως σκοπό τον καθορισμό των ιδανικών ποσοστών για τους νεφροπαθείς τελικού σταδίου.

Σε ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα η αυτοδιαχείριση αυτών των περιορισμών αποτελεί εξαιρετικά δύσκολο μέρος. Η συμμόρφωση του ασθενούς στους διαιτητικούς αυτούς περιορισμούς εξαρτάται από την ικανότητά του να προχωρήσει σε αλλαγές συμπεριφορών αλλά και από την υποστήριξη που θα έχει ή τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει στην προσπάθειά του αυτή. Σε ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο και κατάθλιψη η κακή θρεπτική κατάσταση συνδυάζεται και με μείωση των επιπέδων αλβουμίνης. Επίσης ασθενείς οι οποίοι έλαβαν αντικαταθλιπτική αγωγή στα πλαίσια της θεραπείας βελτίωσαν τη θρεπτική τους κατάσταση ανεβάζοντας τα επίπεδα αλβουμίνης (Σπυρίδη, κα, 2008).

Η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ πρέπει να είναι πολύ φειδωλή όχι μόνο γιατί υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα αλλά και λόγω της αντιχολινεργικής τους δράσης μπορεί να προκαλέσουν ορθοστατική υπόταση και αρρυθμίες (Cohen, et al., 2004).

Σωματικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να εκδηλωθούν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Αφορούν κεφαλαλγίες, δερματικές εκδηλώσεις (έκζεμα, ερυθρότητα, κνησμός) συμπτώματα από το γαστρεντερικό, καρδιαγγειακό

(ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης). Η καλή λειτουργική κατάσταση συνδέεται με τη βιολογική φύση και αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να προβαίνει σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με τις προσωπικές του ανάγκες. Κατά την εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου εμφανίζεται ελάττωση των λειτουργικών ικανοτήτων και του αισθήματος ευημερίας τα οποία έχουν σχέση με κακή έκβαση της νόσου. Μειώσεις στη λειτουργική ικανότητα και ευημερία επιφέρουν δυσμενή αποτελέσματα. Ασθενείς με $GFR < 60 \text{ml/min/1.73m}^2$ θα πρέπει να υποβάλλονται σε ελέγχους για την αξιολόγηση των ικανοτήτων και της ευημερίας τους. Η αξιολόγηση αυτή βοηθάει στην παρακολούθηση των αλλαγών που επέρχονται με το χρόνο για την καλύτερη παρέμβαση (Cohen, et al., 2004).

Κόπωση ή εξάντληση που συνεπάγεται απώλεια της ενεργητικότητας Η ΤΣΧΝΝ και οι θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας προδιαθέτουν τα άτομα σε ένα πλήθος ανεπιθύμητων συμπτωμάτων. Στους ασθενείς αυτούς η κόπωση μπορεί να έχει δύο μορφές 1) τη φυσική κόπωση που περιλαμβάνει την καθημερινή κόπωση από την ασθένεια ή τη θεραπεία 2) την ψυχολογική κόπωση που περιλαμβάνει την απέχθεια και την αποστροφή για τη χρόνια θεραπεία. Η διαβίωση με κόπωση προσδίδει επιβάρυνση και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (O'Sullivan, et al., 2009).

5.1 Ελάττωση ή απώλεια της libido

Η νεφρική νόσος επηρεάζει και τη γονιμότητα και την σεξουαλική συμπεριφορά και των δύο φύλων. Η σεξουαλική δυσλειτουργία και η ικανότητα ολοκλήρωσης της σεξουαλικής πράξης είναι διαταραχές που επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογία των ασθενών.

Οι διαταραχές αφορούν τη στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες, εμμηνορροϊκές ανωμαλίες στις γυναίκες, μειωμένη λίμπιντο και υπογονιμότητα και στα δύο φύλα. Αυτές οι ανωμαλίες είναι κυρίως οργανικής φύσης και έχουν άμεση σχέση όχι μόνο με την ουραιμία αλλά και με την συνύπαρξη και άλλων νοσημάτων που εμπλέκονται στη χρόνια νεφρική νόσο π.χ .σακχαρώδης διαβήτης. Η σωματική κόπωση που χαρακτηρίζει τους ασθενείς αυτούς και η επιβαρυσμένη ψυχολογία συμβάλλουν καθοριστικά στο πρόβλημα αυτό. Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών αυτής της κατηγορίας βιώνει συχνά μια έλλειψη ενδιαφέροντος για το σεξ

αυτό αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες ανησυχίες τους και αποτελεί ένα μέρος της ζωής τους που όμως αποφεύγεται να συζητιέται . Οι αναφορές περιορίζονται μόνο στις οργανικές και διαδικαστικές πλευρές του θέματος. Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι η σεξουαλική λειτουργία αποκαθίσταται μετά από μεταμόσχευση νεφρού και κυρίως στους νεότερους άνδρες και γυναίκες (Palmer, et al., 1999).

Στο θέμα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας περιπλέκονται και άλλοι παράγοντες όπως ηλικιακοί, φυλετικοί, συναισθηματικοί οι οποίοι επιδρούν στη λειτουργική αυτή αδυναμία. Οι ίδιοι οι ασθενείς διστάζουν να επεκταθούν σε λεπτομέρειες της ερωτικής τους ζωής γιατί φοβούνται μήπως επικριθούν. Οποιοσδήποτε συζητήσεις γύρω από αυτό το θέμα γίνονται με την προσθήκη υπερβολών ή αντιμετωπίζονται με χιούμορ.

Η κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με τη σεξουαλική δυσλειτουργία των ατόμων αυτών καθώς μπορεί να έχει αρνητική επίπτωση σε ένα πεδίο όπου συμπεριλαμβάνονται οι συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις.

5.2 Έλλειψη συμμόρφωσης

Η έλλειψη συμμόρφωσης είναι καθοριστική για την εξέλιξη της νόσου. Παράγοντες που επηρεάζουν την κακή συμμόρφωση στη θεραπεία είναι η πεποίθηση του ασθενή για το σκοπό της θεραπείας, οι συχνές δόσεις που χορηγούνται τα φάρμακα, η μειωμένη στήριξη από την οικογένεια, η κακή επικοινωνία στις σχέσεις με τους γιατρούς .Η μη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και η μη προσεύλευση στα προγραμματισμένα ραντεβού οδηγεί σε αποχή από τα θεραπευτικά σχήματα και έχει άμεση σχέση με την κατάθλιψη .Άλλωστε οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου έχουν λίγες πιθανότητες να κρύψουν τη διάθεσή τους να μη συμμορφωθούν αφού ο έλεγχος του σωματικού βάρους, οι εργαστηριακές εξετάσεις οι υπερβολές στη διαίτα το αποδεικνύουν.

5.3 Παραληρητικές ιδέες

Το παραλήρημα στο τελικό στάδιο της ΧΝΝ αποτελεί μια διαταραχή που διαφεύγει της σωστής διαγνωστικής εκτίμησης περισσότερο από κάθε άλλη ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία παραλήρημα είναι μια κατάσταση (Wilson, 1996) που ο ασθενής διακατέχεται από ιδέες καταδιωκτισμού, έχει πλήρης συνείδηση και

υποκείμενη σωματική νόσο. Το σύνδρομο αυτό είναι πιθανόν το αποτέλεσμα της πυροδότησης που προκαλεί η σωματική ασθένεια σε μια ύποπτη, συγκαλυμμένη υπό φυσιολογικές συνθήκες, ψυχική κατάσταση. Το Delirium είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που εμφανίζεται στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς λόγω της αστάθειας των ηλεκτρολυτών σαν συνέπεια ιατρικών επιπλοκών (Thomalla, et al., 2005).

Ένα άλλο είδος κατάθλιψης είναι και η δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία. Η δυσθυμία εκδηλώνεται με καταθλιπτική διάθεση σε ηπιότερη βέβαια μορφή από τη μείζονα κατάθλιψη και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις ανάλογα με τα γεγονότα της ζωής με διάρκεια πάνω από δύο χρόνια. Και η δυσθυμία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχές συγκέντρωσης, αίσθημα κόπωσης, διαταραχές ύπνου και όρεξης (Δίκαιος, 2005).

5.4 Έκπτωση της γνωστικής ικανότητας.

Η επιδείνωση της γνωστικής ικανότητας έχει άμεση σχέση με την κατάθλιψη διότι επηρεάζει την ενασχόληση των ασθενών με τις καθημερινές δραστηριότητες.

Η γνωστική δυσλειτουργία επηρεάζει κυρίως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Bossola, et al., 2016).

Συνήθως μια μικρή έκπτωση της γνωστικής ικανότητας περνάει απαρατήρητη από τους επαγγελματίες υγείας. Η γνωστική δυσλειτουργία επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα συγκέντρωσης των ασθενών, τη μάθηση, τη μνήμη, τη λήψη αποφάσεων και οδηγεί σε αρνητική προδιάθεση. Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας λόγω των αυξημένων επιπέδων τοξικών ουσιών στον εγκέφαλο εμφανίζουν διαταραχές στη μνήμη και ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης γεγονός που οδηγεί σε εξασθενημένη γνωστική ικανότητα.

6. Ιδιαιτερότητες στην αιμοκάθαρση

Η ένταξη στην αιμοκάθαρση αποτελεί αναγκαιότητα για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Παρόλο που η αιμοκάθαρση αποτελεί την επικρατέστερη θεραπευτική επιλογή απαιτεί από τους ασθενείς αυτούς την αφιέρωση πολύτιμου προσωπικού χρόνου στις συνεδρίες. Προϋποθέτει παραμονή τριών ή και τεσσάρων ωρών σε κάθε συνεδρία, τρεις φορές την εβδομάδα. Οι ασθενείς αυτοί έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές προκλήσεις που επηρεάζουν την προσωπική επαγγελματική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή και αυξάνουν την πιθανότητα να αναπτύξουν διάφορες ψυχοπαθολογικές συμπεριφορές. Οι απαιτήσεις της θεραπείας, η συμμόρφωση σε διαιτητικούς περιορισμούς, οι συχνές επισκέψεις σε ιατρικές υπηρεσίες αποτελούν τις κυριότερες αιτίες άγχους, κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Ένα σημαντικό θέμα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι οι εναλλαγές εξάρτησης – ανεξαρτησίας από το μηχάνημα. Στο στάδιο αυτό της προσαρμογής ο ασθενής καλείται να υιοθετήσει τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης σαν τρόπο ζωής. Αφενός είναι ασθενείς που υφίστανται σε περιορισμούς και αιμοκάθαρση και αφ' ετέρου καλούνται να ζήσουν ως υγείς όταν βρίσκονται εκτός μονάδας τεχνητού νεφρού. Υπάρχει δηλαδή μία σύγκρουση διάρκειας ανάμεσα στην υγεία και την ασθένεια τη ζωή και το θάνατο. Ανάλογα με το πώς θα αντιληφθεί κάποιος αυτή τη σύγκρουση θα διαμορφωθεί και η προσαρμογή στη θεραπεία.

Αυτό που παίζει καθοριστικό ρόλο στη ζωή των συγκεκριμένων ασθενών είναι η εξάρτηση από το μηχάνημα του TN. Ελάχιστα άλλα είδη ιατρικής θεραπείας και όχι σε τέτοια ένταση χρησιμοποιούν τον ασθενή στη θέση αντικειμένου που εξαρτάται από το μηχάνημα, διαδικαστικά και προσωπικά. Η ικανότητα να βλέπουν την κυκλοφορία του αίματος έξω από το σώμα τους αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της ασθένειας. Πολλοί ασθενείς συχνά εκφράζουν κάποια σύγχυση του κατά πόσο το σώμα τους είναι μέσα στο μηχάνημα ή κατά πόσο το μηχάνημα είναι μέσα στο σώμα τους. Επίσης, ο χρόνος που αφιερώνει ο νεφροπαθής στο μηχάνημα είναι ένα ουσιώδες εμπόδιο για μία φυσιολογική ζωή. Όπως αναφέρθηκε από δύο ασθενείς, αυτή η εξάρτηση τους

δημιουργεί ψυχολογική κατάπτωση με την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Η ψυχολογική εξάρτηση, η οποία δημιουργείται με το μηχάνημα και το προσωπικό είναι η πιο ουσιώδης από τις δυσκολίες που προκύπτουν για τη συνέχιση μίας κανονικής ζωής. Στις περιπτώσεις δε που ο νεφροπαθής είναι και σωματικά ανίκανος, η εξάρτηση επεκτείνεται και στις καθημερινές ανάγκες του, προκαλώντας έτσι θυμό, τύψεις και το αίσθημα της υποτίμησης του εαυτού του (Θεοφίλου, 2011).

Εκτός από τις αλλαγές στην προσωπική ζωή που επέρχονται, διάφορες επεμβατικές διαδικασίες όπως η παρακέντηση της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας, η διενέργεια προσωρινών καθετήρων αιμοκάθαρσης, η αναμονή στη σειρά για τη σύνδεση στο μηχάνημα, ο συναγερμός που χτυπάει από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης ακόμα και οι αλλαγές του προσωπικού προσθέτουν επιπλέον άγχος στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς. Το άγχος αυτό είναι δυνατόν να εκφραστεί με παράλογες απαιτήσεις ή επιθετικές συμπεριφορές προς τις υπηρεσίες παροχής υγείας, συχνή δυσανασχέτιση και εκδήλωση διαταραγμένη συμπεριφοράς. Σύμφωνα με έρευνες οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν τέτοια εξάρτηση από το μηχάνημα για το υπόλοιπο της ζωής τους όπως δε συμβαίνει σε καμία άλλη νόσο (De Sousa, 2008).

Επιστημονικές μελέτες έχουν αναδείξει ότι το άγχος είναι συχνή ψυχολογική διαταραχή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση (Perez-Dominguez, et al., 2012).

Επίσης μελέτες σχετικά με την ψυχική υγεία των αιμοκαθαρόμενων ασθενών αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. Ο λόγος είναι ότι η θεραπευτική διαδικασία της αιμοκάθαρσης υποχρεώνει τους ασθενείς να βρίσκονται εντός του νοσοκομείου για τέσσερις ή και περισσότερες ώρες (Kimmel, et al., 1995).

Σύμφωνα με μελέτες οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση βιώνουν μια μεγάλη επιβάρυνση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης που επηρεάζει έως και το 25% των ασθενών. Παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλλουν στον υψηλό επιπολασμό της κατάθλιψης είναι η μειωμένη λειτουργική κατάσταση, η τρεις φορές την εβδομάδα θεραπεία, η ανάγκη για πολλαπλή φαρμακευτική αγωγή και η απώλεια της κοινωνικής στήριξης και επαγγελματικής ικανότητας. Η παρουσία κατάθλιψης σε

αυτούς τους ασθενείς σχετίζεται με συντομευμένες θεραπείες αιμοκάθαρσης, τακτικές επισκέψεις σε νοσοκομεία και αυξημένες νοσηλίες, χαμηλή ποιότητα ζωής και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Julio, et al., 2017).

6.1 Επαγγελματική απασχόληση

Η εργασιακή απασχόληση εξαρτάται όχι μόνο από τη φυσική κατάσταση του ασθενούς αλλά και από κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες. Τα αποτελέσματα της ουραιμίας και των προβλημάτων σχετικά με αυτή επιδεινώνουν το επίπεδο της φυσικής λειτουργίας έτσι ώστε να διαθέτουν ελάχιστο επίπεδο ικανότητας για εργασία. Στην αντιμετώπιση λοιπόν του ζητήματος της εργασίας υπάρχει μία αρνητική τοποθέτηση και ένα έντονο συναίσθημα αρνητισμού. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος όπου με την ένταξη στην αιμοκάθαρση μειώνεται σημαντικά το ποσοστό των εργαζόμενων ασθενών. Σε πολλές περιπτώσεις υποχρεώνονται να αλλάξουν πολλούς τομείς της ζωής τους προκειμένου να ανταποκριθούν στα δεδομένα της ασθένειας.

Επιστημονικές έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε μεγάλο ποσοστό υποχρεώθηκαν να αλλάξουν επάγγελμα ή να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα (Καϊτελίδου, κα., 2007). Επίσης η αιμοκάθαρση συνδέεται με επαναλαμβανόμενες απουσίες από την εργασία και μείωση της παραγωγικότητας.

Εκείνο που θα πρέπει να τονισθεί είναι ότι οι ασθενείς που εντάσσονται στην αιμοκάθαρση ξοδεύουν αρκετό χρόνο στις διαδοχικές επισκέψεις και στην παραμονή στη μονάδα για αιμοκάθαρση που εκ των πραγμάτων δεν μπορούν να εργαστούν κανονικά ακόμα και αν το επιθυμούν.

Η αποχή από την εργασία δημιουργεί αρνητικές επιπτώσεις στην προσωπική ζωή των ασθενών με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ψυχική τους ευημερία. Ο ασθενής μη μπορώντας να ανταποκριθεί στα παραπάνω δεδομένα νιώθει άγχος, ανασφάλεια, ενοχές για την κατάστασή του.

6.2 Βιολογικοί παράγοντες

Οι ασθενείς που εντάσσονται στην αιμοκάθαρση διακατέχονται από ένα μόνιμο άγχος λόγω της απώλειας του ελέγχου της σωματικής τους λειτουργίας και της εξάρτησης από το μηχάνημα και το προσωπικό της μονάδας

Η αλλαγή αυτή του ρόλου από ανεξάρτητο σε εξαρτημένο και κατά προέκταση αδύναμο έχει άμεσο αντίκτυπο στη σεξουαλική ζωή του ασθενή καθώς από ερωτικός σύντροφος μετατρέπεται σε ασθενή και ο σύντροφός του παίρνει το ρόλο του φροντιστή. Για τη σεξουαλική δυσλειτουργία στους νεφροπαθείς υπεύθυνοι φαίνεται να είναι ενδοκρινικές διαταραχές (διαταραχή στη σύνθεση ορμονών, στη μεταφορά, στη σύνδεση με τους υποδοχείς και στην ανταπόκριση των οργάνων στόχων) και μεταβολικές διαταραχές, με κυριότερη την επίδραση ουραιμικών τοξινών

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Επίσης μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις.

Οι διαταραχές αυτές δεν βελτιώνονται με την αιμοκάθαρση αντίθετα μπορεί να επιδεινωθούν ενώ συχνά αποκαθίστανται μετά από μεταμόσχευση (Σπυρίδη, κα, 2008).

Κάτι άλλο που θα πρέπει να τονισθεί είναι ότι με την ένταξη στην αιμοκάθαρση επέρχονται τέτοιες αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση που πολλοί ασθενείς νιώθουν ντροπή μπροστά στους συντρόφους τους. Το χειρουργείο για τη δημιουργία αγγειακής προσπέλασης, η διενέργεια προσωρινού καθετηριασμού στα πλαίσια της θεραπείας καθώς και άλλες θεραπευτικές επεμβάσεις, αλλάζουν τη μορφή του σωματικού ειδώλου και κατά συνέπεια την εικόνα της αυτοεκτίμησης. Η δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος καθώς και η ζωή με μια χρόνια πάθηση μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα. Όταν η σωματική δυσλειτουργία είναι ορατή οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εκδηλώνονται με συμπεριφορές όπως ντροπή, θλίψη, θυμό μνησικακία και σε ακραίες περιπτώσεις άρνηση να ξεπεράσουν το πρόβλημα. Η πιο κοινή περιγραφή των ατόμων με χρόνια νοσήματα για τον εαυτό τους είναι ότι «είμαι μισός άνθρωπος ή είμαι σακατεμένος». Το σωματικό Εγώ αποτελεί μέρος της αυτοεικόνας που έχει ο κάθε άνθρωπος για τον εαυτό του και

συνδέεται με την αρρενωπότητα ή τη θηλυκότητά του, τη φυσική του ικανότητα και αντοχή τις άλλες επιμέρους ικανότητες. Η αυτοεικόνα συνδέεται με κοινωνικο-ψυχολογικούς παράγοντες και έχει άμεση σχέση όχι με το πώς φαίνεται ο ίδιος στους άλλους αλλά με το πώς νομίζει ότι φαίνεται. Οι ασθένειες και οι τραυματισμοί αλλοιώνουν τη δομή του σώματος ,μεταβάλλουν τη σωματική εικόνα και επηρεάζουν την αυτοεικόνα που έχει διαμορφώσει ο ασθενής για τον εαυτό του, τόσο που επηρεάζει τον κοινωνικό όσο και τον επαγγελματικό του ρόλο (Χέρας, κα, χχ).

6.3 Ψυχολογικοί παράγοντες

Η φύση και η χρονιότητα της νόσου επιβάλλουν σημαντικούς περιορισμούς. Οι αιμοκαθαιρόμενοι διαπιστώνουν ότι η ζωή τους περνά μεταξύ του σπιτιού και του νοσοκομείου και δεν μπορούν να αφιερώσουν χρόνο σε δραστηριότητες που πρωτύτερα τους ευχαριστούσαν, όπως για παράδειγμα ψυχαγωγία, κοινωνικές σχέσεις, διακοπές.

Η έλλειψη ανεξαρτησίας και οι περιορισμοί στην ψυχαγωγία επιδρούν αρνητικά στην καθημερινή τους ζωή καθώς δεν μπορούν να συμμετέχουν σε δραστηριότητες αναψυχής και διακατέχονται από συναισθήματα απόγνωσης και άγχους

Διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι η μείωση της δυνατότητας να συμμετέχουν στις καθημερινές δραστηριότητες είναι ένας από τους περιορισμούς που επιβάλλει η αιμοκάθαρση στη ζωή των ασθενών αυτών (Cleary, et al., 2005). Οι προγραμματισμένες συνεδρίες αιμοκάθαρσης τους καθηλώνουν στην αυστηρή τήρηση του ωραρίου και οτιδήποτε παρεκκλίνει από αυτό τους δημιουργεί προβλήματα. Οι ασθενείς χάνουν την προσωπική τους ελευθερία και ζουν με την αίσθημα του περιορισμού. Όλη αυτή η διαδικασία που είναι επιτακτική ανάγκη τους οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση. Πολλές φορές εκφράζουν παράπονα ότι δεν μπορούν να πάνε διακοπές γιατί πρέπει να βρουν μια θέση για θεραπεία σε άλλο κέντρο αιμοκάθαρσης και αυτό τους καθηλώνει.

Οι περιορισμοί που τους επιβάλλει η αιμοκάθαρση τους στερεί από τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε καθημερινές δραστηριότητες. Η στέρηση αυτής της ευχαρίστησης τους οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση.

Αντίθετα η συμμετοχή τους αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην εμφάνιση της κατάθλιψης και της κοινωνικής απομόνωσης.

Για τον ασθενή που εντάσσεται σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης, η αίσθηση ότι η αυτοτέλειά του περιορίζεται ενισχύεται από το γεγονός ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του. Αισθάνεται ότι είναι κοινωνικά απομονωμένος, ότι δεν είναι χρήσιμος πλέον στην οικογένειά του και στους γύρω του και διακατέχεται από ενοχές. Πολλές φορές μάλιστα αποκρύπτει αυτή την κατάσταση γιατί αισθάνεται μειονεκτικά αλλά και γιατί φοβάται το ενδεχόμενο του θανάτου.

6.4 Κατάθλιψη και θνησιμότητα

Η κατάθλιψη έχει άμεση σχέση με τη θνησιμότητα καθώς αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρδιολογικές παθήσεις (Rubin, et al., 2004).

Η κυριότερη αιτία θανάτου των αιμοκαθαρόμενων ασθενών είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις(έμφραγμα του μυοκαρδίου, αρρυθμίες, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια). Η δυσλειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος σε αυτούς τους ασθενείς αρχίζει πριν την ένταξη στην αιμοκάθαρση και οφείλεται σε αρτηριακή υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, την αναιμία και τις αγγειακές και μυοκαρδιακές εναποθέσεις ασβεστίου που συνοδεύουν κατά κανόνα τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η κατάθλιψη έχει άμεση συσχέτιση με τις συνυπάρχουσες ασθένειες στην αιμοκάθαρση λόγω των επιπλοκών που προκαλούνται από αυτές και τον αυξημένο κίνδυνο θανάτου.

Οι διαταραχές αυτές δεν αποκαθίστανται με την αιμοκάθαρση με αποτέλεσμα οι καρδιαγγειακές επιπλοκές να αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου των ασθενών αυτών.(ποσοστό 45-60%) (Qureshi, et al., 2002).

6.5 Άλλες ψυχικές διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι συχνές σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους από τις αυξημένες απαιτήσεις της θεραπείας, τις ιδιαιτερότητες της διαίτας, την εμφάνιση μιας χρόνιας νόσου μέσα στην οικογένεια .Σε μία μελέτη μάλιστα διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς με το άγχος που βιώνουν οι

φροντιστές τους. Ασθενείς που οι φροντιστές τους είχαν αυξημένο άγχος, παρουσίαζαν εντονότερο άγχος και οι ίδιοι συγκρινόμενοι με ασθενείς που οι φροντιστές τους είχαν καλύτερη προσαρμογή στη νόσο (Malmquist, 1973).

Επίσης η κατάθλιψη στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς μπορεί να τους οδηγήσει σε αυτοκτονία. Η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να συνδέεται με διακοπή της θεραπείας, με μη συμμόρφωση σε διαιτητικές οδηγίες, παράλειψη φαρμακευτικής αγωγής.

Τα κριτήρια καλής προσαρμογής στη νόσο είναι (Christensen, et al., 2002):

- η διατήρηση της ανησυχίας και του άγχους του ασθενούς σε ελεγχόμενα όρια,
- η διατήρηση των πηγών ευχαρίστησης και της αυτοεκτίμησης,
- η συνέχιση επαρκών σχέσεων με τους άλλους,
- η ανάληψη χρήσιμων και κοινωνικά αποδεκτών ρόλων,
- η συντήρηση ελπίδας για το μέλλον,
- η επιτυχής αποκατάσταση στη μέγιστη φυσική ικανότητα του ασθενούς και, τέλος,
- η διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης και αποτελεσματικότητας με τους γιατρούς και το προσωπικό.

Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν ομοιότητες στην πορεία τους όσον αφορά την αιμοκάθαρση, η οποία διακρίνεται σε τρεις περιόδους: (α) την περίοδο της ομαλότητας, που ονομάζεται και "μήνας του μέλιτος", (β) την περίοδο της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης και (γ) την περίοδο της (Reichsman, Levy, 1997).

6.6 Περίοδος του μήνα του μέλιτος

Η περίοδος του μήνα του μέλιτος χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη σωματική και συναισθηματική ευεξία, την οποία βιώνει ο ασθενής ως επί το πλείστον. Συνοδεύεται από προσπάθεια απόλαυσης της ζωής και από αισθήματα ελπίδας και εμπιστοσύνης. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, οι περισσότεροι αποδέχονται ικανοποιητικά και με ευχαρίστηση την αναγκαιότητα και τη σημασία της εξάρτησης από το "μηχάνημα" και τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διαχειρίζονται προς όφελος των ασθενών την όλη διαδικασία. Η περίοδος αυτή

παρατηρείται συχνότερα στους βαρύτερα πάσχοντες και σε ασθενείς, όπου η έναρξη της νόσου είναι αιφνίδια, αφού η ανακούφιση, η οποία ακολουθεί την έναρξη της αιμοκάθαρσης, είναι σε αυτούς περισσότερο εμφανής

Αντίθετα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αργή και προοδευτική εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου τρομάζουν στην προοπτική της επαπειλούμενης απώλειας της αυτονομίας τους, που σχετίζεται με την έναρξη της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης. Μερικοί προσπαθούν να παρακάμψουν τη διαδικασία αυτή επιλέγοντας τη λύση της πρώιμης μεταμόσχευσης (Surman, 1987). Η πιο πάνω περίοδος δεν είναι χωρίς προβλήματα και σχεδόν όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα, έντονα επεισόδια άγχους που σχετίζονται με την αιμοκάθαρση. Διακατέχονται ακόμα από έντονο φόβο στη σκέψη πιθανής βλάβης του μηχανήματος του τεχνητού νεφρού ενώ σημαντική πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στον ύπνο για διάστημα που κυμαίνεται από δύο μήνες έως ένα χρόνο. Οι διαταραχές ύπνου στους ασθενείς που υπόκεινται σε αιμοκάθαρση χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην επέλευση του ύπνου, από τακτικές αφυπνίσεις στη διάρκεια της νύχτας, από απνοϊκά σύνδρομα, από αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, από πρωινή υπνηλία, από το Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών και από ροχαλητό (Bradley, McGee, 1994; Hooper, 1994) υποθέσεις διατυπώνονται γύρω από τις αιτίες των διαταραχών του ύπνου. Ένας αριθμός παραγόντων ενοχοποιείται, όπως για παράδειγμα τα τροποποιημένα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης, η κατανάλωση καφέ και το κάπνισμα, η επάρκεια της αιμοκάθαρσης, το στρες, η κατάθλιψη και οι διαταραχές (De Barbieri, Zampieron, 2004).

6.7 Περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης

- Η περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης εμφανίζονται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε ασθενή. Σε άλλους ασθενείς εμφανίζεται απότομα και σε άλλους σταδιακά. Διάφορα αρνητικά αισθήματα καταλαμβάνουν τις σκέψεις των ασθενών αυτών. Το αίσθημα της ικανοποίησης, της εμπιστοσύνης και της ελπίδας εξαφανίζονται και τη θέση τους καταλαμβάνουν η εξάντληση και η θλίψη. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρούνται επίσης ενοχές, απαισιοδοξία και ντροπή, η οποία προέρχεται από τη φύση της νόσου και των επιπλοκών της. Συναισθήματα ενόχλησης και θυμού εμφανίζονται συχνά και μερικοί ασθενείς τα εκφράζουν έντονα,

ιδιαίτερα προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης. Η συναισθηματική αυτή κατάσταση διαρκεί περίπου 3-12 μήνες και συνδυάζεται πάντα με κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός που έχει προηγηθεί, και που μπορεί να σχετίζεται με επαγγελματικά ή οικογενειακά θέματα του ασθενούς ή και με επαναλαμβανόμενες επιπλοκές σχετικές με την αιμοκάθαρση (π.χ. θρομβώσεις της αναστόμωσης, φλεγμονές, σπασμός των αγγείων της αναστόμωσης κατά τη διάρκεια της κάθαρσης κ.λπ) και η οποία κυμαίνεται μεταξύ 12% και 52% (Αλεξανδρόπουλος, Χριστοδούλου, 2005).

6.8 Περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής

Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής χαρακτηρίζεται από μερική αποδοχή από μέρους του ασθενούς των περιορισμών του καθώς και από τη συγκαταβατική διάθεση που δείχνει ο ασθενής όσον αφορά τα μειονεκτήματα και τις επιπλοκές της αιμοκάθαρσης. Η μετάβαση των ασθενών σε αυτήν την περίοδο είναι σταδιακή και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις τόσο στη σωματική όσο και στη συναισθηματική τους κατάσταση. Η ένταση των διακυμάνσεων ποικίλλει κατά διαστήματα από ασθενή σε ασθενή, καθώς και στον ίδιο ασθενή. Οι ασθενείς βιώνουν παρατεταμένα διαστήματα ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια και των δύο αντιθέτων αυτών καταστάσεων, ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος από τους ασθενείς μηχανισμός άμυνας είναι η άρνηση. Η άρνηση είναι συνυφασμένη, και στις δύο αυτές περιπτώσεις, με τη διαδικασία προσαρμογής.

Κατά τις περιόδους της ικανοποίησης συντηρεί την αίσθηση ευεξίας του ασθενή ενώ κατά τις περιόδους της κατάθλιψης τον προστατεύει από την εντονότερη βίωση του συναισθήματος ότι είναι αβοήθητος και ανήμπορος. Κατά την περίοδο αυτή, οι ασθενείς αποκτούν πλήρη επίγνωση της εξάρτησής τους από το "μηχάνημα" και φροντίζουν να ενημερωθούν καλύτερα για τη διαδικασία και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης. Όπως και κατά τη διάρκεια της περιόδου της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης, ο θυμός και η επιθετικότητά τους συχνά απευθύνονται περισσότερο ή λιγότερο ανοικτά, προς το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης, αποδίδοντας σε αυτό τις δυσχέρειες και τις ταλαιπωρίες που υφίστανται κατά την αιμοκάθαρση. Εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους, δεν προσπαθούν όμως ούτε ζητούν μεγαλύτερη ανεξαρτησία αλλά μάλλον επιδιώκουν μεγαλύτερη υποστήριξη και, όταν την εξασφαλίσουν, ο θυμός και η επιθετικότητά τους μειώνεται.

Η καλύτερη προσαρμογή στην αιμοκάθαρση είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως η προσωπικότητα του ασθενούς, διάφοροι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, ο ρόλος της οικογένειας και η έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών.

7. Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Εκτός από τη φαρμακευτική θεραπεία με αντικαταθλιπτικά που έχει αναφερθεί παραπάνω διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, προγράμματα σωματικής άσκησης και αερόβιας άσκησης κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης συμβάλλουν θετικά στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων της νόσου.

Η ψυχοθεραπεία βοηθάει τους ασθενείς να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία. Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση μέσω της θεραπείας της συμπεριφοράς βοηθά στη διαχείριση όλων εκείνων των συναισθημάτων που στέκονται εμπόδιο στην αντιμετώπιση της νόσου.

Συνήθως η συμπεριφορική θεραπεία στηρίζεται στη θεωρία της μάθησης. Οι ασθενείς εκπαιδεύονται να μαθαίνουν να λειτουργούν μέσα στην κοινωνία και να εισπράττουν θετικά συναισθήματα από αυτό. Η γνωστική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί ομαδικά ή ατομικά.

7.1 Προγράμματα άσκησης.

Η μεθοδική άσκηση έχει θετικές επιδράσεις στη μείωση του σωματικού βάρους και κατά προέκταση στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συμβάλλει στην μείωση της δυσκαμψίας των αρθρώσεων, στην καλύτερη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος και στη βελτίωση του μυοσκελετικού πόνου (Grigoriou, et al., 2015). Η άσκηση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης αυξάνει την αιματική ροή και βελτιώνει την επάρκεια της κάθαρσης καθώς επίσης βελτιώνει και τα συμπτώματα του συνδρόμου ανήσυχων ποδιών.

Η συστηματική σωματική άσκηση μπορεί να αυξήσει τη δύναμη των μυών και να μειώσει την κόπωση και την εξάντληση. Επίσης η βελτίωση της φυσικής κατάστασης συμβάλλει στη μείωση του αισθήματος της ανικανότητας, μειώνει το μυοσκελετικό πόνο, αυξάνει την παροχή του αίματος στον εγκέφαλο και έχει σημαντική επίδραση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και κατ'επέκταση στην ποιότητα ζωής.

7.2 Ο ρόλος της οικογένειας και των φροντιστών

Η ψυχολογική στήριξη από μέρους της οικογένειας και των φροντιστών έχει να αναδείξει καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών ,καλύτερη αντιμετώπιση του άγχους που προκαλεί η αιμοκάθαρση, μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και επανάκτηση της αυτοεκτίμησή τους (Lilympaki, et al., 2016).

Διάφορες μελέτες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που είχαν μειωμένη στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Turkmen, et al., 2012).

Η έγκαιρη ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών από το άμεσο περιβάλλον των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο βοηθάει στην καλύτερη αντιμετώπιση και θεραπεία. Ένα μέρος της διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών των νεφροπαθών υποστηρίζεται από την ίδια την οικογένεια. Η στήριξη της οικογένειας ή των φροντιστών εκτός από τη συναισθηματική υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει και εκπαίδευση στον τρόπο θεραπείας, καθοδήγηση, οικονομική στήριξη. Οι φροντιστές με τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς τους έτσι ώστε να μοιράζονται το άγχος της θεραπείας. Οι οικογένειες των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο θα πρέπει να αποδεχθούν να υιοθετήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Θα πρέπει όχι μόνο να μάθουν να αντιμετωπίζουν τη χρόνια ασθένεια αλλά και να αναζητήσουν βοήθεια και στήριξη και από άλλους

Η στήριξη της οικογένειας βοηθάει τον ασθενή να καταλάβει ότι σε αυτή τη δύσκολη περίοδο της ζωής του δεν είναι μόνος του.

Η μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας προσφέρει στον ασθενή τη δυνατότητα μέσω της τεχνολογίας να παρατείνει τη ζωή του. Η κλασική μέθοδος της αιμοκάθαρσης έχει συμβάλει σε αυτό, δεν έχει φτάσει όμως στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Ελπίζουμε πως η τεχνολογία στο μέλλον θα αναδείξει πολύ περισσότερα.

Εκείνο που θα πρέπει να τονισθεί είναι ότι η χρόνια νεφρική νόσος είναι μία νόσος που αλλάζει τον τρόπο ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους. Η αποτελεσματική διαχείριση των μεταβολών που υφίστανται στην προσωπική τους ζωή αλλά και η πρόιμη ψυχιατρική αξιολόγηση των συμπτωμάτων της νόσου βοηθάει στην καλύτερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους

Χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση του θέματος και από τους επαγγελματίες υγείας έτσι ώστε να αναδειχθεί ένα πλάνο που θα περιλαμβάνει τις ανάγκες για περισσότερη στήριξη των ασθενών.

8. Συζήτηση

Η Χρόνια νεφρική νόσος είναι μια νόσος που σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Οι ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου έχουν να αντιμετωπίσουν ένα πλήθος από αλλαγές που επηρεάζουν την ψυχολογική και κοινωνική τους συμπεριφορά. Όπως σε όλες τις χρόνιες ασθένειες έτσι και στη Χρόνια Νεφρική Νόσο οι ψυχικές διαταραχές μεταβάλλουν δραματικά τον τρόπο της σκέψης και της ζωής τους. Οι ασθενείς αυτοί διακατέχονται από συναισθήματα όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η κοινωνική απομόνωση. Ένα ποσοστό από αυτούς εγκαταλείπει την εργασία και τις κοινωνικές δραστηριότητες, γιατί η φυσική αδυναμία τους κάνει να αποχωρούν και να εγκαταλείπουν τον αγώνα για τη ζωή.

Μία από τις πιο σημαντικές ψυχικές διαταραχές που συμμετέχει στην ανάπτυξη αυτής της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς είναι η κατάθλιψη.

Η επίδραση της κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς όχι μόνο τους προσθέτει ψυχολογική επιβάρυνση και τους φέρνει αντιμέτωπους με υπαρξιακές αγωνίες αλλά τους κάνει να αισθάνονται και αβεβαιότητα για την εξέλιξη της νόσου.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, οι διαιτητικοί περιορισμοί, η ένταξη σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης, η αναμονή για μεταμόσχευση μεταβάλλουν την ποιότητα ζωής τους.

Η στήριξη της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην καλύτερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας περνούν τρία διαδοχικά στάδια. Τη φάση της ευφορίας όπου ο ασθενής μετά την έναρξη της θεραπείας νιώθει δυνατός, τη φάση της απογοήτευσης που οποιαδήποτε ταλαιπωρία συνδυάζεται με το προσωπικό και τη φάση της αποδοχής όπου ο ασθενής προσαρμόζεται στις εξαρτήσεις και τους περιορισμούς που τους επιβάλλει η νόσος.

9. Συμπεράσματα

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος αποτελεί ένα σοβαρό νόσημα που έχει αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα των νεφροπαθών όπως αυτοί την αντιλαμβάνονται. Ωστόσο οι ίδιοι οι νεφροπαθείς είναι υποχρεωμένοι να αλλάζουν συνήθειες και τρόπους προκειμένου να προσαρμοστούν στις νέες καταστάσεις.

Η νεφροπάθεια δεν είναι κάτι ασυνήθιστο στον ελληνικό χώρο και οι υποδομές είναι ελλειπείς δεδομένης και της πρόσφατης οικονομικής κρίσης.

Αρκετά συχνά τα καταθλιπτικά συμπτώματα που συνοδεύουν τους νεφροπαθείς είτε γιατί οι ίδιοι οι ασθενείς δείχνουν απροθυμία στο να αναζητήσουν βοήθεια είτε γιατί οι επαγγελματίες υγείας δεν καταφέρνουν να ανιχνεύσουν τα συμπτώματα λόγω του φόρτου εργασίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας επιστήνουν την προσοχή τους στην ανακούφιση των ασθενών από τα σωματικά τους συμπτώματα και τους διαφεύγει η ψυχολογική επίπτωση της νόσου. Ένας επιπλέον λόγος είναι ότι στη νεφρική νόσο τελικού σταδίου υπάρχει μία συγκάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τα συμπτώματα της ουραιμίας.

Η έγκαιρη αντιμετώπιση βοηθάει στην καλύτερη έκβαση της νόσου. Από όλα τα παραπάνω προκύπτουν ότι οι ψυχικές διαταραχές των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο δεν έχουν και μεγάλες διαφορές από τις ψυχικές διαταραχές των ασθενών που υποβάλλονται στην αιμοκάθαρση. Εκείνο που προέχει όμως είναι ότι από τη βιωμένη εμπειρία των ασθενών να αναζητηθούν θεραπευτικές προσεγγίσεις που θα έχουν σαν σκοπό την ψυχική ισορροπία μέσω της ενίσχυσης και της υποστήριξης των ασθενών αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Adeera Levin, M.R. (2006). Hemodialysis Adequacy. The official Journal of the National Kidney Foundation, *American Journal of Kidney Diseases*, 48(1).

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

Anjomshoa F, Esmaeili-Abdar M, Rafiei H, Arjmand-Kermani M, Hassanarabi F, Hasani A, Esmaeili Z. (2014). Depression among hemodialysis patients: a cross-sectional study in southeast of Iran. *International Journal of epidemiologic Research*, 1 (1):24-28

Antoniazzi A, Bigal M, Bordini C, Tepper S & Speciali J. (2003). Headache and hemodialysis: a prospective study. *Headache*, 43:99-102

Ashwanden C. (2002). Οι επιπτώσεις της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας στην οικογένεια. *EDTNA ERCA Journal*, 28 (2): 67-70.

Bossola, M., Di Stasio, E., Antocicco, M., Pepe, G., Tazza, L., Zuccalà, G., & Laudisio, A. (2016). Functional impairment is associated with an increased risk of mortality in patients on chronic hemodialysis. *BMC Nephrology*, 17(1). doi:10.1186/s12882-016-0302-y

Bradley C, McGee H. (1994). Improving quality of life in renal failure: ways forward. In McGee H, Bradley C. Quality of life following renal failure. *Chur, Harwood Academic Publishers*, 275-99.

Calvino, B., & Grilo, R. M. (2006). Central pain control. *Joint Bone Spine*, 73(1), 10–16. doi:10.1016/j.jbspin.2004.11.006

Carol E.F., Marjorie J.P. (1985). The employment Potential of Hemodialysis Patients. *Nursing Research*, 34: 273-277.

- Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Wiebe, J. S., Moran, P. J., Raichle, K., Ferneyhough, K., & Lawton, W. J. (2002). Patient personality and mortality: A 4-year prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health Psychology*, 21(4), 315–320.
- Cleary, J., & Drennan, J. (2005). Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 577–586. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03547.x.
- Cohen LM, Tessier EG, Germain MJ, et al. (2004). Update on psychotropic medication use in renal disease. *Psychosomatics*, 45: 34-48
- Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. (2003). Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third national health and nutrition survey. *Am J Kidney Dis.*, 41(1):1-12
- De Barbieri I, Zampieron A. (2004). Περιγραφική ανάλυση των διαταραχών ύπνου αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. *EDTNA ERCA Journal*, 30 (4): 242-6.
- de Mendona A, Vincent JL et al, Moreno .R, Dearden NM., Antonelli M., Takala J., Sprung C. (2001). Catrame Acute renal failure in the ICU: risk factors and outcome evaluation by SOFA score. *Intensive Care Med*, 26:915- 921.
- De Sousa A. (2008). Psychiatric issues in renal failure and dialysis. *Indian J Nephrol.*, 18(2): 47-50.
- Fabrazzo M, De Santo MR. (2006). Depression in chronic kidney disease. *Semin Nephrol.*, 26:56-60.
- Fernando Valderrabano, M., Rosa Jofre, Juan M. Lopez-Gomez, (2001). Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients. The official Journal of the National Kidney Foundation, *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3): 443-464
- Grigoriou S, Karatzaferi C., Sakkas G. (2015). Pharmacological and non-pharmacological treatment options for depression and depressive symptoms in hemodialysis patient. *Health Psychology Research*, 3:1811
- Hedayati, S. S., & Finkelstein, F. O. (2009). Epidemiology, Diagnosis, and Management of Depression in Patients With CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 54(4), 741–752. doi:10.1053/j.ajkd.2009.05.003

- Hooper G. (1994). *Psychological care of patients in the renal unit*. In McGee H, Bradley C. Quality of life following renal failure. Chur, Harwood Academic Publishers, 181- 96.
- Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Medicine*, 105:214-221
- Kimmel PL, Peterson RA (2005). Depression in end-stage renal disease Patients treated with hemodialysis: toolw, correlates outcomes and needs. *Seminars in Dialysis*, 18:91-97
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Cruz I et al. (1995). Aspects of quality of life in haemodialysis patients. *JAm Soc Nephrol.*, 6:1418–1426
- Letachowicz, K., Szyber, P., Gołębiowski, T., Kuztal, M., Letachowicz, W., Weyde, W., ... Klinger, M. (2016). Vascular access should be tailored to the patient. *Seminars in Vascular Surgery*, 29(4), 146–152. doi:10.1053/j.semvascsurg.2016.11.003
- Lilympaki I, Makri A, Vlantousi K, Koutelekos I, Babatsikou F, Polikandrioti M. (2016). Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. *Mater Sociomed*, 28(5):361-365. Doi:10.5455/msm 2016.28.361-365.
- Losso RL, Minhoto GR, Riella MC. Sleep (2015). Disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis: comparison between hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis and automated peritoneal dialysis. *Int Urol Nephrol.*, 47(2):369-75.
- Mahowald MW. (2000). What is causing excessive daytime sleepiness: Evaluation to distinguish sleep deprivation from sleep disorders. *Postgrad Med*, 107, pp. 108-23.
- Malmquist A. (1973). A prospective study of patients in chronic hemodialysis. I. Method and characteristics of the patient group. *J Psychosom Res.*, 17:333-337.

- Merlino G, Piani A, Dolso P, et al. (2006). Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant*, 21:184-190
- Molnar MZ, Novak M, Mucsi I. (2006). Management of restless legs syndrome in patients on dialysis. *Drugs*, 66: 607-624
- Morton, R.L., Long A., Howard K, Snefling P., & Webster, A.C. (2010). The views of Patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *British Medical Journal*, 340-349
- Nichols K. (2003). *Initial psychological reactions to renal failure*. In: Dingwall R, ed. *Towards a closer understanding*. Psychosocial handbook for all renal care workers. Luzern, Switzerland. EDTNA-ERCA, 23-31.
- O'Brien ME. (1990). Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. *Am J Kidney Dis.*, 15:209-214
- O'Sullivan, D., & McCarthy, G. (2007). An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11c), 276-284. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01965.x
- Ossareh S, Tabrizian S, Zebarjadi M, Joodat R. (2014). Prevalence of depression in maintenance hemodialysis patients and its correlation with adherence to medications. *Iranian journal of Kidney Diseases*, 8 (6):467-74
- Papoulidou F, Pikilidou M, Lasaridis A.N. (2008). Hypertension and chronic renal disease. *Arterial Hypertension*, 17: 99-108.
- Palmer BF. (1999). Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol.*, 10:1381-8.
- Parker KP. (2003). Sleep disturbances in dialysis patients. *Sleep Med Rev.*, 7(2):131-43
- Pena-Polanco, J. E., Mor, M. K., Tohme, F. A., Fine, M. J., Palevsky, P. M., & Weisbord, S. D. (2017). Acceptance of Antidepressant Treatment by Patients on Hemodialysis and Their Renal Providers. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(2), 298-303. doi:10.2215/cjn.07720716

- Perez-Dominguez T, Rodriguez-Perez A, Garcia-Bello M, Buset-Rios N, Rodriguez-Esparragon F, Parodis-Lopez Y, Rodriguez-Perez J. (2012). Progression of chronic kidney disease. Prevalence of anxiety and depression in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Nefrologia*, 32(3):397-9, doi:10.3265/nefrologia.pre2012.feb.11379
- Qureshi AR, Alvestrand A, Divino JC, Gutierrez A, Heimbürger O, Lindholm B, Bergström J. (2002). Inflammation, malnutrition, and cardiac disease, as predictors of mortality in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 13:S28-S36.
- Reichsman F, Levy N. (1977). *Problems in Adaptation to maintenance haemodialysis. In Moos RH. Coping with physical illness*. New York, Plenum Medical Book Company, 311-28.
- Rubin HR, Fink NE, Plantinga LC, Sadler JH, Klinger AS, Powe NR. (2004). Patient ratings of dialysis care with peritoneal dialysis vs hemodialysis. *JAMA*, 291:697-703.
- Shirazian, S., Aina, O., Park, Y., Chowdhury, N., Leger, K., Hou, L., Mathur, V. S. (2017). Chronic kidney disease-associated pruritus: impact on quality of life and current management challenges. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, Volume 10, 11–26. doi:10.2147/ijnrd.s108045
- Steven A. Iacono (2003). Coping with Pain: The Dialysis Patient's Perspective, Columbia, *South Carolina Journal of Nephrology Social Work*, 22:42-44)
- Surman O. (1987). *Haemodialysis and Renal Transplantation*. In Hackett TP, Cassem NH. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Littleton Massachusetts, PSG Publishing Company, 381-402
- Taousis, V., Dardas, A., Tsavlis, D., Papakatsika, S., Gavriilidou, A. et al. (2019), Quality of sleep in patients with end-stage renal failure. *PNEUMON*, 32(1-2):23-30. Προσβάσιμο στο http://www.pneumon.org/assets/files/2019/PNEUMON_2019_1-2.pdf
- Theofilou P. (2012). The Impact of Sociodemographic and Psychological Variables on Quality of Life in Patients With Renal Disease: Findings of a Cross-

- Sectional Study in Greece. *World J Nephrol Urol.*, 1(4-5):101-106.
<http://dx.doi.org/10.4021/wjnu44w>
- Thomalla G, Barkmann C, Romer G. (2005). Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54:399-416.
- Turkmen, K., Erdur, Turgut, F., Altintepe, L., Tonbul, H. Z., Abdel-Rahman, E. M., Saglam, M. (2012). Sleep quality, depression, and quality of life in elderly hemodialysis patients. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 135. doi:10.2147/ijnrd.s36493
- Tyrrell J, Paturel L, Cadec B, Capezzali E, Poussin G. (2005). Older patients undergoing dialysis treatment: cognitive functioning, depressive mood and health-related quality of life. *Aging & Mental Health*, 9 (4): 374 -9.
- Wilson P. (1996). *Psychiatric Aspects of the dialysis patient*. In Jacobs C, Koch CM, Winchester JF. Replacement of renal function by dialysis, 1455-64.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Αλεξανδρόπουλος Κ, Χριστοδούλου Χ. (2005). Ψυχιατρικές - Ψυχολογικές διαταραχές. *Κλινική Νεφρολογία*, 14: 1347-59.
- Δαμίγος Δ., Καλτσούδα Α., Οικονόμου Μ., Σιαμόπουλος Χ. (2010). Περιτοναϊκή Κάθαρση. *Ελληνική Νεφρολογία*, 22(2):120-129
- Δίκαιος Δ.Γ. (2005). Υπνηλία και αίσθημα κόπωσης στην κατάθλιψη. Θεραπευτική αντιμετώπιση με μοδαφινίλη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(6):544-551
- Θεοφίλου Π. (2008). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Dialysis Living*, 21,42-50
- Θεοφίλου Π. (2011). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(2): 70-80
- Καρανικόλα, Μ. (2016). *Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διπλωματική Διατριβή. κεφ.3,35-36.
- Καϊτελίδου Δ, Λιαρόπουλος Α, Σίσκου Ο, Θεοδώρου Μ, Ζηρογιάννης Π, Μανιαδάκης Ν, Παπακωνσταντίνου Β, Πρεζεράκος Π. (2007). Οι κοινωνικές

και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 46(2):246–255

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

Μάτζιου Μεγαπάνου Β. (γγ). *Οξεία νεφρική ανεπάρκεια*. Προσβάσιμο στο http://repository.edulll.gr/edulll/bitstream/10795/2124/2/2124_1%20%20%CE%95%CE%9D%CE%9F%CE%A4%CE%97%CE%A4%CE%91%20%CE%94%20%281%29.pdf

Παπουλίδου, Φ. Ποικιλίδου, Μ., Λαζαρίδης, Α. (2008). Υπέρταση και χρόνια νεφρική νόσος. *Αρτηριακή Υπέρταση*, 17,2-3:99-108.

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

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

Χέρας, Π., Χατζόπουλος, Α. (γγ). Ψυχολογικές επιπτώσεις λόγω αλλαγής εικόνας σώματος εξαιτίας χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας και προτεινόμενοι τρόποι αντιμετώπισής τους. *Ιατρικά Χρονικά*, ΚΑ', 12, 629-631. Προσβάσιμο στο <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/472/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%20%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%CE%BB%CF%8C%CE%B3%CF%89%20%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B3%CE%AE%CF%82%20%CE%B5%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CE%BD%CE%B1%CF%82%20%CF%83%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82.pdf?sequence=1>

Χονδρογιάννης & Σκαπινάκης (2012). *Κατάθλιψη και τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας*. Προσβάσιμο στο https://www.ene.gr/eneojs_new/index.php/en/article/view/195