

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Ποιότητα ζωής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς
με Σακχαρώδη Διαβήτη**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΟΥΛΤΑΝΑ ΦΑΛΑΚΙΔΟΥ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ευγενία Μηνασίδου, Επίκουρος Καθηγήτρια,

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Ποιότητα ζωής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς
με Σακχαρώδη Διαβήτη**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΟΥΛΤΑΝΑ ΦΑΛΑΚΙΔΟΥ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Ευγενία Μηνασίδου-Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

ΜΕΛΟΣ: Παναγιώτης Τσακλής-Καθηγητής Τμήματος Φυσιοθεραπείας ΑΤΕΙΘ

ΜΕΛΟΣ: Αλεξάνδρα Δημητριάδου-Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
ΑΤΕΙΘ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014

copyright ©2014, Σουλτάνα Φαλακίδου

ALL RIGHTS RESERVED

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ευγενία Μηνασίδου

.....

Παναγιώτης Τσακλής

.....

Αλεξάνδρα Δημητριάδου

.....

Στον αγαπημένο μου σύζυγο Παύλο

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα ερευνητική εργασία έγινε με την επίβλεψη της κ. Μηνασίδου Ευγενίας, επίκουρης καθηγήτριας στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Θεωρώ απαραίτητο να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την πολύτιμη καθοδήγησή της σε όλα τα στάδια της εργασίας, καθώς και στα μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Η εργασία αυτή δεν θα μπορούσε να αρχίσει και να ολοκληρωθεί χωρίς την έγκριση και στήριξη της Διευθύντριας της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Dr Σπαΐα Σοφίας, την οποία και ευχαριστώ πάρα πολύ.

Η μελέτη αυτή έγινε με κίνητρο την 24ετή προϋπηρεσία μου σε όλα τα μετερίζια της νεφρολογικής νοσηλευτικής, ξεκινώντας από νεοδιοριζόμενη νοσηλεύτρια στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, του τότε νοσοκομείου Β' ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, περνώντας στην Μονάδα Περιτοναϊκής κάθαρσης και στη νεφρολογική κλινική του ίδιου νοσοκομείου. Η καθημερινή επαφή μου με τα άτομα με νεφρική νόσο, με τις χαρές και τις λύπες της, με δίδαξε πολλά αλλά και με έκανε να αναρωτηθώ πολλά και να προσπαθήσω να διερευνήσω την καθημερινότητά τους. Για όλα αυτά ευχαριστώ τους ασθενείς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του σημερινού ΓΝΘ «Άγιος Παύλος» που συμμετείχαν πρόθυμα στην παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους συναδέλφους που όλο αυτό το διάστημα, ο καθένας με τον τρόπο του, με βοήθησε να ολοκληρώσω αυτό το πόνημα. Ιδιαίτερα, ευχαριστώ τον κο Στέφανο Μαυρουδή, νοσηλευτή της MTN, για όλη τη στήριξη που μου παρείχε. Δεν θα έπρεπε να ξεχάσω το φίλο κο Ιγκόρ Ρουντένκο, νεφρολόγο, που αποτέλεσε το σύμβουλό μου στο δύσκολο και επίπονο έργο της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά τη φίλη και συνάδελφο κα Καυκιά Θεοδώρα που με παρακίνησε να ξεκινήσω αυτό το ταξίδι της μεταπτυχιακής μου εκπαίδευσης και μου πρόσφερε τη βοήθειά της κάθε φορά που την είχα ανάγκη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος πινάκων.....	x
Κατάλογος εικόνων.....	xii
Κατάλογος συντομογραφιών.....	xiii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (ΠΖ).....	8
2.1. Έννοια της ΠΖ.....	8
2.2. Σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ.....	11
2.3. Εργαλεία μέτρησης.....	13
3. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ (ΣΔ).....	17
3.1. Εισαγωγή.....	17
3.2. Επιδημιολογικά δεδομένα.....	18
3.3. Τύποι ΣΔ.....	19
3.4. Παθοφυσιολογία	21
3.5. Διάγνωση.....	23
3.6. Επιπλοκές	24
3.7. Θεραπευτική αντιμετώπιση	25

4. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΧΝΝ).....	29
4.1. Εισαγωγή.....	29
4.2. Επιπλοκές.....	30
4.3. Δίαιτα στη ΧΝΝ.....	33
5. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΧΝΝ.....	35
6. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ (ΔΝ).....	38
6.1. Εισαγωγή και επιδημιολογικά δεδομένα.....	38
6.2. Διάγνωση.....	40
6.3. Αιτιοπαθογένεια.....	41
6.4 Πρόληψη.....	44
7. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΧΝΝ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΔ.....	45
7.1. Εισαγωγή.....	45
7.2. Ψυχικές διαταραχές στη ΧΝΝ.....	46
7.3. Ψυχικές διαταραχές στο ΣΔ.....	53
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	58
Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΣΚΟΠΟΣ.....	61
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	62
2.1. Δείγμα.....	62
2.2. Μεθοδολογία.....	63

2.3. Εργαλείο μέτρησης.....	63
2.4. Στατιστική Ανάλυση	68
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	71
3.1. Περιγραφική Στατιστική	71
3.2. Έλεγχος κανονικότητας	76
3.3. Συγκρίσεις μεταξύ ασθενών	79
3.4. Συσχετίσεις με δημογραφικά και κλινικά δεδομένα.....	84
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	90
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	93
5.1. Περιορισμοί της μελέτης.....	94
5.2. Συμβολή στην επιστήμη.....	94
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	95
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	127
Α. ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....	128
Β. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚDQOL-SF.....	129
Γ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	146
Δ. ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΑ- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ	165

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακες Γενικού Μέρους

Πίνακας 1. Σημαντικότερες διαφορές μεταξύ ΣΔ τύπου I και τύπου II.....	20
Πίνακας 2. Κυρίαρχες δράσεις ινσουλίνης.....	27
Πίνακας 3. Νοσολογικές διεργασίες που μπορούν να προκαλέσουν ΧΝΝ.....	29
Πίνακας 4. Αίτια αντίστασης στην ινσουλίνη.....	36

Πίνακες Ειδικού Μέρους

Πίνακας 1. Υποκλίμακες και αριθμός ερωτήσεων του KDQOL-SF.....	65
Πίνακας 2. . Αποτελέσματα αξιοπιστίας των κλιμάκων του KDQOL-SF.....	68
Πίνακας 3. Αποτελέσματα της ανάλυσης των δύο γενικών διαστάσεων-κλιμάκων.....	69
Πίνακας 4. Δημογραφικά στοιχεία	71
Πίνακας 5. Φαρμακευτική αγωγή	72
Πίνακας 6. Στοιχεία για την αγγειακή προσπέλαση	74
Πίνακας 7. Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης των κλιμάκων του KDQOL-SF.....	75
Πίνακας 8. p-values των κλιμάκων μετά τον έλεγχο κανονικότητας.....	77
Πίνακας 9. Αποτελέσματα από τα παραμετρικά τεστ που διεξήχθησαν στις μεταβλητές που παρουσιάζουν κανονική κατανομή στις δύο ομάδες του δείγματος.....	78
Πίνακας 10. Αποτελέσματα από τα μη παραμετρικά τεστ των μεταβλητών χωρίς κανονική κατανομή, στις δύο ομάδες του δείγματος.....	81

Πίνακας 11. Μέσες τιμές των δύο ομάδων-α.....	82
Πίνακας 12. Μέσες τιμές των δύο ομάδων-β.....	84
Πίνακας 13. Έλεγχος κανονικότητας για δημογραφικά στοιχεία και κλινικά δεδομένα.....	84
Πίνακας 14. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης με βάση το φύλο.....	85
Πίνακας 15. Περιγραφική στατιστική για το φύλο.....	86
Πίνακας 16. Αποτελέσματα για τη φυσική και ψυχική υγεία σε σχέση με την ηλικία.....	86
Πίνακας 17. Αποτελέσματα για τη φυσική και ψυχική υγεία σε σχέση με χρόνο αιμοκάθαρσης.....	87
Πίνακας 18. Αποτελέσματα για τη φυσική και ψυχική υγεία με βάση τον χρόνο διάγνωσης του ΣΔ πριν την ένταξη σε αιμοκάθαρση.....	88

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Normal P-P plot για τη φυσική υγεία.....	165
Εικόνα 2. Normal P-P plot για την ψυχική υγεία.....	165
Εικόνα 3. Δημογραφικά στοιχεία, φύλο	166
Εικόνα 4. Δημογραφικά στοιχεία, ηλικία	166
Εικόνα 5. Δημογραφικά στοιχεία, μήνες σε αιμοκάθαρση	167
Εικόνα 6. KDQOL-SF, Φυσική Υγεία	167
Εικόνα 7. KDQOL-SF, Ψυχική Υγεία	168
Εικόνα 8. KDQOL-SF, Σωματική Λειτουργικότητα	168
Εικόνα 9. KDQOL-SF, Σωματικός ρόλος	169
Εικόνα 10. KDQOL-SF, Σωματικός πόνος	169
Εικόνα 11. KDQOL-SF, Γενική Υγεία	170
Εικόνα 12. KDQOL-SF, Ψυχική Υγεία	170
Εικόνα 13. KDQOL-SF, Συναισθηματικός ρόλος	171
Εικόνα 14. KDQOL-SF, Κοινωνική λειτουργικότητα	171
Εικόνα 15. KDQOL-SF, Ζωτικότητα	172

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	ΑΕΕ
Διαβητική Νεφροπάθεια.....	ΔΝ
Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας.....	ΘΥΝΛ
Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια.....	ΟΝΑ
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.....	ΠΟΥ
Ποιότητα Ζωής.....	ΠΖ
Σακχαρώδης Διαβήτης.....	ΣΔ
Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.....	ΧΝΑ
Χρόνια Νεφρική Νόσος.....	ΧΝΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελούν σημαντικά και χρόνια προβλήματα υγείας με υψηλά ποσοστά επιπολασμού και επίπτωσης και μεγάλο κόστος για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τις υπηρεσίες υγείας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η έννοια της ποιότητας ζωής (ΠΖ) κατέχει σημαντική θέση, παρά το ότι μόλις τις τελευταίες δεκαετίες άρχισε να απασχολεί έντονα τους επαγγελματίες υγείας. Πολλοί εννοιολογικοί ορισμοί έχουν διατυπωθεί για την ΠΖ, με επικρατέστερο αυτόν του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Ως ΠΖ θεωρείται η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών μέσα στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση και η συγκριτική παρουσίαση του επιπέδου της ΠΖ ανάμεσα σε δύο ομάδες αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, με ΣΔ και χωρίς ΣΔ.

Μεθοδολογία: Για την εκτίμηση της ΠΖ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο KDQOL-SF, ενώ έγινε και καταγραφή επιδημιολογικών-δημογραφικών στοιχείων των ασθενών μιας Μονάδας Τεχνητού Νεφρού δημόσιου νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι η γενική και η ψυχική υγεία των ασθενών χωρίς ΣΔ είναι υψηλότερη από τους ασθενείς με ΣΔ. Επίσης, η γνωστική και σεξουαλική λειτουργία των ατόμων χωρίς ΣΔ είναι καλύτερη από τα άτομα με ΣΔ. Επιπλέον, φάνηκε ότι οι ασθενείς με ΣΔ δεν έχουν μόνιμη αμοιβόμενη εργασία. Τέλος, οι άνδρες και οι νεαρότεροι ασθενείς έχουν υψηλότερο επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας.

Συμπεράσματα: Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που δεν πάσχουν από ΣΔ φαίνεται ότι απολαμβάνουν καλύτερη υγεία και υψηλότερο επίπεδο εργασίας αλλά και σημαντικών ψυχικών διεργασιών, όπως είναι οι γνωστικές λειτουργίες. Καλύτερη υγεία απολαμβάνουν επίσης οι άνδρες έναντι των γυναικών και οι νεότεροι έναντι των μεγαλύτερης ηλικίας ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: Σακχαρώδης διαβήτης, Χρόνια Νεφρική Νόσος, Διαβητική Νεφροπάθεια, Ποιότητα Ζωής

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) and Diabetes Mellitus (DM) are serious and chronic health problems with high prevalence and incidence, great cost for patients themselves, their families and health services. Within this context, the concept of Quality of Life (QoL) plays an important role, despite the fact that it is only in the last decades that it has risen research interest for health care professionals. A lot of definitions have been stated regarding QoL, with the one from World Health Organisation (WHO) being the most complete. According to this QoL is the individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.

Aim: The aim of this study is to evaluate and compare the levels of QoL between two groups of haemodialysis patients with and without DM.

Methodology: The sample was the patients in a public hospital Dialysis Unit in Thessaloniki, Greece. In order to evaluate QoL, the KDQOL-SF questionnaire was used, along with epidemiological and demographic data.

Results: The research came to the following results. The general and the mental health of non diabetic dialysis patients were significantly better than diabetics. Furthermore, cognitive and sexual function of non diabetics dialysis patients were better than diabetics. In addition, diabetic dialysis patients do not have a permanent paid job. Finally, men and younger patients had higher levels of physical and mental health.

Conclusions: Non diabetic dialysis patients seem to enjoy higher levels of health, occupational functioning, and important mental functions such as cognitive ones. Men, compared to women, and younger patients, compared to elderly ones, also seem to enjoy higher levels of health.

Key-words: Diabetes mellitus, chronic kidney disease, diabetic nephropathy, quality of life

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, σημειώθηκαν εντυπωσιακές εξελίξεις στον τομέα των βιοϊατρικών επιστημών, κάτι που οδήγησε στην εξαφάνιση ασθενειών, στην πρόληψη και στην καλύτερη αντιμετώπιση πολλών άλλων και, κατά συνέπεια, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Συνέπεια του τελευταίου γεγονότος είναι ότι όλο και συχνότερα ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας αντιμετωπίζονται στην καθημερινή κλινική πράξη.

Δύο από αυτά τα χρόνια προβλήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) και η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ), παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για πολλούς λόγους: έχουν αρκετά κοινά σημεία (όπως η διαβητική νεφροπάθεια), υψηλά ποσοστά επιπολασμού και επίπτωσης, πολλές επιπλοκές και προβλήματα σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας και υψηλό κόστος ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, γίνεται εμφανές ότι η νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών αποτελεί μία πρόκληση. Αντιλαμβανόμενη την επιβάρυνση πασχόντων και οικογενειών, η νοσηλευτική επιστήμη θα μπορούσε να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σε δύο ιδιαίτερα κρίσιμους τομείς (μεταξύ άλλων): στην πρόληψη της νόσου, είτε αυτή είναι ΧΝΝ είτε ΣΔ, και στη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ).

Ο όρος της ΠΖ αντικατοπτρίζει το ενδιαφέρον για μία όσο το δυνατό καλύτερη, από όλες τις απόψεις, ζωή, αντιμετωπίζοντας τον πάσχοντα άνθρωπο σαν μία αδιαίρετη βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα. Η διερεύνηση της ΠΖ δίνει στον νοσηλευτή την ευκαιρία να επιδείξει στον ασθενή το ενδιαφέρον του για κάθε πλευρά της ζωής του (και όχι απλά για τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων ή τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής). Ταυτόχρονα του δίνει και την απαραίτητη πρόσβαση για την ανάπτυξη καλύτερης θεραπευτικής σχέσης και αμοιβαίας εμπιστοσύνης με τον άρρωστο, τον εξοπλίζει όμως και με τα απαραίτητα εργαλεία που θα μπορέσουν να τον βοηθήσουν ώστε να κάνει εκείνες τις τροποποιήσεις που είναι απαραίτητες για να βελτιώσει τη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους, και να αμβλύνει ένα μέρος της συναισθηματικής και ψυχικής τους επιβάρυνσης.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος (γενικό) γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση των θεμάτων που αυτή πραγματεύεται. Περιλαμβάνει κεφάλαια για τον ΣΔ, τη ΧΝΝ, τη σχέση μεταβολικού συνδρόμου και νεφροπάθειας, τη διαβητική νεφροπάθεια. Επιπλέον περιέχει ένα κεφάλαιο για τα ψυχολογικά προβλήματα και τις ψυχιατρικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με ΣΔ και ΧΝΝ, καθώς και ένα κεφάλαιο για την ΠΖ. Η ψυχική υγεία αποτελεί σημαντική συνιστώσα της ΠΖ, και αρκετά συχνά τα ψυχιατρικά προβλήματα την επιδεινώνουν. Άλλωστε, όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας, σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ασθενών με ΣΔ και ασθενών χωρίς ΣΔ υπήρξε ίσως περισσότερο σε τομείς ψυχικής υγείας.

Στο δεύτερο μέρος (ειδικό) παρουσιάζεται η μεθοδολογία και το υλικό της έρευνας, η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, παρατίθενται τα αποτελέσματα, καταγράφονται συμπεράσματα και διατυπώνονται κάποιες απόψεις.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ΠΖ πρωτοεμφανίστηκε στη βιβλιογραφία στα μέσα του 20^{ου} αιώνα. Άρχισε να απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας από τα τέλη της δεκαετίας του 1960. Μάλιστα, κάθε χρόνο προστίθενται όλο και περισσότερες δημοσιεύσεις σε αυτό το ερευνητικό πεδίο, τόσο σε ελληνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Οι σημαντικές πρόοδοι στις βιοϊατρικές επιστήμες και στην ιατρική τεχνολογία, στη φαρμακολογία, και στην προληπτική ιατρική είχαν σαν αποτέλεσμα την παροχή καλύτερης ποιότητας ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, και, μεταξύ άλλων, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Αυτό που παλαιότερα ήταν ζητούμενο, δηλαδή η εξασφάλιση της παράτασης της ζωής του ασθενούς, σήμερα θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις δεδομένο. Καθώς λοιπόν ο μέσος όρος ζωής αυξάνεται, οι προσπάθειες στρέφονται προς την κατεύθυνση του να εξασφαλίσουν μία όσο το δυνατό καλύτερη ΠΖ.

Οι εξελίξεις που προαναφέρθηκαν έχουν ασφαλώς αντίκτυπο και σε πολλά χρόνια νοσήματα, όπως είναι ο ΣΔ και η ΧΝΝ. Μπορεί να μην υπάρχουν οριστικές θεραπείες, είναι όμως διαθέσιμα αρκετά θεραπευτικά μέτρα που ανακουφίζουν από συμπτώματα και προλαμβάνουν επιπλοκές. Δεδομένων αυτών, έχει μεγάλη σημασία η εξασφάλιση καλής ΠΖ στους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα, οι οποίοι παρουσιάζουν κατά κανόνα σημαντική σωματική και ψυχική επιβάρυνση.

Η θεώρηση της υπόστασης του κάθε ανθρώπου ως μοναδικού όντος, με ξεχωριστά σωματικά, ψυχικά, κοινωνικά, οικονομικά, και άλλα προβλήματα (αδιαίρετη βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα) έχει περάσει εδώ και καιρό από μία απλή θεωρητική σύλληψη στην κλινική πράξη. Αν και η κατάσταση απέχει ακόμη από του να χαρακτηρίζεται ιδανική, ο καρτεσιανός δυϊσμός έχει αφήσει οριστικά τη θέση του σε μία εννοιολογική σύλληψη που θέλει «σώμα» και «ψυχή» να είναι δύο αλληλοδιαπλεκόμενες εκφάνσεις της ίδιας υπόστασης. Από την άλλη πλευρά, η νοσηλευτική σταθερά περνά από τον ρόλο του απλού βοηθού στο ρόλο του ενεργού θεραπευτή-φροντιστή. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η εκτίμηση της ΠΖ των ασθενών αποτελεί βασικό στοιχείο για την παροχή ολιστικής και υψηλής στάθμης φροντίδας. Αυτό γιατί, η ΠΖ είναι σημαντική παράμετρος της πορείας και της έκβασης μίας νόσου,

μπορεί να μετρηθεί με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο, τα αποτελέσματα της μέτρησής της γίνονται εύκολα κατανοητά και μπορούν να μεταφερθούν, με τις κατάλληλες παρεμβάσεις, στην κλινική πράξη. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν εύκολα, χωρίς οικονομικό κόστος και ιδιαίτερη επιβάρυνση από τους νοσηλευτές, και μπορούν να έχουν αντίκτυπο όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στις οικογένειές τους.

Η μελέτη της ΠΖ αφορά κυρίως πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις, όπως ο ΣΔ, η ΧΝΝ, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, αλλά και τα ογκολογικά νοσήματα.

Ο χώρος εργασίας, η γνωριμία με τους ασθενείς και τα αισθήματα οικειότητας και εμπιστοσύνης αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες στην επιλογή του θέματος της μεταπτυχιακής εργασίας. Έπειτα, τόσο ο ΣΔ όσο και η ΧΝΝ αποτελούν πολύ συχνά νοσήματα με τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό κόστος για τη δημόσια υγεία, αλλά και σημαντική ψυχική και συναισθηματική επιβάρυνση για τους ασθενείς, τις οικογένειες και τους φροντιστές.

Μέχρι σήμερα, πολλές ερευνητικές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την ΠΖ ασθενών με ΣΔ και ΧΝΝ (Cagney et al, 2000, Apostolou et al, 2007, El Achhab et al, 2008, Fukuhara et al, 2003). Ενώ όμως στις περισσότερες περιπτώσεις η σύγκριση γίνεται ανάμεσα σε μία ομάδα πασχόντων και σε μία ομάδα υγιών ατόμων από τον γενικό πληθυσμό, στην περίπτωση αυτής της μελέτης η σύγκριση γίνεται μεταξύ δύο ομάδων πασχόντων.

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1. Έννοια της ΠΖ

Η έννοια της ΠΖ πρωτοεμφανίζεται στα κείμενα των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων, όπως ο Πλάτωνας (Aaranson 1991) και ο Αριστοτέλης. Ο δεύτερος, στα «Ηθικά Νικομάχεια» χρησιμοποιεί τις λέξεις «ευ ζην» (ΠΖ) και «ευ πράττειν» (ευημερία) αποδίδοντας τη λέξη «ευδαιμονία», δηλαδή το τέλειο και αυτάρκες αγαθό που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου (Δημητρόπουλος και συν, 2008). Ο όρος ΠΖ εισήχθη στην καθημερινή κλινική πράξη και στον επιστημονικό λόγο μόλις τις τελευταίες δεκαετίες, οπότε και αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που την αφορούν και για την ανάπτυξη τρόπων μέτρησής της (Yfantopoulos 2001a, Yfantopoulos 2001b).

Η ΠΖ μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους, καθιστώντας δύσκολη τόσο τη μέτρησή της, όσο και την ενσωμάτωσή της στην επιστημονική έρευνα. Καθώς κάθε ασθένεια, και η θεραπευτική της αντιμετώπιση, επηρεάζουν τους ασθενείς σε βιολογικό, ψυχολογικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, κάθε ορισμός της θα πρέπει να περιλαμβάνει όλες αυτές τις παραμέτρους, αφήνοντας περιθώρια να υπογραμμιστούν σημαντικά σημεία για κάθε επίπεδο ξεχωριστά (Fallowfield 2009). Για αυτό το λόγο, ο όρος ΠΖ χρησιμοποιείται ευρέως αναφερόμενος στην ευζωία (Bowling 1995). Πρόκειται για μία πολυδιαστατική έννοια που, κατά κύριο λόγο, καθορίζεται από την κατάσταση υγείας, που μπορεί να τροποποιηθεί με ιατρικές παρεμβάσεις (Juniper et al, 1992). Ο ορισμός της ΠΖ είναι δύσκολος καθώς μπορεί να περιλαμβάνει μία ευρεία ποικιλία παραγόντων (σωματικοί, ψυχολογικοί, γνωστικοί, πνευματικοί, κοινωνικο-οικονομικοί) (Schipper et al, 1996) και ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μία διαδικασία συνεχούς εξέλιξης. Για αυτό το λόγο υπάρχουν πολλές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από την ΠΖ (Κάβουρα και συν, 2003). Γενικά μιλώντας, είναι μία έννοια με ευρύ περιεχόμενο και περιλαμβάνει τόσο προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες όσο και διαφορετικές, πολύπλευρες προσεγγίσεις (Yfantopoulos 2001a, Yfantopoulos 2001b).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας (World Health Organization 1948). Στο πλαίσιο αυτό κινείται και ο ορισμός της ΠΖ, ότι δηλαδή ως ΠΖ θεωρείται η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών μέσα στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπά και τις ανησυχίες τους (World Health Organization 1993, Τζινιέρη-Κοκκώση 2007-2008).

Γενικά, η ΠΖ εμπεριέχει τρεις κύριες διαστάσεις: τη σωματική, τη συναισθηματική και την κοινωνική. Στην πρώτη περιλαμβάνεται η αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, και η προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις καθημερινές δραστηριότητες. Η δεύτερη περιλαμβάνει την ευτυχία, την ικανοποίηση από τη ζωή και τον αυτοσεβασμό, και η τρίτη τη συζυγική και κοινωνική προσαρμογή και την προσαρμογή στον επαγγελματικό τομέα (Schipper 1991, Aaronson 1991, Guyatt 1993, Juenger et al, 2002).

Η επίδραση που έχει στην ΠΖ κάθε νόσημα, και η θεραπευτική του αντιμετώπιση, ενδιαφέρει τους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, η φροντίδα των ασθενών θα πρέπει να ξεπεράσει τα παραδοσιακά βιοϊατρικά όρια και να επικεντρωθεί στην ευζωΐα του ασθενή (Guex 1994).

Η εκτίμηση της ΠΖ είναι σημαντική όχι μόνο από ιατρική, αλλά και από κοινωνικο-οικονομική άποψη. Υπάρχουν διαφωνίες των επιστημόνων για τον τρόπο μέτρησής της, με κάποιους να προτιμούν τις δομημένες συνεντεύξεις κατά τη νοσηλεία, άλλους την εκτίμηση από έναν επαγγελματία υγείας και κάποιους ερωτηματολόγια που μπορούν να συμπληρωθούν στο σπίτι (Piehlmeier et al, 1991). Ένα ερώτημα που τίθεται κατά την εκτίμηση της ΠΖ είναι το αν ο ερευνητής/ιατρός/νοσηλευτής ή ο ίδιος ο ασθενής είναι καταλληλότερος για να την αξιολογήσει. Ο πιο κατάλληλος να αξιολογήσει την κατάστασή του είναι ο ίδιος ο ασθενής, και ιδιαίτερα για θέματα, όπως ο πόνος, το άγχος, η κατάθλιψη (Οικονόμου & Καλόφωνος 2003).

Είναι όμως σημαντικό να αναφερθεί πως οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα παρουσιάζουν πιο χαμηλή ΠΖ από άλλους ασθενείς, και απόρροια ή/και γενεσιουργός αιτία αυτού μπορεί να είναι η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Η χρονιότητα της πάθησης αποτελεί

ένα από τους κυριότερους επιβαρυντικούς παράγοντες καθώς σε συνδυασμό με ενδεχόμενες επιπλοκές της δημιουργούν συχνά προβλήματα στην ΠΖ (Πήτα και συν, 2006).

Στις σύγχρονες κοινωνίες, οι χρόνιοι ασθενείς καταφέρνουν να επιζήσουν επί μακρόν. Η αβεβαιότητα για το μέλλον τους επηρεάζει την ΠΖ, καθώς η νόσος επιφέρει, συνήθως, δυσλειτουργικές και περιοριστικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχοκοινωνική κατάστασή τους. Ο χρόνιος ασθενής βιώνει συνθήκες ύπαρξης και διαβίωσης που επιδρούν δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μία υψηλού επιπέδου ΠΖ (Σαρρής και συν, 2008).

Για πολλές χρόνιες παθήσεις δεν υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση, παρ'όλα αυτά, οι υφιστάμενες μέθοδοι μπορούν να ανακουφίζουν από δυσάρεστα συμπτώματα, να αυξάνουν την επιβίωση των πασχόντων και να επιβραδύνουν την πορεία της νόσου. Σε τέτοιες περιπτώσεις έχει μεγάλη σημασία η μελέτη της ΠΖ (Fayers & Machin 2006) και η ακριβής αξιολόγησή της, που είναι απαραίτητη για τη διάγνωση οποιασδήποτε ψυχιατρικής νοσολογικής οντότητας που πιθανά επηρεάζει αρνητικά τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία (Fallowfield 2000).

Όσον αφορά πιθανές συσχετίσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ και δημογραφικών παραγόντων, υπάρχουν συγγραφείς που πιστεύουν ότι αυτή επηρεάζεται από την ηλικία (Garcia-Mendoza et al, 2006), το φύλο (Vazquez et al, 2004, Martins & Cesarino 2005, Santos 2006, Lopes et al, 2007), το επίπεδο εκπαίδευσης (Seica et al, 2009), την οικογενειακή κατάσταση (Ibrahim & El Salamony 2008), και το εισόδημα (Kusztal et al, 2003).

Η υγεία και η ευεξία, που αποτελούν ταυτόχρονα τις θετικές παραμέτρους της ΠΖ ενός ατόμου, είναι έννοιες πολυδιάστατες και καλύπτουν ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών, τα οποία καθιστούν το άτομο ικανό να λειτουργεί και να αντλεί ικανοποίηση από τη δραστηριότητά του (Πήτα και συν, 2006). Το επίπεδο υγείας συνδέεται με το επίπεδο της ΠΖ, και επομένως η μέτρηση του επιπέδου υγείας είναι συνδεδεμένη με τη μέτρηση του επιπέδου της ΠΖ (Τούντας 2006). Παρ'όλα αυτά, η υγεία αναγνωρίζεται ως ένας μόνο, μεταξύ πολλών παραγόντων, που προσδιορίζουν την ΠΖ (Θεοδώρου και συν, 1997, Σαρρής και συν, 2001, Ελεζόγλου & Δάλλα 2007).

Η έντονη ενασχόληση με την ΠΖ, τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο είναι απόρροια δύο τουλάχιστον παραγόντων. Αφενός, η διαγνωστική προσέγγιση και η θεραπευτική αντιμετώπιση έχουν φθάσει σε πολύ υψηλά επίπεδα, έτσι που αυτό που κάποτε ήταν το ζητούμενο, δηλαδή η επιβίωση του αρρώστου, σήμερα να θεωρείται δεδομένο σε πολλές περιπτώσεις. Επιπλέον, άρχισε να μετακινείται από τη θεωρία στην πράξη η έννοια της βιοψυχοκοινωνικής θεώρησης του ατόμου, της σύλληψής του ως μίας ολότητας, να λαμβάνονται, δηλαδή, υπόψη για τον κάθε άρρωστο όχι μόνο βιολογικοί, αλλά και κοινωνικοί, ψυχολογικοί, οικονομικοί και άλλοι παράγοντες (Πήτα και συν, 2006). Πρόκειται ουσιαστικά για μία αλλαγή στις αντιλήψεις που υπαγορεύτηκε από δύο λόγους (Οικονόμου & Καλόφωνος 2003). Πρώτον, τη συνειδητοποίηση ότι τα χρόνια νοσήματα προκαλούν δυσμενείς επιπτώσεις σε κοινωνική, ψυχολογική, και σωματική λειτουργικότητα, παρά την εντυπωσιακή πρόοδο που έχει συντελεστεί στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στους δείκτες επιβίωσης (Guex 1994, Sanders et al, 1998, Harper 2000), και δεύτερον, ότι η ΠΖ αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της έκβασης της θεραπείας, καθώς ασθενείς με χαμηλή ΠΖ έχουν πολλές πιθανότητες μη τήρησης και άρνησης ολοκλήρωσης της θεραπευτικής αγωγής (Khayat 2000).

2.2. Σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ

Στο πλαίσιο των κλινικών ερευνών, χρησιμοποιείται μία πιο συγκεκριμένη έννοια της ΠΖ, η Σχετιζόμενη με την Υγεία ΠΖ (ΣΥΠΖ) (Yfantopoulos 2008). Η ΣΥΠΖ είναι επίσης δύσκολο να οριστεί. Κατά καιρούς έχουν δοθεί ορισμοί όπως η λειτουργική επίδραση μίας νόσου και της συνεπαγόμενης θεραπείας της στον ασθενή, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ίδιο. Η επίδραση της νόσου σχετίζεται με τη διάρκεια ζωής και τροποποιείται από παράγοντες όπως αναπηρίες, λειτουργικές καταστάσεις και αντιλήψεις, και κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από νοσήματα, τραυματισμούς, θεραπείες ή πολιτικές. Η ΣΥΠΖ ορίζεται επίσης, ως ένα συνεχές βιολογικών ή σωματικών παραγόντων στο ένα άκρο, που αυξάνονται σε πολυπλοκότητα ώστε να συμπεριλάβουν μέτρα σωματικής λειτουργικότητας

και ψυχολογικής ευεξίας στο άλλο άκρο (Patrick & Erickson 1993, Wilson & Cleary 1995, Schipper et al, 1996). Αφορά τόσο στις θετικές όσο και στις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία. Η διατήρηση ή η ανάκτησή της είναι σημαντικός στόχος στις χρόνιες ασθένειες (Γείτονα και συν, 2004).

Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών διευρύνοντας τις θετικές παραμέτρους μίας θεραπευτικής παρέμβασης, υποδεικνύοντας ανάγκες για υποστηρικτικές παρεμβάσεις, λειτουργώντας ως προγνωστικός δείκτης, βοηθώντας στη λήψη των αποφάσεων και παρέχοντας πληροφορίες για την ανεύρεση πόρων και τη χάραξη πολιτικών υγείας (Fallowfield 2009). Περιλαμβάνει τρεις πολύ βασικές διαστάσεις: την υποκειμενική αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητα του ατόμου και τον περιορισμό της λειτουργικότητας σε τομείς απαραίτητους για την πραγματοποίηση των στόχων του ατόμου (Kaplan & Bush 1982).

Ερευνητές έχουν υπογραμμίσει τη σημασία της διάκρισης που πρέπει να γίνεται μεταξύ ΣΥΠΖ, ΠΖ και ειδικής για τη νόσο ΠΖ (Bradley 2001, Sundaram et al, 2009). Η ΠΖ είναι μία ευρεία έννοια που περιλαμβάνει τόσο την υγεία όσο και τις αξίες, τις επιδιώξεις, τις διαπροσωπικές σχέσεις ενός ατόμου. Είναι μία ευρεία έννοια που έχει διαφορετικούς φιλοσοφικούς, πολιτικούς, και σχετιζόμενους με την υγεία ορισμούς. Η ΣΥΠΖ μετρά τα συμπτώματα και τη λειτουργικότητα ενός ασθενή. Περιλαμβάνει τη σωματική, τη λειτουργική, την κοινωνική και τη συναισθηματική ευζωΐα του ατόμου. Είναι ένα αναφερόμενο από τον ασθενή μέτρο έκβασης, που συνήθως μετράται με προσεκτικά σχεδιασμένα και εγκυροποιημένα ερωτηματολόγια ή με ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η ειδική για τη νόσο ΠΖ περιλαμβάνει τόσο μη σχετιζόμενες με την υγεία πλευρές της ζωής ενός ατόμου, αλλά και πλευρές που επηρεάζονται άμεσα από τη νόσο (El Achhab et al, 2008, Magwood et al, 2008, Fallowfield 2009).

2.3. Εργαλεία μέτρησης ΠΖ

Σήμερα, η ΠΖ αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα που λαμβάνεται υπόψη σε κάθε θεραπευτική απόφαση και καθορίζει τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Για την αξιολόγηση της ΠΖ χρησιμοποιούνται συνήθως ερωτηματολόγια. Παράλληλα μπορεί να χρησιμοποιηθεί και συνέντευξη με τον ασθενή. Η χρήση συνέντευξης μόνο, δεν δίνει μετρήσιμα αποτελέσματα, μπορεί όμως να δώσει πολύπλευρες και σημαντικές πληροφορίες οι οποίες δεν θα ήταν δυνατό να ανιχνευτούν με τη χρήση κλίμακας. Τέτοια ευρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ποιοτικές έρευνες, που όλο και περισσότερο βρίσκουν εφαρμογή στις επιστήμες υγείας. Μέχρι σήμερα όμως, σε αυτό τον χώρο, κυριαρχούν οι ποσοτικές έρευνες για τη διενέργεια των οποίων είναι απαραίτητη η χρήση κλιμάκων ή ερωτηματολογίων, ώστε να εξαχθούν αποτελέσματα στα οποία μπορεί να γίνει στατιστική επεξεργασία (Πήτα και συν, 2006).

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στον τομέα της μέτρησης της ΠΖ, κάτι που αποτυπώνεται κυρίως στη δημιουργία ψυχομετρικών οργάνων μέτρησης, τα οποία διακρίνονται σε γενικού χαρακτήρα και εξειδικευμένα, για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (Παππά και συν, 2006). Ένα σύνολο εργαλείων μέτρησης της ΠΖ παρουσιάζεται παρακάτω.

2.3.1. Δείκτης Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής του Katz

Στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ο δείκτης του Katz αποτέλεσε τον πρώτο τρόπο αξιολόγησης της λειτουργικής κατάστασης νοσηλευόμενων, μελετώντας την ικανότητα αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης, συμβάλλοντας στην πρόγνωση της επιβίωσής τους. Έχει βρεθεί ότι δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη για την ΠΖ του γενικού πληθυσμού (Katz et al. 1963). Στις μέρες μας δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη η χρήση του.

2.3.2. Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski

Ο δείκτης του Karnofski, μια εκατοντάβαθμη κλίμακα, αξιολογεί τη σωματική λειτουργικότητα ενός ασθενή, αγνοώντας την ψυχοσωματική του κατάσταση (Karnofski & Burchenal, 1949). Στα μέσα της δεκαετίας του 1970 ο ΠΟΥ πρότεινε μια παρόμοια μέθοδο, τον Δείκτη Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 1979). Η κλίμακα αυτή είναι πεντάβαθμη και αξιολογεί τη σωματική λειτουργικότητα και ικανότητα, αλλά αγνοεί την ψυχοκοινωνική διάσταση του ατόμου.

2.3.3. Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο

Ένα πολύ αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης του πόνου και ταυτόχρονα της ΠΖ είναι το ερωτηματολόγιο McGill των Melzack & Torgerson (1971). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει ομάδες λέξεων που περιγράφουν καταστάσεις, όπου ο ασθενής καλείται να επιλέξει την κατάσταση που αντιπροσωπεύει καλύτερα τον πόνο που βιώνει ο ίδιος στη δεδομένη χρονική στιγμή.

2.3.4. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας

Την ίδια χρονική περίοδο, αρχές της δεκαετίας του 1970, αναπτύχθηκε το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας που αξιολογεί την κατάθλιψη, το άγχος, την κοινωνική λειτουργία και τα σωματικά συμπτώματα ασθενών και υγιών, εστιάζοντας στη σωματική υγεία και ψυχολογική κατάσταση χωρίς να ασχολείται με τις άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Goldberg, 1972).

2.3.5 Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια

Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Morrow και συν. 1978)

αρχικά χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη ασθενών με καρκίνο, αλλά αργότερα η χρήση της διευρύνθηκε σε όλα τα κλινικά περιβάλλοντα. Αξιολογεί την προσαρμογή του ατόμου στην ασθένεια στη φροντίδα υγείας, το επαγγελματικό, κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, τις σεξουαλικές και οικογενειακές σχέσεις και τέλος την ψυχολογική κατάσταση. Το σύνολο της βαθμολόγησης του ασθενή συγκρίνεται με προτυποποιημένες κλίμακες και έτσι μετράται η προσαρμογή του ατόμου στη νόσο.

2.3.6. Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας

Μια δεκαετία αργότερα έκανε την εμφάνισή του το εργαλείο μέτρησης Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (Sickness Impact Profile, SIP) που αξιολογεί την επίδραση της ασθένειας στη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα του ατόμου (Bergner et al. 1981). Οι 136 ερωτήσεις (SIP136) διαιρούνται σε δύο ομάδες, τη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Αποτελεί όμως ένα χρονοβόρο στη συμπλήρωση εργαλείο μέτρησης της ΠΖ.

Με βάση το προηγούμενο εργαλείο μέτρησης διαμορφώθηκε, στη συνέχεια, ένα συντομότερο και γενικότερο εργαλείο, το SIP68 (De Bruin et al., 1994), που εστιάζει και στις τρεις παραμέτρους της υγείας, δηλαδή τη σωματική, ψυχική υγεία και κοινωνική υγεία.

2.3.7. Επισκόπηση Υγείας του Nottingham

Η επισκόπηση υγείας του Nottingham δημιουργήθηκε για τη μελέτη των αποτελεσμάτων των θεραπευτικών παρεμβάσεων, αν και έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς. Μελετά την επίδραση αυτών των παρεμβάσεων σε έξι κατηγορίες προβλημάτων: *ενέργεια, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και κινητικότητα* και παράλληλα σε επτά τομείς της καθημερινής ζωής: *αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ανάπαυση και ευχάριστες δραστηριότητες* (Hunt & McEwen 1980).

2.3.8. Επισκόπηση Υγείας (SF-36)

Σκοπός αυτού του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου είναι η σύγκριση του επιπέδου υγείας υγιών και ασθενών ή διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μια συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών. Αξιολογεί τη σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, το συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία μέσα από 36 ερωτήσεις (Ware 1993, Θεοδοροπούλου και συν, 2012).

Μια πιο εξειδικευμένη μορφή του SF-36 αποτελεί το Kidney Disease Quality Of Life-Short Form που χρησιμοποιείται για τη συγκριτική εκτίμηση της ΠΖ των ασθενών που υποβάλλονται σε Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας (ΘΥΝΛ) μεταξύ τους και με το γενικό πληθυσμό (Wight et al, 1998, Mingardi et al, 1999, Diaz-Buxo et al, 2000).

2.3.9. Επισκόπηση Υγείας (EuroQol)

Ένα άλλο εργαλείο μέτρησης της ΠΖ αποτελεί το EuroQol που αξιολογεί την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο/δυσφορία, το άγχος ή την κατάθλιψη και την γενικότερη εκτίμηση της υγείας ενός ατόμου, υγιούς ή ασθενή (Υφαντόπουλος 2007). Υπάρχει σε δύο μορφές το EQ-5D και το EQ-15 με τη μόνη διαφοροποίηση στο ότι το δεύτερο είναι πιο λεπτομερές (Υφαντόπουλος 2007, Κωσταγιόλας και συν 2008).

2.3.10. Μέθοδοι μέτρησης των Ποιοτικά Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής (QALYs)

Με τη χρήση αυτής της μεθόδου αξιολογείται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, και η ποιότητα ζωής ενός ατόμου, με μειονέκτημα, όμως, ότι δεν αξιολογούνται οι ψυχοσυναισθηματικές παράμετροι που επηρεάζουν την ΠΖ. Ένα έτος ζωής σε ένα επίπεδο υγείας, μπορεί να είναι προτιμότερο από ένα έτος ζωής σε άλλο κατώτερο επίπεδο υγείας (Ματσαγγάνης 1995).

3. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ (ΣΔ)

3.1. Εισαγωγή

Ο ΣΔ είναι μία χρόνια μεταβολική πάθηση, κατά την οποία το πάγκρεας είτε δεν παράγει ινσουλίνη (ΣΔ τύπου I) είτε ο οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την ινσουλίνη που παράγει (ΣΔ τύπου II). Ο ΣΔ τύπου II καλύπτει τη συντριπτική πλειοψηφία (90%) των σακχαροδιαβητικών (World Health Organization 1999).

Πρόκειται για ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διαταραχές του μεταβολισμού υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών (Guyton & Hall 2010). Όσον αφορά στις επιδράσεις στον μεταβολισμό υδατανθράκων, η έλλειψη ινσουλίνης έχει σαν αποτέλεσμα τη διέγερση της χρησιμοποίησης γλυκόζης και την αναστολή της γλυκονεογένεσης. Στα κύτταρα του λιπώδους ιστού, η ινσουλίνη διεγείρει την επανοργάνωση της γλυκόζης σε λιπώδη κύτταρα, κυρίως μέσω ενεργοποίησης της καρβοξυλάσης του ακετυλοσυνένζυμου Α. Η ινσουλίνη επίσης αναστέλει την αποδόμηση του λίπους (Koolman & Roehm 2005).

Οι γιατροί της Ελληνορωμαϊκής περιόδου χρησιμοποιούσαν τον όρο «διαβήτης» για να αναφερθούν σε καταστάσεις, στις οποίες κυρίαρχο εύρημα ήταν ο μεγάλος όγκος ούρων. Διέκριναν δύο τύπους «διαβήτη»: τον «σακχαρώδη διαβήτη» στον οποίο τα ούρα είχαν γλυκιά γεύση, και τον «άποιο διαβήτη» στον οποίο τα ούρα είχαν ελάχιστη γεύση (Barrett et al, 2010).

Έτσι, ο ΣΔ πήρε το όνομά του λόγω της απέκκρισης γλυκόζης στα ούρα. Στον τύπου I, που ονομαζόταν νεανικός ΣΔ, η κατάσταση προκαλείται από βλάβη στα β κύτταρα του παγκρέατος, κατά κανόνα μέσω αυτοάνοσου μηχανισμού, που μπορεί να έχει ως εκλυτικό αίτιο, σε κάποιες περιπτώσεις, μία ιογενή λοίμωξη. Σε αυτό τον τύπο ΣΔ υπάρχει γενετική προδιάθεση. Ο ΣΔ τύπου II είναι συχνότερος, με την πλειοψηφία των ασθενών να είναι υπέρβαροι, και με αυξημένη συγκέντρωση λιπαρών οξέων στο αίμα, λόγω της έλλειψης ισορροπίας μεταξύ παροχής και κατανάλωσης ενέργειας. Η κατάσταση αυτή μειώνει τη

χρησιμοποίηση γλυκόζης στο μυϊκό και στο λιπώδη ιστό, με αποτέλεσμα την αντίσταση στην ινσουλίνη (Silbernagl & Lang 2000).

3.2. Επιδημιολογικά δεδομένα

Ο ΣΔ επηρεάζει περίπου το 8% του πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες και σχεδόν το 20% των ατόμων στο ηλικιακό φάσμα 65-74 ετών (Funk 2006). Συνολικά, 347 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από ΣΔ σε ολόκληρο τον κόσμο (Danaei et al, 2011).

Το 2004 αποβίωσαν 3,4 εκατομμύρια άτομα από επιπλοκές μη καλώς ελεγχόμενου ΣΔ (World Health Organization 2009), με πάνω από το 80% αυτών των θανάτων να αφορούν άτομα σε χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα (Mathers & Loncar 2006). Αυτό σίγουρα είναι απόρροια, μεταξύ άλλων, της έλλειψης πόρων των υπηρεσιών υγείας με πολλαπλές αρνητικές συνέπειες, τόσο για την πρόληψη όσο και για την αντιμετώπιση των νοσημάτων (Mathers & Loncar 2006). Σύμφωνα με μια πρόβλεψη του ΠΟΥ το 2030, ο ΣΔ θα αποτελεί την έβδομη αιτία θανάτου παγκοσμίως (World Health Organization 2011). Συνολικά, ο κίνδυνος θανάτου σε ασθενείς με ΣΔ είναι τουλάχιστον διπλάσιος από αυτόν των συνομηλίκων τους χωρίς ΣΔ (Roglic et al, 2000).

Ο ΣΔ τύπου II τείνει να λάβει επιδημικές διαστάσεις. Αν και οι σχετικοί αριθμοί ολοένα και αναθεωρούνται προς τα επάνω, εκτιμάται ότι 246 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν σήμερα από τη νόσο (ποσοστό 6% του ενήλικου πληθυσμού), ενώ προβλέπεται ο αριθμός αυτός να διαμορφωθεί στα 380 εκατομμύρια για το 2025 (7,3%). Η κατάταξη της νόσου συνεχώς μετατοπίζεται προς τις ανώτερες θέσεις του σύγχρονου επιδημιολογικού προτύπου. Στον κατάλογο της παγκόσμιας κατάταξης αιτιών θανάτου, ο ΣΔ καταλαμβάνει σήμερα την 11η θέση με 3,8 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, ενώ αναμένεται να ανέλθει στην 6η θέση το 2030 (Wild et al, 2004, World Health Organization 2005).

Για την Ελλάδα, ο επιπολασμός του ΣΔ εκτιμάται σε 4,11% για αμφότερα τα φύλα στην ηλικιακή ομάδα 20-70 ετών. Η επίπτωσή του, για τη χρονική περίοδο 2001-2006, ήταν για μεν τους άνδρες 5,8%, για δε τις γυναίκες 5,3%, με ετήσια επίπτωση 1,16% στους πρώτους και 1,06% στις δεύτερες, και με τις τάσεις να είναι αυξητικές (Panagiotakos et al, 2008, Tentolouris et al, 2009).

3.3. Τύποι ΣΔ

Η ταξινόμηση του ΣΔ περιλαμβάνει τέσσερις κλινικές κατηγορίες (Standards of Medical Care in Diabetes 2012):

- ΣΔ τύπου I
- ΣΔ τύπου II
- Άλλους ειδικούς τύπους ΣΔ από άλλες αιτίες
- ΣΔ κύησης

Στο ΣΔ τύπου I (1 στους 10 ασθενείς με ΣΔ) εκλυτικοί παράγοντες θεωρούνται ιογενείς λοιμώξεις, πιθανή γενετική προδιάθεση και αυτοάνοσες διεργασίες, που προκαλούν καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος και επομένως την απόλυτη ένδεια ινσουλίνης. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με ΣΔ όμως, πάσχουν από τον τύπο II, στον οποίο η γενετική προδιάθεση σε συνδυασμό με παράγοντες όπως η παχυσαρκία, οδηγούν σε έλλειψη ευαισθησίας στη δράση της ινσουλίνης, και κατά συνέπεια σε σχετική έλλειψη ινσουλίνης. Κοινός παρονομαστής στις αμφότερες καταστάσεις είναι η υπεργλυκαιμία. Αυτοί οι δύο τύποι ΣΔ (I και II) καλύπτουν σχεδόν το σύνολο των περιπτώσεων της νόσου σε σχέση με το διαβήτη κύησης και τους άλλους τύπους ΣΔ (Silbernagl & Lang 2000). Οι διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους δύο τύπους ΣΔ παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. «Σημαντικότερες διαφορές μεταξύ ΣΔ τύπου I και τύπου II».

	ΣΔ τύπου I	ΣΔ τύπου II
Ηλικία έναρξης	Συνήθως <20 ετών	Συνήθως >30 ετών
Μάζα σώματος	Χαμηλή προς φυσιολογική	Παχυσαρκία
Ινσουλίνη πλάσματος	Χαμηλή ή απύουσα	Αρχικά, φυσιολογική προς υψηλή
Γλυκαγόνο πλάσματος	Υψηλό, μπορεί να κατασταλεί	Υψηλό, ανθεκτικό στην καταστολή
Γλυκόζη πλάσματος	Αυξημένη	Αυξημένη
Ευαισθησία στην ινσουλίνη	Φυσιολογική	Ελαττωμένη
Θεραπεία	Ινσουλίνη	Απώλεια βάρους, φαρμακευτική αγωγή (θειαζολιδινεδιόνες, μετφορμίνη, σουλφολυνουρίες, ινσουλίνη)

Guyton and Hall 2010

Ως χρόνια πάθηση, ο ΣΔ απαιτεί συνεχή αναπροσαρμογή του τρόπου ζωής, με ότι αυτό συνεπάγεται, τακτική ιατρική παρακολούθηση και πιστή τήρηση φαρμακευτικής αγωγής. Ο ανεπαρκής έλεγχος της πάθησης με το πέρασμα του χρόνου οδηγεί σε σοβαρές βλάβες πολλών οργάνων και συστημάτων. Στην πράξη, η κακή ρύθμιση του ΣΔ δεν αφήνει ανεπηρέαστο κανένα όργανο, οι συνέπειες μάλιστα είναι τέτοιες που επιδεινώνουν σε σημαντικό βαθμό την ΠΖ των πασχόντων και των οικογενειών τους και αυξάνουν την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχιατρικών διαταραχών (World Health Organization 2013).

Ο ΣΔ τύπου II, που, σύμφωνα με κάποια δεδομένα, εντοπίζεται στο 10,7% του ενήλικου πληθυσμού άνω των 20 ετών στις Η.Π.Α., συνοδεύεται από ΑΥ (σε περίπου 75% των ασθενών) και από υπερλιπιδαιμία (σε περισσότερο από το 50%) (McGill 2010).

Με βάση τα προαναφερθέντα, ο κίνδυνος εμφάνισης Καρδιαγγειακών και Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων (ΑΕΕ) αυξάνεται, προκαλώντας το θάνατο στους μισούς σχεδόν ασθενείς με ΣΔ (Morrish et al, 2001). Η διαβητική νευροπάθεια προκαλεί έλκη και λοιμώξεις στα κάτω άκρα και αυξάνει τον κίνδυνο ακρωτηριασμών, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια όρασης (World Health Organization 2012), ενώ σημαντική επιπλοκή είναι και αυτή που μελετάται στην παρούσα εργασία, η

διαβητική νεφροπάθεια, μια από τις βασικότερες αιτίες ΧΝΝ (World Health Organization 2011).

3.4. Παθοφυσιολογία

Ο ΣΔ τύπου I οφείλεται σε έλλειψη ινσουλίνης, ενώ ο ΣΔ τύπου II σε μειωμένη δράση της ινσουλίνης. Χαρακτηρίζεται από παθολογικά υψηλές συγκεντρώσεις γλυκόζης στο πλάσμα (υπεργλυκαιμία) που οδηγούν σε γλυκοζουρία. Μεγάλες ποσότητες λιπαρών οξέων απελευθερώνονται καθώς δεν υφίσταται πλέον αναστολή της λιπόλυσης. Τα λιπαρά οξέα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή ενέργειας μέσω του ακετυλοσυνένζυμου-Α, κάτι που όμως οδηγεί στον σχηματισμό ακετοξεικού οξέος, ακετόνης (κέτωση) και β-οξυβουτυρικού οξέος (μεταβολική οξέωση). Καθώς, αφενός η σύνθεση λίπους στο ήπαρ είναι ινσουλινοεξαρτώμενη, αφετέρου είναι διαθέσιμη μεγάλη ποσότητα λιπαρών οξέων, το ήπαρ αποθηκεύει τριακυλογλυκερόλες, κάτι που έχει σαν συνέπεια την ανάπτυξη λιπώδους ήπατος (Silbernagl & Despopoulos 2009).

Στην οξεία έλλειψη ινσουλίνης, η απουσία της επίδρασής της στον μεταβολισμό της γλυκόζης οδηγεί σε υπεργλυκαιμία. Η εξωκυττάρια άθροιση γλυκόζης οδηγεί σε υπερωσμωτικότητα και κατά συνέπεια αποβολή γλυκόζης στα ούρα. Αυτό προκαλεί ωσμωτική διούρηση με νεφρική απώλεια ύδατος (πολυουρία), νατρίου και καλίου, αφυδάτωση και δίψα (Silbernagl & Lang 2000).

Η έλλειψη ινσουλίνης δημιουργεί μία προφανή κατάσταση καταβολισμού. Χωρίς ινσουλίνη, η γλυκόζη δεν προσλαμβάνεται από τους ιστούς, και αυτό οδηγεί σε υπεργλυκαιμία. Τα κύτταρα στερούνται μίας πηγής ενέργειας και ανταποκρίνονται με γλυκογονόλυση, γλυκονεογένεση και λιπόλυση, ώστε να έχουν γλυκόζη για ενέργεια. Αυτό επιδεινώνει την υπεργλυκαιμία, και δημιουργεί οξέωση μέσω αυξημένης παραγωγής κετονικών σωμάτων. Η αποδόμηση πρωτεϊνών και λιπών οδηγεί σε απώλεια βάρους, και η οξέωση προκαλεί αγγειοδιαστολή και υποθερμία (Greenstein 2001).

Ο νεανικός ΣΔ (τύπου I) προκαλείται από καταστροφή των ινσουλινοπαραγωγών β-κυττάρων του παγκρέατος, κάνοντας έτσι απαραίτητη τη χορήγηση ινσουλίνης. Θεραπευτικοί στόχοι είναι η πρόληψη απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων (όπως το υπεργλυκαιμικό και το υπογλυκαιμικό κώμα), και η πρόληψη επιπλοκών (αγγειοπάθεια με τύφλωση, έμφραγμα μυοκαρδίου, διαβητική νεφροπάθεια) (Lullmann et al, 2000).

Ο ΣΔ τύπου II ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος εκδηλώνεται σε υπέρβαρα άτομα λόγω σχετικής έλλειψης ινσουλίνης. Οι αυξημένες ανάγκες, που οφείλονται σε απώλεια των υποδοχέων ινσουλίνης ή σε διαταραχή της σηματοδοτικής ακολουθίας που ενεργοποιείται από τους υποδοχείς ινσουλίνης, δεν μπορούν να ικανοποιηθούν από την ελαττωμένη έκκριση της ινσουλίνης. Σε σύγκριση με φυσιολογικά άτομα, οι παχύσαρκοι ασθενείς απαιτούν μία συνεχώς αυξανόμενη ποσότητα ινσουλίνης. Όταν ελαττώνεται η εκκριτική ικανότητα του παγκρέατος, αυτό εκδηλώνεται αρχικά ως αύξηση της τιμής γλυκόζης αίματος κατά τη φόρτιση με γλυκόζη (λανθάνων ΣΔ). Ακολουθώντας, δεν μπορούν να διατηρηθούν τα επίπεδα αίματος ούτε στην κατάσταση νηστείας (έκδηλος ΣΔ). Όσον αφορά στην αντιμετώπιση, ο περιορισμός των προσλαμβανόμενων θερμίδων, ώστε να αποκατασταθεί στο φυσιολογικό το βάρος σώματος, μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των υποδοχέων ινσουλίνης ή την κυτταρική απαντητικότητα. Η ελάττωση του βάρους, και όχι η χορήγηση φαρμάκων, αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής (Lullmann et al, 2000). Οι μεταβολικές διαταραχές της ανεπαρκώς θεραπευόμενης απόλυτης ή σχετικής έλλειψης ινσουλίνης θα οδηγήσουν με το πέρασμα των χρόνων σε εκτεταμένες μη αναστρέψιμες αλλαγές στον οργανισμό (Silbernagl & Lang 2000).

Η υπεργλυκαιμία μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα που είναι συνέπεια της αυξημένης ωσμωτικότητας του αίματος. Επιπλέον, υπάρχει γλυκοζουρία επειδή η νεφρική ικανότητα για επαναρρόφηση της γλυκόζης έχει ξεπεραστεί. Η απέκκριση ωσμωτικά δραστικών μορίων γλυκόζης οδηγεί στην απώλεια μεγάλων ποσοτήτων ύδατος (ωσμωτική διούρηση), και η αφυδάτωση, με τη σειρά της, ενεργοποιεί τους μηχανισμούς που ρυθμίζουν την πρόσληψη ύδατος, κάτι που οδηγεί σε πολυδιψία. Επιπλέον, υπάρχει σημαντική απώλεια καλίου και νατρίου διαμέσου των ούρων. Για κάθε γραμμάριο γλυκόζης που απεκκρίνεται, υπάρχει απώλεια 4.1 kcal από το σώμα. Η αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης από το στόμα για την κάλυψη αυτού του ελλείμματος, απλά αυξάνει περαιτέρω τη γλυκόζη πλάσματος και τη γλυκοζουρία (Barrett et al, 2010).

Η ελαττωμένη πρόσληψη γλυκόζης οδηγεί σε υπεργλυκαιμία, γλυκοζουρία, οσμωτική διούρηση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, σε αυτά μάλιστα οδηγούν επίσης και η αυξημένη ποσότητα αμινοξέων πλάσματος και η απώλεια αζωτούχων ενώσεων διά των ούρων συνεπεία αυξημένου καταβολισμού των πρωτεϊνών. Από την άλλη πλευρά, η αυξημένη λιπόλυση οδηγεί σε δημιουργία κετονικών σωμάτων, κετοναίμια και κετονουρία. Επόμενο κοινό μονοπάτι είναι η οξέωση και η αφυδάτωση που μπορούν να οδηγήσουν σε κόμα και στο θάνατο (Barrett et al, 2010).

3.5. Διάγνωση

Η διάγνωση του ΣΔ μπορεί να θεμελιωθεί χρησιμοποιώντας οποιοδήποτε από τα ακόλουθα κριτήρια (McGill 2010):

- Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη $\geq 6,5\%$
- Γλυκόζη πλάσματος ≥ 126 mg/dl, μετά από ολονύχτια νηστεία. Το θετικό αποτέλεσμα θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με επανάληψη της εξέτασης
- Συμπτώματα ΣΔ (πολυουρία, πολυδιψία, κόπωση, απώλεια βάρους), και επίπεδα γλυκόζης πλάσματος, σε τυχαίο δείγμα, ≥ 200 mg/dl
- Τεστ ανοχής γλυκόζης από το στόμα που δείχνει επίπεδα γλυκόζης πλάσματος ≥ 200 mg/dl, 2 ώρες μετά τη λήψη 75 g γλυκόζης

Στη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης από το στόμα χορηγούνται σε ενήλικες 75g γλυκόζης σε 300ml νερού. Σε φυσιολογικά άτομα, η γλυκόζη νηστείας στο φλεβικό αίμα είναι μικρότερη από 115mg/dL, η τιμή μετά από 2 ώρες είναι μικρότερη από 140mg/dL, και καμία τιμή δεν είναι μεγαλύτερη από 200mg/dL (Barrett et al, 2010).

3.6 .Επιπλοκές

Ο ΣΔ, ως μεταβολική νόσος, μέσω της χρόνιας υπεργλυκαιμίας, προκαλεί βλάβη, δυσλειτουργία και ανεπάρκεια διαφόρων οργάνων: οφθαλμών, νεφρών, νεύρων, καρδιάς και αγγείων. Αυτές οι επιπλοκές αποδίδονται σε μακροαγγειοπάθεια (καρδιακή νόσος, ΑΥ, ΑΕΕ, περιφερική αγγειακή νόσος) και σε μικροαγγειοπάθεια (νεφροπάθεια, νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια) και οδηγούν σε χαμηλή ΠΖ. Η πρόληψη των επιπλοκών αποτελεί τον βασικότερο στόχο της θεραπείας. Η εμφάνιση και η εξέλιξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και της διαβητικής νεφροπάθειας σχετίζονται στενά με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (Καλλιακμάνη 2007).

Εκτιμάται ότι στο 80% και πλέον των ασθενών με ΣΔ υπάρχουν προβλήματα με έλκη κάτω άκρων, ενώ ο επιπολασμός της διαβητικής νευροπάθειας σε ασθενείς με ΣΔ τύπου ΙΙ ανέρχεται σε 32% και υπερβαίνει το 50% σε ηλικίες άνω των 60 ετών. Η συχνότητα των ακρωτηριασμών στους ασθενείς με ΣΔ ανέρχεται σε 4-6% σε Ευρώπη και ΗΠΑ, ενώ στη Γερμανία τα 2/3 των ασθενών που υποβάλλονται σε ακρωτηριασμό είναι διαβητικοί, με το άμεσο ετήσιο κόστος να υπολογίζεται σε 1,5 δις δολάρια. Στις ΗΠΑ, η συχνότητα ακρωτηριασμού των κάτω άκρων σε ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια ανέρχεται σε 14%. Ο κίνδυνος ακρωτηριασμού σε διαβητικό ασθενή με ΧΝΝ είναι 6-10 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με το γενικό διαβητικό πληθυσμό (Φιλίopoulos και συν, 2008).

Το διαβητικό πόδι και οι επιπλοκές που σχετίζονται με αυτό αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας σε ασθενείς με ΣΔ. Ο όρος διαβητικό πόδι αναφέρεται στην ύπαρξη ειδικών ποιοτικών, δομικών και άλλων χαρακτηριστικών των κάτω άκρων ατόμων με ΣΔ, λόγω των οποίων η ακεραιότητά τους καθίσταται προβληματική υπό ορισμένες συνθήκες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει ως διαβητικό πόδι τη λοίμωξη, το έλκος, και/ή την καταστροφή των εν τω βάθει ιστών, που συσχετίζονται με νευρολογικές διαταραχές και διαφόρου βαθμού περιφερική αγγειακή νόσο στα κάτω άκρα ατόμων με ΣΔ (Φιλίopoulos και συν, 2008). Οι αλλοιώσεις των ποδιών είναι συχνές στους διαβητικούς σε τελικό στάδιο ΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Μεγάλο τμήμα της παρατεταμένης νοσηλείας τους οφείλεται σε αυτή την επιπλοκή (Φιλίopoulos και συν, 2008).

Η περιφερική αγγειοπάθεια χαρακτηρίζεται από αθηροσκληρωτική αποφρακτική αγγειακή νόσο των κάτω άκρων και συνοδεύεται από αυξημένη πιθανότητα γενικευμένης αγγειακής νόσου, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για ακρωτηριασμό των κάτω άκρων. Η άνοδος της κρεατινίνης ορού είναι ισχυρός δείκτης αυξημένου κινδύνου για αγγειακή νόσο, με προγνωστική αξία ισοδύναμη αυτής του ΣΔ. Η αγγειοπάθεια στους ασθενείς με ΧΝΝ εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε σχέση με αυτή στον γενικό πληθυσμό: οι παθογενετικοί και παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί συχνά διαφέρουν και οι παράγοντες κινδύνου εκδηλώνονται συνήθως σε πρώιμα στάδια της νεφρικής νόσου επιδεινώνοντας συνολικά την ΠΖ (Φιλίopoulos και συν, 2008).

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας σε ασθενείς με ΣΔ, με την επίπτωση απώλειας της όρασης να είναι 25 φορές υψηλότερη σε αυτούς τους ασθενείς παρά στον γενικό πληθυσμό. Η παρουσία της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας αυξάνεται προοδευτικά στους ασθενείς με ΣΔ όσο αυξάνεται η διάρκεια της νόσου, με τη χρόνια υπεργλυκαιμία να είναι η κυριότερη αιτία ανάπτυξής της (Καλλιακμάνη 2007).

3.7. Θεραπευτική αντιμετώπιση

Για τη θεραπεία του ΣΔ χορηγούνται καθαρή ινσουλίνη και αντιδιαβητικά δισκία (Lullmann et al, 2000). Μέχρι πρότινος, η χορηγούμενη στους διαβητικούς ινσουλίνη λαμβανόταν μόνο από το πάγκρεας ζώων με μία περίπλοκη και υψηλού κόστους διαδικασία. Τα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιείται κυρίως η ανθρώπινη ινσουλίνη, η οποία παρασκευάζεται μέσω υπερέκφρασης σε βακτήρια με μεθόδους γενετικής μηχανικής (Koolman & Roehm 2005).

Η ινσουλίνη απομονώθηκε αρχικά από το πάγκρεας από τους Banting και Best το 1922. Έχει συσχετισθεί με σημαντικές επιδράσεις στον μεταβολισμό των υδατανθράκων. Παρ'όλα αυτά, οι διαταραχές του λίπους είναι αυτές που οδηγούν σε καταστάσεις οι οποίες

μπορούν να προκαλέσουν θάνατο, όπως επίσης και οι επιδράσεις στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών μπορούν να οδηγήσουν σε πολλές κυτταρικές λειτουργικές διαταραχές (Guyton & Hall 2010). Η ινσουλίνη στον ανθρώπινο οργανισμό παράγεται από τα β-κύτταρα των νησιδίων του Langerhans στο πάγκρεας. Είναι ένα πολυπεπτίδιο που περιέχει δύο αλύσους αμινοξέων που ενώνονται με δισουλφιδικές γέφυρες. Μπορεί να ληφθεί από παγκρεατικό ιστό ζώων. Η ινσουλίνη χοίρου διαφέρει μόνο σε ένα αμινοξύ Β αλυσίδας, ενώ αυτή του μόσχου σε δύο αμινοξέα στην Α αλυσίδα και ένα στη Β. Ζωϊκή και ανθρώπινη ινσουλίνη παρουσιάζουν παρόμοια βιολογική δραστηριότητα. Αυτή η ορμόνη προσδέεται στους υποδοχείς ινσουλίνης, και ένα μέρος της υφίσταται ενδοκυττάρωση (Koolman & Roehm 2005). Καθώς είναι πεπτίδιο, η ινσουλίνη δεν μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα διότι καταστρέφεται από τις πρωτεάσες του γαστρεντερικού συστήματος. Έτσι χορηγείται παρεντερικά, συνηθέστερα υποδόρια. Η διάρκεια δράσης της εξαρτάται από τον ρυθμό απορρόφησης από το σημείο της έγχυσης. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της ινσουλίνης στην ανθρώπινη κυκλοφορία είναι περίπου 5 λεπτά. (Lullmann et al, 2000, Barrett et al, 2010).

Η προ-προϊνσουλίνη είναι πρόδρομο μόριο της ινσουλίνης, συντίθεται στα ριβοσώματα και εισέρχεται στο ενδοπλασματικό δίκτυο των β-κυττάρων. Η προϊνσουλίνη, που συντίθεται από τις Α και Β αλυσίδες και το C πεπτίδιο, μεταφέρεται στη συσκευή Golgi, όπου πακετάρεται σε εκκριτικά κυστίδια. Η έκκριση της ινσουλίνης συνοδεύεται από έκκριση C πεπτιδίου και μικρών ποσοτήτων προϊνσουλίνης. Παρότι η γλυκόζη είναι ο πιο ισχυρός διεγερτικός παράγοντας απελευθέρωσης ινσουλίνης και άλλοι παράγοντες, όπως αμινοξέα που λαμβάνονται με το γεύμα, μπορούν να προκαλέσουν απελευθέρωση ινσουλίνης (Funk 2006).

Η ινσουλίνη εκκρίνεται σε ώσεις, κυρίως ως απόκριση σε αυξήσεις στα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Έχει αναβολικές και λιπογονικές επιδράσεις, και προάγει την αποθήκευση γλυκόζης, ιδιαίτερα στο ήπαρ. Ο υποδοχέας ινσουλίνης είναι ένα ετεροτετραμερές που αποτελείται από δύο εξωκυττάρια α υπομονάδες και δύο διαμεμβρανικές β υπομονάδες (Silbernagl & Desporoulos 2009). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ινσουλίνης περιλαμβάνουν υπογλυκαιμία (από απόλυτη ή σχετική υπερδοσολογία), αλλεργικές αντιδράσεις, είτε τοπικά στο σημείο της έγχυσης ή συστηματικά (είναι σπάνιες). Η εναλλαγή των σημείων χορήγησης βοηθά στην αποφυγή λιποϋπερτροφίας. Της

υπογλυκαιμίας προηγούνται προειδοποιητικά σημεία: ταχυκαρδία, ανησυχία, τρόμος, ωχρότητα, έντονη εφίδρωση, κάποια εκ των οποίων οφείλονται στην απελευθέρωση επινεφρίνης (Lullmann et al, 2000).

Η μέγιστη ελάττωση στα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος συμβαίνει 30 λεπτά μετά την ενδοφλέβια χορήγηση ινσουλίνης. Κατά την υποδόρια χορήγηση, η μέγιστη πτώση στα επίπεδα γλυκόζης συμβαίνει μετά από 2-3 ώρες. Σήμερα, διατίθενται εμπορικά ποικίλες ινσουλίνες που περιλαμβάνουν αφενός ινσουλίνες αναμειγμένες με πρωταμίνη και άλλα πολυπεπτίδια, ώστε να καθυστερούν την απορρόφηση, και αφετέρου συνθετικές ινσουλίνες. Γενικά οι ινσουλίνες κατηγοριοποιούνται σε τρεις ομάδες: ταχείας, ενδιάμεσης και μακράς δράσης (24-36 ώρες) (πίνακας 2).

Πίνακας 2. «Κυρίαρχες δράσεις ινσουλίνης»

Ταχείες (εντός δευτερολέπτων)
Αυξημένη μεταφορά γλυκόζης, αμινοξέων και καλίου σε κύτταρα που είναι ευαίσθητα στην ινσουλίνη
Ενδιάμεσες (εντός λεπτών)
<ul style="list-style-type: none">• Διέγερση της πρωτεϊνικής σύνθεσης• Αναστολή της αποδόμησης πρωτεϊνών• Ενεργοποίηση γλυκολυτικών ενζύμων και σύνθεσης γλυκογόνου• Αναστολή φωσφορυλάσης και γλυκονεογενετικών ενζύμων
Καθυστερημένες (εντός ωρών)
Αύξηση mRNAs για λιπογενετικά και άλλα ένζυμα Barrett et al, 2010

Η ινσουλίνη προκαλεί είσοδο του καλίου στα κύτταρα, με συνέπεια ελάττωση της εξωκυττάριας συγκέντρωσής του. Εγγύσεις ινσουλίνης και γλυκόζης είναι αποτελεσματικές για την προσωρινή αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια (Barrett et al, 2010).

Τα από του στόματος αντιδιαβητικά δισκία περιλαμβάνουν διάφορες ουσίες. Τα φάρμακα της ομάδας της σουλφολινουρίας (τολβουταμίδη και η γλυβουρίδη) αυξάνουν την ευαισθησία των β-κυττάρων στη γλυκόζη, με σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια, όμως, την υπογλυκαιμία. Η μετφορμίνη, ένα διγουανίδιο, μπορεί να ελαττώσει τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης αίματος, δεδομένου όμως ότι υπάρχει ινσουλίνη, καθώς η ίδια δεν διεγείρει την απελευθέρωση ινσουλίνης. Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειές της περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία και διάρροια. Χρησιμοποιείται μόνη της ή σε συνδυασμό με σουλφονουλουρίες και αντενδείκνυται στη νεφρική ανεπάρκεια. Οι θειαζολιδινεδιόνες (γλιταζόνες: ροσιγλιταζόνη, πιογλιταζόνη) ενισχύουν την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη (Lullmann et al, 2000).

4. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΧΝΝ)

4.1. Εισαγωγή

Κάθε παθολογική διεργασία που προκαλεί προοδευτική απώλεια νεφρώνων μπορεί να οδηγήσει σε Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) (πίνακας 3). Καθώς ελαττώνεται ο αριθμός των λειτουργικών νεφρώνων, οι εναπομείναντες νεφρόνες προσπαθούν να αντιρροπήσουν την απώλεια αυξάνοντας τη διήθηση και την επαναρρόφηση διαλυτών. Δυστυχώς, κάτι τέτοιο καταστρέφει τους νεφρόνες που έχουν απομείνει και επιταχύνει την απώλειά τους. Νεφρική Νόσος Τελικού Σταδίου ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία η νεφρική λειτουργία είναι ανεπαρκής ή απύσχα και ο ασθενής χρήζει θεραπείας υποκατάστασης με αιμοκάθαρση/περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση για να μπορέσει να επιβιώσει (O'Callaghan & Brenner 2000). Σοβαρά κλινικά συμπτώματα δεν εμφανίζονται έως ότου ο αριθμός των λειτουργικών νεφρώνων να μειωθεί κάτω από το 70-75% του φυσιολογικού (Guyton & Hall 2010).

Πίνακας 3. «Νοσολογικές διεργασίες που μπορούν να προκαλέσουν ΧΝΝ»

Μεταβολικές διαταραχές	ΣΔ
Παχυσαρκία	Αμυλοείδωση
Υπέρταση	Νεφραγγειακές διαταραχές
Αθηροσκλήρωση	Νεφροσκλήρωση-Υπέρταση
Ανοσολογικές διαταραχές	Σπειραματονεφρίτιδα
Οξώδης πολυαρτηρίτιδα	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος
Λοιμώξεις	Πυελονεφρίτιδα
Φυματίωση	Πρωτοπαθείς σωληναριακές διαταραχές
Νεφροτοξίνες (αναλγητικά, βαρέα μέταλλα)	Απόφραξη ουροποιητικής οδού
Νεφρικοί λίθοι	Υπερτροφία προστάτη
Απόφραξη ουρήθρας	Συγγενείς διαταραχές
Πολυκυστική νόσος	Νεφρική υποπλασία

Guyton & Hall 2010

Η νεφρική νόσος τελικού σταδίου είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που προκαλεί σημαντική έκπτωση στην ΠΖ των ασθενών. Από το 2000 ως το 2015, η επίπτωση και ο επιπολασμός της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου αναμένεται να αυξηθούν κατά 44% και 85% αντιστοίχως (Gilbertson et al, 2005).

4.2. Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της ΧΝΝ προκαλούνται από την άθροιση ουσιών που φυσιολογικά απεκκρίνονται από τους νεφρούς και από την ανεπαρκή παραγωγή βιταμίνης D και ερυθροποιητίνης. Σε αυτές περιλαμβάνονται αιματολογικές, καρδιαγγειακές, ενδοκρινικές, οστικές, ανοσολογικές επιπλοκές, καθώς και επιπλοκές από το νευρικό σύστημα και την ψυχική σφαίρα. Ο όρος ουραιμικό σύνδρομο αναφέρεται στις επιπλοκές της ΧΝΝ, όπως η αναιμία, η συγχυτική κατάσταση, το κώμα, οι σπασμοί, η περικαρδιακή συλλογή, ο κνησμός και η οστική νόσος (O'Callaghan & Brenner 2000).

4.2.1. Αιματολογικές επιπλοκές ΧΝΝ

Η αναιμία είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς παραγωγής ερυθροποιητίνης από τους νεφρούς και αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση αυτής της ορμόνης ενδοφλέβια ή υποδόρια. Κάτι τέτοιο αποδίδει μόνο αν τα επίπεδα σιδήρου, φυλλικού οξέος και βιταμίνης B12 είναι επαρκή. Η λειτουργία των αιμοπεταλίων επίσης επηρεάζεται (O'Callaghan & Brenner 2000).

4.2.2. Καρδιαγγειακές επιπλοκές ΧΝΝ

Η αγγειακή νόσος είναι η κύρια αιτία θανάτου στη ΧΝΝ. Σε ασθενείς που δεν έχουν ΣΔ, η ΑΥ είναι πιθανά ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου και είναι, ως επί το πλείστον,

αποτέλεσμα υπερογκαιμίας που προκαλείται από την κατακράτηση νατρίου και ύδατος. Αυτή η κατάσταση συνήθως ανταποκρίνεται στον περιορισμό του νατρίου και στον έλεγχο του σωματικού βάρους με κάθαρση (O'Callaghan & Brenner 2000). Η υπερφόρτωση υγρών και η ΑΥ μπορούν να προκαλέσουν υπερτροφία της αριστερής κοιλίας ή διατακτική μυοκαρδιοπάθεια οδηγώντας σε περικαρδίτιδα. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες τα επίπεδα ουρίας ή φωσφόρου είναι υψηλότερα, ή συνυπάρχει σοβαρός δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός η εμφάνιση περικαρδίτιδας είναι πιο πιθανή. Μία μεγάλη αρτηριοφλεβική αναστόμωση (fistula), συνήθως απαιτεί σημαντικό καρδιακό έργο, μειώνοντας το κυκλοφορούν αίμα στο υπόλοιπο σώμα (O'Callaghan & Brenner 2000).

4.2.3. Δερματικές επιπλοκές ΧΝΝ

Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε ΘΥΝΛ παρουσιάζουν δερματολογικά προβλήματα, τα οποία έχουν επιπτώσεις τόσο στην υγεία τους όσο και στην ΠΖ. Ο κνησμός, που αποτελούσε συνηθισμένο δερματικό πρόβλημα τις προηγούμενες δεκαετίες, τείνει να εκλείψει λόγω της χρήσης βιοσυμβατών μεμβρανών κάθαρσης (φίλτρα) και νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Συνήθως οφείλεται σε δευτεροπαθή ή τριτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό, και είναι αποτέλεσμα εναπόθεσης φωσφορικού ασβεστίου στους ιστούς (O'Callaghan & Brenner 2000). Πολλές φορές τα δερματολογικά προβλήματα συνδέονται με την υποκείμενη νεφρική νόσο, αλλά συχνά είναι άμεση ή έμμεση απόρροια του ουραιμικού περιβάλλοντος (Αραμπατζής και συν, 2010). Τέλος ο κνησμός σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να αποτελέσει την αιτία ψυχικών διαταραχών (Κοσμαδάκης και συν, 2006).

4.2.4. Γαστρεντερικές επιπλοκές ΧΝΝ

Συμπτώματα ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, και καύσου είναι συνήθη σε ασθενείς με ΧΝΝ. Επίσης, υπάρχει υψηλότερη επίπτωση οισοφαγίτιδας και αγγειοδυσπλασίας, που

μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία από το γαστρεντερικό σύστημα. Υπάρχει, τέλος, υψηλότερη επίπτωση παγκρεατίτιδας (O'Callaghan & Brenner 2000).

4.2.5. Ενδοκρινικές επιπλοκές XNN

Στους άνδρες, η XNN μπορεί να προκαλέσει απώλεια της ερωτικής επιθυμίας, ανικανότητα, και ελαττωμένη ποσότητα και δραστηριότητα σπέρματος. Στις γυναίκες, εμφανίζεται συχνά απώλεια της ερωτικής επιθυμίας και ελαττωμένη γονιμότητα. Αυτές οι επιπλοκές, που σχετίζονται με την ερωτική επιθυμία και τη σεξουαλική λειτουργία, είναι αρκετά σύνηθες να πλήττουν σημαντικά την αυτοεκτίμηση και την ΠΖ των ασθενών. Εκτός των άλλων προβλημάτων οι ασθενείς με XNN βιώνουν και απώλεια της αρρενωπότητας ή της θηλυκότητας (O'Callaghan & Brenner 2000).

4.2.6. Νευρολογικές και ψυχιατρικές επιπλοκές XNN

Η παραμελημένη νεφρική νόσος καθώς και η μη επαρκής κάθαρση είναι δυνατό να προκαλέσουν κόπωση, ελάττωση του επιπέδου συνείδησης, ακόμη και κόμα, συχνά με νευρολογικά σημεία. Περιφερική νευροπάθεια μπορεί να εμφανιστεί, με πιο τυπική εικόνα, αυτή της άπω αισθητικοκινητικής νευροπάθειας, με κατανομή της απώλειας αισθητικότητας δίκην κάλτσας, και άπω μυϊκή αδυναμία. Συνήθως είναι συμμετρική, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και μονονευρίτιδα, κυρίως των κρανιακών νεύρων. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, μυοπάθεια, μυϊκές κράμπες και σύνδρομο ανήσυχων άκρων. Από ψυχιατρικής πλευράς εμφανίζονται διαταραχές ύπνου, άγχος και κατάθλιψη με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (O'Callaghan & Brenner 2000).

4.2.7. Χρόνιες επιπλοκές θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας

Τα συνηθέστερα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας ασθενής σε αιμοκάθαρση αφορούν τη θρόμβωση στη fistula και σχηματισμό ανευρυσμάτων, όπως επίσης και λοιμώξεις, τοπικές ή συστηματικές. Με τη μακροχρόνια θεραπεία, η εναπόθεση αμυλοειδών πρωτεϊνών που περιέχουν β₂-μικροσφαιρίνη μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα και αρθροπάθεια με κυστικές οστικές βλάβες (O'Callaghan & Brenner 2000).

Σε ασθενή που υποβάλλεται σε περιτοναϊκή κάθαρση, η περιτονίτιδα και οι λοιμώξεις του καθετήρα (σημείο εισόδου ή στη σήραγγα) αποτελούν σοβαρές επιπλοκές και είναι οι κύριες αιτίες εισαγωγής τους στο νοσοκομείο, απώλειας του καθετήρα και μεταφοράς στην αιμοκάθαρση. Η λοίμωξη στο σημείο εισόδου του καθετήρα εκδηλώνεται με πυώδες έκκριμα, ερύθημα του δέρματος, ευαισθησία, πόνο και οίδημα. Η λοίμωξη της σήραγγας του καθετήρα χαρακτηρίζεται κλινικά από ερύθημα, οίδημα, και/ή ευαισθησία επάνω από την υποδόρια διαδρομή του καθετήρα (Τζανέτου και συν, 2009).

4.2.8. Οξείες επιπλοκές αιμοκάθαρσης

Οξείες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης περιλαμβάνουν την υπόταση, το σύνδρομο πρώτης χρήσης (ασταθές ισοζύγιο) που οφείλεται στις οσμωτικές αλλαγές στον εγκέφαλο καθώς τα επίπεδα της ουρίας στο πλάσμα πέφτουν. Η κεφαλαλγία, λόγω αγγειοδιασταλτικών επιδράσεων του οξεικού, ο κνησμός από την απελευθέρωση ισταμίνης που προκαλείται από ήπια αλλεργική αντίδραση στη μεμβράνη της κάθαρσης και οι κράμπες, που πιθανώς αντικατοπτρίζουν μετακινήσεις ηλεκτρολυτών κατά μήκος των μυϊκών μεμβρανών αποτελούν σημαντικές οξείες επιπλοκές της αιμοκάθαρσης. Επίσης, η υποξαιμία λόγω του υποαερισμού που προκαλείται από την απομάκρυνση διττανθρακικών, η υποκαλιαμία, που μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και η εμβολή αέρα δεν είναι σπάνιες οξείες επιπλοκές. Τέλος, η υπογλυκαιμία (συμπτωματική ή ασυμπτωματική) είναι αρκετά συνηθισμένη στους αιμοκαθαιρόμενους με ΣΔ (Ζήκου & Κατωπόδης 2012).

4.3. Δίαιτα στη ΧΝΝ

Η δίαιτα αποτελεί βασικό μέλημα φροντίδας κατά την αντιμετώπιση ασθενών με ΧΝΝ. Πολλές φορές είναι δυναμική, αφού μεταβάλλονται συχνά τα δεδομένα με αποτέλεσμα να επιβάλλεται μεταβολή και των διαιτητικών συνθηκών. Η διατροφή του ασθενή με ΧΝΝ αφορά στις ενεργειακές ανάγκες και στην ιδιαίτερη σύνθεση των τροφών σε λευκώματα, λίπη, μέταλλα και υδατάνθρακες. Θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να είναι επαρκής, να μην επιβαρύνει τη νεφρική λειτουργία, να μην οδηγεί τον ασθενή σε υποθρεψία και να μην θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του (Μαυροματίδης 2008). Η υποθρεψία και το αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου συσχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Όσον αφορά στο αλάτι και στο νερό, η συσσώρευσή τους στον οργανισμό προκαλεί υπερογκαιμία και οδηγεί σε καρδιακή ανεπάρκεια, βασικό παράγοντα από τον οποίο εξαρτώνται η ΠΖ και η επιβίωση (Μαυροματίδης 2008).

Ιδιαίτερη προσοχή, όπως έχει ήδη αναφερθεί, θα πρέπει να δίνεται στον κίνδυνο υποθρεψίας καθώς πολλοί είναι οι αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν ανορεξία στους αιμοκαθαιρόμενους, όπως η νεφροπάθεια, η υπερένταση, τα φάρμακα που λαμβάνουν, η κατάθλιψη, η κακή αίσθηση της γεύσης, ο μετεωρισμός, η αφαίρεση των νόστιμων και γευστικών τροφών από το διαιτολόγιο. Επίσης, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση έχουν εκτός των παραπάνω και αυξημένη απώλεια αμινοξέων από το περιτόναιο (Μαυροματίδης 2008).

5. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΧΝΝ

Παρά το γεγονός ότι η συνύπαρξη παραγόντων όπως η υπεργλυκαιμία, η ΑΥ, η δυσλιπιδαιμία και η παχυσαρκία, στον ίδιο ασθενή, είχε παρατηρηθεί από τις αρχές του 20ου αιώνα, η εκτενής συζήτηση για αυτό που σήμερα αποκαλείται μεταβολικό σύνδρομο ή σύνδρομο αντίστασης στην ινσουλίνη άρχισε το 1988 (Σαραφίδης & Γρέκας 2007α).

Ο ΣΔ τύπου II προκαλεί οξεία και χρόνια τοξικότητα στο αγγειακό ενδοθήλιο, οδηγώντας στην εμφάνιση μικροαγγειακών (αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια, νευροπάθεια) και μακροαγγειακών επιπλοκών (περιφερική αγγειακή νόσος, έμφραγμα μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) (Brownlee 2001). Η βλάβη στα αγγεία ξεκινά νωρίς κατά την εξέλιξη της νόσου, και, εξαιτίας αυτού, οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα ή επιπλοκή του πριν να τεθεί η διάγνωση του ΣΔ τύπου II (DECODE Study Group 1999, Sattar et al, 2003, Brunner et al, 2006).

Σήμερα, το μεταβολικό σύνδρομο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως πραγματικός κίνδυνος δημόσιας υγείας και είναι θέμα που απασχολεί πολλές ιατρικές ειδικότητες. Η ύπαρξή του σε ασθενείς με ΧΝΝ αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα, ο οποίος μπορεί να αυξήσει τη συχνότητα και τη βαρύτητα των επιπλοκών, όπως επίσης και να επιδεινώσει την ΠΖ του πάσχοντα (Stratton et al, 2000, Σαραφίδης & Γρέκας 2007α).

Επιδημιολογικές μελέτες (Kim YI et al, 2001, Yu Y et al, 2004, Sarafidis et al, 2006) έχουν στραφεί στη διερεύνηση της σχέσης του μεταβολικού συνδρόμου με τη νεφρική λειτουργία. Οι έρευνες αυτές που εξέτασαν τη συσχέτιση της αντίστασης στην ινσουλίνη με τη νεφρική λειτουργία, ή της υπερινσουλιναϊμίας και της μικρολευκωματινουρίας (τότε θεωρούνταν δείκτης νεφρικής βλάβης), βρήκαν ανεξάρτητες συσχετίσεις μεταξύ αυτών των παραμέτρων. Τα επίπεδα της λευκωματίνης στα ούρα και η συχνότητα της μικρολευκωματινουρίας αυξάνονταν στις περισσότερες περιπτώσεις παράλληλα με τον αριθμό των στοιχείων του μεταβολικού συνδρόμου που ήταν παρόντα. Τα δεδομένα είναι ενδεικτικά του γεγονότος ότι η μικρολευκωματινουρία αποτελεί διαταραχή του μεταβολικού συνδρόμου. Όσον αφορά στη ΧΝΝ, τα δεδομένα είναι ενδεικτικά μίας ανεξάρτητης

συσχέτισης μεταξύ αντίστασης στην ινσουλίνη/υπερινσουλιναιμίας και ΧΝΝ. Η παρουσία του μεταβολικού συνδρόμου συνδέεται ανεξάρτητα με την εμφάνιση ΧΝΝ και ο σχετικός κίνδυνος γι' αυτήν αυξάνεται προοδευτικά με τον αριθμό των στοιχείων του μεταβολικού συνδρόμου που υπάρχουν σε ένα ασθενή (Σαραφίδης & Γρέκας 2007α).

Η αντίσταση στην ινσουλίνη και η υπερινσουλιναιμία μπορούν να προάγουν τη νεφρική βλάβη με ποικίλους μηχανισμούς (πίνακας 4). Στους ανθρώπους, αυτές οι καταστάσεις συνδέθηκαν με αύξηση της ενδοσπειραματικής πίεσης καθώς και της σπειραματικής διαπερατότητας στη λευκωματίνη, και επακόλουθα της αποβολής λευκωματίνης στα ούρα (Kim YI et al, 2001, Yu Y et al, 2004, Sarafidis et al, 2006, Σαραφίδης & Γρέκας 2007β).

Πίνακας 4. «Αίτια αντίστασης στην ινσουλίνη»

Παχυσαρκία/αυξημένο βάρος σώματος (ιδιαίτερα, επιπλέον σπλαχνικό λίπος)
Αυξημένα γλυκοκορτικοειδή (σύνδρομο Cushing ή θεραπεία με στεροειδή)
Αυξημένη αυξητική ορμόνη (ακρομεγαλία)
Κύηση, ΣΔ κύησης
Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
Λιποδυστροφία (επίκτητη ή γενετική, σε συσχέτιση με εναπόθεση λίπους στο ήπαρ)
Αυτοαντισώματα υποδοχέων ινσουλίνης
Μεταλλάξεις υποδοχέων ινσουλίνης
Μεταλλάξεις του υποδοχέα PPAR γ
Μεταλλάξεις που προκαλούν κληρονομική παχυσαρκία (π.χ., μεταλλάξεις υποδοχέα μελανοκορτίνης)
Αιμοχρωμάτωση

Guyton and Hall 2010

Η ινσουλίνη προάγει άμεσα τον πολλαπλασιασμό των μεσαγγειακών κυττάρων και την παραγωγή εξωκυττάρια μεσαγγειακής ουσίας, αυξάνει την παραγωγή άλλων αυξητικών παραγόντων που παίζουν κεντρικό ρόλο στις διαδικασίες κυτταρικού πολλαπλασιασμού και ίνωσης στη διαβητική νεφροπάθεια και σε άλλα νεφρικά νοσήματα. Επίσης, η δράση της αγγειοτενσίνης II στα μεσαγγειακά κύτταρα, η παραγωγή και τα επίπεδα της ενδοθηλίνης-1 και η δράση της ενδοθηλίνης-1 στα μεσαγγειακά κύτταρα αυξάνονται. Τέλος, η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και το οξειδωτικό στρες μπορεί επίσης να συμβάλλουν στη σύνδεση ΧΝΝ και αντίστασης στην ινσουλίνη (Σαραφίδης & Γρέκας 2007β).

6. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ (ΔΝ)

6.1. Εισαγωγή και επιδημιολογικά δεδομένα

Ο ΣΔ αποτελεί σύγχρονη πανδημία, με ραγδαία αύξηση της επίπτωσής του παγκοσμίως. Ενώ, το 2000, οι διαβητικοί ασθενείς ανά τον κόσμο υπολογίζονταν σε 171 εκατομμύρια, ο αριθμός τους προβλέπεται να πλησιάσει τα 366 εκατομμύρια το έτος 2030. Στον ελλαδικό χώρο, οι μελέτες έχουν δείξει αύξηση του επιπολασμού του ΣΔ από τη δεκαετία του 1970 μέχρι σήμερα (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης 2013). Η μελέτη ATTICA (Pitsavos et al, 2003) που πραγματοποιήθηκε το 2000 έδειξε ποσοστό διαβητικών ασθενών 7% στον αστικό πληθυσμό της Αττικής, ενώ οι Παπά και συν. (2006) κατέγραψαν ποσοστό 9,5% σε ημιαστικό πληθυσμό της Σαλαμίνας (σε αντίθεση με το 8,2% στην ίδια περιοχή το 2002), στον δε αγροτικό πληθυσμό, οι Μελιδώνης και συν. (2002) κατέγραψαν ποσοστό 7,8%.

Ο 21^{ος} αιώνας παρουσιάζει το πιο διαβητογόνο περιβάλλον στην ανθρώπινη ιστορία. Στα προηγούμενα 25 έτη περίπου, ο επιπολασμός του ΣΔ τύπου II έχει σχεδόν διπλασιαστεί στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 2007, υπήρχαν 246 εκατομμύρια άτομα με ΣΔ στον κόσμο, αριθμός που αναμένεται να αυξηθεί στα 380 εκατομμύρια μέχρι το 2025, με την αύξηση του επιπολασμού του ΣΔ να είναι μεγαλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ιαπωνία, μεταξύ 1983 και 2005, υπήρξε επταπλάσια αύξηση στον αριθμό των νέων ασθενών που, εξαιτίας ΣΔ, εντασσόταν σε ΘΥΝΑ (Atkins & Zimmet 2010).

Οι ενήλικες διαβητικοί το 2010 υπολογίσθηκαν ότι είναι περίπου 285 εκατομμύρια παγκοσμίως, η δε πρόβλεψη για το 2030 είναι ότι θα φθάσουν τα 439 εκατομμύρια, με μία αύξηση της τάξης του 54% (US Renal Data System 2013). Με δεδομένη τη σημαντική αυτή αύξηση των διαβητικών ασθενών, και η ΔΝ, που αποτελεί μία σημαντική μικροαγγειακή επιπλοκή του ΣΔ, θα αυξηθεί επίσης. Ήδη, σήμερα η ΔΝ είναι η κυριότερη αιτία πρόκλησης τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας (Παλέτας 2014) και ΧΝΝ σε ασθενείς που ξεκινούν ΘΥΝΑ, σχετίζεται δε με αυξημένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα (Valmadrid et al, 2000).

Μάλιστα, μεταξύ των ασθενών που ξεκίνησαν ΘΥΝΑ, η συχνότητα ΔΝ διπλασιάστηκε το χρονικό διάστημα 1991-2011 (US Renal Data System 2013).

Η ΔΝ αποτελεί την πιο συχνή αιτία ΧΝΝ τελικού σταδίου (30-40% των περιπτώσεων) και χωρίς εξειδικευμένη αντιμετώπιση επιδεινώνεται προοδευτικά (Τσαβδαρίδης και συν, 2012). Πρόκειται για ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα, που συνιστά χρόνια συνέπεια του μη επαρκώς ελεγχόμενου ΣΔ, τόσο του τύπου Ι όσο και του τύπου ΙΙ (Καραμήτσος 2006). Το 25-50% όλων των ασθενών με ΣΔ θα εκδηλώσουν ΔΝ. Υπάρχουν όμως ασθενείς, ιδιαίτερα αυτοί με πτωχό γλυκαιμικό έλεγχο, που θα παρουσιάσουν αυξημένο μέγεθος νεφρών και αυξημένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης, κατά τη διάγνωση του ΣΔ (Τσακιρίδου και συν, 2007). Η επόμενη νεφρική διαταραχή που εκδηλώνεται είναι η μικρολευκωματινουρία (20-200 $\mu\text{g}/\text{min}$), και αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα ακόλουθης ΔΝ, σχετίζεται δε με ήπια ΑΥ και ήπια αντίσταση στην ινσουλίνη. Μετά από αυτό το στάδιο, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν έκδηλη νεφροπάθεια, με ΑΥ, πρωτεϊνουρία ($>0,5 \text{ gr}/24\text{h}$), και γραμμική ελάττωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Η σοβαρή πρωτεϊνουρία είναι δυνατό να προκαλέσει νεφρωσικό σύνδρομο (Τσακιρίδου και συν, 2007).

Οι περισσότεροι ασθενείς με ΔΝ έχουν επίσης αμφιβληστροειδοπάθεια και υπερλιπιδαιμία. Δεκαπέντε με είκοσι χρόνια απαιτούνται από την έναρξη της πρωτεϊνουρίας έως την εκδήλωση νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Πολλοί ασθενείς με μη ινσουλινοεξαρτώμενο ΣΔ είναι πιθανό να αποβιώσουν πριν την εισοσαετία από καρδιαγγειακή νόσο ή τις επιπλοκές της (Τσακιρίδου και συν, 2007).

Η επίπτωση κάποιου βαθμού νεφρικής ανεπάρκειας μεταξύ των ασθενών με ΣΔ τύπου ΙΙ φθάνει το 40%. Από τα επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα των ΗΠΑ το 2010, η επίπτωση της ΧΝΝ στον ΣΔ τύπου ΙΙ ανά στάδιο, ήταν: 8,9% για το στάδιο Ι, 12,8% για το στάδιο ΙΙ, 19,4% για το στάδιο ΙΙΙ και 2,75% για τα στάδια ΙV και V. Στους ασθενείς με ΣΔ τύπου Ι η επίπτωσή της είναι συνολικά 25% (Παλέτας 2014). Στον ΣΔ τύπου Ι, 35-40% των ασθενών εμφανίζουν διαβητική νεφροπάθεια μετά από 20-35 χρόνια ΣΔ, ενώ 80% των ασθενών με ΣΔ τύπου ΙΙ έχουν ήδη μικρολευκωματινουρία, και είναι γνωστό ότι θα εξελιχθεί σε ΧΝΑ. Τέλος, το 20-35% των ασθενών σε προγράμματα υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας είναι διαβητικοί (Καραμήτσος 2006).

Η διαβητική νεφροπάθεια είναι ένα κλινικό σύνδρομο που οδηγεί στη ΧΝΑ και περιλαμβάνει λευκωματουρία, έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, ΑΥ και αυξημένο, κατά 2 έως 4 φορές, καρδιαγγειακό κίνδυνο (Παλέτας 2014). Η ΔΝ, ως αποτέλεσμα λειτουργικών και δομικών μεταβολών, αποτελεί την κύρια αιτία ΧΝΝ τελικού σταδίου στις αναπτυγμένες χώρες. Ο όρος μικρολευκωματουρία αναφέρθηκε για πρώτη φορά κατά τη δεκαετία του 1960 σε αντιδιαστολή με την πολύ πιο πρώιμη αναφορά της έκδηλης λευκωματινουρίας από την οποία διαφοροποιείται μόνον ποσοτικά και όχι ποιοτικά. Η μικρολευκωματουρία εμφανίζεται σε ποσοστό 10–30% περίπου των διαβητικών ασθενών. Στο 1/3 περίπου αυτών υποστρέφει σε νορμολευκωματουρία, ενώ σε ποσοστό 20–40% εξελίσσεται σε πρωτεϊνουρία (Σπανού και συν, 2009). Η μικρολευκωματουρία είναι η πρωϊμότερη κλινική ένδειξη ύπαρξης διαβητικής νεφροπάθειας (Reeves & Andreoli 2000). Ο κίνδυνος εκδήλωσης μικρολευκωματινουρίας κάποια στιγμή στην πορεία του ΣΔ τύπου I είναι 60%, ενώ συνήθως αυτή εμφανίζεται μετά από 7–10 χρόνια από την πρωτοεμφάνιση ΣΔ και σπάνια πριν από την πενταετία (Σπανού και συν, 2009).

6.2. Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου μπορεί να γίνει πρώιμα με την ανίχνευση ποσοτήτων λευκωματίνης στα ούρα. Ως μικρολευκωματουρία ορίζεται η αποβολή 30-300mg λευκωματίνης το 24ωρο σε 2 συλλογές ούρων εντός χρονικού διαστήματος 3-6 μηνών. Η ΔΝ, σύμφωνα με την κλασική ταξινόμηση της εξέλιξής της, θεωρείται ότι εμφανίζει 5 στάδια. Το στάδιο I χαρακτηρίζεται κυρίως από αιμοδυναμικές διαταραχές στη νεφρική κυκλοφορία με υπερτροφία των νεφρών, αύξηση της νεφρικής ροής αίματος και αύξηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Κατά το στάδιο II εμφανίζονται ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις στον νεφρό και ιδιαίτερα στη βασική μεμβράνη και στο μεσάγγειο. Το στάδιο III χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση της μικρολευκωματινουρίας. Στο στάδιο IV παρατηρείται έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας με ελαττωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης και αύξηση της ποσότητας της λευκωματίνης που αποβάλλεται στα ούρα. Τέλος, στο στάδιο V υπάρχει

εγκατεστημένη ΧΝΝ τελικού σταδίου και απαιτείται υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας (Τσαβδαρίδης και συν, 2012).

6.3. Αιτιοπαθογένεια

Ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός πρόκλησης της λευκωματινουρίας παραμένει άγνωστος, έχουν όμως ενοχοποιηθεί διάφορες λειτουργικές και δομικές μεταβολές του σπειράματος. Η σημασία της μικρολευκωματινουρίας έγκειται στο γεγονός ότι αποτελεί τον πιο πρώιμο, εύκολα προσδιοριζόμενο δείκτη διάγνωσης ΔΝ και γενικευμένης βλάβης του ενδοθηλίου των αγγείων του οργανισμού. Η επίπτωση της μικρολευκωματινουρίας είναι περίπου 4,8 περιπτώσεις/100 άτομα το χρόνο, ενώ ο επιπολασμός, που σχετίζεται άμεσα με τη διάρκεια του ΣΔ, υπολογίζεται σε 21% (με εύρος 10–28%) στη 15ετία και 33,6% στη 18ετία (Σπανού και συν, 2009).

Η μικρολευκωματινουρία αυξάνει κατά 400–500% τον κίνδυνο εξέλιξης σε κλινική νεφροπάθεια, ενώ χωρίς παρέμβαση το 50% των ασθενών με κλινική νεφροπάθεια θα οδηγηθούν σε ΧΝΝ τελικού σταδίου στην επόμενη δεκαετία. Μελέτες σε Ευρώπη, ΗΠΑ και Ιαπωνία δείχνουν εξέλιξη της μικρολευκωματινουρίας σε κλινική πρωτεϊνουρία σε ασθενείς με ΣΔ τύπου Ι σε ποσοστό 30–45% εντός 10 ετών. Ποσοστό 20–40% εμφανίζουν ύφεση της μικρολευκωματινουρίας σε νορμολευκωματινουρία, ενώ 30–50% παραμένουν μικρολευκωματινουρικοί στο ίδιο χρονικό διάστημα (Jones et al, 2002, Giorgino et al, 2004, Yokoyama et al, 2007).

Η εξέλιξη της μικρολευκωματινουρίας σε κλινική νεφροπάθεια εξαρτάται από τον χρόνο εμφάνισής της. Έτσι, οι περισσότεροι ασθενείς που αναπτύσσουν μικρολευκωματινουρία μέσα στα πρώτα 10 χρόνια από την έναρξη του ΣΔ τύπου Ι εξελίσσονται και εκδηλώνουν μακρολευκωματινουρία, ενώ εξέλιξη παρατηρείται μόνο στο 25–50% των ασθενών με μεταγενέστερη εμφάνιση μικρολευκωματινουρίας. Ασθενείς χωρίς μικρολευκωματινουρία εμφανίζουν σε πολύ χαμηλό ποσοστό κλινική νεφροπάθεια (4% σε

χρονικό διάστημα 14 ετών). Ποσοστό 20–40% των ασθενών με ΣΔ τύπου II αναπτύσσουν μικρολευκωματινουρία μέσα σε 10–15 χρόνια από την εισβολή του ΣΔ. Ποσοστό όμως 5–10% των ασθενών με ΣΔ τύπου II έχουν μικρολευκωματινουρία κατά τη στιγμή της διάγνωσης του ΣΔ λόγω του γεγονότος ότι ο ΣΔ τύπου II μπορεί να προϋπάρχει για χρόνια πριν από τη διάγνωσή του, αλλά και γιατί αφορά σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με πολλά συνυπάρχοντα προβλήματα, όπως ΑΥ ή αθηρωμάτωση (Σπανού και συν, 2009).

Ο επιπολασμός της μικρολευκωματινουρίας σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II κυμαίνεται σε ποσοστό 7–47%. Η μεγάλη αυτή διακύμανση των αποτελεσμάτων οφείλεται σε εθνικές/γενετικές διαφορές και σε διαφορές στη μεθοδολογία και στον σχεδιασμό των διαφόρων μελετών. Σε μελέτη των Yokoyama et al (2007) σε Ιάπωνες ασθενείς με ΣΔ τύπου II, ο επιπολασμός της μικρολευκωματινουρίας ήταν 32%. Εξέλιξη της μικρολευκωματινουρίας σε μακρολευκωματινουρία παρατηρείται στο 20–40% των ασθενών της Καυκάσιας φυλής σε 15–20 χρόνια από την έναρξη του ΣΔ, ενώ ποσοστό 20% των ασθενών θα καταλήξουν σε ΧΝΝ τελικού σταδίου σε διάστημα 20 ετών από την έναρξη της πρωτεϊνουρίας (Σπανού και συν, 2009).

Γενικά, ο ΣΔ τύπου II έχει περισσότερο καλοήγη πορεία όσον αφορά στην εξέλιξη της νεφροπάθειας σε σχέση με τον ΣΔ τύπου I, προφανώς λόγω της πιθανής συνύπαρξης άλλων αιτίων πρωτεϊνουρίας, όπως η καλοήγη νεφροσκλήρυνση, που εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό εξέλιξης σε κλινική νεφροπάθεια. Μελέτη των Jones et al (2002) σε Αμερικανούς με ΣΔ τύπου II, αυτόχθονες (Ινδιάνους Pima) και μη, ανέδειξαν εξέλιξη της μικρολευκωματινουρίας σε κλινική νεφροπάθεια σε 37–42% σε 4–5 χρόνια, υποδεικνύοντας ότι γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εξέλιξη της μικρολευκωματινουρίας. Ίσως όμως στο αποτέλεσμα αυτό να συμβάλλει και η νεαρότερη ηλικία των ανωτέρω ασθενών, που αποκλείει τη συνύπαρξη άλλων ενοχοποιητικών παραγόντων και θέτει τον ΣΔ ως πλέον πιθανή διάγνωση της νεφροπάθειας (Σπανού και συν, 2009).

Στις δομικές μεταβολές που συμβαίνουν στον νεφρό από τον ΣΔ περιλαμβάνονται: η πάχυνση της βασικής μεμβράνης των τριχοειδών των σπειραμάτων και των σωληναρίων, διαμεσοσωληναριακή ίνωση, φλεγμονή του μεσαγγείου με διήθηση από μακροφάγα,

υπερπλασία των μεσαγγειακών κυττάρων, αύξηση της θεμέλιας ουσίας (matrix) του μεσαγγείου και καταστροφή των ποδοκυττάρων (Παλέτας 2014).

Στις λειτουργικές διαταραχές της διαβητικής νεφροπάθειας περιλαμβάνονται ο αρχικά αυξημένος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, και η επακόλουθη λευκωματινουρία, και αρκετά χρόνια αργότερα αρχίζει η πτώση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Στην παθογένεια της διαβητικής σπειραματοσκλήρυνσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η λευκωματινουρία. Σε πρώιμα στάδια της νεφροπάθειας προηγείται η εμφάνιση μικρολευκωματινουρίας (λευκωματινουρία 24ώρου: 30-300 mg). Όταν υπάρχει ένδειξη νεφροπάθειας, επιδιώκεται θεραπευτικά καλό έλεγχο αρτηριακής πίεσης και δίνουμε διατροφικές οδηγίες με μειωμένο ποσό πρωτεϊνών (Καραμήτσος 2006). Η νεφρική βλάβη στους ασθενείς με ΣΔ εμφανίζει τυπικά στην πορεία διάφορες φάσεις, στις οποίες περιλαμβάνονται: 1) η υπερδιήθηση, 2) η μικρολευκωματινουρία, 3) η κλινικά έκδηλη νεφροπάθεια με ή χωρίς νεφρωσικό σύνδρομο και 4) η τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια. Ο κίνδυνος του θανάτου αυξάνεται σε κάθε στάδιο της νόσου και ως εκ τούτου ο θάνατος ανταγωνίζεται τον κίνδυνο μετάβασης στην επόμενη φάση (Παλέτας 2014).

Η υπεργλυκαιμία, τα αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης, η γενετική προδιάθεση, η δυσλιπιδαιμία και το κάπνισμα αποτελούν σαφείς επιβαρυντικούς παράγοντες στην εμφάνιση και εξέλιξη της διαβητικής νεφροπάθειας. Ο έλεγχος της γλυκόζης αίματος, έτσι ώστε να επιτευχθούν επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κάτω 7%, ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών του ΣΔ και της διαβητικής νεφροπάθειας. Επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κάτω από 6,5% συστήνονται σε επιλεγμένους ασθενείς, ιδίως σε όσους έχουν πρόσφατη εμφάνιση του ΣΔ, δεν πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα, έχουν μεγάλο προσδόκιμο επιβίωσης και ανέχονται χωρίς επιπλοκές ή υπογλυκαιμίες τη θεραπεία τους. Είναι φανερό ότι δεν υπάρχει κατηγορία φαρμάκων που να προκαλεί σημαντική αλλαγή στην εξέλιξη της νόσου προς βελτίωση. Από παθοφυσιολογικής πλευράς φαίνεται ότι η νόσος έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία (Τσαβδαρίδης και συν, 2012).

6.4. Πρόληψη

Έχει διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος για νοσηλεία στους ασθενείς με ΧΝΝ αυξάνεται αναλογικά με τον βαθμό έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας. Έτσι, βρέθηκε ότι αυξάνεται κατά 14% όταν η υπολογιζόμενη νεφρική σπειραματική διήθηση κυμαίνεται από 45 μέχρι 59ml/min/1,73 m² και εκτινάσσεται σε αύξηση κατά 315% όταν η υπολογιζόμενη νεφρική διήθηση μειώνεται <15 ml/min/1,73 m² (Παλέτας 2014). Η πρόληψη της εξέλιξης της ΔΝ αποτελεί σημαντικό στόχο για τη δημόσια υγεία, καθώς το 30% και πλέον των ασθενών σε ΘΥΝΛ είναι διαβητικοί, ιδίως με ΣΔ τύπου II. Για την εφαρμογή οποιασδήποτε αγωγής είναι καθοριστικής σημασίας η έγκαιρη αναγνώριση των διαβητικών με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης νεφροπάθειας (Stratton et al, 2000, Kim et al, 2001, Σπανού και συν, 2009).

Για τον ΣΔ τύπου I, οι αρχικές μελέτες έδειξαν ότι το 80% περίπου των ασθενών εμφανίζουν κλινική νεφροπάθεια μετά από χρονικό διάστημα 10 ετών, ενώ νεότερες μελέτες δεν επιβεβαίωσαν αυτό το υψηλό ποσοστό. Στο ΣΔ τύπου II υπάρχουν όμως λιγότερα δεδομένα. Το ποσοστό ανάλογης εξέλιξης αναφέρεται ότι είναι σημαντικά χαμηλότερο (20–25%), γεγονός που αποδίδεται στην υψηλή θνητότητα των ασθενών από καρδιαγγειακή νόσο. Ο βαθμός της λευκωματινουρίας φαίνεται ότι σχετίζεται με επακόλουθη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, ενώ η μείωσή της βελτιώνει τη νεφρική πρόγνωση. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι η μικρολευκωματινουρία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου μεγάλων καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θανάτων από αυτά, παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση βαθμού μικρολευκωματινουρίας και σχετικού κινδύνου, ενώ η μείωσή της μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων.

7.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΧΝΝ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΔ

7.1. Εισαγωγή

Οι άνθρωποι αντιδρούν στη νόσο με ένα τρόπο που αντικατοπτρίζει μία σύνθετη και εξελισσόμενη αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν: την προνοσηρή προσωπικότητα, τις προηγούμενες εμπειρίες από ασθένειες, διαπροσωπικές σχέσεις, απειλή της νόσου, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πάσχοντα, τις απαιτούμενες θεραπείες, τις αλληλεπιδράσεις τους με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα περισσότερα νοσήματα απαιτούν μία περίοδο προσαρμογής και μία αναθεώρηση του τρόπου ζωής, της ικανότητας για εργασία και των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων (Lloyd 2007). Επειδή τα χρόνια νοσήματα αποτελούν το πλέον εξέχον πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο, πολλοί άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με την ανάγκη προσαρμογής σε μία χρόνια κατάσταση υγείας (Roy & Andrews 1999).

Οι χρόνιοι ασθενείς, με κάποιο βαθμό μόνιμης αναπηρίας, διακατέχονται από το συναίσθημα του αβοήθητου, και αυτό εκφράζουν στον επαγγελματία υγείας που έρχεται σε επαφή μαζί τους. Οι περισσότεροι ασθενείς, παρ'όλα αυτά, καταφέρνουν να διαχειριστούν τη νόσο τους με ικανοποιητικό τρόπο, αναζητώντας έγκαιρα ιατρική βοήθεια (Leigh 2008). Όμως, σε κάποιους ανθρώπους, αυτές οι στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων δεν επαρκούν, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχικής νόσου (Lloyd 2007). Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής δυσκολεύει την αντιμετώπιση των περιορισμών που επιβάλλει η σωματική νόσος (Dickens et al, 2006), αυξάνει το κόστος της φροντίδας υγείας και επιδεινώνει την ΠΖ (Creed et al, 2002), ενώ δυσκολεύει και τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή (Lloyd 2007).

Το πρόβλημα της τήρησης ή συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή και στις ιατρικές οδηγίες είναι πολύ σημαντικό και με αρκετές προεκτάσεις. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η συμμόρφωση ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τις συμβουλές ενός επαγγελματία υγείας, όσον αφορά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή/και στην αλλαγή του τρόπου ζωής του». Η συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να εκτιμηθεί ως το ποσοστό ή η

αναλογία των καλυφθέντων ημερών, δηλαδή το ποσοστό του συνολικού αριθμού ημερών σε μία συγκεκριμένη περίοδο για τις οποίες ο ασθενής έλαβε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή του. Στο 80% περίπου των περιπτώσεων, η συμμόρφωση θεωρείται καλή, στο 20-79% μέτρια, ενώ σε ποσοστό κάτω του 20% θεωρείται κακή. Είναι ευνόητο, ότι η απουσία συμμόρφωσης στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας αυξάνει τις πιθανότητες και τη συχνότητα εκδήλωσης επιπλοκών, και κατά συνέπεια επιδεινώνει την ΠΖ των πασχόντων και αυξάνει το κόστος της φροντίδας υγείας (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης 2013).

7.2. Ψυχικές διαταραχές στη ΧΝΝ

7.2.1. Εισαγωγή

Οι ασθενείς που πάσχουν από ΧΝΝ αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες σε πολλαπλά επίπεδα (ψυχολογικό, κοινωνικο-οικονομικό, επαγγελματικό, οικογενειακό και σε επίπεδο σχέσεων), οι οποίες έχουν επιπτώσεις και στις οικογένειές τους (Turner-Musa et al, 1999, Martin & Thompson 2001, Kimmel 2001, Kimmel 2002, Kudo et al, 2003). Όπως και σε άλλες χρόνιες καταστάσεις, οι ασθενείς με ΧΝΝ έχουν να αντιμετωπίσουν την απώλεια της υγείας τους, αλλά και άλλες απώλειες, όπως εργασίας, σχέσεων, αυτοεκτίμησης. Η απώλεια της εργασίας είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό γεγονός, που οδηγεί όχι μόνο σε απώλεια εισοδήματος, αλλά συνήθως συσχετίζεται και με απώλεια της αυτοεκτίμησης (Levy & Mirot 2008).

Οι ασθενείς με νεφρική νόσο θα πρέπει να προσαρμοστούν σε μία ισόβια σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, και στην ανάγκη για διά βίου σύνθετη αυτοφροντίδα που περιλαμβάνει διαίτα, φάρμακα και αλλαγές του τρόπου ζωής. Όλες οι μέθοδοι υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας συσχετίζονται με το στρες της τήρησης ενός αυστηρού διαιτολογίου, που είναι πτωχό σε νάτριο, κάλιο, πρωτεΐνες, υγρά και φωσφόρο (Levy & Mirot 2008). Οι ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου είναι απαραίτητο να προσαρμοστούν σε ένα αβέβαιο μέλλον, στην επίγνωση της χρονιότητας της νόσου, και στην

προσωπική εμπειρία των περιορισμών που επιβάλλει η νόσος (Butler 2007). Επιπλέον, καθώς η θεραπευτική αντιμετώπιση με αιμοκάθαρση περιλαμβάνει τη χειρουργική δημιουργία αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης (fistula), τόσο οι ουλές από αυτές τις επεμβάσεις όσο και τα σημάδια από την παρακέντηση με βελόνες μεγάλου διαμετρήματος, προκαλούν προβλήματα στην εμφάνιση αυτών των ασθενών. Τέτοιου είδους προβλήματα μπορούν να προκαλέσουν επιπλέον έκπτωση της αυτοεκτίμησής τους και να οδηγήσουν σε αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα και σε απόσυρση (Levy & Mirot 2008). Αυτό όμως που είναι μοναδικό για τη ΧΝΝ και την αντιμετώπισή της με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, είναι ότι οι ασθενείς βιώνουν συναισθήματα εξάρτησης από το μηχάνημα τεχνητού, από μία διαδικασία και μία ομάδα επαγγελματιών υγείας για το υπόλοιπο της ζωής τους (Reichsman & Levy 1972, Levy 1981, Schlebusch 1986, Christensen & Ehlers 2002).

Θα μπορούσε λοιπόν να αναλογιστεί κανείς πόσο επηρεάζεται η ΠΖ ενός ατόμου που μέχρι πρότινος, ήταν ανεξάρτητο, επαγγελματία και οικογενειάρχη, φέροντας εις πέρας διάφορες υποχρεώσεις. Μετά την εκδήλωση της νόσου το ίδιο άτομο θα πρέπει, για το υπόλοιπο της ζωής του, να αλλάξει όλο τον τρόπο ζωής του, με συνεχείς επισκέψεις και εξετάσεις σε νοσοκομεία, αλλαγή απλών διαιτητικών συνηθειών και καθημερινών δραστηριοτήτων, και ίσως περιορισμό κάποιων επαγγελματικών καθηκόντων και κοινωνικών δραστηριοτήτων (Levy 1981).

Βέβαια, το πως θα αντιδράσει κάποιος απέναντι στη νόσο έχει άμεση σχέση και με την ηλικία του. Ο έφηβος ασθενής, μαζί με τη νόσο του, καλείται να αντιμετωπίσει την ακύρωση της προσπάθειάς του για ανεξαρτησία και τη δημιουργία προσωπικής ταυτότητας. Ο ενήλικας ασθενής νιώθει έντονα την απειλή της ύπαρξής του σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, και ο ηλικιωμένος βιώνει την αίσθηση του επερχόμενου θανάτου. Είναι δηλαδή το αναπτυξιακό στάδιο, στο οποίο βρίσκεται κάποιος, που καθορίζει εν μέρει και την αντιμετώπιση της νόσου με βάση τις ψυχικές δυνάμεις που διαθέτει (Δαμίγος και συν, 2010).

7.2.2. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Οι κυριότερες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ΧΝΝ είναι οι ακόλουθες (Δαμίγος και συν, 2010):

- 1) Στις περιπτώσεις ανδρών ασθενών, και μοναδικών εργαζόμενων σε μια οικογένεια, ανατρέπεται η ισορροπία σε όλα τα επίπεδα ζωής. Η σύζυγος, αναγκαστικά, απαιτείται να αναλάβει και το ρόλο του προμηθευτή για την οικογένεια. Στις περιπτώσεις γυναικών ασθενών κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας θα πρέπει να αναλάβει το φόρτο των οικιακών καθηκόντων ή τη φροντίδα των παιδιών. Οι ασθενείς βιώνουν μετατόπιση από ένα ενεργητικό ρόλο με πολλαπλές δραστηριότητες σε ένα πιο παθητικό ρόλο.
- 2) Οι επιπτώσεις στα άτομα του περιβάλλοντος. Μαζί με τον ασθενή νοσεί και όλη η οικογένεια, καθώς όχι μόνο υπάρχει ψυχική επιβάρυνση για την αβεβαιότητα της πορείας του πάσχοντος μέλους αλλά και σημαντική σωματική/συναισθηματική κόπωση από τις συνεχείς επισκέψεις στο νοσοκομείο και τη φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής
- 3) Ο μεγαλύτερος βαθμός εξάρτησης από τους άλλους, όχι μόνο από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από την οικογένεια ή το ευρύτερο φιλικό/κοινωνικό περιβάλλον
- 4) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως κατάθλιψη, άγχος και κοινωνική απομόνωση, έχουν σημαντική επίδραση στην ΠΖ και στην πρόοδο της νόσου. Οι στοχευμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν την ΠΖ, τη συμμόρφωση στην αγωγή και τη λειτουργικότητα (House et al, 1988, Sareen et al, 2006, Fekete et al, 2007, Katon et al, 2010).

7.2.3. Κατάθλιψη

Οι πολλαπλές απώλειες που βιώνουν οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου αυξάνουν την ευαλωτότητά τους για εκδήλωση διαταραχών προσαρμογής και κατάθλιψης (Kimmel 2001). Πράγματι, η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή ψυχική διαταραχή σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα (O'Donnell &

Chung 1997, Kimmel 2002, Kimmel & Peterson 2006, Fabrazzo & De Santo 2006, Chilcot et al, 2008).

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στα άτομα με ΧΝΝ είναι περίπου 20-40%, το υψηλότερο ποσοστό από όλα τα χρόνια νοσήματα (Fabrazzo & De Santo 2006), και η επίπτωση της αυτοκτονίας έχει υπολογιστεί να είναι 500 φορές μεγαλύτερη σε άτομα σε αιμοκάθαρση (Abram et al, 1971). Κάτι τέτοιο δεν φαντάζει καθόλου παράδοξο, αν σκεφτεί κανείς ότι δίπλα στη διαδικασία της προσαρμογής σε κάθε χρόνια νόσο θα πρέπει να προστεθούν πολλαπλοί και σοβαροί επιβαρυντικοί παράγοντες, που περιορίζουν σημαντικά την ΠΖ, τις επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν περιγραφεί ως μεταξύ των μεγαλύτερων «αρνητών» ψυχιατρικής νόσου (Reichsman & Levy 1972). Η άρνηση είναι ένας μηχανισμός άμυνας που κάποιοι ασθενείς χρησιμοποιούν όταν αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις (Phipps & Turkington 2001). Ο μηχανισμός άμυνας αυτός, μπορεί να προστατεύσει αρχικά τον ασθενή από το έντονο άγχος που αδυνατεί να διαχειριστεί, η παρατεταμένη, όμως, άρνηση οδηγεί πολλές φορές στην αποφυγή αναζήτησης ιατρικής βοήθειας και στη μη τήρηση οδηγιών, με συνέπεια την επιδείνωση της κατάστασης. Παρ'όλα αυτά, η άρνηση έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με λιγότερα συμπτώματα διαταραχών της διάθεσης (Fricchione et al, 1992), και επομένως αποτελεί μία δίοδο που επιτρέπει σταδιακή προσαρμογή στη νόσο (Phipps & Turkington 2001).

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση στη θεραπεία (Kimmel et al, 1993, Kimmel 2001, Kaveh & Kimmel 2001, Kimmel 2002). Έχει βρεθεί ότι έχει σχέση με δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και με κακή κατάσταση θρέψης (Joyce et al, 1992, Friend et al, 1997, Kimmel et al, 1998, Miller et al, 1999, Lucinio & Wong 1999, Kimmel 2001, Cohen & Kimmel 2007). Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται έγκαιρα, καθώς υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες και αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με την ΠΖ (Cagney et al, 2000). Πολλοί παράγοντες μπορεί να ενοχοποιούνται για την εκδήλωση κατάθλιψης σε νεφρική νόσο, και όχι απαραίτητα μόνο η ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης μίας χρόνιας νόσου και η αναπροσαρμογή σε όλα τα επίπεδα ζωής που αυτή η νόσος συνεπάγεται. Η κατάθλιψη στα

άτομα με τελικό στάδιο ΧΝΝ μπορεί να είναι αποτέλεσμα (Χονδρογιάννης & Σκαπινάκης 2012) απώλειας του πρωταρχικού ρόλου στον οικογενειακό ή επαγγελματικό χώρο, μειωμένης σωματικής λειτουργίας ή γνωστικών δεξιοτήτων, μειωμένης σεξουαλικής λειτουργίας και αναγκαστικής προσαρμογής στη μακρόχρονη φύση της θεραπείας υποκατάστασης.

7.2.4. Διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών

Οι ασθενείς με ΧΝΝ (ιδίως όσοι υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση με τεχνητό νεφρό) συχνά παρουσιάζουν διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών (μνήμη, κρίση, προσανατολισμός, αφαιρετική ικανότητα), κάτι που επηρεάζει την ικανότητά τους να επεξεργάζονται τις πληροφορίες που δέχονται (Fried 2000, Waldstein & Elias 2003, Arvanitakis et al, 2004). Η επίπτωση και ο επιπολασμός της γνωστικής δυσλειτουργίας συσχετίζονται με τη σοβαρότητα της ΧΝΝ, αγγίζοντας το 80%. Η ανίχνευση αυτών των διαταραχών είναι πολύ σημαντική και γίνεται τόσο με την κλινική εκτίμηση όσο και με συνεντεύξεις με τη χρήση ερωτηματολογίων (Fazekas et al, 1995, Murray et al, 2006, Murray 2008).

Η γνωστική ανεπάρκεια επιδεινώνεται από την αναιμία, το δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, η οποία επηρεάζει τόσο τους νεφρούς όσο και τον εγκέφαλο. Σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, η εμφάνιση της γνωστικής δυσλειτουργίας προϋποθέτει την αλληλεπίδραση χρόνιων παραγόντων (διαταραχές στον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό, καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου) αλλά και παραγόντων που δρουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (ισχαιμία, εγκεφαλικό οίδημα, λοιμώξεις, αρρυθμία, σύνδρομο ασταθούς ισοζυγίου). Οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών έρχονται να προστεθούν σε ένα πολλαπλά (σε διάφορα επίπεδα) επιβαρυνμένο ασθενή και να επιδεινώσουν ακόμη περισσότερο την ΠΖ του. Ταυτόχρονα δε, προκαλούν σημαντικό άγχος και αποθάρρυνση στο οικογενειακό περιβάλλον που βλέπει τη συνεχή επιδείνωση της κατάστασης του πάσχοντος (Καρασαββίδου και συν, 2012).

7.2.5. Άγχος

Η αβεβαιότητα και το άγχος είναι συνηθισμένες καταστάσεις σε άτομα με χρόνια νοσήματα, όπως είναι η ΧΝΝ (Maguire & Haddad 1996). Οι ασθενείς δεν μπορούν να είναι απολύτως βέβαιοι τότε η κατάστασή τους θα επιδεινωθεί, ώστε να απαιτηθεί αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση. Οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση γνωρίζουν ότι κάποια στιγμή θα χρειαστεί αλλαγή της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης ενώ όσοι αντιμετωπίζονται με περιτοναϊκή κάθαρση ζουν με τον φόβο της περιτονίτιδας (Butler 2007).

Καθώς το άγχος είναι ένας προστατευτικός μηχανισμός, υπάρχουν πολλοί λόγοι που δικαιολογούν την εμφάνισή του στους ασθενείς σε κάθαρση. Σε αυτές τις διαδικασίες συχνά μπορεί να προκύψουν προβλήματα, ενώ άγχος μπορεί να προκαλέσει και η αναμονή των εργαστηριακών εξετάσεων (Levy & Mirot 2008). Λίγοι ασθενείς αναπτύσσουν φοβία στην παρακέντηση (triapanophobia), κάτι που προκαλεί προβλήματα στη διαδικασία της κάθαρσης, ενώ άλλοι μπορεί να εκδηλώνουν έντονο άγχος, ακόμη και κρίση πανικού, κάθε φορά που πρέπει να προσέρχονται στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (Salmons 1980).

Οι διαταραχές προσαρμογής συνήθως οφείλονται στις πολλαπλές αλλαγές στον τρόπο ζωής καθώς και στις έντονες ψυχολογικές μεταβολές που βιώνουν οι ασθενείς με ΧΝΝ (Butler 2007). Είναι χαρακτηριστική η ειδική αντίδραση προσαρμογής που συναντά κάποιος στα άτομα που ξεκινούν ΘΥΝΛ. Η διαδικασία ξεκινά με μία φάση «μέλιτος» και προχωρά μέσω «αποθάρρυνσης» και «απογοήτευσης», μέχρι τελικά την προσαρμογή (Levy 1977).

7.2.6. Σεξουαλικές διαταραχές

Μία σημαντική ομάδα ασθενών σε κάθαρση παρουσιάζουν σοβαρές διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία, με προβλήματα στύσης στους άνδρες και ελαττωμένη επιθυμία σε αμφότερα τα φύλα. Οι σεξουαλικές διαταραχές είναι σημαντικός παράγοντας επιδείνωσης της ΠΖ των πασχόντων. Παρ'όλη τη σημασία, η σεξουαλική ζωή αποτελεί ταμπού, και δεν αποτελεί εύκολο θέμα συζήτησης με τους επαγγελματίες υγείας. Οι μεν ασθενείς ντρέπονται

και σπανίως θίγουν τέτοια θέματα, οι δε επαγγελματίες υγείας πιστεύουν πως μία τέτοια συζήτηση θα φέρει σε αμηχανία τους ασθενείς (Levy 1973).

7.2.7 Απουσία συμμόρφωσης-Επιθετική συμπεριφορά

Η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών και η επιθετική συμπεριφορά είναι τα πιο κοινά ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το προσωπικό των νεφρολογικών τμημάτων. Είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό από κάποιον που δεν έχει έρθει σε επαφή με το νεφρολογικό ασθενή, το γιατί η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών φαίνεται να είναι τόσο συνήθης. Θα πρέπει πρώτα να γίνουν κατανοητοί δύο παράγοντες: ο επανακαθορισμός της ζωής των ασθενών που εκδηλώνουν νεφρική ανεπάρκεια και ο τρόπος που τα άτομα αυτά χειρίζονται τη χρόνια νόσο (Levy & Mirot 2008).

7.2.8. Κόπωση

Η κόπωση ορίζεται ως ένα υποκειμενικό αίσθημα αδυναμίας, έλλειψης ενέργειας και κούρασης (Stone et al, 1998). Πρόκειται για μία από τις συχνότερες αιτιάσεις των ασθενών με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε κάθαρση. Είναι πολύ συχνό σύμπτωμα (με επιπολασμό 60-97%), επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ, αλλά, δυστυχώς, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων περνά απαρατήρητο από τους επαγγελματίες υγείας (Cardenas & Kutner 1982, Parfrey et al, 1988, Laupacis et al, 1992, Chang et al, 2001, Unruh et al, 2004, Weisbord et al, 2005, Murtagh et al, 2007, Weisbord et al, 2007).

Η κόπωση, στους ασθενείς που υποβάλλονται σε κάθαρση, είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλαπλών παραγόντων: σωματικοί/οργανικοί (αναιμία, κακή θρέψη, ουραιμία, υπερπαραθυρεοειδισμός, φάρμακα, φλεγμονή, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, συνοσηρότητα), κοινωνικοί-επιδημιολογικοί (ηλικία, φύλο, φυλή, επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, κοινωνική υποστήριξη), ψυχολογικοί/συμπεριφορικοί (άγχος, στρες, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, κατάχρηση ουσιών) και σχετιζόμενοι με την κάθαρση (τρόπος, συχνότητα και επάρκεια κάθαρσης,

κόπωση μετά την κάθαρση) (Jhamb et al, 2008, Kalantar-Zadeh & Unruh 2005, Unruh et al, 2005).

7.3. Ψυχικές διαταραχές στον ΣΔ

7.3.1. Εισαγωγή

Η πρώτη φορά που υπήρξε αναφορά στη βιβλιογραφία για τη σχέση του ΣΔ με την κατάθλιψη χρονολογείται πριν από 300 περίπου χρόνια, όταν ο Βρετανός παθολόγος Thomas Willis παρατήρησε ότι ο ΣΔ ήταν αποτέλεσμα θλίψης ή μεγάλης λύπης. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η συχνότητα της κατάθλιψης είναι σημαντικά μεγαλύτερη στα άτομα με ΣΔ σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΣΔ. Πρόσφατες μάλιστα μελέτες δείχνουν ότι η συνύπαρξη ΣΔ και κατάθλιψης σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα (Yatan 2011, Χωρεψιμά & Τεντολούρης 2013).

Η συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς με ΣΔ μεταφράζεται σε πολλαπλά προβλήματα: χαμηλή ΠΖ, αυξημένο κόστος φροντίδας, πτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και πτωχός γλυκαιμικός έλεγχος, αυξημένη συχνότητα επισκέψεων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών λόγω διαβητικής κετοξέωσης και νοσηλεία, υψηλότερα ποσοστά αποχής από την εργασία (Lustman et al, 2000, Bryden et al, 2003, Goldney et al, 2004, Gonzalez et al, 2007, Das-Munshi et al, 2007, Centorrino et al, 2009, Hutter et al, 2010).

7.3.2. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους ασθενείς με ΣΔ (Ismail & Peveler 2007). Το 10-15% των σακχαροδιαβητικών παρουσιάζουν κατάθλιψη, και συγκρινόμενοι με το γενικό πληθυσμό ο κίνδυνος εκδήλωσης κατάθλιψης να είναι αρκετά συχνότερος (2-3 φορές) (Anderson et al, 2001). Η επίπτωση της κατάθλιψης φαίνεται να είναι

διπλάσια από το γενικό πληθυσμό (τόσο στο ΣΔ τύπου I όσο και στο ΣΔ τύπου II), ενώ καταθλιπτική συμπτωματολογία αναφέρεται στο 40% αυτών των ατόμων. Δυστυχώς όμως, όπως και σε άλλα σωματικά νοσήματα, η κατάθλιψη υπολείπεται διάγνωσης και αντιμετώπισης, παρά το γεγονός πως έχει αποδειχθεί να έχει συνεργική επίδραση με τον ΣΔ, αυξάνοντας τον κίνδυνο τόσο μικροαγγειακών όσο και μακροαγγειακών επιπλοκών. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση για την εντόπιση κατάθλιψης και να χρησιμοποιεί τις ποικίλλες ασφαείς και αποτελεσματικές ψυχοφαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης (Lustman et al, 1986, Popkin et al, 1988, Anderson et al, 2000, Lustman et al, 2000, de Groot et al, 2001, Black et al, 2003).

Μερικοί ερευνητές αναφέρουν υψηλότερη πιθανότητα κατάθλιψης σε διαβητικούς ασθενείς που είναι παχύσαρκοι ή καπνίζουν, καθώς, επίσης, και στατιστική συσχέτιση της υψηλής γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε νέα άτομα με την ύπαρξη επιπλοκών σε άνδρες (Katon et al, 2004). Η σχέση κατάθλιψης και ΣΔ συχνά γίνεται αντιληπτή ως η φυσική συνέπεια του βάρους μίας χρόνιας νόσου με σημαντικές απαιτήσεις για την αυτοφροντίδα και την αυτοπαρακολούθηση (Rubin & Peyrot 2001) και της πιθανής εμφάνισης αναπηρίας και λειτουργικών περιορισμών (Prince et al, 1998). Κατάθλιψη και ΣΔ έχουν αμφίδρομη σχέση. Η κατάθλιψη έχει βρεθεί ότι αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα στην εμφάνιση του ΣΔ (Mezuk et al, 2008), ενώ από την άλλη ο ΣΔ έχει βρεθεί ότι είναι «καταθλιπτικογόνος» κατάσταση (Pan et al, 2010). Καταθλιπτικά συμπτώματα και καταθλιπτικές διαταραχές φαίνεται να σχετίζονται με πτωχότερο γλυκαιμικό έλεγχο (Lustman et al, 1988, Eaton et al, 1992, Lustman et al, 1997). Επιπλέον, είναι πιθανή η συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και επιπλοκών του ΣΔ (de Groot et al, 2001).

Γενικά, φαίνεται να υπάρχει συμφωνία των ερευνητών ως προς το ότι η κατάθλιψη είναι συχνή στον ΣΔ, ότι είναι ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου, σχετίζεται με μη ικανοποιητικό γλυκαιμικό έλεγχο, επιπλοκές και θνησιμότητα, πολύ συχνά δεν διαγιγνώσκεται και δεν αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά, και διπλασιάζει την «αναπηρία» που προκαλεί ο ΣΔ (Lustman & Harper 1987, Jacobson et al, 1997, Katon et al, 2005, Zhang et al, 2005).

7.3.3. Άγχος

Ο επιπολασμός των αγχώδων διαταραχών μεταξύ ασθενών με ΣΔ είναι σημαντικά υψηλότερος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Huang et al, 2011). Αυξημένα ποσοστά αγχώδων διαταραχών, μεταξύ αυτών φοβιών και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, έχουν βρεθεί στους σακχαροδιαβητικούς (Lustman et al, 1986, Popkin et al, 1988). Ο επιπολασμός της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής έχει βρεθεί να είναι τρεις φορές υψηλότερος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, σε αντίθεση με τα ποσοστά άλλων αγχώδων διαταραχών (ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, διαταραχή πανικού, διαταραχή μετατραυματικού στρες) που έχει βρεθεί να είναι παρόμοια (Grigsby et al, 2002). Συμπτώματα άγχους μπορεί να αντιπροσωπεύουν μία επίσημη ψυχιατρική διάγνωση ή παροδικές αντιδράσεις σε στρεσογόνα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όμως ακόμη και λιγότερο σοβαρές μορφές άγχους μπορεί να επηρεάζουν τον ασθενή σε σημαντικό βαθμό (Simon et al, 1995), τα δε αγχώδη συμπτώματα έχει βρεθεί να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΣΔ (Hermanns et al, 2005).

Οι αγχώδεις διαταραχές συχνά συνυπάρχουν με κατάθλιψη (Kovacs et al, 1997). Το άγχος στους ασθενείς με ΣΔ μπορεί να αποδοθεί σε ποικίλες πηγές φόβου και ανησυχίας, όπως φόβος υπογλυκαιμίας και επιπλοκών (Rubin & Peyrot 2001), φόβος ενέσεων και ελέγχων σακχάρου αίματος (Mollema et al, 2000), και φόβος υποτροπιάζουσας υπογλυκαιμίας (Green et al, 2000, Boyle et al, 2004). Στην πραγματικότητα, η φοβία για τις βελόνες (tripanophobia) είναι μία από τις πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές που συναντά κάποιος στη συμβουλευτική ψυχιατρική (Ismail & Peveler 2007). Το αν ο επιπολασμός της φοβίας για τις βελόνες είναι υψηλότερος στους ασθενείς με ΣΔ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό δεν είναι γνωστό. Παρ'όλα αυτά, φοβικά και αγχώδη συμπτώματα σχετικά με την ένεση ινσουλίνης ή την παρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης στον ορό του αίματος είναι συχνά και σχετίζονται με δυσκολίες στην τήρηση των κανόνων αυτοφροντίδας και των θεραπευτικών οδηγιών (Bienvenu & Eaton 1988, Berlin et al, 1997, Mollema et al, 2001).

7.3.4. Διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών

Η γνωστική δυσλειτουργία σε ασθενείς με ΣΔ παρατηρήθηκε για πρώτη φορά το 1922, όταν ασθενείς με ΣΔ που δεν παρουσίαζαν εικόνα οξέωσης αλλά είχαν αυξημένες τιμές σακχάρου, παρατηρήθηκε να έχουν επηρεασμένη μνήμη και προσοχή σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου (Miles & Root 1922). Τα πιο συχνά γνωστικά ελλείμματα που παρατηρούνται σε ασθενείς με ΣΔ τύπου I είναι η επιβράδυνση της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών και η επιδείνωση της ψυχοκινητικής ικανότητας (Ryan et al, 1993, Ryan et al, 2003, Brands et al, 2006, Wessels et al, 2007, Weinger et al, 2008). Διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών έχουν βρεθεί και σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II, και περιλαμβάνουν ελάττωση της ψυχοκινητικής ταχύτητας, προβλήματα που σχετίζονται με εκτελεστικές λειτουργίες, την εκτελεστική μνήμη, την ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών (Perlmutter et al, 1984, Reaven et al, 1990, Gregg et al, 2000, Messier 2005, Munshi et al, 2006).

Ένας πιθανός αιτιολογικός μηχανισμός της γνωστικής δυσλειτουργίας στο ΣΔ είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια μέτριας ή σοβαρής υπογλυκαιμίας, κάτι που είναι σημαντικό, καθώς ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας αυξάνεται όσο εντατικοποιούνται οι προσπάθειες για να επιτευχθεί το επιθυμητό γλυκαιμικό επίπεδο (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group 1993, UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group 1998, Nathan et al, 2005).

7.3.5. Ψυχολογικά προβλήματα

Υπάρχουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα που συναντά κάποιος ειδικά στον ΣΔ, που έχουν κλινική σημασία, και σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και στρες, παρά το ότι δεν εμπίπτουν σε κάποια συγκεκριμένη ψυχιατρική νοσολογική κατηγορία (Ismail & Peveler 2007).

Ο φόβος της υπογλυκαιμίας είναι το πιο συνηθισμένο. Οι ψυχολογικές συνέπειες της υπογλυκαιμίας περιλαμβάνουν ντροπή, ενοχή και αμηχανία, αν συμβεί σε δημόσιο χώρο ή

στον χώρο εργασίας, και αίσθημα αβοήθητου, αν συμβεί όταν ο ασθενής είναι μόνος. Κάποιοι ασθενείς αναπτύσσουν τέτοιο φόβο για μελλοντικά επεισόδια υπογλυκαιμίας που τα αποφεύγουν διατηρώντας υψηλότερα επίπεδα σακχάρου από τα επιθυμητά. Άλλοι πάλι βρίσκονται στην ακριβώς αντίθετη θέση. Ελέγχουν συνεχώς τη γλυκόζη αίματος και βάζουν τον εαυτό τους σε ένα στρεσογόνο κύκλο εξοντωτικών ελέγχων.

Προβλήματα προσαρμογής εντοπίζονται αρκετά συχνά. Η προσαρμογή στον ΣΔ είναι μία σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει επανεκτίμηση και αναπροσαρμογή του τρόπου ζωής, των σχέσεων και της επαγγελματικής απασχόλησης. Πτωχότερη ψυχολογική προσαρμογή στον ΣΔ φαίνεται να σχετίζεται με πτωχότερο γλυκαιμικό έλεγχο.

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία κατάσταση ασθενών με ΣΔ τύπου II, που έχουν σοβαρές δυσκολίες στην αυτοδιαχείριση του σακχάρου του αίματος (πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές τιμές). Επιπλοκές και ποσοστά θνησιμότητας βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα σε αυτή την ομάδα.

Τέλος, εμπόδια στην αυτοφροντίδα αποτελούν κάποιες πεποιθήσεις και ιδεοληψίες, όπως ο φόβος υπογλυκαιμίας και ένεσης που μπορεί να οδηγήσουν σε πτωχό γλυκαιμικό έλεγχο (Hampson et al, 1990, Hampson et al, 1995).

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η ΠΖ έχει βρεθεί ότι αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την επιβίωση ενός ασθενή (DeOreo 1997, Mapes et al, 2003, Lowrie et al, 2003). Τα χρόνια νοσήματα, όπως ο ΣΔ ή η ΧΝΝ, συχνά σχετίζονται με χαμηλή ΠΖ (Demura & Sato 2003). Η σωματική και ψυχική υγεία ατόμων με χρόνια νόσο, όπως περιγράφεται από τους ίδιους, επηρεάζει την έκβαση της κατάστασής τους και είναι σημαντική για τη βέλτιστη διαχείριση της νόσου και την επίτευξη της μέγιστης ικανοποίησης των ίδιων και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Kalantar-Zadeh et al, 2001).

Ο ΣΔ επηρεάζει σε κάποιο βαθμό το επίπεδο της ΣΥΠΖ (Alonso et al, 2004, Μαλλιάρου και συν, 2012) και το μέγεθος αυτής της επίδρασης θεωρείται ισοδύναμο του μεγέθους της αντίστοιχης επίπτωσης που έχουν ο καρκίνος ή τα καρδιολογικά και αναπνευστικά προβλήματα (Sprangers et al, 2000). Επιπλέον, οι ασθενείς με ΣΔ και συνοδά νοσήματα (καρδιαγγειακά ή περιφερική νευροπάθεια) έχουν χαμηλότερα επίπεδα ΣΥΠΖ από τους διαβητικούς ασθενείς που δεν έχουν άλλα προβλήματα υγείας (Lloyd et al, 2001, Visser et al, 2002). Έχει βρεθεί ότι τα κλινικά συμπτώματα του ΣΔ (πολυδιψία, πολουρία, πολυφαγία) επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και το επίπεδο λειτουργικότητας των διαβητικών, με την κατάθλιψη ως τον πιο ισχυρό παράγοντα συσχέτισης με την ΠΖ (Πήτα και συν, 2006). Τέλος, στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται την συνολική κατάσταση της υγείας τους ως χειρότερη από των ανδρών (Πήτα και συν, 2006).

Η ΣΥΠΖ είναι ένα σημαντικό θέμα τόσο για τους ασθενείς με ΣΔ όσο και για αυτούς που υποβάλλονται σε ΘΥΝΛ με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση (Jacobsson et al, 1994, Sørensen et al, 2007, Apostolou et al, 2007). Το ενδιαφέρον των ερευνητών για την ΣΥΠΖ σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και έχει βρεθεί ότι αποτελεί προγνωστικό δείκτη θνησιμότητας (Jofre et al, 2000, Merkus et al, 2000, Mapes et al, 2003, Mesthus et al, 2012). Επίσης η ΣΥΠΖ αναγνωρίζεται ως σημαντικό μέτρο έκβασης της φροντίδας υγείας, της αποτελεσματικότητας της ιατρικής φροντίδας και των

θεραπευτικών παρεμβάσεων για χρόνιες καταστάσεις, όπως η ΧΝΝ και ο ΣΔ (Unruh et al, 2005).

Για τους ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, η διαταραχή στην ΠΖ είναι αποτέλεσμα τόσο των επιπλοκών της νόσου (διαιτητικοί περιορισμοί, αναιμία, υπερλιπιδαιμία, νεφρική οστεοδυστροφία, καρδιαγγειακές διαταραχές) (Thomas et al, 2008), όσο και της αιμοκάθαρσης αυτής καθ'εαυτής, που περιορίζει κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και κάνει τον ασθενή «εξαρτημένο» (Saban et al, 2008). Έτσι, δεν είναι τυχαίο το ότι πολλές μελέτες έχουν καταδείξει πως η ΣΥΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων είναι επηρεασμένη αρνητικά (Evans et al, 1985, Merkus et al, 1997, Fukuhara et al, 2003, Lopes et al 2007). Αξίζει να αναφερθεί μελέτη των Wahid et al (2014) που αφορούσε σύγκριση της ΠΖ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με ΣΔ και χωρίς ΣΔ στο Πακιστάν. Κατά την επεξεργασία των δεδομένων δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική ΠΖ μεταξύ των δύο ομάδων, παρά μόνο στην «ικανότητα για συγκέντρωση» (Wahid et al, 2014).

Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι στους ασθενείς με ΧΝΝ η τιμή της αιμοσφαιρίνης και η θεραπευτική μέθοδος, αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, συσχετίζονται στενά με την ΠΖ (Moreno et al, 1996, Jofre et al, 1998, Merkus et al, 1999). Οι Feroze et al (2011) σε μελέτη αιμοκαθαιρόμενων ασθενών βρήκαν ότι το χαμηλό επίπεδο αλβουμίνης και η υψηλή αναλογία λιπώδους ιστού σχετίζονται με τη χαμηλή σωματική και ψυχική υγεία. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε, επίσης, ότι η χαμηλή ψυχική υγεία είχε σταθερή και γραμμική συσχέτιση με τη θνησιμότητα από ότι η σωματική υγεία (Feroze et al, 2011).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ΠΖ των ασθενών με ΣΔ και χωρίς ΣΔ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, και η συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων μεταξύ αυτών των δύο ομάδων.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται είναι εάν η ΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων επηρεάζεται από την ύπαρξη ή μη ΣΔ, την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια ΘΥΝΛ. Τέλος θα απαντηθεί το ερώτημα αν η ύπαρξη ΣΔ πριν την ένταξη σε ΘΥΝΛ επηρεάζει ή όχι την ΠΖ των ασθενών.

Εξετάζοντας τη μηδενική υπόθεση (null hypothesis) μπορεί να ειπωθεί ότι ο ΣΔ δεν επηρεάζει την ΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Ως εναλλακτική-ερευνητική υπόθεση (alternative/experimental hypothesis) θεωρείται ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι με ΣΔ παρουσιάζουν διαφορετικό επίπεδο ΠΖ σε σχέση με τους αιμοκαθαιρόμενους χωρίς ΣΔ.

Ολοκληρώντας την παρούσα μελέτη η ερευνητική ομάδα προσδοκά να προσθέσει επιπλέον πληροφορίες, όσον αφορά στην ΠΖ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, με απώτερο στόχο την παραγωγή γνώσης.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα μελέτη, είναι μια αναλυτική μελέτη παρατήρησης χρονικής στιγμής η οποία καταγράφει τα στοιχεία μιας συγκεκριμένης ομάδας ατόμων με κοινά χαρακτηριστικά.

2.1. Δείγμα

Το δείγμα της ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε δείγμα ευκολίας. Έλαβαν μέρος 80 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς από τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», στην οποία η ερευνήτρια εργαζόταν. Από αυτούς τους ασθενείς, οι 40 ήταν αιμοκαθαιρόμενοι με ΣΔ και οι υπόλοιποι 40 ήταν επίσης αιμοκαθαιρόμενοι μη πάσχοντες από ΣΔ.

2.1.1. Κριτήρια επιλογής

Ως κριτήρια επιλογής τέθηκαν ότι οι ασθενείς θα έπρεπε να είναι ενήλικες, σε αιμοκάθαρση για τουλάχιστον ένα μήνα και να μην πάσχουν από Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια (ΟΝΑ). Επίσης, να έχουν αποδεχτεί τη συμμετοχή τους στη μελέτη κατόπιν πληροφορημένης συγκατάθεσης.

2.1.2. Κριτήρια αποκλεισμού

Ως κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη τέθηκαν η αδυναμία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου λόγω άνοιας ή Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου. Επίσης,

αποκλείονταν οι ασθενείς που έπασχαν από ΟΝΑ, ήταν ανήλικοι και δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν ικανοποιητικά στα Ελληνικά (αδυναμία ανάγνωσης).

2.2. Μεθοδολογία

Το μήνα Μάρτιο ζητήθηκε άδεια εκπόνησης της μελέτης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΓΝΘ «Άγιος Παύλος», αφού είχε προηγηθεί έγκριση από τη Διευθύντρια της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του νοσοκομείου. Η ενημέρωση των ασθενών έγινε κατ' ιδίαν και αφορούσε το σκοπό της μελέτης και τις οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Δόθηκε, επίσης, έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη και συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες. Αξίζει να σημειωθεί πως ήταν ιδιαίτερα δεκτικοί στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που τους δόθηκε. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε κλειστό φάκελο και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να επιστραφούν εντός 5 ημερών. Στις περιπτώσεις που καθυστέρουσε η επιστροφή του ερωτηματολογίου γινόταν υπενθύμιση από την ερευνήτρια. Η πλειοψηφία των ασθενών το συμπλήρωσε με ευκολία, εντός 20-30 λεπτών, και αυτοί που δυσκολεύτηκαν σε κάποιες ερωτήσεις ζήτησαν βοήθεια από συγγενείς ή νοσηλευτικό προσωπικό. Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκησε περίπου 4 μήνες από Απρίλιο 2014 έως Ιούλιο 2014.

2.3. Εργαλείο μέτρησης

Ένα από τα πιο δύσκολα καθήκοντα του ερευνητή είναι η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου έρευνας για την εκπλήρωση των ερευνητικών του σκοπών, καθώς υπάρχει πληθώρα ερευνητικών εργαλείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Ηκλίμακα που θα επιλεγεί θα πρέπει να είναι σταθμισμένη για τον πληθυσμό της χώρας που θα χρησιμοποιηθεί, και να διαθέτει αξιοπιστία και εγκυρότητα. (Tyrrer & Methuen 2007,

Fallowfield 2009). Η αξιοπιστία του οργάνου εκτιμάται μετρώντας την εσωτερική συνοχή κάθε κλίμακας με τη βοήθεια του συντελεστή *Cronbach's alpha* ο οποίος είναι ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας. Η εκτίμηση αυτή γίνεται με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων της κλίμακας και αποκαλύπτει κατά πόσο η μετρούμενη διακύμανση μιας βαθμολογίας αντιστοιχεί σε πραγματική τιμή ή σε τυχαίο σφάλμα. Τιμές του συντελεστή >0.70 θεωρούνται ικανοποιητικές για συγκρίσεις μεταξύ ομάδων και >0.90 για συγκρίσεις σε ατομικό επίπεδο.

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε το *Kidney Disease Quality Of Life-Short Form (KDQOL-SFTM)* ερωτηματολόγιο. Είναι ένα σταθμισμένο αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ΠΖ ατόμων που υποβάλλονται σε ΘΥΝΛ (Wight et al, 1998, Mingardi et al, 1999, Diaz-Buxo et al, 2000). Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά με βάση τις τεκμηριωμένες διαδικασίες της ομάδας εργασίας KDQOL και σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που αναφέρονται στη μετάφραση ερωτηματολογίου. Η στάθμιση στα Ελληνικά έγινε με τη χορήγησή του σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 1426 ατόμων του γενικού πληθυσμού από την ευρύτερη περιοχή των Αθηνών (Pappa et al, 2005). Η ακριβής σύνθεση του KDQOL-SFTM, δηλαδή οι κλίμακες και το πλήθος των ερωτήσεων καθεμιάς δίνονται στον πίνακα 1.

Το εργαλείο έρευνας αυτό, συνδυάζει ένα γενικό μέρος αποτελούμενο από 36 ερωτήσεις, που συνθέτουν 8 κλίμακες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμία και ένα ειδικό μέρος που απευθύνεται σε αιμοκαθαιρόμενους, αποτελούμενο από 43 ερωτήσεις που συνοψίζονται σε 11 ειδικές κλίμακες. Το γενικό μέρος των ερωτήσεων είναι ουσιαστικά το ερωτηματολόγιο SF-36, το οποίο εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν χαρακτηρίζονται ως ειδικές κάποιας νόσου και δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ το 1992. Το SF-36 έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, μεταξύ αυτών και στα Ελληνικά. Οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης είχαν επιτυχή αποτελέσματα, τόσο με χρήση μικρού δείγματος άνεσης όσο και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. Η τελευταία (44^η) ερώτηση του ειδικού μέρους είναι μια βαθμονομημένη κλίμακα βαθμολόγησης της συνολικής υγείας. Οι μελέτες σε ασθενείς με νεφρική νόσο δείχνουν ότι, σαν εργαλείο μέτρησης, έχει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή (Mingardi et al, 1999, Noble et al, 2006).

Πίνακας 1. «Υποκλίμακες και αριθμός ερωτήσεων του KDQOL-SF™»

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
Σωματική Λειτουργικότητα	10
Σωματικός Ρόλος	4
Σωματικός Πόνος	2
Γενική Υγεία	5
Ζωτικότητα	4
Κοινωνική Λειτουργικότητα	2
Συναισθηματικός Ρόλος	3
Ψυχική Υγεία	5
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
Συμπτώματα Ασθένειας	12
Επιδράσεις Ασθένειας	8
Φόρτος Ασθένειας	4
Εργασία	2
Γνωστική Λειτουργία	3
Κοινωνική Αλληλεπίδραση	3
Σεξουαλική Λειτουργία	2
Ποιότητα Ύπνου	4
Κοινωνική Υποστήριξη	2
Ενθάρρυνση Προσωπικού	2
Ικανοποίηση Ασθενή	1

Όσον αφορά στο γενικό μέρος (ερωτηματολόγιο SF-36), οι διαστάσεις-κλίμακες υγείας του είναι οι ακόλουθες:

1. **Σωματική Λειτουργικότητα** (Physical Functioning), όπως αυτή εξετάζεται στην ερώτηση 3 του ερωτηματολογίου με 10 υποκλίμακες. Αξιολογείται το επίπεδο υγείας αναφορικά με

τον περιορισμό σωματικών δραστηριοτήτων, όπως το περπάτημα, τρέξιμο, ανέβασμα σκάλας κλπ.

2. **Σωματικός Ρόλος** (Physical Role), όπως αυτός εξετάζεται στην ερώτηση 4 με 4 υποκλίμακες. Αξιολογείται το επίπεδο φυσικής υγείας αναφορικά με τη θετική ή αρνητική του επιρροή (Ναι/Όχι) στην εργασία και στις καθημερινές δραστηριότητες.

3. **Σωματικός Πόνος** (Bodily Pain), όπως αυτός εξετάζεται στις ερωτήσεις 7 και 8. Προσδιορίζει την ένταση και διάρκεια του πόνου και την επίδρασή του στην εργασία και στις καθημερινές δραστηριότητες, μέσα και έξω από το σπίτι.

4. **Γενική Υγεία** (General Health), όπως αυτή εξετάζεται στις ερωτήσεις 1 και 11 με συνολικά 5 υποκλίμακες. Προσδιορίζει τη σημερινή κατάσταση της υγείας, την προοπτική διατήρησή της σε υψηλό επίπεδο και τη δυνατότητα αντίστασης στην ασθένεια.

5. **Ψυχική υγεία** (Mental Health), όπως αυτή εξετάζεται στις ερωτήσεις 9β, 9γ, 9στ, 9η με συνολικά 5 υποκλίμακες. Αξιολογείται η γενική ψυχική υγεία και ερευνάται η ύπαρξη κατάθλιψης και καταστάσεων όπως εκνευρισμός, ψυχολογική κατάπτωση, απελπισία, μελαγχολία ή ευτυχία για κάποιο χρονικό διάστημα (κλίμακα 6 χρονικών διαβαθμίσεων: συνεχώς-καθόλου).

6. **Συναισθηματικός Ρόλος** (Emotional Role), όπως αυτός εξετάζεται στην ερώτηση 5 με 3 υποκλίμακες. Προσδιορίζει τον βαθμό επηρεασμού (μεταβολή της ποσότητας και της ποιότητας, Ναι/Όχι) της εργασίας και άλλων καθημερινών δραστηριοτήτων από συναισθηματικά προβλήματα.

7. **Κοινωνική Λειτουργικότητα** (Social Functioning), όπως αυτή εξετάζεται στις ερωτήσεις 6 και 10. Προσδιορίζει τον βαθμό επηρεασμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων από τη φυσική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα (κλίμακα 5 διαβαθμίσεων έντασης: πάρα πολύ - καθόλου).

8. **Ζωτικότητα** (Vitality), όπως αυτή εξετάζεται με τις ερωτήσεις 9α, 9ε, 9ζ, 9θ. Προσδιορίζει την αίσθηση ζωντάνιας και τη διάθεση δημιουργικότητας ή αντίθετα το αίσθημα

εξάντλησης και κούρασης για κάποιο χρονικό διάστημα (κλίμακα 6 χρονικών διαβαθμίσεων: συνεχώς-καθόλου) (Ware & Sherbourne, 1992, Ware et al, 2000).

Οι επιμέρους κλίμακες, βαθμολογημένες από 0 (χείριστο επίπεδο υγείας) έως 100 (άριστο επίπεδο υγείας), αθροίζονται με ειδικούς συντελεστές βαρύτητας και δίνουν περιληπτικές μετρήσεις για τις δύο γενικές-συνοπτικές κλίμακες-διαστάσεις της Σωματικής Υγείας και της Ψυχικής Υγείας (Ware & Kosinski, 2001), όπως παρουσιάζονται παρακάτω:

Συνολική Κλίμακα Σωματικής υγείας (Physical Health/Physical Component), που περιλαμβάνει τις έννοιες της σωματικής λειτουργίας, του σωματικού ρόλου και πόνου, της γενικής υγείας και μέρος της ζωτικότητας (ερωτήσεις: 1, 3, 4, 7, 8, 9α, 9ε, 9ζ, 9θ, 11).

Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (Mental Health/ Mental Component), που περιλαμβάνει τις έννοιες της γενικής υγείας, του κοινωνικού και του συναισθηματικού ρόλου, της ψυχικής υγείας και μέρος της ζωτικότητας (ερωτήσεις: 1, 5, 6, 9, 10, 11).

Η αξιοπιστία του εργαλείου που έχει επιλεχθεί μπορεί να επιβεβαιωθεί με το δείκτη αξιοπιστίας που υπολογίστηκε από τον Cronbach (1951) και ονομάζεται Cronbach's α (alpha), ή δείκτης εσωτερικής συνέφειας (internal consistency coefficient). Η εκτίμηση αυτή γίνεται με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων (items) της κλίμακας.

2.4. Στατιστική Ανάλυση

Για την περιγραφή ποιοτικών μεταβλητών υπολογίστηκαν και αναφέρονται η σχετική και η απόλυτη συχνότητα (αριθμός ασθενών) για κάθε κατηγορία. Για την περιγραφή ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκαν και αναφέρονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και άλλα στατιστικά μεγέθη, όπου κρίθηκε απαραίτητο. Για την γραφική αναπαράσταση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι τύποι διαγράμματος (πίτες, ραβδογράμματα ή p-p plots). Σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient) ή δείκτης Cronbach's α (alpha) με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των items της κλίμακας. Επίσης, για όλες τις κλίμακες διεξήχθη έλεγχος κανονικότητας για να διαπιστωθεί αν θα ακολουθηθούν παραμετρικές ή μη παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με το τεστ Kolmogorov-Smirnov με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ίσο με 5% (0,05). Για τη σύγκριση των μεταβλητών που κατανέμονται κανονικά στα δύο 2 ανεξάρτητα δείγματα, ασθενείς χωρίς ΣΔ (ομάδα Α) και ασθενείς με ΣΔ (ομάδα Β), χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικά τεστ (Independent Samples t-Test), ενώ στις περιπτώσεις μη κανονικής κατανομής χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney Test. Το επίπεδο σφάλματος τύπου I καθορίστηκε στο $p=0,05$. Η αξιοπιστία του εργαλείου έρευνας αποδεικνύεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2), όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αξιοπιστίας των κλιμάκων του KDQOL-SF.

Πίνακας 2. «Αποτελέσματα αξιοπιστίας των κλιμάκων του KDQOL-SF™»

	# items	Cronbach'sAlpha
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		
Σωματική Λειτουργικότητα	10	0,963
Σωματικός Ρόλος	4	0,891
Σωματικός Πόνος	2	0,957
Γενική Υγεία	5	0,816
Ψυχική Υγεία	5	0,873
Συναισθηματικός Ρόλος	3	0,846
Κοινωνική Λειτουργικότητα	2	0,785
Ζωτικότητα	4	0,926

Πίνακας 2. (συνέχεια)		
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ		
Συμπτώματα Ασθένειας	12	0,846
Επιδράσεις Ασθένειας	8	0,690
Φόρτος Ασθένειας	4	0,781
Εργασία	2	0,584
Γνωστική Λειτουργία	3	0,702
Κοινωνική Αλληλεπίδραση	3	0,491
Σεξουαλική Λειτουργία	2	0,985
Ποιότητα Ύπνου	4	0,707
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ		
Κοινωνική Υποστήριξη	2	0,664
Ενθάρρυνση Προσωπικού	2	0,927
Ικανοποίηση Ασθενούς	1	<i>Δεν Εφαρμόζεται</i>

Στον επόμενο πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 3), παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δύο γενικών διαστάσεων-κλιμάκων (φυσική υγεία και ψυχική υγεία) μαζί με τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α τους.

Πίνακας 3. «Αποτελέσματα της ανάλυσης των δύο γενικών διαστάσεων-κλιμάκων».

	<i>Μέση Τιμή</i>	<i>Τυπική Απόκλιση</i>	<i>Διακύμανση</i>	<i>Cronbach's a</i>
Φυσική Υγεία	42,5438	26,61127	708,159	0,890
Ψυχική Υγεία	53,1901	26,91862	724,612	0,782

Από τους δύο πίνακες φαίνεται πως μόνο 4 από τις συνολικά 21 κλίμακες εμφάνισαν συντελεστή εσωτερικής συνοχής (Cronbach's Alpha Coefficient) μικρότερο από το όριο αξιοπιστίας του 0,70, και συγκεκριμένα οι κλίμακες *Επιδράσεις Ασθένειας*, *Εργασία*, *Κοινωνική Αλληλεπίδραση* και *Κοινωνική Υποστήριξη*. Η πρώτη από αυτές (*Επιδράσεις Ασθένειας*) ήταν οριακά μικρότερη από το όριο αξιοπιστίας (0,690), ενώ πολύ κοντά ήταν και η κλίμακα *Κοινωνική Υποστήριξη* (0,664). Οι δύο κλίμακες με συντελεστή Cronbach < 0,60 (*Εργασία* και *Κοινωνική Αλληλεπίδραση*) ανήκουν στις εξειδικευμένες κλίμακες από το

ερωτηματολόγιο που αφορά στην ασθένεια της νεφροπάθειας, αλλά που δεν σχετίζονται άμεσα με την υγεία αυτή καθ'αυτή.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Περιγραφική στατιστική

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 80 ασθενείς από τους οποίους το 62,5% (n=50) ήταν άνδρες και 37,5% (n=30) ήταν γυναίκες. Από το δείγμα το 50% (n=40) είχε ΣΔ, και από αυτούς το 60% (n=26) ήταν άνδρες και το 40% (n=14) γυναίκες. Οι ασθενείς χωρίς ΣΔ είχαν παρόμοια ποσοστά, άνδρες 62,5% (n=24) και γυναίκες 37,5% (n=16). Η διάγνωση του ΣΔ είχε τεθεί 22,32 ($\pm 12,18$) έτη, ή 267,84 μήνες, πριν την ένταξη σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. «Δημογραφικά στοιχεία».

Φύλο (συνολικά)					
Άνδρες	N= 51		63,8		
Γυναίκες	N= 29		36,3		
ΣΔ			Μη ΣΔ		
ΣΔ τύπου I	N=0	0%			
ΣΔ τύπου II	N=40	50%			
<i>Άνδρες ΣΔ τύπου II</i>	<i>N=24</i>	<i>60%</i>	<i>Άνδρες</i>	<i>N= 25</i>	<i>62,5%</i>
<i>Γυναίκες ΣΔ τύπου II</i>	<i>N=16</i>	<i>40%</i>	<i>Γυναίκες</i>	<i>N=15</i>	<i>37,5%</i>
Ηλικία (συνολικά)		71,5 (+11,025) έτη			
Ηλικία με ΣΔ		71,01 ($\pm 11,20$) έτη		Ηλικία χωρίς ΣΔ	
				70,27 ($\pm 10,93$) έτη.	
Διάρκεια αιμοκάθαρσης (συνολικά)		53,48 ($\pm 51,15$) μήνες			
Διάρκεια ΑΚ με ΣΔ		39,97 ($\pm 4,45$) μήνες		Διάρκεια ΑΚ χωρίς ΣΔ	
				67 ($\pm 10,16$) μήνες	

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 71,5 ($\pm 11,025$) έτη, με εύρος από 42 έως 96 ετών. Η μέση ηλικία των ασθενών με ΣΔ ήταν 71,01 ($\pm 11,20$) έτη, ενώ των χωρίς ΣΔ ήταν 70,27 ($\pm 10,93$) έτη. Ο μέσος χρόνος που το σύνολο των ασθενών υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση είναι 53,48 ($\pm 51,15$) μήνες, με εύρος από 322 έως 1 μήνα. Στους ασθενείς με ΣΔ ο χρόνος σε αιμοκάθαρση ήταν 39,97 ($\pm 4,45$) μήνες, ενώ στους ασθενείς χωρίς ΣΔ ήταν 67 ($\pm 10,16$) μήνες (Πίνακας 4).

Το σύνολο των ασθενών (n=80) λάμβανε από του στόματος φαρμακευτική αγωγή. Συγκεκριμένα, το 13,8% (n=11) έπαιρνε λιγότερο από 5 δισκία, το 45% (n=36) από 5-10 δισκία και το 41,3% (n=33) έπαιρνε περισσότερο από 10 δισκία καθημερινά. Το 7,5% (n=3) των ασθενών με ΣΔ λάμβαναν λιγότερο από 5 δισκία καθημερινά, το 52,5% (n=21) λάμβανε από 5 έως 10 δισκία και το 40% (n=16) περισσότερο από 10 δισκία. Από τους μη ασθενείς χωρίς ΣΔ το 20% (n=8) λάμβανε λιγότερο από 5 δισκία, το 37,5% (n=15) λάμβανε 5-10 δισκία και το 42,5% (n=17) λάμβανε περισσότερα από 10 δισκία. Τέλος, μελετήθηκε το είδος της αντιδιαβητικής φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών με ΣΔ πριν την ένταξη σε ΑΚ. Συγκεκριμένα, αντιδιαβητικά δισκία λάμβανε το 5% (n=2), το 92,5% (n=37) λάμβανε ινσουλίνη υποδορίως και το 2,5% (n=1) συνδυασμό δισκίων και ινσουλίνης. Μετά την ένταξη σε ΑΚ ο αριθμός των ασθενών σε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία καθώς και ινσουλίνη παρέμεινε ο ίδιος (n=2 και n=1, αντίστοιχα), ενώ μειώθηκε ο αριθμός αυτών που λάμβαναν ινσουλίνη (n=31, 77,5%) και αυξήθηκε ο αριθμός των ατόμων που δεν λάμβανε καμία φαρμακευτική αγωγή (n=6, 15%) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. «Φαρμακευτική αγωγή»

	n	%
Φαρμακευτική αγωγή (p.o.) στο σύνολο του δείγματος		
< 5 δισκία/ημέρα	11	13,8
5-10 δισκία/ημέρα	36	45
>10 δισκία/ημέρα	33	41,3
Φαρμακευτική αγωγή με ΣΔ (p.o.)		
< 5 δισκία/ημέρα	3	7,5
5-10 δισκία/ημέρα	21	52,5
>10 δισκία/ημέρα	16	40
Φαρμακευτική αγωγή χωρίς ΣΔ (p.o.)		
< 5 δισκία/ημέρα	8	20
5-10 δισκία/ημέρα	15	37,5
>10 δισκία/ημέρα	17	42,5
Αντιδιαβητική φαρμακευτική αγωγή πριν την ένταξη σε ΑΚ		
Δισκία	2	5
ινσουλίνη	37	92,5
δισκία + ινσουλίνη	1	2,5
Αντιδιαβητική φαρμακευτική αγωγή μετά την ένταξη σε ΑΚ		
Δισκία	2	5
ινσουλίνη	1	2,5
δισκία + ινσουλίνη	31	77,5
τίποτα	6	15

Ζωτικής σημασίας σημείο της θεραπείας των ασθενών σε αιμοκάθαρση αποτελεί η αγγειακή προσπέλαση. Για αυτό το λόγο συμπεριλήφθηκε στα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Το 62,5% (n=50) του συνόλου του δείγματος είχε αρτηριοφλεβική επικοινωνία (AVF), το 2,5 % (n=2) είχε προσωρινό καθετήρα αιμοκάθαρσης, το 8,8% (n=7) είχε αρτηριοφλεβικό μόσχευμα και το 26,3% (n=21) είχε μόνιμο καθετήρα αιμοκάθαρσης. Στους ασθενείς με ΣΔ παρατηρήθηκε ότι είχαν AVF το 57,5% (n=23), αρτηριοφλεβικό μόσχευμα το 2,5% (n=1) και μόνιμο καθετήρα αιμοκάθαρσης το 40% (n=16). Βρέθηκε ότι το 67,5% (n=27) των αιμοκαθαιρόμενων χωρίς ΣΔ είχαν AVF, το 5% (n=2) μόνιμο καθετήρα αιμοκάθαρσης, το 15% (n=6) μόσχευμα και το 12,5% (n=5) προσωρινό καθετήρα αιμοκάθαρσης (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. «Στοιχεία για την Αγγειακή Προσπέλαση»

Αγγειακή Προσπέλαση του συνόλου του δείγματος					
	N		%		
AVF	50		62,5		
Προσωρινός καθετήρας	2		2,5		
Αρτηριοφλεβικό μόσχευμα	7		8,8		
Μόνιμος καθετήρας	21		26,3		
Αγγειακή Προσπέλαση σε ασθενείς με ΣΔ			Αγγειακή Προσπέλαση σε ασθενείς χωρίς ΣΔ		
	N	%		N	%
AVF	23	57,5	AVF	27	67,5
Προσωρινός καθετήρας			Προσωρινός καθετήρας	5	12,5
Αρτηριοφλεβικό μόσχευμα	1	2,5	Αρτηριοφλεβικό μόσχευμα	6	15
Μόνιμος καθετήρας	16	40	Μόνιμος καθετήρας	2	5

Τα παρακάτω αποτελέσματα του Πίνακα 7 αφορούν στις 19 υποκλίμακες (8 γενικές και 11 ειδικές), οι οποίες παρουσιάστηκαν στον Πίνακα 1 του ειδικού μέρους και έχουν όλες

αναχθεί με βάση τις οδηγίες που περιγράφονται στο σχετικό εγχειρίδιο (Haysetal, 1997) σε βαθμολόγηση 0-100. Από τις 11 ειδικές, οι 3 τελευταίες κλίμακες (κοινωνική υποστήριξη, ενθάρρυνση ασθενούς, ικανοποίηση ασθενούς) αφορούν στις κλίμακες ικανοποίησης. .

Πίνακας 7. «Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης των κλιμάκων του KDQOL-SF»

	<i>Μέση Τιμή</i>	<i>Τυπικό Σφάλμα</i>	<i>Ελάχιστη Τιμή</i>	<i>Μέγιστη Τιμή</i>	<i>Τυπική Απόκλιση</i>
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ					
Σωματική Λειτουργικότητα	49,3750	3,81056	,00	100,00	34,08269
Σωματικός Ρόλος	32,8125	4,56999	,00	100,00	40,87526
Σωματικός Πόνος	57,7813	3,91993	,00	100,00	35,06096
Γενική Υγεία	26,6250	1,99440	,00	80,00	17,83850
Ψυχική Υγεία	58,1000	2,39829	,00	92,00	21,45092
Συναισθηματικός Ρόλος	42,0954	4,76992	,00	100,00	42,66350
Κοινωνική Λειτουργικότητα	59,3750	3,24150	,00	100,00	28,99285
Ζωτικότητα	46,1250	3,00313	,00	95,00	26,86081
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ					
Συμπτώματα Ασθένειας	77,5261	1,90124	33,33	100,00	17,00520
Επιδράσεις Ασθένειας	48,2052	1,96052	3,13	84,38	17,53542
Φόρτος Ασθένειας	50,0781	2,72906	,00	93,75	24,40944
Εργασία	5,6250	2,17759	,00	100,00	19,47694
Γνωστική Λειτουργία	73,1664	2,16733	13,33	100,00	19,38516
Κοινωνική Αλληλεπίδραση	74,5831	1,71903	26,67	100,00	15,37546
Σεξουαλική Λειτουργία	13,4375	3,15080	,00	100,00	28,18164
Ποιότητα Ύπνου	62,6875	1,80857	22,50	92,50	16,17632
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ					
Κοινωνική Υποστήριξη	86,2485	1,93921	33,33	100,00	17,34478
Ενθάρρυνση Προσωπικού	90,1563	1,84300	25,00	100,00	16,48428
Ικανοποίηση Ασθενούς	84,5830	2,47658	16,67	100,00	22,15124

3.2. Έλεγχος Κανονικότητας

Σε όλες τις κλίμακες που παρουσιάστηκαν προηγουμένως διεξήχθη έλεγχος κανονικότητας για να διαπιστωθεί αν θα ακολουθηθούν παραμετρικές ή μη παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με το τεστ Kolmogorov-Smirnov με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ίσο με 5% (0,05). Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει όλες τις p-values που προέκυψαν για τις κλίμακες μετά τον έλεγχο κανονικότητας.

Πίνακας 8. «p-values των κλιμάκων μετά τον έλεγχο κανονικότητας»

	Normal Parameters ^{a,b}	Kolmogorov-Smirnov Z	p	
	Mean	Std. Deviation		
Σωματική Λειτουργικότητα	49,3750	34,08269	1,081	,193
Σωματικός Ρόλος	32,8125	40,87526	2,808	,000
Σωματικός Πόνος	57,7813	35,06096	1,438	,032
Γενική Υγεία	26,6250	17,83850	1,219	,102
Ψυχική Υγεία	58,1000	21,45092	,930	,352
Συναισθηματικός Ρόλος	42,0954	42,66350	2,189	,000
Κοινωνική Λειτουργικότητα	59,3750	28,99285	1,339	,055
Ζωτικότητα	46,1250	26,86081	,982	,290
Συμπτώματα Ασθένειας	77,5261	17,00520	1,215	,105
Επιδράσεις Ασθένειας	48,2053	17,53542	,668	,763
Φόρτος Ασθένειας	50,0781	24,40944	1,144	,146
Εργασία	5,6250	19,47694	4,706	,000
Γνωστική Λειτουργία	73,1664	19,38516	1,292	,071
Κοινωνική Αλληλεπίδραση	74,5831	15,37546	1,387	,043
Σεξουαλική Λειτουργία	13,4375	28,18164	4,099	,000
Ποιότητα Ύπνου	62,6875	16,17632	,910	,379
Κοινωνική Υποστήριξη	86,2485	17,34478	2,559	,000
Ενθάρρυνση Προσωπικού	90,1563	16,48428	3,352	,000
Ικανοποίηση Ασθενούς	84,5830	22,15124	2,744	,000
Φυσική Υγεία	42,5438	26,61127	1,028	,241
Ψυχική Υγεία	53,1901	26,91862	,944	,335

Σύμφωνα με τα δεδομένα του ελέγχου του Πίνακα 8, οι 9 από τις 21 κλίμακες έχουν $p < 0,05$, οπότε και απορρίπτεται η υπόθεση κανονικότητας των δεδομένων τους. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι μετρήσεις για τις κλίμακες *Σωματικός Ρόλος*, *Σωματικός Πόνος*, *Συναισθηματικός Ρόλος*, *Εργασία*, *Κοινωνική Αλληλεπίδραση*, *Σεξουαλική Λειτουργία* και οι 3 κλίμακες ικανοποίησης (*Κοινωνική Υποστήριξη*, *Ενθάρρυνση Προσωπικού* και *Ικανοποίηση Ασθενούς*) δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Οι υπόλοιπες 12 κλίμακες έχουν παρατηρηθέντα επίπεδα σημαντικότητας $p > 0,05$, που σημαίνει ότι η υπόθεση της κανονικότητας δεν απορρίπτεται σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτές οι 12 κλίμακες ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι 2 γενικές-συνοπτικές κλίμακες (*Φυσική Υγεία* και *Ψυχική Υγεία*) ακολουθούν την κανονική κατανομή.

3.3. Συγκρίσεις μεταξύ ασθενών

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η σύγκριση των μέσων τιμών όλων των κλιμάκων (μεταβλητών) στα 2 ανεξάρτητα δείγματα: ασθενείς χωρίς ΣΔ (ομάδα Α) και ασθενείς με ΣΔ (ομάδα Β). Στις περιπτώσεις των μεταβλητών που κατανέμονται κανονικά χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό τεστ (Independent Samplest-Test), ενώ στις περιπτώσεις μη κανονικής κατανομής το μη παραμετρικό Mann-WhitneyTest. Στον επόμενο Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τα παραμετρικά τεστ που διεξήχθησαν στις μεταβλητές που παρουσιάζουν κανονική κατανομή.

Πίνακας 9. «Αποτελέσματα από τα παραμετρικά τεστ που διεξήχθησαν στις μεταβλητές που παρουσιάζουν κανονική κατανομή, στις δύο ομάδες του δείγματος»

		Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Σωματική Λειτουργικότητα	Equal variances assumed	2,761	,101	1,184	78	,240	9,00000	7,60182	-6,13406	24,13406	
	Equal variances not assumed			1,184	76,574	,240	9,00000	7,60182	-6,13850	24,13850	
Γενική Υγεία	Equal variances assumed	5,574	,021	3,252	78	,002	12,25000	3,76706	4,75037	19,74963	
	Equal variances not assumed			3,252	71,171	,002	12,25000	3,76706	4,73902	19,76098	
Ψυχική Υγεία	Equal variances assumed	,531	,469	2,086	78	,040	9,80000	4,69795	,44709	19,15291	
	Equal variances not assumed			2,086	76,765	,040	9,80000	4,69795	,44472	19,15528	
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Equal variances assumed	,859	,357	1,061	78	,292	6,87500	6,47782	-6,02135	19,77135	
	Equal variances not assumed			1,061	76,055	,292	6,87500	6,47782	-6,02654	19,77654	
Ζητικότητα	Equal variances assumed	,120	,730	1,511	78	,135	9,00000	5,95812	-2,86171	20,86171	
	Equal variances not assumed			1,511	77,763	,135	9,00000	5,95812	-2,86228	20,86228	
Συμπτώματα Ασθένειας	Equal variances assumed	5,414	,023	-,204	78	,839	-,78175	3,82575	-8,39824	6,83474	
	Equal variances not assumed			-,204	72,182	,839	-,78175	3,82575	-8,40792	6,84442	
Επιδράσεις Ασθένειας	Equal variances assumed	1,749	,190	1,117	78	,267	4,37450	3,91488	-3,41944	12,16844	
	Equal variances not assumed			1,117	74,075	,267	4,37450	3,91488	-3,42594	12,17494	
Φόρτος Ασθένειας	Equal variances assumed	3,296	,073	1,294	78	,200	7,03125	5,43499	-3,78899	17,85149	
	Equal variances not assumed			1,294	75,381	,200	7,03125	5,43499	-3,79491	17,85741	
Γνωστική Λειτουργία	Equal variances assumed	5,210	,025	2,984	78	,004	12,33275	4,13281	4,10495	20,56055	
	Equal variances not assumed			2,984	67,816	,004	12,33275	4,13281	4,08544	20,58006	
Ποιότητα Ύπνου	Equal variances assumed	,049	,826	,275	78	,784	1,00000	3,63849	-6,24367	8,24367	
	Equal variances not assumed			,275	77,632	,784	1,00000	3,63849	-6,24421	8,24421	
Φυσική Υγεία	Equal variances assumed	1,008	,318	1,254	78	,213	7,43750	5,92897	-4,36618	19,24118	
	Equal variances not assumed			1,254	77,729	,213	7,43750	5,92897	-4,36683	19,24183	
Ψυχική Υγεία	Equal variances assumed	,481	,490	,597	78	,553	3,60525	6,04388	-8,42719	15,63769	
	Equal variances not assumed			,597	77,600	,553	3,60525	6,04388	-8,42816	15,63866	

Λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές p από το t-test είναι δυνατό να συμπεράνει κανείς ποιες κλίμακες έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (0,05). Από τον πίνακα συμπεραίνεται ότι οι δύο ομάδες εμφανίζουν

στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες: *Γενική Υγεία* ($p=0,002$), *Ψυχική Υγεία* ($p=0,040$) και *Γνωστική Λειτουργία* ($p=0,004$).

Με ανάλογο τρόπο ελέγχθηκαν οι υποθέσεις και για τις υπόλοιπες κλίμακες χρησιμοποιώντας το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney-Wilcoxon. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 10. Λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές p από το Mann-Whitneytest φαίνεται ποιες κλίμακες έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (0,05). Από τον πίνακα μπορεί να βγει το συμπέρασμα ότι οι δύο ομάδες εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες: *Εργασία* ($p=0,047$) και *Σεξουαλική Λειτουργία* ($p=0,025$).

Πίνακας 10. «Αποτελέσματα από τα μη παραμετρικά τεστ των μεταβλητών χωρίς κανονική κατανομή, στις δύο ομάδες του δείγματος».

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Σωματικός Ρόλος	788,500	1608,500	-,120	,904
Σωματικός Πόνος	709,500	1529,500	-,883	,377
Συναισθηματικός Ρόλος	727,000	1547,000	-,741	,459
Εργασία	699,000	1519,000	-1,984	,047
Κοινωνική Αλληλεπίδραση	731,500	1551,500	-,667	,505
Σεξουαλική Λειτουργία	630,000	1450,000	-2,238	,025
Κοινωνική Υποστήριξη	644,000	1464,000	-1,628	,104
Ενθάρρυνση Προσωπικού	640,500	1460,500	-1,809	,071
Ικανοποίηση Ασθενούς	741,000	1561,000	-,626	,531
a. Grouping Variable: Ασθένεια				

Μελετώντας, πιο προσεκτικά τα αποτελέσματα των πινάκων 9 και 10, παρατηρείται ότι η *Σωματική Λειτουργικότητα* και ο *Σωματικός Ρόλος* των ασθενών χωρίς ΣΔ και των ασθενών με ΣΔ δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0.240$ και $p=0.904$, αντίστοιχα). Επίσης, ο *Σωματικός Πόνος* των ασθενών χωρίς ΣΔ και των ασθενών με ΣΔ δεν έχει στατιστική σημαντικότητα ($p=0.377$) όπως, επίσης, και ο *Συναισθηματικός Ρόλος* ($p=0.459$). Επιπρόσθετα, η *Κοινωνική Λειτουργικότητα* και η *Ζωτικότητα* των ασθενών

χωρίς ΣΔ δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους ασθενείς με ΣΔ ($p=0.292$ και $p=0.135$), αντίστοιχα. Επίσης, η *Κοινωνική Αλληλεπίδραση*, η *Ποιότητα Ύπνου* και η *Κοινωνική Υποστήριξη* δεν βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.505$, $p=0.784$ και $p=0.104$, αντίστοιχα). Ολοκληρώνοντας, τις στατιστικές συσχετίσεις βρέθηκε ότι η *Ενθάρρυνση του Προσωπικού* ($p=0.071$), η *Ικανοποίηση του Ασθενή* ($p=0.531$) και η *Φυσική και Ψυχική Υγεία* ($p=0.213$, $p=0.553$) δεν εμφανίζουν σημαντικότητα. Τέλος, τα *Συμπτώματα*, οι *Επιδράσεις* και ο *Φόρτος Ασθένειας* των ασθενών χωρίς ΣΔ και των ασθενών με ΣΔ δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0.839$, $p=0.267$ και $p=0.200$).

Αντίθετα η *Γενική Υγεία* και η *Ψυχική Υγεία* των ασθενών χωρίς ΣΔ παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με εκείνη των ασθενών με ΣΔ ($p=0.002$ και $p=0.040$, αντίστοιχα). Επίσης, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες στην υποκλίμακα της *Εργασίας* ($p=0.047$) και της *Γνωστικής Λειτουργίας* ($p=0.004$). Τέλος, στατιστική σημαντικότητα βρέθηκε στη *Σεξουαλική Λειτουργία* των δύο ομάδων ($p=0.025$).

Στους πίνακες 11 και 12 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των 2 ομάδων του δείγματος

Πίνακας 11. «Μέσες τιμές των δύο ομάδων-α».

	Ασθένεια	N	Mean	Std. Deviation
Σωματική Λειτουργικότητα	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	53,8750	36,24149
	ΣΔ	40	44,8750	31,59210
Γενική Υγεία	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	32,7500	19,28032
	ΣΔ	40	20,5000	13,99634
Ψυχική Υγεία	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	63,0000	19,63252
	ΣΔ	40	53,2000	22,30235
Κοινωνική Λειτουργικότητα	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	62,8125	31,20028
	ΣΔ	40	55,9375	26,55236
Ζωτικότητα	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	50,6250	25,89890
	ΣΔ	40	41,6250	27,37179
Συμπτώματα Ασθένειας	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	77,1353	19,38654
	ΣΔ	40	77,9170	14,47815

Πίνακας 11 (συνέχεια)				
Επιδράσεις Ασθένειας	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	50,3925	15,36133
	ΣΔ	40	46,0180	19,41860
Φόρτος Ασθένειας	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	53,5938	26,47445
	ΣΔ	40	46,5625	21,92417
Γνωστική Λειτουργία	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	79,3328	14,46459
	ΣΔ	40	67,0000	21,77112
Ποιότητα Ύπνου	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	63,1875	16,82287
	ΣΔ	40	62,1875	15,70142
Φυσική Υγεία	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	46,2625	27,28623
	ΣΔ	40	38,8250	25,72103
Ψυχική Υγεία	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	54,9928	27,98279
	ΣΔ	40	51,3875	26,04039

Πίνακας 12. «Μέσες τιμές των δύο ομάδων-β».

	Ασθένεια	N	Mean	Std. Deviation
Σωματικός Ρόλος	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	40,21	1608,50
	Σ	40	40,79	1631,50
Σωματικός Πόνος	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	42,76	1710,50
	Σ	40	38,24	1529,50
Συναισθηματικός Ρόλος	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	38,68	1547,00
	ΣΔ	40	42,33	1693,00
Εργασία	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	43,03	1721,00
	ΣΔ	40	37,98	1519,00
Κοινωνική Αλληλεπίδραση	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	42,21	1688,50
	ΣΔ	40	38,79	1551,50
Σεξουαλική Λειτουργία	ΧΩΡΙΣ ΣΔ	40	44,75	1790,00
	ΣΔ	40	36,25	1450,00

Συνδυάζοντας τα παραπάνω ευρήματα με τις μέσες τιμές των ομάδων (Πίνακες 11 και 12), συγκεκριμένα στις κλίμακες που παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, μπορεί κανείς να καταλήξει στα ακόλουθα συμπεράσματα. Η *Γενική και Ψυχική Υγεία* των

ασθενών χωρίς ΣΔ, η *Εργασία*, η *Γνωστική τους Λειτουργία* καθώς και η *Σεξουαλική Λειτουργία* έχουν σημαντικά υψηλότερο δείκτη από αυτή των ασθενών με ΣΔ.

3.4. Συσχετίσεις με δημογραφικά και κλινικά δεδομένα

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης με στόχο να βρεθούν τυχόν συσχετίσεις της φυσικής και ψυχικής υγείας (των δύο γενικών κλιμάκων) του συνολικού δείγματος με συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία) και κλινικά δεδομένα (χρόνος αιμοκάθαρσης και έτη διάγνωσης του διαβήτη προ ένταξης—μόνο για την ομάδα των ασθενών με ΣΔ).

Και πάλι θα πρέπει να γίνει έλεγχος κανονικότητας για τις 3 από αυτές τις μεταβλητές, με τον ίδιο τρόπο που έγινε και για τις κλίμακες. Το φύλο δεν χρειάζεται έλεγχο γιατί πρόκειται για δυαδική μεταβλητή, που θα χρησιμοποιηθεί ως κατηγοριοποιητής στα παραμετρικά τεστ. Τα αποτελέσματα του ελέγχου φαίνονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13. «Έλεγχος κανονικότητας για δημογραφικά στοιχεία και κλινικά δεδομένα»

		One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
		Ηλικία	Μήνες από την ένταξη	Έτη Διάγνωσης Προ Ένταξης
N		80	80	40
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	71,0125	53,4875	22,3250
	Std. Deviation	11,02528	51,15575	12,18109
Most Extreme Differences	Absolute	,078	,152	,101
	Positive	,049	,127	,101
	Negative	-,078	-,152	-,086
Kolmogorov-Smirnov Z		,694	1,363	,637
Asymp. Sig. (2-tailed)		,721	,049	,812

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Όπως φαίνεται από την τελευταία γραμμή του Πίνακα 13, η ηλικία και τα έτη διάγνωσης του διαβήτη προ ένταξης φαίνεται να ακολουθούν την κανονική κατανομή. Αντίθετα (με βάση το όριο του 0.5%), η μεταβλητή μήνες από την ένταξη οριακά δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή.

Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται κατά πόσο οι συνοπτικές/γενικές κλίμακες εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με το φύλο. Όπως προαναφέρθηκε, οι συνοπτικές κλίμακες παρουσιάζουν κανονική κατανομή, οπότε θα χρησιμοποιηθεί το παραμετρικό τεστ (IndependentSamplest-Test) στις δύο ομάδες: άνδρες και γυναίκες. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 14, ενώ η περιγραφική στατιστική φαίνεται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 14. «Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης με βάση το φύλο».

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Φυσική Υγεία	Equal variances assumed	7,700	,007	2,788	78	,007	16,44333	5,89799	4,70134	28,18533
	Equal variances not assumed			2,962	72,413	,004	16,44333	5,55198	5,37675	27,50992
Ψυχική Υγεία	Equal variances assumed	1,689	,198	2,426	78	,018	14,63380	6,03291	2,62321	26,64439
	Equal variances not assumed			2,511	67,830	,014	14,63380	5,82848	3,00271	26,26489

Λαμβάνοντας υπόψη το test του Levene στον Πίνακα 14, παρατηρείται ότι και στις δύο περιπτώσεις εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η *φυσική και ψυχική υγεία* των ασθενών παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες ($p=0.007$ και $p=0.018$, αντίστοιχα). Στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 15) παρουσιάζεται η περιγραφική στατιστική αναφορικά με το φύλο. Σύμφωνα με αυτά η *Φυσική και Ψυχική Υγεία* των ανδρών έχει σημαντικά υψηλότερο δείκτη από αυτή των γυναικών.

Πίνακας 15. «Περιγραφική στατιστική για το φύλο»

Group Statistics					
	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Φυσική Υγεία	male	50	48,7100	27,59198	3,90209
	female	30	32,2667	21,63201	3,94945
Ψυχική Υγεία	male	50	58,6778	27,37117	3,87087
	female	30	44,0440	23,86688	4,35748

Εφόσον και οι γενικές κλίμακες, αλλά και η μεταβλητή της ηλικίας ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε παραμετρικός τρόπος συσχέτισης. Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson, r . Το αποτέλεσμα για τη *Φυσική και Ψυχική Υγεία* φαίνεται στον Πίνακα 15, και παρουσιάζει μια αρνητική γραμμική συσχέτιση ($r = -0.474$). Αν και η απόλυτη τιμή δεν είναι πολύ κοντά στο 1, στατιστικά είναι πολύ σημαντική στο επίπεδο του 1%. Συμπερασματικά, βρέθηκε ότι οι μεγάλες ηλικίες αντιστοιχούν σε μικρότερο βαθμό συνολικής *Φυσικής και Ψυχικής Υγείας* και αντίστροφα.

Πίνακας 16. «Αποτελέσματα για τη φυσική και ψυχική υγεία σε σχέση με την ηλικία»

Correlations				
		Ηλικία	Φυσική Υγεία	Ψυχική Υγεία
Ηλικία	PearsonCorrelation	1	-,474**	-,417**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	80	80	80
Φυσική Υγεία	PearsonCorrelation	-,474**	1	,868**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	80	80	80
Ψυχική Υγεία	PearsonCorrelation	-,417**	,868**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	80	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Παρόλο που οι γενικές κλίμακες ακολουθούν την κανονική κατανομή, δεν ισχύει το ίδιο και για τον χρόνο αιμοκάθαρσης, οπότε πρέπει να χρησιμοποιηθεί μη παραμετρικός τρόπος συσχέτισης. Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των μεταβλητών, θα χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, r_s και τα αποτελέσματα για τη *Φυσική* και *Ψυχική Υγεία* φαίνονται στον Πίνακα 17.

Πίνακας 17. «Αποτελέσματα για τη φυσική και ψυχική υγεία σε σχέση με χρόνο αιμοκάθαρσης».

Correlations					
			Μήνες από την ένταξη	Φυσική Υγεία	Ψυχική Υγεία
Spearman's rho	Μήνες από την ένταξη	CorrelationCoefficient	1,000	-,143	-,050
		Sig. (2-tailed)	.	,206	,660
		N	80	80	80
	Φυσική Υγεία	CorrelationCoefficient	-,143	1,000	,862**
		Sig. (2-tailed)	,206	.	,000
		N	80	80	80
	Ψυχική Υγεία	CorrelationCoefficient	-,050	,862**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,660	,000	.
		N	80	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Για τη *φυσική υγεία* ο r_s είναι ίσος με -0.143 και -0.50 για την *ψυχική υγεία*, χωρίς, όμως, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0.206$). Συνεπώς, σε καμία περίπτωση δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο 1%. Άρα δεν μπορεί να εντοπιστεί σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου που υποβάλλονται τα άτομα σε αιμοκάθαρση με τη φυσική ή ψυχική υγεία τους.

Εφόσον και οι γενικές κλίμακες, αλλά και η μεταβλητή του χρόνου διάγνωσης του ΣΔ προ της ένταξης ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε παραμετρικός τρόπος συσχέτισης. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ο έλεγχος αφορά μόνο το μισό δείγμα (δηλαδή τα 40 άτομα με ΣΔ). Προκειμένου να εξεταστεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson, r_s και τα αποτελέσματα για τη *Φυσική* και *Ψυχική Υγεία* φαίνονται στον Πίνακα 18. Παρατηρείται ότι ο r_s είναι ίσος με -0.147 ($p=0.367$) και -0.091 ($p=0.576$), αντίστοιχα, γεγονός που φανερώνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Επομένως, δεν υπάρχει κάποια σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου διάγνωσης του ΣΔ που προηγήθηκε της ένταξης στην αιμοκάθαρση, με τη φυσική ή την ψυχική υγεία των ασθενών με ΣΔ.

Πίνακας 18. «Αποτελέσματα για τη φυσική και ψυχική υγεία με βάση τον χρόνο διάγνωσης του ΣΔ πριν την ένταξη σε αιμοκάθαρση»

Correlations				
		Έτη Διάγνωσης Προ Ένταξης	Φυσική Υγεία	Ψυχική Υγεία
Έτη Διάγνωσης Προ Ένταξης	PearsonCorrelation	1	-,147	-,091
	Sig. (2-tailed)		,367	,576
	N	40	40	40
Φυσική Υγεία	PearsonCorrelation	-,147	1	,868**
	Sig. (2-tailed)	,367		,000
	N	40	80	80
Ψυχική Υγεία	PearsonCorrelation	-,091	,868**	1
	Sig. (2-tailed)	,576	,000	
	N	40	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Φαίνεται ότι οι ασθενείς χωρίς ΣΔ παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο δείκτη από ότι οι ασθενείς με ΣΔ στις υποκλίμακες της *Γενικής* και *Ψυχικής Υγείας*, στην *Εργασία*, τη *Γνωστική* και τη *Σεξουαλική Λειτουργία*. Επιπλέον, οι άνδρες αιμοκαθαιρόμενοι

παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο δείκτη στη *Φυσική και Ψυχική Υγεία* σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς. Τέλος, φάνηκε ότι οι *μεγάλες ηλικίες* αντιστοιχούν σε μικρότερο βαθμό συνολικής *Φυσικής και Ψυχικής Υγείας* και αντίστροφα. Με άλλα λόγια, όσο μεγαλύτερο σε ηλικία είναι ένα αιμοκαθαιρόμενο άτομο, τόσο χαμηλότερη είναι η *Φυσική και Ψυχική* του Υγεία.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο ΣΔ και η ΧΝΝ είναι νοσήματα που επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την ΠΖ των ασθενών και των οικογενειών τους (Sorensenetal, 2007, Tentori&Mapes, 2010). Όταν αυτές οι δύο νοσολογικές οντότητες συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο έχει βρεθεί ότι η ΠΖ είναι χαμηλή. Η μακροχρόνια αντιμετώπιση με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, η οικονομική δυσπραγία λόγω της αδυναμίας για εργασία και οι εξειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις συμβάλλουν στην έκπτωση της ΠΖ (Alonsoetal, 2004, Osthusetal, 2012). Για τους ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ο στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η βελτίωση της ΠΖ και ειδικότερα της φυσικής και ψυχικής υγείας του ατόμου, σε συνδυασμό με την κοινωνική του επανένταξη.

Κατά τη διενέργεια της μελέτης τα δύο δείγματα (ΣΔ και χωρίς ΣΔ) είχαν παρόμοια αντιπροσώπευση από άνδρες και γυναίκες (60% άνδρες με ΣΔ και 62,5% χωρίς ΣΔ) και παρόμοια μέση ηλικία (οι ασθενείς με ΣΔ 71,01 ετών και 70,27 ετών οι ασθενείς χωρίς ΣΔ). Σε σύγκριση με πρόσφατα δεδομένα της διεθνούς πολυκεντρικής μελέτης Dialysis Outcomes Patients Patterns Study (DOPPS) βρέθηκε ότι το δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν αρκετά μεγαλύτερο σε ηλικία (71,5 έναντι 59,4 έτη) και υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση για 4,45 χρόνια σε σύγκριση με το χρόνο σε αιμοκάθαρση των ασθενών στην Ιαπωνία, την Ευρώπη και τις ΗΠΑ που ήταν 1 έως 3 έτη. Σε αυτά τα δύο ευρήματα ίσως παίζει ρόλο το γεγονός ότι σύμφωνα με την Ελληνική νομοθεσία δεν υπάρχει ηλικιακός περιορισμός για την ένταξη σε ΘΥΝΛ (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση).

Είναι γνωστό ότι ο ΣΔ δίνει πολλαπλές επιπλοκές στο σύνολο των συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού και αποτελεί ένα σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα ΧΝΝ (Kazemi-Galougahietal, 2012, Lietal, 2013). Παράλληλα, επηρεάζει τις φυσικές ικανότητες ενός ατόμου προκαλώντας χαμηλή ΠΖ (Aneesetal, 2011), η οποία προστίθεται στην χαμηλή ΠΖ λόγω νεφροπάθειας, όπως φαίνεται από το γεγονός ότι οι ασθενείς με ΣΔ είχαν χαμηλότερο σκορ *Γενικής Υγείας* σε σύγκριση με τους μη ΣΔ και στατιστική σημαντικότητα ($p=0,002$). Παρόμοια ήταν τα ευρήματα των Wahidκαι συν. (2014) αναφορικά με την γενική υγεία,

καθώς και των Sorensen και συν. (2007), με τη διαφορά ότι στην πρώτη έρευνα η αυτοαξιολόγηση της ΠΖ από τους ασθενείς συνοδευόταν και από κλινική αξιολόγηση και εργαστηριακά ευρήματα. Επίσης, βρέθηκε ότι σχεδόν όλες οι συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες (ντύσιμο, πλύσιμο, περπάτημα, ανέβασμα σκάλας) έχουν επηρεαστεί από το ΣΔ συμβάλλοντας στην μειωμένη γενική υγεία με κόπωση, εξάντληση και χαμηλή διάθεση. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε έρευνα των Osthus και συν. (2012) σε αιμοκαθαιρόμενους Νορβηγούς ασθενείς, ενώ αντίθετα είναι τα ευρήματα των Sorensen και συν (2007) στη Δανία και των Gumprecht και συν (2010) στην Πολωνία, οι οποίοι δεν εντόπισαν διαφορές στις δύο ομάδες πασχόντων.

Είναι σημαντική η αξιολόγηση της σωματικής υγείας και της λειτουργικότητας των ασθενών καθώς επηρεάζει την ευζωΐα, δηλαδή την ΠΖ, όπως έχει αναφερθεί στο γενικό μέρος της διπλωματικής. Η σωματική υγεία των αιμοκαθαιρόμενων είναι πιθανό να είναι χαμηλή με πολλές και πολύπλοκες επιπτώσεις, όπως αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων ή κόπωση (Diaz-Buxoetal, 2000, Kalantar-Zadehetal, 2001). Η ομάδα των ασθενών που έπασχε από ΣΔ θεωρούσε ότι αρρωσταίνει πιο εύκολα και είναι λιγότερο υγιής από την άλλη ομάδα, καθώς επίσης και ότι η υγεία, που ήδη είναι πολύ κακή, θα χειροτερέψει. Παρόμοια είναι τα ευρήματα της πολυκεντρικής μελέτης CALVIDIA σε διαβητικούς αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς στην Ισπανία, όπου βρέθηκε χαμηλότερο επίπεδο στις επτά από τις οκτώ υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 για τους ασθενείς με ΣΔ και συγκεκριμένα για τη γενική και την ψυχική υγεία (Martinez-Castelaoetal, 2004).

Αναφορικά με το χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής υγείας της ομάδας των ασθενών με ΣΔ, φαίνεται ότι σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, γεγονός αρκετά συνηθισμένο στις μεγαλύτερες ηλικίες και στους ασθενείς με ΧΝΝ (Demura&Sato, 2003, Kimmel&Peterson 2006, Osthusetal, 2012).

Ενώ θα περίμενε κανείς η διάρκεια της ΘΥΝΑ να επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών, ασχέτως αν έχουν ή όχι ΣΔ, αυτό δεν βρέθηκε από την παρούσα έρευνα. Τα ευρήματα άλλων ερευνητών είναι αντικρουόμενα. Σε έρευνα της Vasilieva (2006) βρέθηκε ότι η μακρά περίοδος σε αιμοκάθαρση επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ, ενώ αντίθετα οι Hallinenetal (2009)

αναφέρουν ότι η ΠΖ δεν επηρεάζεται από το χρόνο σε ΘΥΝΛ. Ίσως οι συνθήκες διεξαγωγής των προηγούμενων ερευνών ή το εργαλείο έρευνας να έχει επηρεάσει το αποτέλεσμα.

Τέλος, σε ότι αφορά τη γνωστική λειτουργία βρέθηκε ότι τα άτομα με ΣΔ είχαν χαμηλότερο σκορ από ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι χωρίς ΣΔ. Η γνωστική λειτουργία επιδεινώνεται από την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία που επηρεάζει τους νεφρούς και τον εγκέφαλο και εκδηλώνεται ως μικρολευκωματουρία που σχετίζεται με υποκλινική αθηροσκλήρωση (Caoetal, 2006, Ikrametal, 2006, Longstrethetal, 2007). Η μικροαγγειοπάθεια στον εγκέφαλο εμφανίζεται με διαταραχή του αιματοεγκεφαλικού φραγμού και δυσλειτουργία των συνάψεων των ενδοθηλιακών κυττάρων (Καρασαββίδου και συν, 2012). Τέλος, μελέτες έχουν δείξει ότι η αναιμία και ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, χαρακτηριστικά της ΧΝΝ, επηρεάζουν, επίσης, τη γνωστική λειτουργία (Kurellaetal, 2004,Pereiraetal, 2005). Η διόρθωση της αναιμίας έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει όχι μόνο τη γενική υγεία των ασθενών με ΧΝΝ, αλλά και τη γνωστική τους λειτουργία (Locatellietal, 2004, Kurellaetal, 2006).

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να πει κανείς ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με ΣΔ φαίνεται να έχουν χειρότερη ΠΖ σε σύγκριση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς χωρίς ΣΔ. Αυτό είναι μια διαπίστωση που επιβεβαιώνεται από τα βιβλιογραφικά δεδομένα και γίνεται σχετικά εύκολα αντιληπτό. Οι ασθενείς με ΣΔ βρίσκονται σε διαδικασία διαχείρισης δύο σοβαρών χρόνιων ασθενειών με τεκμηριωμένη αρνητική επίδραση στη γενικότερη σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και σε επιμέρους τομείς αυτών.

Η μεγαλύτερη ηλικία στους ασθενείς των δύο ομάδων παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τη σωματική και την ψυχική υγεία, καθώς οι νεώτεροι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάζουν άλλα συνοδά νοσήματα, ενώ διαθέτουν και μεγαλύτερα αποθέματα σωματικών και ψυχικών δυνάμεων, κυρίως λόγω της ηλικίας τους.

Οι άνδρες παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με τη σωματική και ψυχική υγεία. Αυτό είναι ένα εύρημα που θα χρειαζόταν περαιτέρω έρευνα. Η διαφορά αυτή ίσως οφείλεται στη μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση των γυναικών, ή στους περισσότερους ρόλους που καλούνται να διαδραματίσουν στη ζωή, καθώς θα πρέπει να φροντίζουν για την οικογένεια και τα παιδιά ενώ παράλληλα έχουν τους περιορισμούς της αιμοκάθαρσης (διάρκεια θεραπείας, φαρμακευτική αγωγή, φροντίδα αγγειακής προσπέλασης) με τους οποίους θα πρέπει να συμφιλιωθούν.

Ολοκληρώνοντας, πολλές είναι οι νοσολογικές οντότητες που δεν είναι δυνατό να θεραπευτούν οι οποίες μεταπίπτουν σε χρονιότητα και οι ασθενείς πορεύονται για πολλά χρόνια με αυτές. Η αξιολόγηση της ΠΖ αποτελεί ένα εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών για τη συνολική αποτίμηση της αποδοχής της νέας κατάστασης και της προσαρμογής των ασθενών σε αυτή. Η διατήρηση ή η αποκατάσταση της ΠΖ αποτελεί έναν από τους στόχους των παρεμβάσεων της πολυδύναμης ομάδας υγείας. Κρίνεται επιβεβλημένη η στήριξη αυτών των ασθενών από τη διεπιστημονική ομάδα υγείας, τόσο ψυχολογικά όσο και με ειδικές διευκολύνσεις στο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης.

5.1. Περιορισμοί της μελέτης

Ένας περιορισμός της μελέτης είναι ο σχετικά μικρός αριθμός ασθενών, αν και γενικά είναι ένα ικανοποιητικό δείγμα που επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων. Σε μία δεύτερη, κατοπινή φάση, θα μπορούσαν ίσως να διεξαχθούν παρόμοιες έρευνες και σε περισσότερα νεφρολογικά κέντρα άλλων πόλεων, με στόχο την εξαγωγή περισσότερων συμπερασμάτων στα πλαίσια μίας πολυκεντρικής μελέτης.

Η χρήση του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολόγιο KDQOL-SF ή άλλων μορφών αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων από ασθενείς σε ΘΥΝΛ, ενέχει τον κίνδυνο τα άτομα να μην είναι απόλυτα ειλικρινή στις απαντήσεις τους, καθώς αυτές δεν μπορούν να διασταυρωθούν με κλινικούς δείκτες ή ακριβείς μετρήσεις. Η επιστημονική κοινότητα επανεξετάζει το συνολικό ρόλο και την εφαρμογή των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων που αξιολογούν την ΠΖ και τη λειτουργικότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε ΘΥΝΛ.

5.2. Συμβολή στην επιστήμη

Θα καταγραφεί ο αντίκτυπος της χρόνιας νόσου (ΣΔ και ΧΝΝ) στην ΠΖ του ασθενή όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος σε συνάρτηση με επιμέρους ψυχολογικούς, βιολογικούς, κοινωνικούς και επαγγελματικούς δείκτες αξιολόγησης.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Atkins, R.C., Zimmet, P. (2010). Diabetic kidney disease: act now or pay later. *Ελληνική Νεφρολογία*, 22(1), 83-86 (το άρθρο είναι μεταφρασμένο στην Ελληνική)

Αραμπατζής, Σ., Λιακόπουλος, Β., Σπανού, Ζ., Στεφανίδης, Ι. (2010). Δερματικές παθήσεις στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Ελληνική Νεφρολογία*, 22(2), 130-140

Βουρλιωτάκη, Ε.Γ., Κεφαλογιάννης, Ν.Κ. (2013). Συμμόρφωση στην αντιδιαβητική αγωγή: Τι γνωρίζουμε σήμερα και πως μπορούμε να παρέμβουμε. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 26(4), 229-236

Γείτονα, Μ., Κάβουρα, Μ., Βανδώρου, Χ. και συν. (2004). Οικονομική αξιολόγηση και ποιότητα ζωής. Σε: *Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας: Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων*. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, 130–146

Δαμίγος, Δ., Καλτσούδα, Α., Οικονόμου, Μ., Σιαμόπουλος, Κ.Χ. (2010). Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της χρόνιας νεφρικής νόσου. Ο ρόλος της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας. *Ελληνική Νεφρολογία*, 22(2), 120-129

Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., Αλεξιάς, Γ. (2008). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: από τη θεωρία στην πράξη. *Info Respiratory & Internal Medicine*, 49(5), 31-41.

Ελεζόγλου, Α., Δάλλα, Σ. (2007). Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής Ελλήνων Ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: ΕΑΠ

Ζήκου, Ξ.Θ., Κατωπόδης, Κ.Π. (2012). Υπογλυκαιμία στην αιμοκάθαρση: Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί. *Ελληνική Νεφρολογία*, 24(1), 47-55

Θεοδωροπούλου, Ε., Καρτερολιώτης, Κ., Νάσσης, Γ., Κοσκολού, Μ., Γελαδάς, Ν. (2012). Μέθοδοι εκτίμησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής». *Κινησιολογία*, 5(1), 58-66

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: Έκδοση ιδίων συγγραφέων

Κάβουρα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χρ. (2003). Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδ. JANSSEN-CILAG

Καλλιακμάνη, Π. (2007). Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και η σχέση της με τη διαβητική νεφροπάθεια. *Ελληνική Νεφρολογία*, 19(1), 23-31

Καραμήτσος, Δ.Θ. (2006). Παθογένεια της διαβητικής νεφροπάθειας. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 19(1), 27-37

Καρασαββίδου, Δ., Καλαϊτζίδης, Ρ.Γ., Πελίδου, Σ-Ε., Σιαμόπουλος, Κ.Χ. (2012). Η γνωστική δυσλειτουργία στη χρόνια νεφρική νόσο: ένας παράγοντας που παραμένει συχνά αδιάγνωστος. *Ελληνική Νεφρολογία*, 24(2), 118-126

Κοντοδημόπουλος, Ν., Νιάκας, Δ. (2007). Η χρήση του KDQOL-SFTM για μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής Ελλήνων αιμοκαθαιρόμενων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6), 590-599

Κοσμαδάκης, Γ., Ζερεφός, Ν., Βαλής, Δ. (2006). Ουραιμικός κνησμός. *Ελληνική Νεφρολογία*, 18(2), 124-132

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα

Μαλλιαρού, Μ., Αγόρη, Α., Σαράφης, Π., Κοτρώτσιου, Ε. (2012). Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(1), 45-55

Ματσαγγάνης Μ. Ποιοτικώς Αναπροσαρμοσμένα Έτη Ζωής (QALYs): Χρήσεις και καταχρήσεις ενός μεθοδολογικού εργαλείου. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία* 1995; 4(3): 127-143.

Μαυροματίδης, Κ. (2008). Η δίαιτα ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Ελληνική Νεφρολογία*, 20(2), 113-120

Οικονόμου, Γ.Β., Καλόφωνος, Χ.Π. (2003). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών στα πλαίσια της κλινικής έρευνας. *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας*, 2(3/4), 248-257

Παλέτας, Κ. (2014). Από τον σακχαρώδη διαβήτη στη διαβητική νεφρική νόσο. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 27(1), 27-34

Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., Νιάκας, Δ. (2006). Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(2), 159-166

Πήτα, Ρ., Γρηγοριάδου, Ε., Μαρίνα, Ε., Κουβάτσου, Ζ., Διδάγγελος, Τ., Καραμήτσος, Δ. (2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 19(4), 282-294

Σαραφίδης, Π., Γρέκας, Δ. (2007α). Μεταβολικό σύνδρομο και νεφρός. Μέρος Α: Επιδημιολογία. *Ελληνική Νεφρολογία*, 19(3), 191-201

Σαραφίδης, Π., Γρέκας, Δ. (2007β). Μεταβολικό σύνδρομο και νεφρός. Μέρος Β: Παθοφυσιολογία. *Ελληνική Νεφρολογία*, 19(4), 271-281

Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Γκιόκα, Β., Σούλης, Σ. (2008). Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(2), 201-208

Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 230-238

Σπανού, Ε., Καραντζής, Ι., Ιατρού, Χ. (2009). Μικρολευκωματινουρία και διαβητική νεφροπάθεια. Επιδημιολογία, προγνωστική σημασία, πρόληψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(3), 316-330

Τζανέτου, Κ., Αφεντάκης, Ν., Αντωνοπούλου, Β., Καπόγλη, Α., Βαμβακάρη, Π., Μπουστάκας, Γ., Τσουφάκης, Γ., Ζηρογιάννης, Π., Μαλάμου-Λαδά, Ε. (2006). Περιτονίτιδα σε ασθενείς υπό συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση: η συχνότητα, τα αίτια και η ευαισθησία των παθογόνων μικροοργανισμών ενός κέντρου. *Ελληνική Νεφρολογία*, 18(1), 49-58

Τζανέτου, Κ., Τσιρπανλής, Γ., Ζήβα, Κ., Τσουφάκης, Γ., Μουστάκας, Γ., Τζουμακίδου, Ε., Βύρλα, Α., Αφεντάκης, Ν., Ζηρογιάννης, Π., Μαλάμου-Λαδά, Ε. (2009). Λοιμώξεις της εξόδου του καθετήρα σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση. *Ελληνική Νεφρολογία*, 21(1), 71-79

Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ. (2007-2008). Ποιότητα ζωής – ιατρική - ψυχικές διαταραχές, Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου – Προγράμματα προαγωγής υγείας. Αθήνα

Τούντας, Γ. (2006). Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Οδυσσέας

Τσαβδαρίδης, Ι., Γεωργοπούλου-Καρανικόλα, Θ., Τσαρτσάλης, Σ., Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, Μ. (2012). Φαρμακευτική αντιμετώπιση της διαβητικής νεφροπάθειας. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 25(4), 227-242

Τσακρίδου, Ε., Χατζητόλιος, Α., Αργυρίου, Κ., Σαββόπουλος, Χ. (2007). Πρόληψη και αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου της διαβητικής νεφροπάθειας. *Ελληνική Νεφρολογία*, 19(2), 121-134

Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2007) Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (Συμπλ 1), 6-18

Φιλιοπούλος, Β., Τακούλη, Λ., Βογιατζόγλου, Δ., Βλασσόπουλος, Δ. (2008). Περιφερική αρτηριοπάθεια κάτω άκρων επί σακχαρώδους διαβήτη και χρόνιας νεφρικής νόσου. *Ελληνική Νεφρολογία*, 20(4), 259-277

Χονδρογιάννης, Π., Σκαπινάκης, Π. (2012). Κατάθλιψη και τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. *Ελληνική Νεφρολογία*, 24(2), 27-134

Χωρεψιμά, Σ., Γεντολούρης, Ν. (2013). Αδιάγνωστη κατάθλιψη σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η κατάθλιψη στον διαβήτη. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 26(1), 59-67

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aaronson, N.K. (1991). Quality of life research in cancer clinical trials: A need for common rules and language. In: Tchekmedyian N.S., Cella D.F., eds. *Quality of life in oncology practice and research*. Williston Park, NY: Dominus Publishing Company

Abram, H.S., Moore, G.L., Westervelt, B.S. Jr. (1971). Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *American Journal of Psychiatry*, 1199-1204

Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E. Jr., Aaronson, N. K., Mosconi, P., Rasmussen, N.K., Bullinger, M., Fukuhara, S., Kaasa, S., Leplege, A., and the IQOLA Project Group (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 13, 283-298

Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis, *Diabetes Care*, 24, 1069–1078

Anees, M., Hameed, F., Mumtaz, A., Ibrahim, M., Saeed Khan, M.N. (2011). Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on haemodialysis. *Iran Journal of Kidney Disease*, 5(1), 9-14.

Apostolou, T., Hutchinson, A.J., Boulton, A.J., et al. (2007). Quality of life in CAPD, transplant and chronic renal failure in patients with diabetes. *Renal Failure*, 29, 189–197

Arvanitakis, Z., Wilson, R.S., Bienias, J.L., Evans, D.A., Bennett, D.A. (2004). Diabetes mellitus and risk of Alzheimer disease and decline in cognitive function. *Archives of Neurology*, 61, 661-666

Baer, L. & Blais, M.A., eds. Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health. Humana Press

Barrett, K.E., Barman, S.M., Boitano, S., Brooks, H.L. (2010). Ganong's Review of Medical Physiology, 23rd. McGraw Hill Companies Inψ

Bergner, M., Bobbit, R.A., Carter, W.B., Gilson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final version of a health measure. *Medical Care*, 19, 787-805

Berlin, I., Bisserbe, J., Eiber, R., et al. (1997). Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycemic control in type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 20, 176-178

Biennu, O., Eaton, W. (1988). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28, 1129-1136

Black, S.A., Markides, K.S., Ray, L.A. (2003). Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26, 2822-2828

Boini, S., Briançon, S., Guillemin, F., Galan, P., Hercberg, S. (2006). Occurrence of coronary artery disease has an adverse impact on health-related quality of life: a longitudinal controlled study. *International Journal of Cardiology*, 113, 215-222

Bowling A. (1995). Measuring Disease. Buckingham, Open University Press

Boyle, S., Allan, C., Millar, K. (2004). Cognitive-behavioural interventions in a patient with an anxiety disorder related to diabetes. *Behavioral Research and Therapy*, 42, 357-366

Bradley, C. (2001). Importance of differentiating health status from quality of life. *Lancet*, 11, 7-8

Brands, A.M., Kessels, R.P., Hoogma, R.P., Henselmans, J.M., van der Beek Boter, J.W., Kappelle, L.J., de Haan, E.H., Biessels, G.J. (2006). Cognitive performance, psychological well-being, and brain magnetic resonance imaging in older patients with type 1 diabetes. *Diabetes*, 55, 1800-1806

Brownlee, M. (2001). Biochemistry and molecular cell biology of diabetic complications. *Nature*, 414(6865), 813–820

Brunner, E.J., Shipley, M.J., Witte, D.R., Fuller, J.H., Marmot, M.G. (2006). Relation between blood glucose and coronary mortality over 33 years in the Whitehall Study. *Diabetes Care*, 29(1), 26–31

Bryden, K.S., Dunger, D.B., Mayou, R.A., Peveler, R.C., Neil, H.A. (2003). Poor prognosis of young adults with type 1 diabetes: a longitudinal study. *Diabetes Care*, 26, 1052–1057

Burns, A., Lawlor, B., Craig, S. (2004). Assessment scales in old age psychiatry, 2nd edition. London, New York: Martin Dunitz

Butler, J. (2007). Renal disease. In: Lloyd, G.G., Guthrie, E., eds. Handbook of Liaison Psychiatry, 1st edition. Cambridge University Press, 506-526

Cagney, K.A., Wu, A.W., Fink, N.E., et al. (2000). Formal literature review of quality of life instruments used in end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Disease*, 36, 327-336

Cao, J.J., Barzilay, J.L., Peterson, D., Manolio, T.A., Psaty, B.M., Kuller, L., Wexler, J., Bleyer, A.J., Cushman, M. (2006). The association of microalbuminuria is a risk factor for cerebral small vessel disease and subclinical atherosclerosis in the elderly: the Cardiovascular Health Study. *Atherosclerosis*, 187, 372-377.

Cardenas, D.D., Kutner, N.G. (1982). The problem of fatigue in dialysis patients. *Nephron*, 30(4), 336–340

Centorrino, F., Mark, T.L., Talamo, A., Oh, K., Chang, J. (2009). Health and economic burden of metabolic comorbidity among individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29, 595–600

Chang, W.K., Hung, K.Y., Huang, J.W., Wu, K.D., Tsai, T.J. (2001). Chronic fatigue in long-term peritoneal dialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 21(6), 479–485

Chilcot, J., Wellsted, D., Da Silva-Gane, M., et al. (2008). Depression on dialysis. *Nephron Clinical Practice*, 108, c256-c264

Christensen, A.J., Ehlers, S.L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioural medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-24

Cohen, S.D., Kimmel, P.L. (2007). Nutritional status, psychosocial issues and survival in hemodialysis patients. *Contribution on Nephrology*, 155, 1-17

Creed, F., Morgan, R., Fiddler, M., et al. (2002). Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics*, 43, 302-309

Danaei, G., Finucane, M.M., Lu, Y., Singh, G.M., Cowan, M.J., Paciorek, C.J., Lin, J.K., Farzadfar, F., Khang, Y.H., Stevens, G.A., Rao, M., Ali, M.K., Riley, L.M., Robinson, C.A., Ezzati, M. for Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Glucose) (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*, 378(9785), 31–40

Das-Munshi, J., Stewart, R., Ismail, K., Bebbington, P.E., Jenkins, R., Prince, M.J. (2007). Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosom Med*, 69, 543–550

DECODE Study Group. (1999). European Diabetes Epidemiology Group. Diabetes Epidemiology: Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe (DECODE). Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. *Lancet*, 354(9179), 617–621

de Bruin, A.F., Buys, M., de Witte, L.P., Diederiks, J.P. (1994). The sickness impact profile: SIP68, a short generic version. First evaluation of the reliability and reproducibility. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(8): 863-871

de Groot, M., Anderson, R., Freedland, K.E., et al. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630

Demura, S. & Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age groups. *Journal of Physiology and Anthropology Applied Human Sciences*, 22, 159-166

DeOreo, P.B. (1997). Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *American Journal of Kidney Diseases*, 30, 204-212

Diaz-Buxo, J.A., Lowrie, E.G., Lew, N.L., Zhang, H., Lazarus, J.M. (2000). Quality-of-life evaluation using Short Form 36: Comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 35, 293-300

Dickens, C.M., McGowan, L., Percival, C., et al. (2006). Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction. *British Journal of Psychiatry*, 189, 367-372

Eaton, W., Mengel, M., Mengel, L., et al. (1992). Psychosocial and psychopathologic influences on management and control of insulin-dependent diabetes. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 22, 105-117

El Achhab, Y., Nejjari, C., Chikri, M., Lyoussi, B. (2008). Disease-specific health-related quality of life instruments among adults diabetic: a systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 11, 171-184

Evans, R.W., Manninen, D.L., Garrison, L.P., Jr., Hart, L.G., Blagg, C.R., Gutman, R.A., Hull, A.R., Lowrie, E.G. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*, 312, 553-559

Fabrazzo, M., De Santo, M.R. (2006). Depression in chronic kidney disease. *Seminars on Nephrology*, 26, 56-60

Fallowfield, L. (2000). Clinical trials to real life: The relevance of quality of life. *International Journal of Pharmacology & Medicine*, 14, 82-84

Fallowfield, L. (2009). What is quality of life? What is ...? series, 2nd edition. Sanofi-Aventis, 1-8

Fayers, P.M., Machin, D. (2006). Quality of Life. Assessment. Analysis and Interpretation. New York: Wiley & Sons

Fazekas, G., Fazekas, F., Schmidt, R., Kapeller, P., Offenbacher, H., Krejs, G.J. (1995). Brain MRI findings and cognitive impairment in patients undergoing chronic hemodialysis treatment. *Journal of Neurological Science*, 134, 83-88

Fekete, E., Antoni, M., Schneiderman, N. (2007). Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions. *Current Opinions on Psychiatry*, 14, 152–157

Feroze, U., Noori, N., Kovesdy, C.B., Molnar, M.Z., Martin, D.J., Reina-Patton, A., Benner, D., Bross, R., Norris, K.C., Kopple, J.D., Kalantar-Zadeh, K. (2011). Quality-of-Life and Mortality in Hemodialysis Patients: Roles of Race and Nutritional Status. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 6, 1100–1111

Fricchione, G., Howanitz, E., Jandorf, L., Kroessler, D., Zervas, I., Woznicki, R.M. (1992). Psychological adjustment to end-stage renal disease and the implications of denial. *Psychosomatics*, 33, 85-91

Fried, L.P. (2000). Epidemiology of aging. *Epidemiol Rev*, 22, 95-106

Friend, R., Hatchett, L., Wadhwa, N.K., Such, H. (1997). Serum albumin and depression in end-stage renal disease. *Advances in Peritoneal Dialysis*, 13, 155-177

Fukuhara, S., Lopes, A.A., Bragg-Gresham, J.L., Kurokawa, K., Mapes, D.L., Akizawa, T., Bommer, J., Canaud, B.J., Port, F.K., Held, P.J. for the Worldwide Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (2003). Health-related quality of life among dialysis patients on three

continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney International*, 64, 1903-1910

Funk, J.L. (2006). Disorders of the endocrine pancreas. In: McPhee, S.J., Ganong, W.F., eds. *Pathophysiology of disease: An introduction to clinical medicine*, 5th edition. McGraw-Hill, 513-542

Garcia-Mendoza, M., Valdes, C., Ortega, T., Rebollo, P., Ortega, F. (2006). Differences in health-related quality of life between elderly and younger patients on hemodialysis. *Journal of Nephrology*, 19, 808-818

Gilbertson, D.T., Liu, J., Xue, J.L., Louis, T.A., Solid, C.A., Ebben, J.P., Collins, A.J. (2005). Projecting the Number of Patients with End-Stage Renal Disease in the United States to the Year 2015. *Journal of American Society of Nephrology*, 16, 3736-3741

Giorgino, F., Laviola, L., Cavallo Perin, P.B., Solnica, B., Fuller, J., Chaturvedi, N. (2004). Factors associated with progression to macroalbuminuria in microalbuminuric type 1 diabetic patients: The EURODIAB Prospective Complications Study. *Diabetologia*, 47: 1020-1028.

Goldberg, D. *Detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Oxford 1972.

Goldney, R.D., Phillips, P.J., Fisher, L.J., Wilson, D.H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care*, 27, 1066–1070

Gonzalez, J.S., Safren, S.A., Cagliero, E., Wexler, D.J., Delahanty, L., Wittenberg, E., Blais, M.A., Meigs, J.B., Grant, R.W. (2007). Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care*, 30, 2222–2227

Green, L., Feher, M., Catalan, J. (2000). Fears and phobias in people with diabetes. *Diabetes Metabolic Research Review*, 16, 287-293

Greenstein, B. (2001). *Endocrinology at a glance*. Blackwell Science, 76-81

Gregg, E.W., Yaffe, K., Cauley, J.A., Rolka, D.B., Blackwell, T.L., Narayan, K.M., Cummings, S.R. (2000). Is diabetes associated with cognitive impairment and cognitive decline among older women? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Archives of Internal Medicine*, 160, 174–180

Grigsby, A.B., Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053–1060

Guex, P. (1994). *An introduction to psycho-oncology*. London, Routledge

Gumprecht, J., Zelobowska, K., Gosek, K., Zywiec, J., Adamski, M., Grzeszczak, W. (2010). Quality of life among diabetic and non-diabetic patients on maintenance dialysis. *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetology*, 118:205–208.

Guyatt, G.H. (1993). Measurement of heart-related quality of life in heart failure. *JACC*, 22, 185A–191A

Guyton, A.C., Hall, J.E. (2010). *Textbook of Medical Physiology*, 12th edition. Philadelphia: Saunders

Hampson, S., Glasgow, R., Toobert, D. (1990). Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. *Health Psychology*, 9, 632-646

Hampson, S., Glasgow, R., Foster, L. (1995). Personal models of diabetes among older adults: relation to self-management and other variables. *The Diabetes Educator*, 21, 300-307

Harper, P. (2000). Recent progress in improving quality of life in cancer patients. *International Journal of Pharmacology and Medicine*, 14, 85-87

Hays, R. D., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons, S-J., Amin, N., Carter, W. B., Kamberg, C. (1997). *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: A manual for use and scoring*. Santa Monica: Rand

Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T., Haak T. (2005). Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabetic Medicine*, 22, 293–300

House, J., Landis, K., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 14, 540–545

Huang, C.J., Chiu, H.C., Lee, M.H., Wang, S.Y. (2011). Prevalence and incidence of anxiety disorders in diabetic patients: a national population-based cohort study. *General Hospital of Psychiatry*, 33, 8–15

Hunt, S.M., McEwen, J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Sociol Health Illness*, 2, 231-246

Hutter, N., Schnurr, A., Baumeister, H. (2010). Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders-a systematic review. *Diabetologia*, 53, 2470–2479

Ibrahim, S., El Salamony, O. (2008). Depression, quality of life and malnutrition-inflammation scores in hemodialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 28, 784-791

Ikram, M.K., de Jong, F.J., van Dijk, E.J., Prins, N.D., Hofman, A., Breteler, M., de Jong, P. (2006). Retinal vessel diameters and cerebral small vessel disease: the Rotterdam. Scan Study. *Brain*, 129, 182-188.

Ismail, K., Peveler, R. (2007). Diabetes. In: Lloyd, G.G., Guthrie, E., eds. *Handbook of Liaison Psychiatry*, 1st edition. Cambridge: Cambridge University Press, 454-473

Jacobsson, A.M., Groot, M., Samson, J.A. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 17, 267–274

Jacobson, A., de Groot, M., Samson, J. (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with Type 1 and Type 2 diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 6, 11-20

Jhamb, M., Weisbord, S.D., Steel, J.L., Unruh, M. (2008). Fatigue in Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Review of Definitions, Measures, and Contributing Factors. *American Journal of Kidney Disease*, 52(2), 353–365

Jofre, R., Lopez-Gomez, J.M., Moreno, F., Sanz-Guajardo, D., Valderrabano, F. (1998). Changes in quality of life after renal transplantation. *American Journal of Kidney Disease*, 32, 93–100

Jofre, R., Lopez-Gomez, J.M., Valderrabano, F. (2000). Quality of life for patient groups. *Kidney International*, 57(Suppl 74), S121–S130

Jones, C.A., Francis, M.E., Eberhardt, M.S., Chavers, B., Coresh, J., Engelgau, M., Kusek, J.W., Byrd-Holt, D., Naryan, K.M., Herman, W.H., Jones, C.P., Salive, M., Agodoa, L.Y. (2002). Microalbuminuria in the US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Kidney Diseases*, 39, 445–459

Joyce, P., Hawkes, C., Mulder, R. (1992). Elevated levels of acute phase plasma proteins in major depression. *Biology and Psychiatry*, 32, 1035-1041

Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., et al. (2002). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure: Comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87, 235–241

Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Epstein, R.S., Ferrie, P.J., Jaeschke, R., Hiller, T.K. (1992). Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax*, 47, 76–83

Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J.D., Block, G., Humphreys, M.H. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of American Society of Nephrology*, 12, 2797–2806

Kalantar-Zadeh, K., Unruh, M. (2005). Health related quality of life in patients with chronic kidney disease. *International Urology and Nephrology*, 37, 367–378

Kaplan, R.M., Bush, J.W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1, 61-80

Karnofsky, D.A., Burcehnal, J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. In: McLeod (ed) *Cancer in Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Columbia University Press, New York, 1949.

Katon, W., Von Korff, M., Ciechanowski, P., et al. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27, 914-920

Katon, W., Rutter, C., Simon, G., et al. (2005). The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diab Care*, 28(11), 2668-2672

Katon, W., Lin, E., Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E., Young, B., Peterson, D., Rutter, C., McGregor, M., McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine*, 14, 2611–2620

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. *JAMA* 1963; 185: 914-919.

Kaveh, K., Kimmel, P.L. (2001). Compliance in hemodialysis patients: Multidimensional measures in search of a gold standard. *American Journal of Kidney Disease*, 37, 244-266

Khayat, D. (2000). The many causes of quality of life deficits in cancer patients. *International Journal of Pharmacology and Medicine*, 14, 70-73

Kim, Y.I., Kim, C.H., Choi, C.S., et al. (2001). Microalbuminuria is associated with the insulin resistance syndrome independent of hypertension and type 2 diabetes in the Korean population. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 52: 145-152.

Kimmel, P.L., Weihs, K.L., Peterson, R.A. (1993). Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *Journal of American Society of Nephrology*, 4, 14-27

Kimmel, P.L., Phillips, T.M., Simmens, S.J., et al. (1998). Immunologic function and survival in hemodialysis patients. *Kidney International*, 54, 236-244

Kimmel, P.L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613

Kimmel, P.L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 951-956

Kimmel, P.L., Peterson, R.A. (2006). Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: has the time to treated arrived? *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 1, 349-352

Koolman, J., Roehm, K.H. (2005). Color Atlas of Biochemistry, 2nd edition. Stuttgart, New York: Thieme, 76, 77, 160, 161

Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D., et al. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, 20, 36-44

Kudo, M., Koyama, K., Fukunishi, I.(2003). Depression and anxiety on hemodialysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 147-178

Kung, S., Rummans, T.A., Colligan, R.C., Clark, M.M., Sloan, J.A., Novotny, P.J., Huntington, J.L. (2006). Association of optimism pessimism with quality of life in patients with head and neck and thyroid cancers. *Mayo Clinic Proceedings*, 81, 1545-1552

Kurella, M., Chertow, G.M., Luan, J., et al. (2004). Cognitive impairment in chronic kidney disease. *Journal of American Geriatric Society*, 52, 1863-1869.

Kurella, M., Mapes, D.L., Port, F.K., Chertow, G.M. (2006). Correlates and outcomes of dementia among dialysis patients: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 21, 2543-2548.

Kusztal, M., Nowak, K., Magott-Procelewska, M., Weyde, W., Penar, J. (2003). Evaluation of health-related quality of life in dialysis patients. Personal experience using questionnaire SF-36. *Pol Merkur Lekarski*, 14, 113-117

Laupacis, A., Muirhead, N., Keown, P., Wong, C. (1992). A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. *Nephron*, 60(3), 302–306

Leigh, H. (2008). The chronic patient, palliative care settings, and the dying patient. In: Leigh, H., Streltzer, J., eds. *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Springer, 187-191

Levy, N.B. (1973). Sexual adjustment to maintenance hemodialysis and transplantation: national survey by questionnaire: preliminary report. *Trans Am Soc Artificial Internal Organs*, 19, 138-142

Levy, N.B. (1977). Psychological studies of the Downstate Medical Centre of patients on haemodialysis. *Medical Clinic of North America*, 61, 759-769

Levy, N.B. (1981). Psychological reaction to machine dependency. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(2), 351-363

Levy, N.B., Mirot, A. (2008). The dialysis and kidney transplant patient. In: Leigh, H., Streltzer, J., eds. *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Springer, 205-220

Li, R., Bilik, D., Brown, M.B., Zhang, P., Ettner, S.L., Ackermann, R.T., Crosson, J.C., Herman, W.H. (2013). Medical costs associated with type 2 diabetes complications and comorbidities. *American Journal of Management Care*, 19(5), 421-430.

Lloyd, A., Sawyer, W., Hopkinson, P. (2001). Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. *Value Health*, 4, 392-400

Lloyd, G. (2007). Understanding psychological reactions to physical illness. In: Lloyd, G.G., Guthrie, E., eds. *Handbook of Liaison Psychiatry*, 1st edition. Cambridge: Cambridge University Press, 64-82

Lopes, A.A., Bragg-Gresham, J.L., Goodkin, D.A., et al. (2007). Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality of Life Research*, 16, 545-557

Lopes, G.B., Martins, M.T., Matos, C.M., et al. (2007). Comparisons of quality of life measures between women and men on hemodialysis. *Revised Association of Medicine Brasil*, 53, 506-509

Longstreth, W. Jr, Larsen, E.K., Klein, R., Wong, T.Y., Sharrett, A.R., Lefkowitz, D., Manolio, T.A. (2007). Associations between findings on cranial magnetic resonance imaging and retinal photography in the elderly: the Cardiovascular Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 165, 78-74.

Lowrie, E.G., Curtin, R.B., LePain, N., Schatell, D. (2003). Medical outcomes study short form-36: A consistent and powerful predictor of morbidity and mortality in dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 41, 1286–1292

Lucinio, J., Wong, M.L. (1999). The role of inflammatory markers in the biology of major depression. *Molecular Psychiatry*, 4, 317-327

Lullmann, H., Mohr, K., Ziegler, A., Bieger, D. (2000). Color Atlas of Pharmacology, 2nd edition. Stuttgart, New York: Thieme, 258-263

Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, E.R., et al. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus: relationship to symptoms and glucose control. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 736-742

Lustman, P., Harper, G. (1987). Non psychiatric physicians' identification and treatment of depression in patients with diabetes. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 22-27

Lustman, P., Griffith, L., Clouse, R. (1988). Depression in adults with diabetes: results of a 5-year follow-up study. *Diabetes Care*, 11, 605-612

Lustman, P., Griffith, L., Freedland, K., Clouse, R.E. (1997). The course of major depression in diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 19, 138-143

Lustman, P.J., Freedland, K.E., Griffith, L.S., Clouse, R.E. (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 23, 618-623

Lustman, P.J., Anderson, R.J., Freedland, K.E., de Groot, M., Carney, R.M., Clouse, R.E. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934-942

Maguire, P., Haddad, P. (1996). Psychological reactions to physical illness. In: Guthrie, E., Creed, F., eds. *Seminars in Liaison Psychiatry*. London: Royal College of Psychiatrists, 157-191

Magwood, G.S., Zapka, J., Jenkins, C. (2008). A review of systematic reviews evaluating diabetes interventions - focus on quality of life and disparities. *Diabetes Education*, 11, 242-265

Mapes, D.L., Lopes, A.A., Satayathum, S., McCullough, K.P., Goodkin, D.A., Locatelli, F., Fukuhara, S., Young, E.W., Kurokawa, K., Saito, A., Bommer, J., Wolfe, R.A., Held, P.J., Port, F.K. (2003). Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International*, 64, 339-349

Martin, C.R., Thompson, D.R. (2001). Does dialysis adequacy impact on the quality of life of end-stage renal disease patients? *Clinical Effective Nursing*, 5, 57-65

Martinez-Castelao, A., Gorriz, J.L., Garcia-Lopez, F., Lopez-Revuelta, K., De, A.F., Cruzado, J.M. (2004). Perceived health-related quality of life and comorbidity in diabetic patients starting dialysis (CALVIDIA study). *Journal of Nephrology* 17, 544-551.

Martins, M.R., Cesarino, C.B. (2005). Quality of life in chronic kidney failure patients receiving hemodialysis treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*, 13, 670-676

Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442

McGill, J.B. (2010). Diabetes mellitus and related disorders. In: Foster, C., Mistry, N.F., Peddi, P.F., Sharma, S., eds. *The Washington Manual of Medical Therapeutics*, 33rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins

Melzack, R., Torgerson, W.S. (1971). On the language of pain. *Anaesthesiology*, 34, 50-59

Merkus, M.P., Jager, K.J., Dekker, F.W., Boeschoten, E.W., Stevens, P., Krediet, R.T. (1997). Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group. *American Journal Kidney Diseases*, 29, 584-592

Merkus, M.P., Jager, K.J., Dekker, F.W., et al. (1999). Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: Results of the Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis (NECO-SAD). *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 14, 1163–1170

Merkus, M.P., Jager, K.J., Dekker, F.W., de Haan, R.J., Boeschoten, E.W., Krediet, R.T. (2000). Predictors of poor outcome in chronic dialysis patients: the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. The NECOSAD Study Group. *American Journal of Kidney Diseases*, 35, 69–79

Messier, C. (2005). Impact of impaired glucose tolerance and type 2 diabetes on cognitive aging. *Neurobiology of Aging*, 26(Suppl 1), 26–30

Mesthus, T.B.H., Preljevic, V.T., Leivestad, T., Sandvik, L., Nordhus, I.H., Dammen, T., Os, I. (2012). Mortality and health-related quality of life in prevalent dialysis patients: Comparison between 12-items and 36-items Short-Form Health Survey. *Health Quality of Life Outcomes*, 10(1), 46

Mezuk, B., Eaton, W.W., Albrecht, S., Golden, S.H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31, 2383–2390

- Miles, W.R., Root, H.F. (1922). Psychologic tests applied to diabetic patients. *Archives of Internal Medicine*, 30, 767–777
- Miller, G.E., Cohen, S., Herbert, T.B. (1999). Pathways linking major depression and immunity in ambulatory female patients. *Psychosomatic Medicine*, 61, 850-860
- Mingardi, G., Cornalba, L., Cortinovis, E., Ruggiata, R., Mosconi, P., Apolone, G. (1999). Health-related quality of life in dialysis patients: a report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*, 14, 1503-1510
- Mollema, E.D., Snoek, F.J., Pouwer, F., et al. (2000). Diabetes fear of injecting and self-testing questionnaire. *Diabetes Care*, 23, 765-769
- Mollema, E., Snoek, F., Ader, H., et al. (2001). Insulin-treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self testing. Psychological comorbidity and general well-being. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 51, 665-672
- Moreno, F., Lopez-Gomez, J.M., Sanz-Guajardo, D., et al. (1996). Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*, 11(Suppl 2), S125–S129
- Morrish, N.J., Wang, S.L., Stevens, L.K., Fuller, J.H., Keen, H. (2001). Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. *Diabetologia*, 44 (Suppl 2), S14–S21
- Morrow, G.R., Chiarello, R.J., Derogatis, L.R. (1978). A new scale for assessing patient's psychological adjustment to medical illness. *Psychology of Medicine*, 8, 605-610
- Munshi, M., Grande, L., Hayes, M., Ayres, D., Suhl, E., Capelson, R., Lin, S., Milberg, W., Weinger, K. (2006). Cognitive dysfunction is associated with poor diabetes control in older adults. *Diabetes Care*, 29, 1794–1799
- Murray, A.M., Tupper, D.E., Knopman, D.S., et al. (2006). Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. *Neurology*, 67, 216-223

Murray, A.M. (2008). Cognitive impairment in the aging dialysis and chronic kidney disease populations: an occult burden. *Advances of Chronic Kidney Diseases*, 15, 123-132

Murtagh, F.E., Addington-Hall, J., Higginson, I.J. (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Advances of Chronic Kidney Diseases*, 14(1), 82–99

Nathan, D.M., Cleary, P.A., Backlund, J.Y., Genuth, S.M., Lachin, J.M., Orchard, T.J., Raskin, P., Zinman, B. (2005). Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 353, 2643–2653

O’Callaghan, C., Brenner, B.M. (2000). *The Kidney at a glance*. Oxford: Blackwell Science, 92-99

O’Donnell, K., Chung, Y. (1997). The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychotherapy of Psychosomatic*, 66, 38-43

Osthus, T., der Lippe, N., Ribu, L., Rustoen, T., Leivestad, T., Dammen, T., Os, I. (2012). Health-related quality of life and all-cause mortality in patients with diabetes on dialysis. *BMC Nephrology*, 13, 78-87.

Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., van Dam, R.M., Franco, O.H., Manson, J.E., et al. (2010). Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women. *Archives of Internal Medicine*, 170, 1884–1891

Panagiotakos, D.B., Pitsavos, C., Skoumas, Y., Lentzas, Y., Stefanadis, C. (2008). Five-year incidence of type 2 diabetes mellitus among cardiovascular disease-free Greek adults: Findings from the ATTICA study. *Vascular Health Risk Management*, 4(3), 691–698

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14, 1433-1438

Parfrey, P.S., Vavasour, H.M., Henry, S., Bullock, M., Gault, M.H. (1988). Clinical features and severity of nonspecific symptoms in dialysis patients. *Nephron*, 50(2), 121–128

Patrick, D.L., Erickson, P. (1993). Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press

Pereira, A.A., Weiner, D.E., Scott, T., Sarnak, M.J. (2005). Cognitive function in dialysis patients. *American Journal of Kidney Disease*, 45, 448-462.

Perlmutter, L.C., Hakami, M.K., Hodgson-Harrington, C., Ginsberg, J., Katz, J., Singer, D.E., Nathan, D.M. (1984). Decreased cognitive function in aging non-insulin-dependent diabetic patients. *American Journal of Medicine*, 77, 1043–1048

Phipps, A., Turkington, D. (2001). Psychiatry in the renal unit. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 426-432

Piehlmeier, W., Bullinger, M., Nusser, J., König, A., Illner, W-D., Abendroth, D., Land, W., Landgraf, R. (1991). Quality of life in type 1 (insulin-dependent) diabetic patients prior to and after pancreas and kidney transplantation in relation to organ function. *Diabetologia*, 34 (suppl 1), S150-S157

Pitsavos, C., Panagiotakos, D.B., Chrysohoou, C., Stefanadis, C. (2003). Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the Attica study. *BMC Public Health*, 3, 32-40.

Popkin, M.K., Callies, A.L., Lentz, R.D., et al. (1988). Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry*, 45, 64-68

Prince, M., Harwood, H., Mann, T. (1998). A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression: the Gospel Oak Project VII. *Psychology of Medicine*, 28, 334-350

Reaven, G.M., Thompson, L.W., Nahum, D., Haskins, E. (1990). Relationship between hyperglycemia and cognitive function in older NIDDM patients. *Diabetes Care*, 13, 16–21

Reeves, W.B., Andreoli, T.E. (2000). Transforming growth factor beta contributes to progressive diabetic nephropathy. *Proc Natl Acad Sci USA*, 5, 97(14), 7667–7669

Reichsman, F., Levy, N.B. (1972). Adaptation to hemodialysis: a four-year study of 25 patients. *Archives of Internal Medicine*, 138, 859-865

Roglic, G., Unwin, N., Bennett, P.H., Mathers, C., Tuomilehto, J., Nag, S., et al. (2000). The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care*, 28(9), 2130–2135

Roy, C., Andrews, H. (1999). *The Roy Adaptation Model*. 2. Stamford, CT: Appleton & Lange

Rubin, R.R., Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 457-478

Ryan, C.M., Williams, T.M., Finegold, D.N., Orchard, T.J. (1993). Cognitive dysfunction in adults with type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus of long duration: effects of recurrent hypoglycaemia and other chronic complications. *Diabetologia*, 36, 329–334

Ryan, C.M., Geckle, M.O., Orchard, T.J. (2003). Cognitive efficiency declines over time in adults with type 1 diabetes: effects of micro- and macrovascular complications. *Diabetologia*, 46, 940–948

Saban, K.L., Stroupe, K.T., Bryant, F.B., Reda, D.J., Browning, M.M., Hynes, D.M. (2008). Comparison of health-related quality of life measures for chronic renal failure: quality of well-being scale, shortform-6D, and the kidney disease quality of life instrument. *Quality of Life Research*, 17, 1103-1115

Salmons, P.H. (1980). Psychosocial aspects of chronic renal failure. *Br J Hosp Med*, 23, 617-621

Santos, P.R. (2006). Relationship between gender and age with quality of life in chronic hemodialysis patients. *Revised Association of Medical Brasil*, 52, 356-359

Sarafidis PA, Nilsson PM. (2006). The metabolic syndrome: A glance at its history. *Journal of Hypertension*, 24: 621-626.

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B., Belik, S., Clara, I., Stein, M. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 14, 2109–2116

Sattar, N., Gaw, A., Scherbakova, O., Ford, I., O'Reilly, D., Haffner, S.M., Isles, C., McFarlane, P., Packard, C., Cobbe, S., Shepherd, J. (2003). Metabolic syndrome with and without C-reactive protein as a predictor of coronary heart disease and diabetes in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation*, 108(4), 414–419

Schipper, H. (1991). Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. In: Tchekmedyian, N.S., Cella, D.F., eds. *Quality of life in oncology practice and research*. Williston Park, NY: Dominus Publishing Company

Schipper, H., Clinch, J.J., Olweny, C.L.M. (1996). Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 11-24

Schlebusch, L. (1986). Medical psychology and psychonephrology: contributions of clinical psychology. *South Africa Journal of Psychology*, 16, 47-56

Seica, A., Segall, L., Verzan, C., Vaduva, N., Madincea, M., Rusoiu, S., Cristea, S., Stefano, M., Serbanescu, D., Morosanu, P., Grajdeanu, L., Andronache, R., Nachita, M., Dragos, D., Dronca, A., Gusbeth-Tatomir, P., Mircescu, G., Covic, A. (2009). Factors affecting the quality of life of hemodialysis patients from Romania: a multicentric study. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*, 24, 626-629

Silbernagl, S., Lang, F. (2000). *Color Atlas of Pathophysiology*. Stuttgart, New York: Thieme, 286-291

Silbernagl, S., Despopoulos, A. (2009). *Color atlas of physiology*, 6th edition. Stuttgart, New York: Thieme, 275, 284, 286, 287

Simon, G., Ormel, J., VonKorff, M., et al. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 152, 352-357

Sørensen, V.R., Mathiesen, T., Watt, J.B. (2007). Diabetic patients treated with dialysis: complications and quality of life. *Diabetologia*, 50, 2254–2262

Sprangers, M.A., de Regt, E.B., Andries, F., van Agt, H.M., Bijl, R.V., de Boer, J.B., et al. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907

Standards of Medical Care in Diabetes—2012. (2012). *Diabetes Care*, 35(Suppl 1), S11–S63.

Stone, P., Richards, M., Hardy, J. (1998). Fatigue in patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 34(11), 1670–1676

Stratton, I.M., Adler, A.I., Neil, H.A., et al. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*, 321(7258), 405–412

Sundaram, M., Kavookjian, J., Patrick, J.H. (2009). Health-related quality of life and quality of life in type 2 diabetes: relationships in a cross-sectional study. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 11, 121–133

Sureshkumar, K.K., Patel, B.M., Markatos, A., Nghiem, D.D., Marcus, R.J. (2006). Quality of life after organ transplantation in type 1 diabetics with end-stage renal disease. *Clinical Transplantation*, 20, 19-25

Tentolouris, N., Andrianakos, A., Karanikolas, G., Karamitsos, D., Trontzas, P., Krachtis, P., et al. (2009). Prevalence of diabetes mellitus and obesity in the general adult population of Greece: a door-to-door epidemiological study. *Diabetes Medicine*, 26(4), 451-452

Tentori, F., & Mapes, D. (2010). Health-related quality of life and depression among participants in the DOPPS: predictors and associations with clinical outcomes. *Seminars in Dialysis*, 23(1), 14-16.

The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329, 977–986

Thomas, R., Kanso, A., Sedor, J.R. (2008). Chronic kidney disease and its complications. *Primary Care*, 35, 329-344

Turner-Musa, J., Leidner, D., Simmens, S., Reiss, D., Kimmel, P., Holder, B. (1999). Family structure and patient survival in an African American end-stage renal disease population: a preliminary investigation. *Social Science Medicine*, 48, 1333-1340

Tyrer, P., Methuen, C. (2007). Rating scales in psychiatry. London: Royal College of Psychiatrists

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352, 837–853

Unruh, M., Benz, R., Greene, T., et al. (2004). Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO Study. *Kidney International*, 66(1), 355–366

Unruh, M.L., Weisbord, S.D., Kimmel, P.L. (2005). Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Seminars on Dialysis*, 18, 82-90

US Renal Data System (2013). USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, MD, National Institute of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases

Valmadrid, C.T., Klein, R., Moss, S.E., Klein, B.E. (2000). The risk of cardiovascular disease mortality associated with microalbuminuria and gross proteinuria in persons with older-onset diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1093–1100

Vazquez, I., Valderrabano, F., Fort, I., et al. (2004). Differences in health-related quality of life between male and female hemodialysis patients. *Nefrologia*, 24, 167-178

Visser, C. L., Bibo, H. J., Groenier, K.H., de Visser, W., Jong Meyboom, B. (2002). The influence of cardiovascular disease on quality of life in type 2 diabetics. *Quality of Life Research*, 11, 249-261

Wahid, A., Bokhari, S.A.H., Butt, S., Ali Khan, A. (2014). Quality of life in diabetic and non diabetic patients on hemodialysis therapy. *Journal of Diabetes and Endocrinology*, 5(2), 9-18

Waldstein, S.R., Elias, M.F. (2003). Introduction to the special section on health and cognitive function. *Health Psychology*, 22, 555-558

Ware, J.E., Jr., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I: conceptual framework and item selection. *Medicine Care*, 30, 473-483

Ware JE. The SF-3 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Centre, Boston, 1993

Ware, J. E. Jr. (2000). SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*, 15;25(24), 3130-3139

Ware, J. E. Jr, Bjorner, J. B., Kosinski, M. (2000). Practical implications of item response theory and computerized adaptive testing: a brief summary of ongoing studies of widely used headache impact scales. *Medicine Care*, 38(9 Suppl):II,73-82

Ware, J. E., Kosinski, M. (2001). Interpreting SF-36 summary health measures: a response. *Quality of Life Research*, 10(5), 405-13

Weinger, K., Jacobson, A.M., Musen, G., Lyoo, I.K., Ryan, C.M., Jimerson, D.C., Renshaw, P.F. (2008). The effects of type 1 diabetes on cerebral white matter. *Diabetologia*, 51, 417-425

Weisbord, S.D., Fried, L.F., Arnold, R.M., et al. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J American Society of Nephrology*, 16(8), 2487–2494

Weisbord, S.D., Fried, L.F., Mor, M.K., et al. (2007). Renal provider recognition of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 2(5), 960–967

Wessels, A.M., Rombouts, S.A., Remijnse, P.L., Boom, Y., Scheltens, P., Barkhof, F., Heine, R.J., Snoek, F.J. (2007). Cognitive performance in type 1 diabetes patients is associated with cerebral white matter volume. *Diabetologia*, 20, 1763–1769

Wight, J.P., Edwards, L., Brazier, J., Walters, S., Payne, J.N., Brown, C.B. (1998). The SF36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. *Quality of Health Care*, 7, 209-221

Wild, S., Roglic, J., Greeba, A., Sicree, R., King, H. (2004). Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, 1047–1053

Wilson, I.B., Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273, 59-65

World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva

World Health Organization. (1993). Rehabilitation after cardiovascular diseases with special emphasis on developing countries: Report of a WHO expert committee. Geneva, WHO Technical Report, Series 831

World Health Organization. (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, World Health Organization

World Health Organization. (2005). Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: Data sources, methods and results. Colin DM, Dejan L. Evidence and Information for Policy Working Paper. World Health Organization

World Health Organization. (2009). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization

World Health Organization. (2011). Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization

World Health Organization. (2012). Global data on visual impairments 2010. Geneva, World Health Organization

World Health Organization. (2013). Fact Sheet no 312

Yu, Y., Suo, L., Yu, H., Wang, C., Tang, H. (2004). Insulin resistance and endothelial dysfunction in type 2 diabetes patients with or without microalbuminuria. *Diabetes Research of Clinical Practice* ,65, 95-104.

Yatan, P., S., B. (2011). Diabetes and psychiatric disorders. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15(4), 274-283

Yfantopoulos, J. (2001a). Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 114-130

Yfantopoulos, J. (2001b). The “social” quality of life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 108-113

Yfantopoulos, J. (2008). Measuring of quality and the European health model. *Archives of Hellenic medicine*, 25(suppl. 1), 1-7

Yokoyama, H., Kawai, K., Kobayashi, M., on behalf of the Japan Diabetes clinical data management study group. Microalbuminaria is common in Japanese type 2 diabetic patients:

A nationwide survey from the Japanese Diabetes Clinical Data Management Study Group (JDDM 10) (2007). *Diabetes Care*, 30, 989-992.

Zhang, X., Norris, S., Gregg, E., et al. (2005). Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes. *Am J Epidemiol*, 161(7), 652-660

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

ΑΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

"Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη"

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

Αρχικά Ονοματεπώνυμου:

Έχω ενημερωθεί προφορικά για τους σκοπούς και τους στόχους της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας και δέχομαι να συμμετάσχω σε αυτή με τη συμπλήρωση ΑΝΩΝΥΜΟΥ ερωτηματολογίου.

Τα προσωπικά μου στοιχεία ΔΕΝ θα κοινοποιηθούν και οι ατομικές απαντήσεις μου στο ερωτηματολόγιο ΔΕΝ θα δημοσιευθούν επώνυμα και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν μόνο στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ημερομηνία/....../.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚDQOL-SF

Η Υγεία σας - και - η Κατάστασή σας

Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF™)

Αυτή η έρευνα σας ρωτά για τις απόψεις σας για την υγεία σας. Αυτές οι πληροφορίες θα μας βοηθήσουν να δούμε πώς αισθάνεσθε και πόσο καλά είστε ικανοί να κάνετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες.



Σας παρακαλούμε ν'απαντήσετε σ'αυτές τις ερωτήσεις!

Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™)
Greek Version 1.2
Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona.

SF-36 Health Survey
Copyright © 1992 Medical Outcomes Trust. All rights reserved.
(SF-36 Greek Version 1.0)

Η εισαγωγική δήλωση στο εξώφυλλο έχει αντιγραφεί με άδεια από την SF-36 Health Survey [Ερωτηματολόγιο Υγείας].
Πνευματικά δικαιώματα 1992 από την Medical Outcomes Trust.

Μελέτη Ποιότητας Ζωής Για Ασθενείς Που Πάσχουν από ασθένεια των νεφρών

Ποιος είναι ο σκοπός αυτής της μελέτης;

Αυτή η μελέτη πραγματοποιείται σε συνεργασία με τους γιατρούς και τους (τις) ασθενείς τους. Ο σκοπός είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από ασθένεια των νεφρών.

Τι θα μου ζητηθεί να κάνω;

Γι' αυτή τη μελέτη, θέλουμε να συμπληρώσετε μια έρευνα σήμερα σχετικά με την υγεία σας, πώς νιώθετε και το ιστορικό σας.

Εμπιστευτικότητα των πληροφοριών;

Δε ζητάμε τ' όνομά σας. Οι απαντήσεις σας θα συνδυαστούν μ' αυτές άλλων συμμετεχόντων στην αναφορά των ευρημάτων της μελέτης. Κάθε πληροφορία που θα επέτρεπε την αναγνώρισή σας, θα θεωρείται αυστηρά εμπιστευτική. Εκτός αυτού, όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της μελέτης και δε θα εκδοθούν για οποιοδήποτε άλλο σκοπό χωρίς την προηγούμενη συγκατάθεσή σας.

Με ποιο τρόπο θα με ωφελήσει η συμμετοχή μου;

Οι πληροφορίες που παρέχετε θα μας ενημερώσουν για το πως νιώθετε σχετικά με τη φροντίδα που σας παρέχεται και θα μας δώσουν περαιτέρω κατανόηση σχετικά με τ' αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας για την υγεία των ασθενών. Αυτές οι πληροφορίες θα βοηθήσουν στην αποτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας.

Χρειάζεται να συμμετέχω;

Δεν είναι ανάγκη να συμπληρώσετε την έρευνα και μπορείτε να αρνηθείτε να απαντήσετε όποια ερώτηση θέλετε. Η απόφασή σας να συμμετέχετε δεν πρόκειται να επηρεάσει την ευκαιρία να λάβετε φροντίδα.

ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

A/a

Φύλο: Άνδρας (1) Γυναίκα (2)

Ηλικία: ετών

Ημερομηνία ένταξης: **Μήνες αιμοκάθαρσης :**

Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I: ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (2)

Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II: ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (2)

Η διάγνωση του Διαβήτη έγινε χρόνια πριν την ένταξη

Τι παίρνετε τώρα για τον Διαβήτη: Αντιδιαβητικά χάπια (1) Ινσουλίνη(2)

Αντιδιαβητικά δισκία & ινσουλίνη (3)

Τι παίρνατε πριν την Αιμοκάθαρση: Αντιδιαβητικά δισκία (1) Ινσουλίνη (2)

Αντιδιαβητικά δισκία & ινσουλίνη (3)

Έχετε : ΦΙΣΤΟΥΛΑ (1) ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ (2)

ΜΟΣΧΕΥΜΑ (3) ΜΟΝΙΜΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ (4)

Πόσα χάπια παίρνετε την ημέρα: κάτω από 5 χάπια (1) 5-10 χάπια (2)

πάνω από 10 χάπια (3)

Κάνετε Περιτοναϊκή Κάθαρση πριν την Αιμοκάθαρση: ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (2)

Αν ΝΑΙ: χρόνια

Η Υγεία σας

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: [Σημειώστε X ☒ στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. **Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει** σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; [Σημειώστε Χ ☒ στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
▼	▼	▼

- α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η δραστηριότητες δύσκολων αθλημάτων 1..... 2..... 3
- β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία 1..... 2..... 3
- γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά..... 1..... 2..... 3
- δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες..... 1..... 2..... 3
- ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα..... 1..... 2..... 3
- στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο..... 1..... 2..... 3
- ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο..... 1..... 2..... 3
- η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα..... 1..... 2..... 3
- θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα..... 1..... 2..... 3
- ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε..... 1..... 2..... 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Nαι	Όχι
▼	▼

- α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες 1 2
- β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε 1 2
- γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς η τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας 1 2
- δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας 1 2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Nαι	Όχι
▼	▼

- α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες 1 2
- β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε 1 2
- γ. Δεν κανατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως 1 2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποίο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες:

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε.
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα . . .

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο	Σημαντικό	Μερικές	Μικρό	Καθόλου
	διάστημα	διάστημα	φορές	διάστημα	λου
▼	▼	▼	▼	▼	▼

- α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια; 1 2 3 4 5 6
- β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;..... 1 2 3 4 5 6
- γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; 1 2 3 4 5 6
- δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη; 1 2 3 4 5 6
- ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;..... 1 2 3 4 5 6
- στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;..... 1 2 3 4 5 6
- ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση; 1 2 3 4 5 6
- η. Ησαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη; 1 2 3 4 5 6
- θ. Αισθανόσαστε κούραση; 1 2 3 4 5 6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς ψέμα
▼	▼	▼	▼	▼

- α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους 1 2 3 4 5
- β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου 1 2 3 4 5
- γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει..... 1 2 3 4 5
- δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική..... 1 2 3 4 5

Η Νεφροπάθειά σας

12. Κατά πόσο η κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις είναι αλήθεια ή ψέματα;

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
	▼	▼	▼	▼	▼

- α. Η νεφροπάθειά μου εμποδίζει τη ζωή μου σε υπερβολικό βαθμό..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- β. Καταναλώνω υπερβολικά πολύ χρόνο στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νεφροπάθειάς μου..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- γ. Συχνά νευριάζω στην προσπάθεια αντιμετώπισης της ασθένειάς μου..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- δ. Νιώθω πως είμαι βάρος στην οικογένειά μου..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

13. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν το πώς αισθάνεστε και το πώς τα πήγατε τις περασμένες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση επιλέξτε την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα τον τρόπο που αισθάνεστε.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο...

Καθόλου	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Συνέχεια
▼	▼	▼	▼	▼	▼

- α. Απομονωθήκατε από τους γύρω σας; 1 2 3 4 5 6
- β. Αντιδράσατε με καθυστέρηση σε λόγια ή πράξεις των γύρω σας; 1 2 3 4 5 6
- γ. Συμπεριφερθήκατε στους γύρω σας με εκνευρισμό; 1 2 3 4 5 6
- δ. Δυσκολευθήκατε να οργανώσετε τις σκέψεις σας ή να συγκεντρωθείτε; 1 2 3 4 5 6
- ε. Είχατε καλές σχέσεις με τους γύρω σας; 1 2 3 4 5 6
- στ. Νιώσατε σαστισμένοι; 1 2 3 4 5 6

14. Τις περασμένες 4 εβδομάδες κατά πόσο ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα:

Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼

- α. Πόνους στους μύες; 1 2 3 4 5
- β. Πόνους στο στήθος; 1 2 3 4 5
- γ. Κράμπες; 1 2 3 4 5
- δ. Φαγούρα στο δέρμα; 1 2 3 4 5
- ε. Ξηρό δέρμα; 1 2 3 4 5
- στ. Λαχάνιασμα; 1 2 3 4 5
- ζ. Λιποθυμία ή ζαλάδα; 1 2 3 4 5
- η. Έλλειψη όρεξης; 1 2 3 4 5
- θ. Εξασθένηση ή υπερβολική κόπωση; 1 2 3 4 5
- ι. Μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια; 1 2 3 4 5
- ια. Ναυτία ή στομαχικές διαταραχές; 1 2 3 4 5
- ι (Μόνο για ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση)
Προβλήματα με το σημείο φλεβοκέντησης; 1 2 3 4 5
- ιγ (Μόνο για ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή αιμοδιάλυση)
Προβλήματα με τη θέση του καθετήρα σας; 1 2 3 4 5

Σελίδα 9

Οι Επιδράσεις της Νεφροπάθειας στην Καθημερινή Σας Ζωή

15. Ορισμένοι ενοχλούνται από τις επιπτώσεις της νεφροπάθειας στη καθημερινή τους ζωή ενώ άλλοι όχι. Κατά πόσο επηρεάζει αρνητικά η νεφροπάθεια τους ακόλουθους τομείς της ζωής σας;

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ	Εξαιρετικά πολύ
α. Περιορισμός υγρών;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
β. Περιορισμοί στη διατροφή;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
γ. Την ικανότητά σας να κάνετε δουλειές στο σπίτι;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
δ. Την ικανότητά σας να ταξιδεύετε;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ε. Εξάρτηση από γιατρούς και ιατρικό προσωπικό;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
στ. Άγχος ή ανησυχίες λόγω της νεφρικής ασθένειάς σας;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ζ. Τη σεξουαλική σας ζωή;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
η. Την προσωπική εμφάνισή σας;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

16. Οι δύο ακόλουθες ερωτήσεις είναι αρκετά προσωπικές και αφορούν τη σεξουαλική σας δραστηριότητα. Οι απαντήσεις σας ωστόσο είναι ιδιαίτερα σημαντικές προκειμένου να καταλάβουμε πώς επηρεάζει η νεφροπάθεια τη ζωή των ασθενών.

Κατά πόσο αποτέλεσε πρόβλημα καθένα από τα παρακάτω τις περασμένες 4 εβδομάδες:

Κανένα πρόβλημα	Μικρό πρόβλημα	Μέτριο πρόβλημα	Μεγάλο πρόβλημα	Σοβαρό πρόβλημα
▼	▼	▼	▼	▼

- α. Σεξουαλική ευχαρίστηση;..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- β. Σεξουαλική διέγερση;..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

17. Στην επόμενη ερώτηση παρακαλούμε βαθμολογήσετε τον ύπνο σας από 0 έως 10. Το 0 αντιστοιχεί σε “πολύ άσχημο” και το 10 σε “πολύ καλό”.

Αν πιστεύετε ότι ο ύπνος σας είναι ακριβώς στη μέση μεταξύ “πολύ άσχημου” (0) και “πολύ καλού” (10) τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 5. Αν πιστεύετε ότι ο ύπνος σας είναι ένα βαθμό καλύτερος από το 5, τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 6. Αν πιστεύετε πως είναι ένα βαθμό χειρότερος από το 5, τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 4 και ούτω καθεξής.

Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά; [Σημειώστε X ☒ σε ένα από τα τετράγωνα]

Πολύ άσχημος											Πολύ καλός
▼											▼
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. Τις περασμένες 4 εβδομάδες πόσο συχνά ...

Ποτέ	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Συνέχεια
▼	▼	▼	▼	▼	▼

- α. Ξυπνήσατε κατά τη διάρκεια της νύχτας και δυσκολευτήκατε να ξανακοιμηθείτε; 1 2 3 4 5 6
- β. Κοιμηθήκατε όσο χρειαζόσασταν 1 2 3 4 5 6
- γ. Δυσκολευτήκατε να κρατηθείτε ξύπνιοι κατά τη διάρκεια της ημέρας; 1 2 3 4 5 6

19. Όσον αφορά την οικογένεια και τους φίλους σας, πόσο ικανοποιημένος /η είστε με...

Πολύ δυσανεστημ ένος/η	Λίγο δυσανεστημ ένος/η	Λίγο ευχαριστημέ νος/η	Πολύ ευχαριστημέ νος/η
▼	▼	▼	▼

- α. Το χρόνο που μπορείτε να περάσετε με την οικογένεια και τους φίλους σας; 1 2 3 4
- β. Την υποστήριξη που σας προσφέρουν η οικογένεια και οι φίλοι σας; 1 2 3 4

20. Τις παρασμένες 4 εβδομάδες εργαστήκατε σε αμοιβόμενη εργασία;

Ναι	Όχι
▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

21. Η κατάσταση της υγείας σας σας εμποδίζει να εργασθείτε σε αμοιβόμενη εργασία;

Ναι	Όχι
▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

22. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;

Χείριστη (σα να πεθαίνω ή και χειρότερα)	Μεταξύ της χειρότερης και καλύτερης					Καλύτερη δυνατή				
▼					▼					▼
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ικανοποίηση με την περίθαλψη

23. Αναλογιστείτε την περίθαλψη που σας παρέχεται για την αιμοκάθαρση. Όσον αφορά το πόσο ευχαριστημένοι είστε, πώς θα περιγράφατε την φιλικότητα και το ανθρώπινο ενδιαφέρον που σας δείχνει το προσωπικό, εσάς ως άτομο;

Πολύ άσχημο	Άσχημο	Ικανοποιητικό	Καλό	Πολύ καλό	Υπέροχο	Άριστο
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. Κατά πόσο οι ακόλουθες προτάσεις είναι αλήθεια ή ψέματα;

Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
▼	▼	▼	▼	▼

- α. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με ενθαρρύνει να είμαι όσο πιο ανεξάρτητος/η γίνεται 1 2 3 4 5
- β. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με στηρίζει στην αντιμετώπιση της ασθένειάς μου 1 2 3 4 5

**Σας παρακαλούμε ν'απαντήσετε
σ'αυτές τις ερωτήσεις!**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η Υγεία σας

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: (Σημειώστε Χ στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας)

	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
ΣΔ		2,5% (n= 1)	15% (n=6)	52,5% (n=21)	30% (n=12)
Χωρίς ΣΔ		15% (n=6)	37,5% (n=15)	45% (n=18)	2,5% (n=1)

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

	Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
ΣΔ		22,5% (n=9)	52,5% (n=21)	22,5% (n=9)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ		27,5% (n=11)	55% (n=22)	15% (n=6)	2,5% (n=1)

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ΝΑΙ, πόσο ;

α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων ή δραστηριότητες δύσκολων αθλημάτων:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	70% (n=28)	27,5% (n=11)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	55% (n=22)	32,5% (n=13)	12,5% (n=5)

β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	50% (n=20)	42,5% (n=17)	7,5% (n=3)
Χωρίς ΣΔ	37,% (n=15)	30% (n=12)	32,5% (n=13)

γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	52,5% (n=21)	37,5% (n=15)	10% (n=4)
Χωρίς ΣΔ	32,5 % (n=13)	37,5% (n=15)	30% (n=12)

δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	30% (n=12)	45% (n=18)	25% (n=10)
Χωρίς ΣΔ	37,5% (n=15)	22,5% (n=9)	40% (n=16)

ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	17,5% (n=7)	32,5% (n=13)	50% (n=20)
Χωρίς ΣΔ	12,5% (n=5)	27,5% (n=11)	60% (n=24)

στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	25% (n=10)	42,5% (n=17)	32,5 (n=13)
Χωρίς ΣΔ	37,5% (n=15)	17,5% (n=7)	45% (n=18)

ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	52,5% (n=21)	27,5% (n=11)	20% (n=8)
Χωρίς ΣΔ	45% (n=18)	15% (n=6)	40% (n=16)

η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	37,5% (n=15)	32,5% (n=13)	30% (n=12)
Χωρίς ΣΔ	32,5% (n=13)	25% (n=10)	42,5% (n=17)

θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	25% (n=10)	37,5% (n=15)	37,5% (n=15)
Χωρίς ΣΔ	25% (n=10)	25% (n=10)	50% (n=20)

ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε:

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δε με περιορίζει καθόλου
ΣΔ	17,5% (n=7)	22,5% (n=9)	60% (n=24)
Χωρίς ΣΔ	12,5% (n=5)	35% (n=14)	52,5% (n=21)

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν-είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα-κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

α. Μειώσατε τον χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες:

	Ναι	Όχι
ΣΔ	55% (n=22)	45% (n=18)
Χωρίς ΣΔ	65% (n=26)	35% (n=14)

β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε:

	Ναι	Όχι
ΣΔ	72,5% (n=29)	27,5% (n= 11)
Χωρίς ΣΔ	67,5% (n=27)	32,5% (n=13)

γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων:

	Ναι	Όχι
ΣΔ	70% (n=28)	30% (n=12)
Χωρίς ΣΔ	67,5% (n=27)	32,5% (n=13)

δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας:

	Ναι	Όχι
ΣΔ	72,5% (n=29)	27,5% (n=11)
Χωρίς ΣΔ	67,5% (n=27)	32,5% (n=13)

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν-είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα-κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

α. Μειώσατε τον χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες:

	Ναι	Όχι
ΣΔ	55% (n=22)	45% (n=18)
Χωρίς ΣΔ	62,5% (n= 25)	37,5% (n=15)

β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε:

	Ναι	Όχι
ΣΔ	67,5% (n=27)	32,5% (n= 13)
Χωρίς ΣΔ	70% (n=28)	30% (n=12)

γ. Δεν κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως:

	Ναι	Όχι
ΣΔ	40% (n=16)	57,5% (n=23)
Χωρίς ΣΔ	50% (n=20)	50% (n=20)

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες:

	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
ΣΔ	25% (n=10)	22,5% (n=9)	35% (n=14)	12,5% (n=5)	5% (n=2)
Χωρίς ΣΔ	40% (n=16)	25% (n=10)	7,5% (n=3)	17,5% (n=7)	10% (n=4)

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες:

	Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ήπιο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο
ΣΔ	20% (n=8)	17,5% (n=7)	12,5% (n=5)	30% (n=12)	10% (n=4)	10% (n=4)
Χωρίς ΣΔ	37,5% (n=15)	10% (n= 4)	2,5% (n=1)	25% (n=10)	15% (n=6)	10% (n=4)

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
ΣΔ	22,5% (n=9)	25% (n=10)	20% (n=8)	10% (n=4)	22,5% (n=9)
Χωρίς ΣΔ	40% (n=16)	10% (n=4)	20% (n=8)	17,5% (n=7)	12,5% (n=5)

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	2,5% (n=1)	20% (n=8)	10% (n=4)	32,5% (n=13)	15% (n=6)	20% (n=8)
Χωρίς ΣΔ	7,5% (n=3)	27,5% (n=11)	22,5% (n=9)	20% (n=8)	12,5% (n=5)	10% (n=4)

β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	7,5% (n=3)	2,5% (n=1)	12,5% (n=5)	37,5% (n=15)	27,5% (n=11)	12,5% (n=5)
Χωρίς ΣΔ	5% (n=2)	2,5% (n=1)		27,5% (n=11)	50% (n=20)	15% (n=6)

γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	10% (n=4)	12,5% (n=5)	10% (n=4)	35% (n=14)	22,5% (n=9)	10% (n=4)
Χωρίς ΣΔ	2,5% (n=1)	15% (n=6)	5% (n=2)	17,5% (n=7)	35% (n=14)	25% (n=10)

δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	2,5% (n=1)	30% (n=12)	7,5% (n=3)	35% (n=14)	12,5% (n=5)	12,5% (n=5)
Χωρίς ΣΔ	0%	40% (n=16)	17,5% (n=7)	20% (n=8)	22,5% (n=9)	0%

ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	7,5% (n=3)	10% (n=4)	22,5% (n=9)	15% (n=6)	22,5% (n=9)	22,5% (n=9)
Χωρίς ΣΔ	10% (n=4)	25% (n=10)	20% (n=8)	7,5% (n=3)	22,5% (n=9)	15% (n=6)

στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	5% (n=2)	10% (n=4)	17,5% (n=7)	30% (n=12)	27,5% (n=11)	10% (n=4)
Χωρίς ΣΔ	0%	15% (n=6)	5% (n=2)	25% (n=10)	42,5% (n=17)	12,5% (n=5)

ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	17,5% (n=7)	10% (n=4)	25% (n=10)	25% (n=10)	20% (n=8)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	7,5% (n=3)	17,5% (n=7)	17,5% (n=7)	22,5% (n=9)	25% (n=10)	10% (n=4)

η. Είσατε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	0%	15% (n=6)	17,5% (n=7)	35% (n=14)	25% (n=10)	7,5% (n=3)
Χωρίς ΣΔ	5% (n=2)	25% (n=10)	20% (n=8)	35% (n=14)	10% (n=4)	5% (n=2)

θ. Αισθανόσαστε κούραση;

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	17,5% (n=7)	20% (n=8)	20% (n=8)	27,5% (n=11)	12,5% (n=5)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	12,5% (n=5)	15% (n=6)	27,5% (n=11)	22,5% (n=9)	22,5 (n=9)	0%

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ., επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
ΣΔ	15% (n=6)	25% (n=10)	22,5% (n=9)	22,5% (n=9)	15% (n=6)
Χωρίς ΣΔ	7,5% (n=3)	15% (n=6)	35% (n=14)	20% (n=8)	22,5% (n=9)

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους:

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
ΣΔ	32,5% (n=13)	47,5% (n=19)	17,5% (n=7)	2,5% (n=1)	0%
Χωρίς ΣΔ	27,5% (n=11)	37,5% (n=15)	17,5% (n=7)	7,5% (n=3)	10% (n=4)

β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου:

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
ΣΔ	0%	2,5% (n=1)	17,5% (n=17)	25% (n=10)	55% (n=22)
Χωρίς ΣΔ	2,5% (n=1)	7% (n=3)	25% (n=10)	22,5% (n=9)	42,5% (n=17)

γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει:

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
ΣΔ	17,5% (n=7)	35% (n=14)	45% (n=18)	2,5% (n=1)	0%
Χωρίς ΣΔ	10% (n=4)	22,5% (n=9)	62,5% (n=25)	5% (n=2)	0%

δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική:

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
ΣΔ	0%	2,5% (n=1)	2,5% (n=1)	17,5% (n=7)	77,5% (n=31)
Χωρίς ΣΔ	5% (n=2)	10% (n=4)	2,5% (n=1)	32,5% (n=13)	50% (n=20)

Η Νεφροπάθειά σας

12. Κατά πόσο η κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις είναι αλήθεια ή ψέματα;

α. Η νεφροπάθειά μου εμποδίζει τη ζωή μου σε υπερβολικό βαθμό:

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
ΣΔ	52,5% (n=21)	32,5% (n=13)	5% (n=2)	10% (n=4)	0%
Χωρίς ΣΔ	30% (n=12)	30% (n=12)	5% (n=2)	32,5% (n=13)	2,5% (n=1)

β. Καταναλώνω υπερβολικά πολύ χρόνο στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νεφροπάθειάς μου:

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
ΣΔ	27,5% (n=11)	22,5% (n=9)	15% (n= 6)	35% (n=14)	0%
Χωρίς ΣΔ	30% (n=12)	30% (n=12)	5% (n=2)	32,5% (n=13)	2,5% (n=1)

γ. Συχνά νευριάζω στην προσπάθεια αντιμετώπισης της ασθένειάς μου:

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
ΣΔ	10% (n=4)	25% (n=10)	2,5% (n=1)	55% (n=22)	7,5% (n=3)
Χωρίς ΣΔ	20% (n=8)	25% (n=10)	5% (n=2)	50% (n=20)	0%

δ. Νιώθω πως είμαι βάρος στην οικογένεια μου:

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
ΣΔ	7,5% (n=3)	10% (n=4)	15% (n=6)	20% (n=8)	47,5% (n=19)
Χωρίς ΣΔ	10% (n=4)	37,5% (n=15)	0%	40% (n=16)	12,5% (n=5)

ε. Είχατε καλές σχέσεις με τους γύρω σας;

	Καθόλου	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Συνέχεια
ΣΔ	2,5% (n=1)	0%	2,5% (n=1)	35% (n=14)	40% (n=16)	20% (n=8)
Χωρίς ΣΔ	0%	0%	0%	30% (n=12)	50% (n=20)	20% (n=8)

στ. Νιώσατε σαστισμένοι;

	Καθόλου	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Συνέχεια
ΣΔ	12,5% (n=5)	30% (n=12)	40% (n=16)	10% (n=4)	7,5% (n=3)	0%
Χωρίς ΣΔ	15% (n=6)	40% (n=16)	32,5% (n=13)	10% (n=4)	2,5% (n=1)	0%

14. Τις περασμένες 4 εβδομάδες κατά πόσο ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα:

α. Πόνους στους μυς;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	25% (n=10)	27,5% (n=11)	15% (n=6)	15% (n=6)	17,5% (n=7)
Χωρίς ΣΔ	32,5% (n=13)	20% (n=8)	25% (n=10)	15% (n=6)	7,5% (n=3)

β. Πόνους στο στήθος;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	92,5% (n=37)	5% (n=2)	2,5% (n=1)	0%	0%
Χωρίς ΣΔ	80% (n=32)	10% (n=4)	10% (n=4)	0%	0%

γ. Κράμπες;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	72,5% (n=29)	12,5% (n=5)	7,5% (n=3)	5% (n=2)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	50% (n=20)	30% (n=12)	10% (n=4)	5% (n=2)	5% (n=2)

δ. Κνησμό στο δέρμα;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	50% (n=20)	37,5% (n=15)	5% (n=2)	7,5% (n=3)	0%
Χωρίς ΣΔ	60% (n=24)	12,5% (n=5)	17,5% (n=7)	2,5% (n=1)	7,5% (n=3)

ε. Ξηρό δέρμα;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	32,5% (n=13)	47,5% (n=19)	7,5% (n=3)	10% (n=4)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	37,5% (n=15)	30% (n=12)	15% (n=6)	15% (n=6)	2,5% (n=1)

στ. Λαχάνιασμα;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	72,5% (n=29)	12,5% (n=5)	7,5% (n=3)	7,5% (n=3)	0%
Χωρίς ΣΔ	47,5% (n=19)	17,5% (n=7)	17,5% (n=7)	15% (n=6)	2,5% (n=1)

ζ. Λιποθυμία ή ζαλάδα;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	72,5% (n=29)	12,5% (n=5)	7,5% (n=3)	7,5% (n=3)	0%
Χωρίς ΣΔ	70% (n=28)	20% (n=8)	2,5% (n=1)	7,5% (n=3)	0%

η. Έλλειψη όρεξης;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	55% (n=22)	17,5% (n=7)	22,5% (n=9)	0%	5% (n=2)
Χωρίς ΣΔ	62,5% (n=25)	15% (n=6)	12,5% (n=5)	5% (n=2)	5% (n=2)

θ. Εξασθένηση ή υπερβολική κόπωση;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	12,5% (n=5)	47,5% (n=19)	5% (n=2)	22,5% (n=9)	12,5% (n=5)
Χωρίς ΣΔ	25% (n=10)	45% (n=18)	10% (n=4)	10% (n=4)	10% (n=4)

ι. Μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	55% (n=22)	12,5% (n=5)	10% (n=4)	15% (n=6)	7,5% (n=3)
Χωρίς ΣΔ	40% (n=16)	32,5% (n=13)	7,5% (n=3)	12,5% (n=5)	7,5% (n=3)

ια. Ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	60% (n=24)	12,5% (n=5)	22,5% (n=9)	5% (n=2)	0%
Χωρίς ΣΔ	62,5% (n=25)	15% (n=6)	10% (n=4)	12,5% (n=5)	0%

ιβ. (Μόνο για ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση)

Προβλήματα με το σημείο φλεβοκέντησης;

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
ΣΔ	65% (n=26)	20% (n=8)	7,5% (n=3)	5% (n=2)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	57,5% (n=23)	17,5% (n=7)	12,5% (n=5)	7,5% (n=3)	5% (n=2)

ε. Εξάρτηση από γιατρούς και ιατρικό προσωπικό;

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ	Εξαιρετικά πολύ
ΣΔ	47,5% (n=19)	27,5% (n=11)	12,5% (n=5)	10% (n=4)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	17,5% (n=7)	40% (n=16)	20% (n=8)	15% (n=6)	7,5% (n=3)

στ. Άγχος ή ανησυχίες λόγω της νεφρικής ασθένειάς σας;

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ	Εξαιρετικά πολύ
ΣΔ	12,5% (n=5)	37,5% (n=15)	25% (n=10)	17,5% (n=7)	7,5% (n=3)
Χωρίς ΣΔ	15% (n=6)	37,5% (n=15)	25% (n=10)	20% (n=8)	2,5% (n=1)

ζ. Τη σεξουαλική σας ζωή;

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ	Εξαιρετικά πολύ
ΣΔ	12,5% (n=5)	0%	0%	0%	87,5% (n=35)
Χωρίς ΣΔ	12,5% (n=5)	12,5% (n=5)	12,5% (n=5)	12,5% (n=5)	50% (n=20)

η. Την προσωπική εμφάνισή σας;

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ	Εξαιρετικά πολύ
ΣΔ	50% (n=20)	20% (n=8)	15% (n=6)	10% (n=4)	5% (n=2)
Χωρίς ΣΔ	40% (n=16)	20% (n=8)	20% (n=8)	17,5% (n=7)	2,5% (n=1)

16. Οι δύο ακόλουθες ερωτήσεις είναι αρκετά προσωπικές και αφορούν στη σεξουαλική σας δραστηριότητα. Οι απαντήσεις σας ωστόσο είναι σημαντικές προκειμένου να καταλάβουμε πως επηρεάζει η νεφροπάθεια τη ζωή των ασθενών. Κατά πόσο αποτέλεσε πρόβλημα καθένα από τα παρακάτω τις περασμένες 4 εβδομάδες:

α. Σεξουαλική ευχαρίστηση;

	Κανένα πρόβλημα	Μικρό πρόβλημα	Μέτριο πρόβλημα	Μεγάλο πρόβλημα	Σοβαρό πρόβλημα
ΣΔ	2,5% (n=1)	2,5% (n=1)	2,5% (n=1)	5% (n=2)	87,5% (n=35)
Χωρίς ΣΔ	7,5% (n=3)	7,5% (n=3)	12,5% (n=5)	5% (n=2)	67,5% (n=27)

β. Κοιμηθήκατε όσο χρειαζόσασταν;

	Ποτέ	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Συνέχεια
ΣΔ	0%	0%	22,5% (n=9)	32,5% (n=13)	40% (n=16)	5% (n=2)
Χωρίς ΣΔ	2,5% (n=1)	5% (n=2)	22,5% (n=9)	37,5% (n=15)	32,5% (n=13)	0%

γ. Δυσκολευτήκατε να κρατηθείτε ξύπνιοι κατά τη διάρκεια της ημέρας;

	Ποτέ	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Συνέχεια
ΣΔ	22,5% (n=9)	20% (n=8)	32,5% (n=13)	12,5% (n=5)	10% (n=4)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	20% (n=8)	40% (n=16)	30% (n=12)	5% (n=2)	5% (n=2)	0%

19. Όσον αφορά στην οικογένεια και στους φίλους σας, πόσο ικανοποιημένος /η είστε με...

α. Τον χρόνο που μπορείτε να περάσετε με την οικογένεια και τους φίλους σας;

	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Λίγο δυσαρεστημένος/η	Λίγο ευχαριστημένος/η	Πολύ ευχαριστημένος/η
ΣΔ	0%	15% (n=6)	42,5% (n=17)	42,5% (n=17)
Χωρίς ΣΔ	0%	7,5% (n=3)	32,5% (n=13)	60% (n=24)

β. Την υποστήριξη που σας προσφέρουν η οικογένεια και οι φίλοι σας;

	Πολύ δυσανεστημένος/η	Λίγο δυσανεστημένος/η	Λίγο ευχαριστημένος/η	Πολύ ευχαριστημένος/η
ΣΔ	0%	2,5% (n=1)	20% (n=8)	77,5% (n=31)
Χωρίς ΣΔ	0%	5% (n=2)	10% (n=4)	85% (n=34)

20. Τις περασμένες 4 εβδομάδες εργαστήκατε σε αμοιβόμενη εργασία;

	Ναι	Όχι
ΣΔ	0%	100% (n=40)
Χωρίς ΣΔ	12,5% (n=5)	87,5% (n=35)

21. Η κατάσταση της υγείας σας, σας εμποδίζει να εργασθείτε σε αμοιβόμενη εργασία;

	Ναι	Όχι
ΣΔ	97,5% (n=39)	2,5% (n=1)
Χωρίς ΣΔ	92,5% (n=37)	7,5% (n=3)

22. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;

	Χείριστη (σαν να πεθαίνο ή και χειρότερα)					Μεταξύ της χειρότερης κ καλύτερης						Καλύτερη δυνατή
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ΣΔ	0%	2,5% (n=1)	2,5% (n=1)	17,5% (n=7)	15% (n=6)	15% (n=6)	22,5% (n=9)	12,5% (n=5)	10% (n=4)	2,5% (n=1)	0%	
Χωρίς ΣΔ	0%	0%	2,5% (n=1)	2,5% (n=1)	2,5% (n=1)	30% (n=12)	17,5% (n=7)	20% (n=8)	17,5% (n=7)	2,5% (n=1)	5% (n=2)	

Ικανοποίηση με την περίθαλψη

23. Αναλογιστείτε την περίθαλψη που σας παρέχεται για την αιμοκάθαρση. Όσον αφορά στο πόσο ευχαριστημένοι είστε, πώς θα περιγράφατε τη φιλικότητα και το ανθρώπινο ενδιαφέρον που σας δείχνει το προσωπικό, εσάς ως άτομο;

	Πολύ άσχημο	Άσχημο	Ικανοποιητικό	Καλό	Πολύ καλό	Υπέροχο	Άριστο
ΣΔ	0%	5% (n=2)	7,5% (n=3)	2,5% (n=1)	17,5% (n=7)	12,5% (n=5)	55% (n=22)
Χωρίς ΣΔ	0%	0%	5% (n=2)	2,5% (n=1)	10% (n=4)	27,5% (n=11)	55% (n=22)

24. Κατά πόσο οι ακόλουθες προτάσεις είναι αλήθεια ή ψέματα;

α. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με ενθαρρύνει να είμαι όσο πιο ανεξάρτητος/η γίνεται:

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
ΣΔ	57,5% (n=23)	27,5% (n=11)	10% (n=4)	5% (n=2)	0%
Χωρίς ΣΔ	72,5% (n=29)	27,5% (n=11)	0%	0%	0%

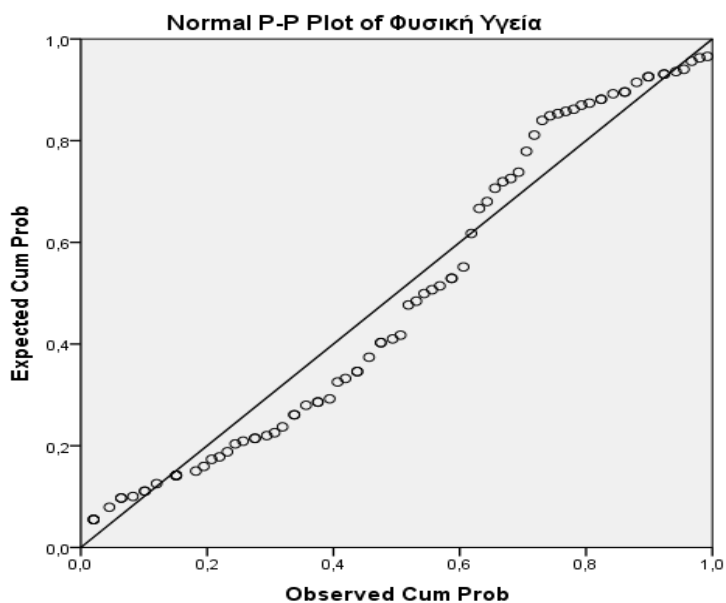
β. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με στηρίζει στην αντιμετώπιση της ασθένειάς μου:

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
ΣΔ	65% (n=26)	22,5% (n=9)	10% (n=4)	2,5% (n=1)	0 %
Χωρίς ΣΔ	85% (n=34)	12,5% (n=5)	2,5% (n=1)	0%	0%

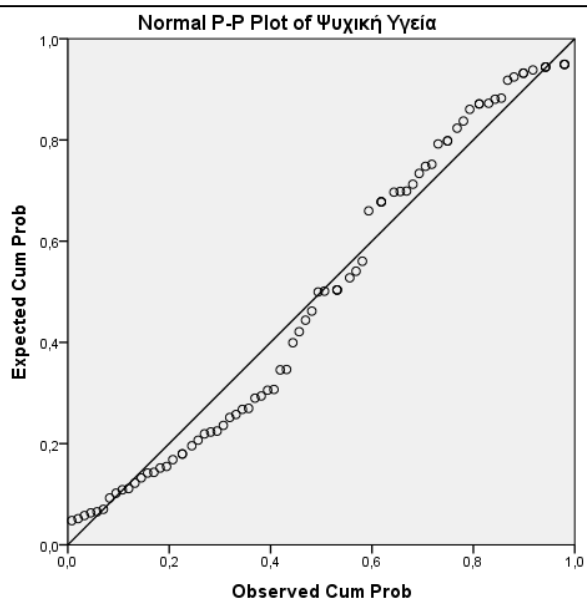
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

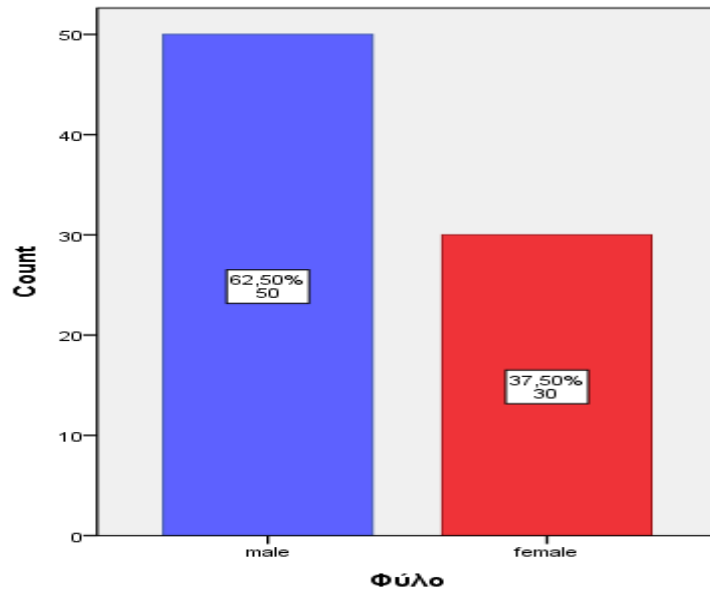
Εικόνα 1.NormalP-Plot για την φυσική υγεία



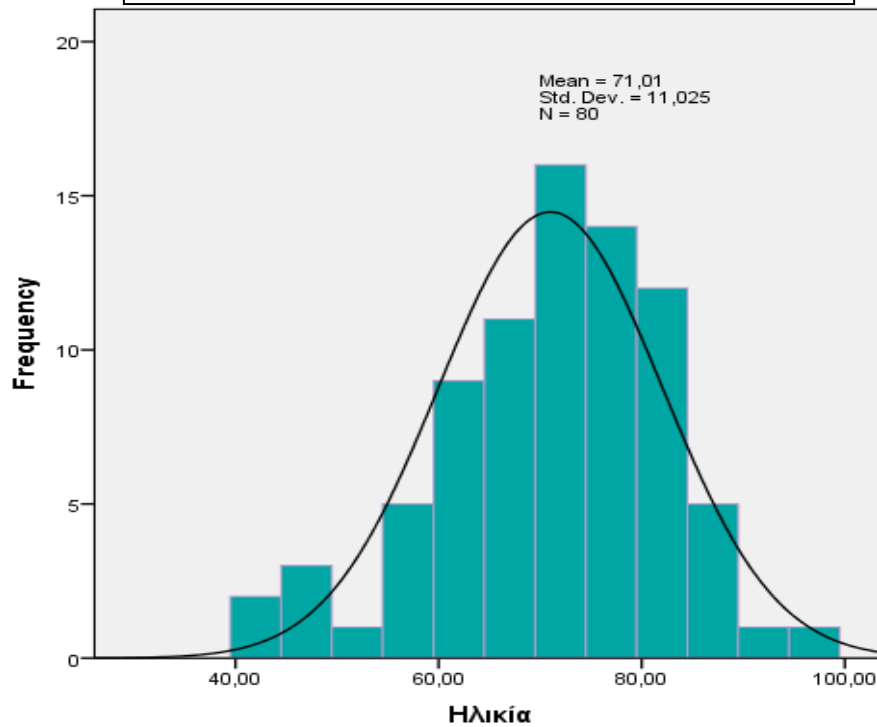
Εικόνα 2.NormalP-Plot για την ψυχική υγεία



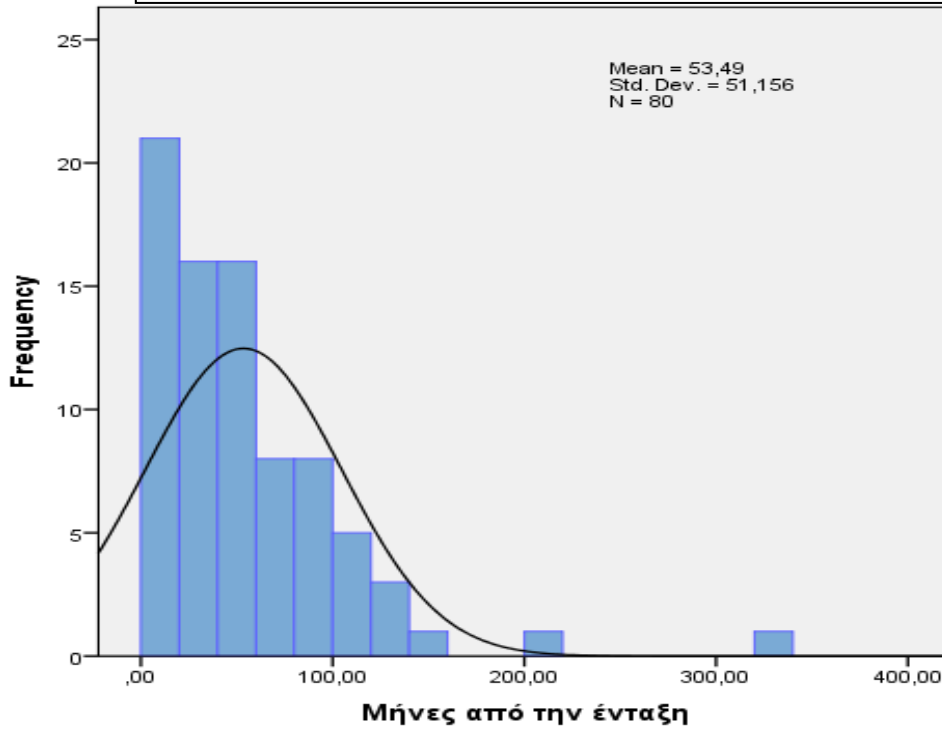
Εικόνα 3. Δημογραφικά στοιχεία, φύλο.



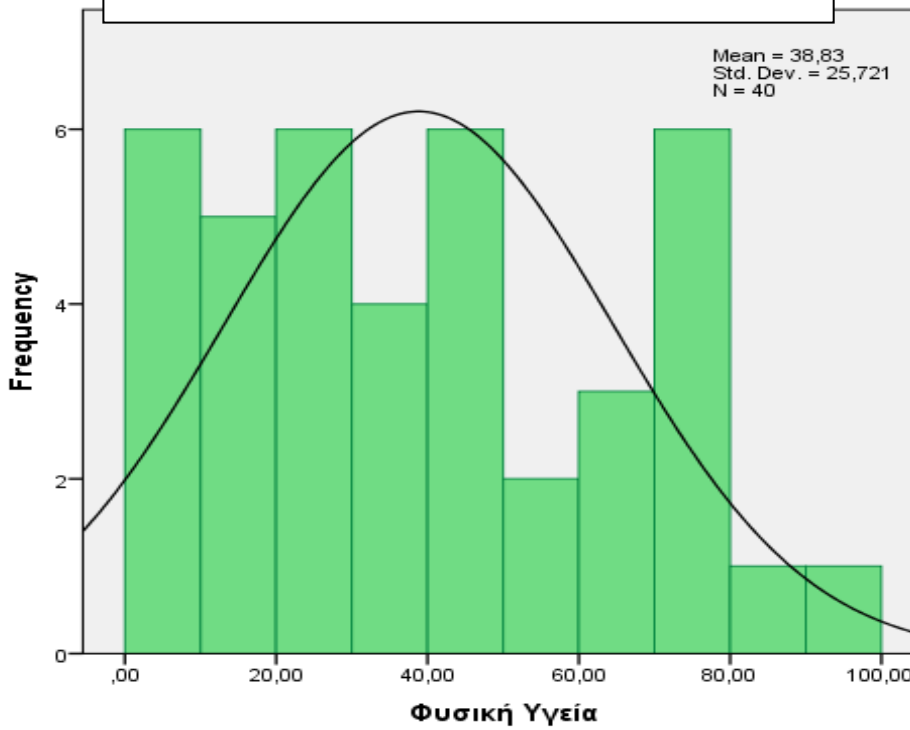
Εικόνα 4. Δημογραφικά στοιχεία, ηλικία



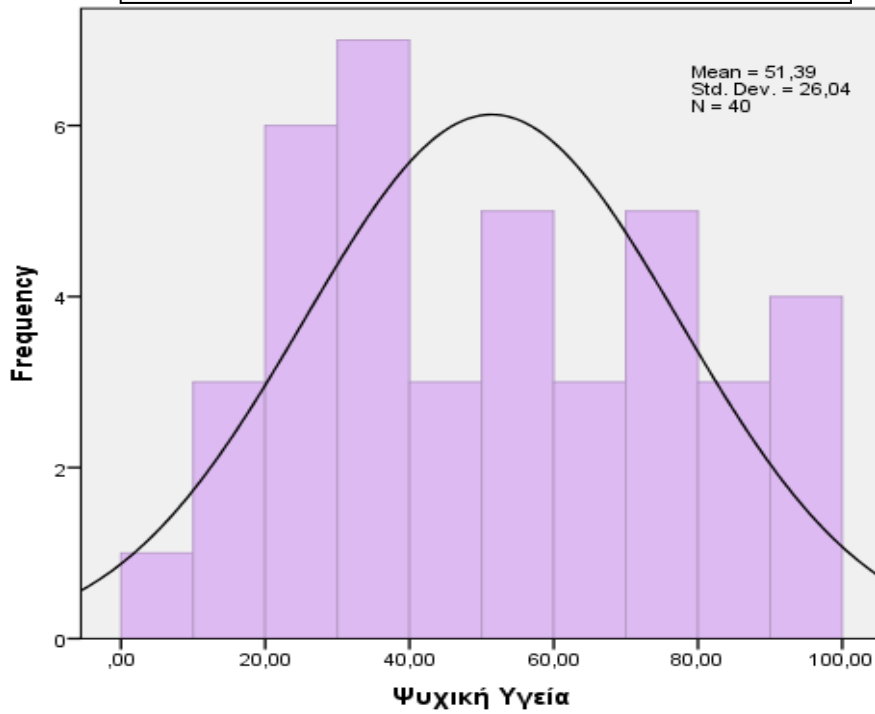
Εικόνα 5. Δημογραφικά στοιχεία, Μήνες σε αμοκάθαρση



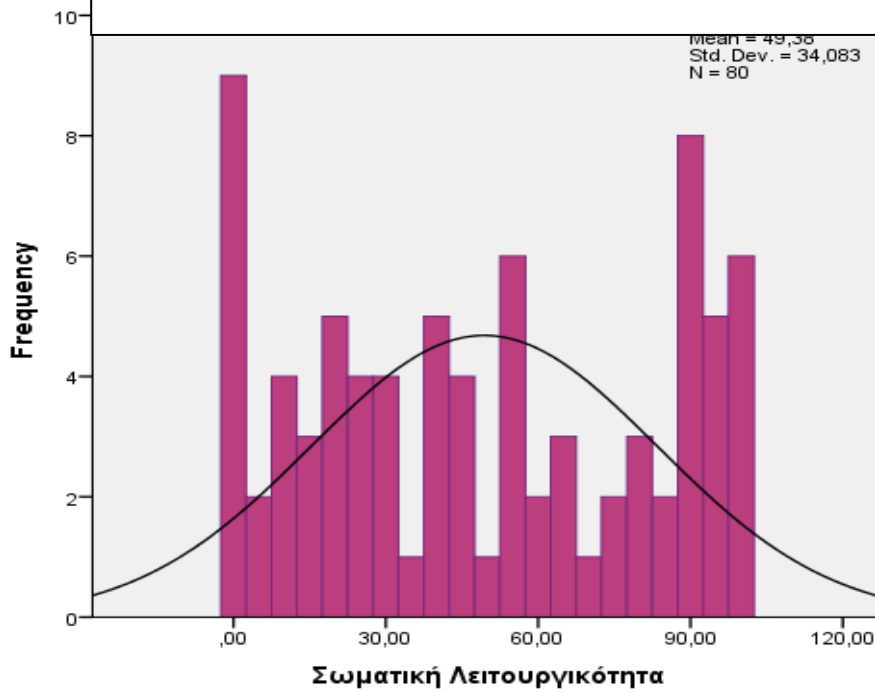
Εικόνα 6. KDQOL, Φυσική Υγεία



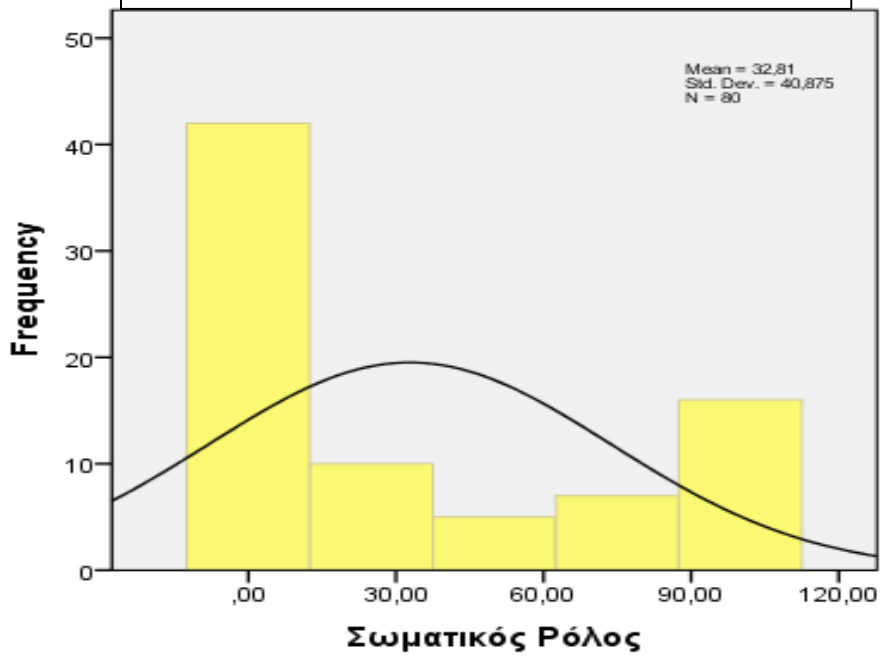
Εικόνα 7. KDQOL-SF, Ψυχική υγεία



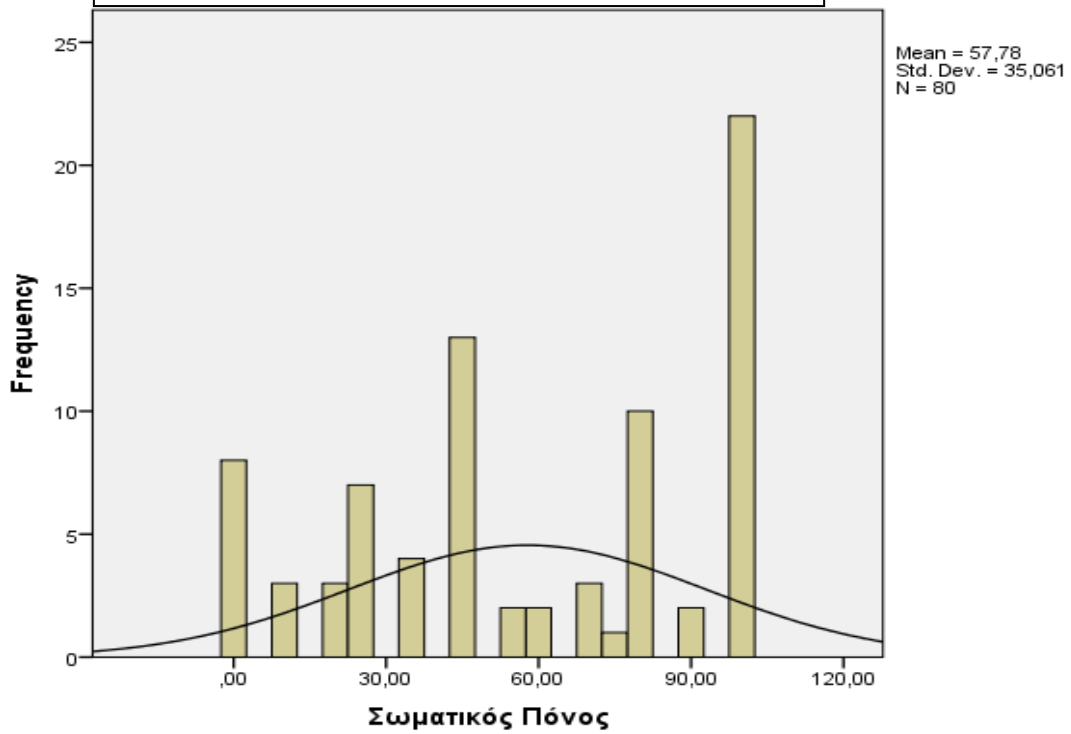
Εικόνα 8. KDQOL-SF, Σωματική λειτουργία



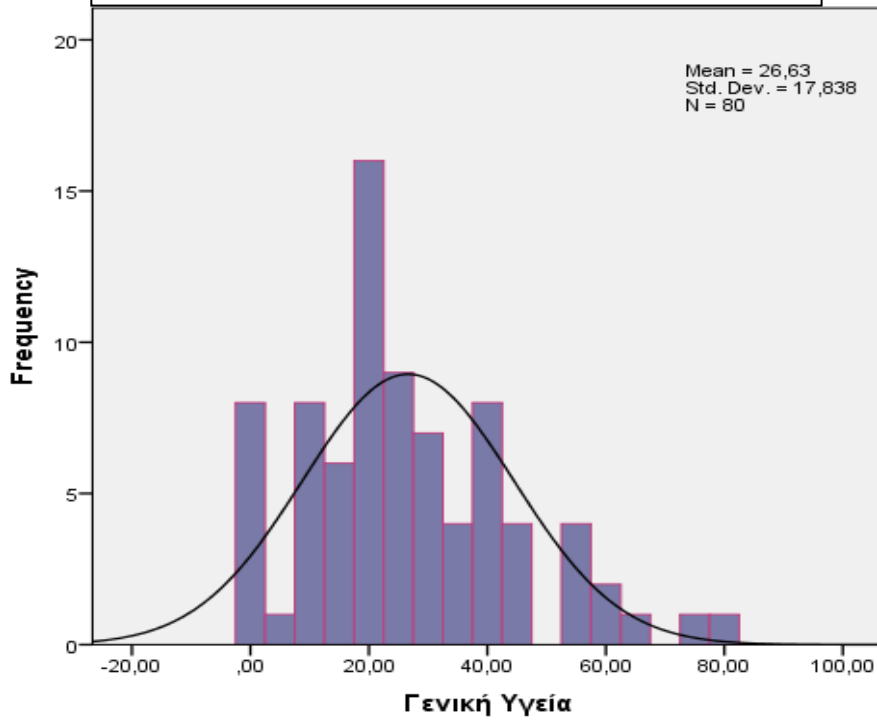
Εικόνα 9. KDQOL-SF, Σωματικός Ρόλος



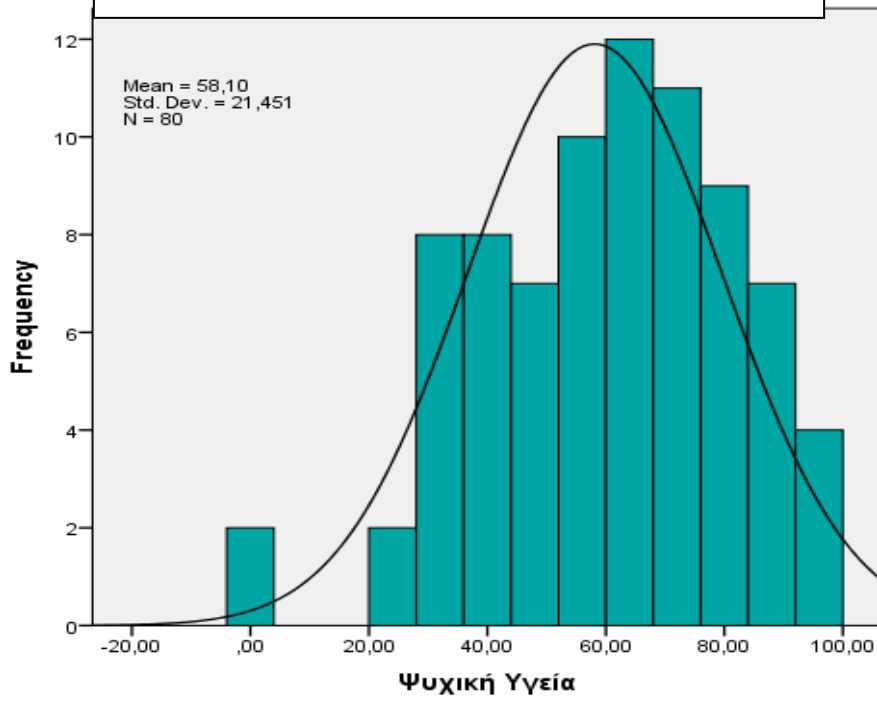
Εικόνα 10. KDQOL-SF, Σωματικός Πόνος



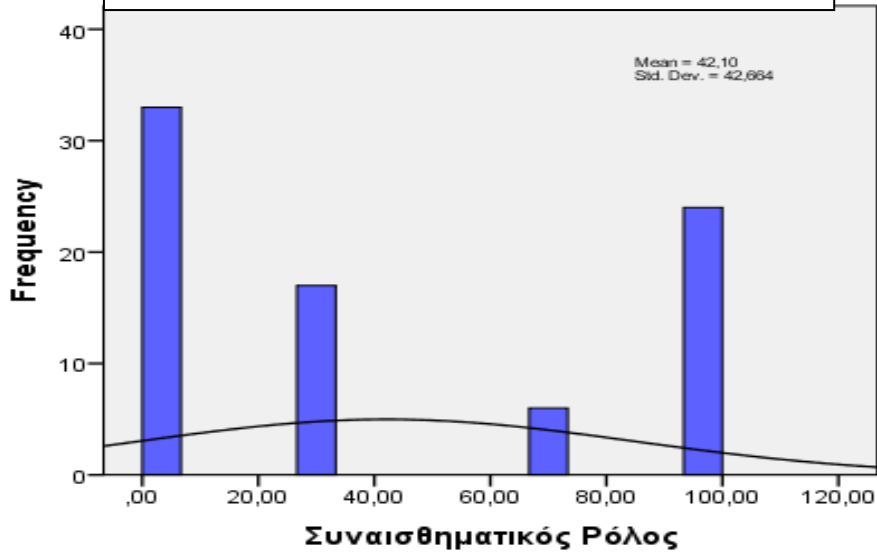
Εικόνα 11. KDQOL-SF, Γενική Υγεία



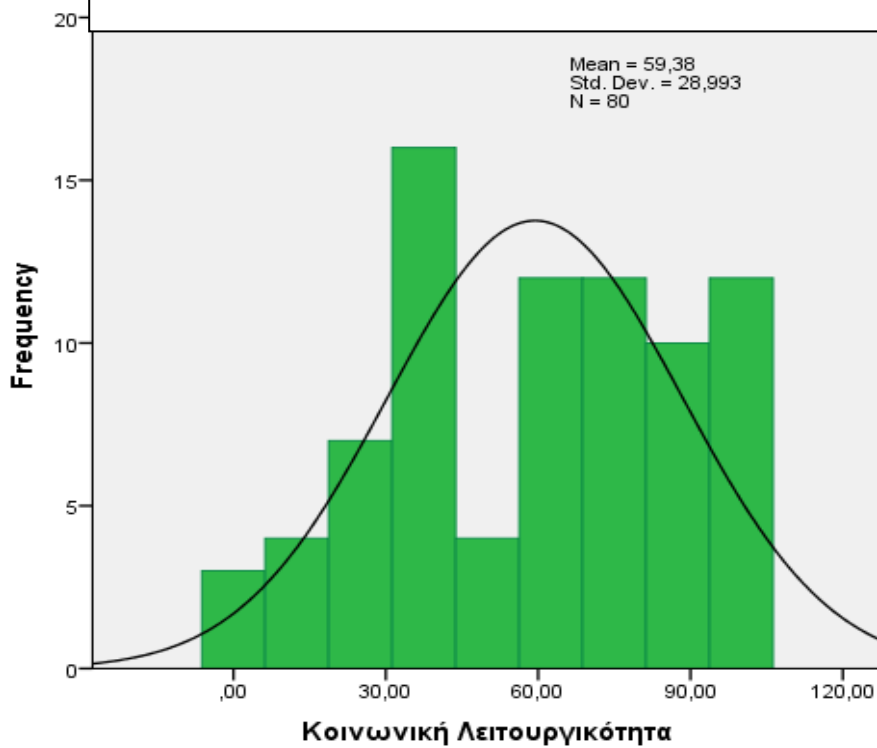
Εικόνα 12. KDQOL-SF, Ψυχική Υγεία



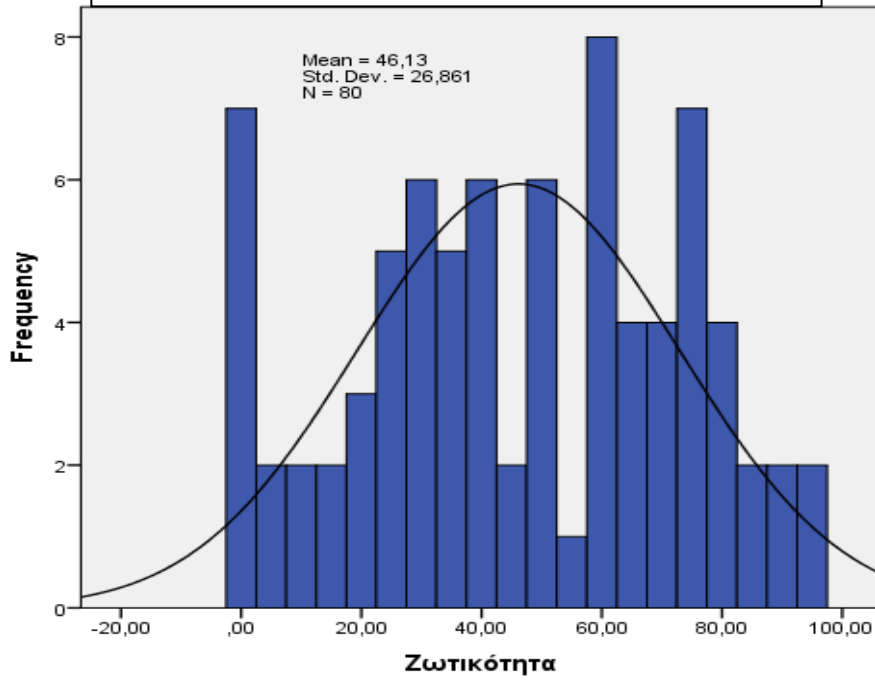
Εικόνα 13. KDQOL-SF, Συναισθηματικός ρόλος



Εικόνα 14. KDQOL-SF, Κοινωνική λειτουργικότητα



Εικόνα 15. KDQOL-SF, Ζωτικότητα



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΑΔΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 6^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ 2/4/2014
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ" ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΘΕΜΑ Δ3 : Αίτηση της Φαλακίδου Σουλτάνας για άδεια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Ποιότητα ζωής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη στα πλαίσια του ΜΠΣ με τίτλο: «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη»

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου αφού έλαβε υπόψη του:

1. την εισαγωγή προς συζήτηση του θέματος από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου, σύμφωνα με το υπ. αρ. πρωτ. 145/27-3-2014 έγγραφο του Επισημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, το οποίο έχει ως εξής:
«Το Ε.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα απεφάσισε και εισηγείται θετικά στο αίτημα της κ. Φαλακίδου Σουλτάνας ΤΕ Νοσηλεύτριας για έγκριση εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Ποιότητα ζωής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη» στα πλαίσια του ΜΠΣ με τίτλο: «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», ύστερα και από την σύμφωνη γνώμη της κ. Σ. Σπαΐα Διευθύντριας του Νεφρολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου...» και
2. τη διεξοδική συζήτηση μεταξύ των Μελών,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

1. την έγκριση του αιτήματος της κ. Φαλακίδου Σουλτάνας ΤΕ Νοσηλεύτριας για εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Ποιότητα ζωής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη» στα πλαίσια του ΜΠΣ με τίτλο: «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», ύστερα και από την σύμφωνη γνώμη της κ.Σ.Σπαΐα Διευθύντριας του Νεφρολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου και
2. επικυρώνει άμεσα την απόφασή του.

Ο Πρόεδρος

ΖΗΣΗΣ ΤΖΗΚΑΛΑΓΙΑΣ

Αντιπρόεδρος ΣΕΡΙΔΗΣ ΠΕΤΡΟΣ

Μέλος ΣΑΜΑΡΑ ΣΟΦΙΑ

Αιρετό Μέλος ΒΑΛΑΡΟΥΤΣΟΥ ΚΩΛΕΤΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

Αναπληρωματικό Αιρετό Μέλος ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ



Ακριβές απόσπασμα
η Γραμματέας του Δ.Σ.

ΝΙΚΗ ΤΑΨΑ