

ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

*ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕ
ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ-
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ*



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
ΑΓΓΕΛΗ ΜΑΡΙΑ- ΜΕΪΝΤΑΝΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΣΗΤΕΙΑ 2011

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσης πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτριά μας κ. Χαρωνιτάκη Αικατερίνη που επέβλεπε την εκπόνηση αυτής της σημαντικής μελέτης για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών όπως και την καθηγήτρια μας κ. Μαρκάκη Αναστασία για την καθοδήγηση που μας έδινε στα διατροφικά θέματα της εργασίας. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς που συνέβαλαν στο ερευνητικό μέρος με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τις εμπειρίες τους, καθώς και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων αιμοκάθαρσης των νοσοκομείων , Ασκληπιείο Βούλας, Ιπποκράτειο Αθήνας, Αττικό, Ερυθρός Σταυρός, ΠΕΠΑΓΝΗ Κρήτης και Mediteranneo. Επίσης ευχαριστούμε τις οικογένειές μας για την υπομονή και την ηθική συμπαράστασή τους στα δύο αυτά χρόνια που αφιερώσαμε για την ολοκλήρωση της μελέτης μας.

Για ακραίες ασθένειες οι ακραίες μέθοδοι θεραπείας, όπως ο περιορισμός, είναι ο καταλληλότερος.

Ιπποκράτης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7σελ.
ΣΚΟΠΟΣ.....	9σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10σελ.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ- ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....	13σελ.
1.2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	22σελ.
1.3.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	28σελ.
1.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.....	36σελ.
1.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	38σελ.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

2.1 ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΙ

2.1.α ΑΓΧΟΣ	42σελ.
2.1.β ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	46σελ.
2.1.γ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	51σελ.
2.1.δ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΥΜΟΣ.....	53σελ.

2.2 ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΩΝ

2.2.α ΑΓΧΟΣ.....	55σελ.
2.2.β ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	57σελ.
2.2.γ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	58σελ.
2.2.δ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΥΜΟΣ.....	59σελ.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

3.1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	61σελ.
3.2. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	75σελ.
3.3. ΑΛΛΑΓΕΣ 5 C.....	83σελ.
3.4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	91σελ.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ

ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

4.1. ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ.....	102σελ.
4.2. ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	105σελ.
4.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΕΣ- ΦΙΛΙΚΕΣ.....	106σελ.
4.4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	108σελ.
4.4.α. ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ.....	117σελ.
4.4.β. ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΘΕΝΤΕΣ.....	128σελ.

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.1. ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ

ΣΩΜΑΤΟΣ.....132σελ.

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....137σελ.

6.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....157σελ.

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....204σελ.

7.2.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....221σελ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....223σελ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....253σελ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....263σελ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εξέλιξη της Ιατρικής και Διαιτολογικής επιστήμης καθώς και της Συμβουλευτικής Θεραπείας συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Η καλή ή η κακή ποιότητα ζωής όμως εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι άλλοτε σχετίζονται μεταξύ τους και άλλοτε όχι, όπως η διατροφική κατάσταση, η σύσταση του σώματος και οι ψυχολογικές μεταπτώσεις. Στην παρούσα μελέτη προσπαθήσαμε να εξετάσουμε την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, πως αυτή επηρεάζει την καθημερινότητά τους, εάν οι ανθρωπομετρικοί δείκτες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την αυξημένη επιβίωση, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τις διατροφικές συνήθειες καθώς και τις ημερήσιες ανάγκες των συγκεκριμένων ασθενών.

Χρησιμοποιήθηκε το ψυχομετρικό εργαλείο KDQOL-SF36, το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων FFQ, και ένα γενικό ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά στοιχεία. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του SPSS Version 17.0. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών του KDQOL χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος κατά Pearson. Οι στατιστικά σημαντικές τιμές υπολογίστηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας $P < 0.05$ και $P < 0.01$.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 6 νοσοκομεία της Αττικής και Κρήτης, συμμετείχαν 149 ασθενείς εκ των οποίων 90 ήταν άνδρες και 55 γυναίκες με μέση ηλικία τα $64,20 \pm 13,51$ έτη. Από το ερωτηματολόγιο KDQOL-SF36 προκύπτει ότι το 65.52 % του πληθυσμού μας παρουσιάζει καλή ποιότητα ζωής. Ο δείκτης MAMC, που αξιολογεί τα πρωτεϊνικά αποθέματα στο σώμα, στο δείγμα μας βγήκε φυσιολογικός ανάμεσα στην 50^η και 75^η εκατοστιαία θέση. Η μέση τιμή του ΔΜΣ στο δείγμα μας είναι $26,1 \text{ kg/m}^2$ δηλαδή ανήκει στην κατηγορία των υπέρβαρων. Σύμφωνα με το παράδοξο της παχυσαρκίας για τους νεφροπαθείς ο αυξημένος ΔΜΣ συσχετίζεται με το προσδόκιμο ζωής και τη χαμηλή θνησιμότητα.

Στο σύνολο του πληθυσμού το 50% βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα σωματικού λίπους. Το 26.6 % του πληθυσμού έχει αυξημένο ποσοστό σωματικού λίπους και το 23.4% έχει μη συνιστώμενο δηλαδή κατατάσσεται στους λιποβαρείς. Το ποσοστό του σωματικού λίπους δεν αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με όλους τους παράγοντες του KDQOL-SF36, βρέθηκε όμως θετική συσχέτιση με τους παράγοντες της σωματικής

λειτουργίας, της γενικής υγείας, και της συναισθηματικής διάθεσης. Στο διατροφικό μέρος οι ασθενείς καταλάωναν λιγότερες ποσότητες από όλες τις ομάδες τροφίμων. Επίσης βρέθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα σε ορισμένα τρόφιμα και σε ορισμένους παράγοντες του KDQOL-SF36.

ABSTRACT

The development of Medical and Nutrition Science with the Counseling Therapy, contributes significant in the progressive of the quality of life in the hemodialysis patients. The good or worse quality of life it depends of many factors which other times related between them and other not, like the nutritional status, the body composition and the psychological transitions of the hemodialysis patients.

In this study we tried to exam the quality of life of the hemodialysis patients, how it effects in their daily routine, if the anthropometric indicators are related with the quality of life and the long term of survival, the psychological characteristics, the nutritional habits plus the daily recommended needs of these patients.

In the present study we used the psychometric instrument of KDQOL-SF36, the Food Frequency Questionnaire, and a general questionnaire of the demographic data.

Statistical analysis of the results was made by SPSS Version 17.0.

The correlation between variables of the KDQOL by Pearson were calculated in significant level of $P < 0,01$ and $P < 0,05$.

This survey took places in six hospitals of Athens and Crete, it consists 145 hemodialysis patients, which 90 of them were males and 55 females, with an average age $64,20 \pm 13,51$ years. The results of the KDQOL showed that the 65,52% of the patients presents a good quality of life. The indicator of MAMC which assesses the protein stores in the body, in our sample was found in the overweight level $27,3\text{kg}/\text{m}^2$. According to the paradox of obesity for the hemodialysis patients, increased BMI related with the increased of survival and low mortality.

In the total of the patients the 50% have normal % body fat levels, the 26,6% has an increased level of % body fat and the 23,4% has not recommended level of % body fat which means that they belong to underweight patients. % body fat doesn't related with all the factors of KDQOL, but it was related with the physical functioning, general health and emotional well-being. In the nutritional part, patients consumed

less quantities from all food groups. Also we found correlations between certain foods and certain factors of KDQOL-SF36.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, τις σχέσεις τους με το οικογενειακό, φιλικό, συντροφικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τις πιθανές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους καθώς και την συμβουλευτική και διαιτητική αντιμετώπιση των πασχόντων και του περιβάλλοντός τους. Να συσχετίσει τους σωματομετρικούς δείκτες με την ποιότητα ζωής και να δείξει εάν οι δείκτες αυτοί συσχετίζονται με την ποιότητα της ζωής τους.

Εισαγωγή

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μία προοδευτική κατάσταση η οποία καταλήγει σε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Εξαιτίας του σημαντικού ρόλου που έχουν οι νεφροί στη διατήρηση της ομοιόστασης, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να επηρεάσει σχεδόν κάθε σύστημα του σώματος (Catherine S. Sninely and Cecilia Gutierrez, 2004). Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι υψηλότερος από ότι ευρύτατα πιστευόταν. Η νεφρική ανεπάρκεια είναι κοινή στις αναπτυσσόμενες χώρες, ειδικά σε τροπικές περιοχές και στα νεαρά άτομα. Ο επιπολασμός της θεραπείας υποκατάστασης (renal replacement therapy, RRT) υψώνεται προοδευτικά, μολονότι η έγερση της επίπτωσης έχει σταθεροποιηθεί σε μερικές αναπτυγμένες χώρες. Ανάμεσα στις χώρες οι ανάγκες πιθανόν διαφέρουν ευρύτατα, οι οποίες εξαρτώνται από τα κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα, την κοινωνική στέρηση δικαιωμάτων, τον επιπολασμό του διαβήτη και την ποιότητα της δημόσιας υγείας. Η διαβητική νεφροπάθεια είναι η μόνη πιο κοινή αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας με ποσοστό πάνω από 40%.

Οι αιτίες της ΧΝΑ είναι η νεφρογενής υπέρταση, η διαβητική νεφροπάθεια, η σπειραματονεφρίτιδα (Terry Feest, 2007).

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι περιληπτικά ο όρος "ουραιμία". Η ΧΝΑ επηρεάζει τα περισσότερα συστήματα του σώματος και τα κλινικά χαρακτηριστικά εξαρτώνται από το στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας και των συστημάτων που εμπλέκονται. Για παράδειγμα, τα αρχικά χαρακτηριστικά είναι η νυκτουρία, πολουρία και ανορεξία. Εμπλέκονται τα παρακάτω συστήματα: αιματολογικό, καρδιαγγειακό, νευρολογικό, γαστρεντερικό, δερματολογικό, αναπνευστικό, ενδοκρινικό. Επίσης εμφανίζονται στοματικές και περιοδοντολογικές παθήσεις (Proctor et al, 2005).

Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ΧΝΑ και υποβάλλονται σε αιμοδιάλυση, βρίσκονται αντιμέτωποι με μία αγχωτική χρόνια ασθένεια με απαιτητική διαιτητική θεραπεία, η οποία επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους (Robert M. Lindsay et al, 2006). Η μείωση της ποιότητας της ζωής τους αναφέρεται κυρίως στον πόνο, τη δυσχέρεια, τα αρνητικά συναισθήματα, την επαγγελματική

ικανότητα, την εικόνα σώματος και την εμφάνιση, τη μεταφορά και το οικογενειακό περιβάλλον (Wesolowski T., Szyber Piotr, 2003).

Επίσης οι διαταραχές στον ύπνο είναι συχνές στους ασθενείς με ΧΝΑ (Kenneth R. Casey, Lee K. Brown, 2008). Στην ποιότητα της ζωής τους παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση κατ'οίκον και ειδικά κατά τη διάρκεια της νύχτας (Evans, 1985; Kooistra, 1998; Hakkarainen, 2005).

Η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή ψυχοπαθολογική κατάσταση μεταξύ των ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας η οποία έχει ισχυρή επίδραση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών (Jung Ah Kim et al, 2002).

Παρατηρούνται επίσης σημαντικά αυξημένα επίπεδα άγχους η επίπτωση των οποίων κυμαίνεται στο 68,8% (11/16 περιπτώσεις) και στο 81,3% (13/16 περιπτώσεις) κατά τη διάρκεια των προ- και μετεγχειρητικών περιόδων (Fukunishi I.,1993).

Τα αποτελέσματα της ελευθέρωσης από τη διάλυση, έδειξαν μία δραματική βελτίωση στην ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων, ειδικότερα στις σωματικές λειτουργίες, στις κοινωνικές δραστηριότητες και στην πνευματική υγεία (Virzi A., et al, 2007).

Η θεραπεία της ΧΝΑ περιλαμβάνει διαιτητικές αλλαγές, διόρθωση των συστηματικών περιπλοκών και διάλυση η οποία διακρίνεται σε δύο τύπους στην αιμοδιάλυση και στην περιτοναϊκή διάλυση και τέλος μεταμόσχευση (Proctor et al, 2005).

Η διαιτητική αντιμετώπιση της ΧΝΑ κατά τη διάρκεια της ασθένειας απαιτεί να είναι επαρκής σε θερμίδες, βιταμίνες, μέταλλα και πρωτεΐνη (Arthur J. Merrill, 1956).

Το Μοντέλο Συμβουλευτικής με Επίκεντρο τον Ασθενή (Patient Centered Counseling Model), παρέχει μια αποτελεσματική προσέγγιση με σκοπό την προώθηση της αλλαγής και της μακροχρόνιας συμμόρφωσης των ασθενών προς την επιθυμητή συμπεριφορά (Hebert J. Et al., 1999; Rudd J. & Glanz K., 1990).

Στην έρευνα που θα πραγματοποιηθεί σε 200 ασθενείς με ΧΝΑ σε νοσοκομεία της Αθήνας και του Ηρακλείου που υποβάλλονται σε αιμοδιάλυση, θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF) της ελληνικής μετάφρασης με το οποίο θα μελετήσουμε την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του μελετήθηκε και επιβεβαιώθηκε, ότι η μετάφραση των ερωτήσεων είναι καλή και οι βαθμολογίες των κλιμάκων από το ελληνικό KDQOL-SF μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε διεθνείς συγκρίσεις.

(Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ., 2007).

Περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που αφορούν την κατάσταση της υγείας, της νεφροπάθειας, την επίδραση της νεφροπάθειας στην καθημερινή ζωή καθώς και την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την περίθαλψη.

Ταυτόχρονα με το ερωτηματολόγιο KDQOL θα χρησιμοποιηθεί και το ερωτηματολόγιο συχνότητας FFQ για την εκτίμηση της διαιτητικής πρόσληψης σε θρεπτικά συστατικά σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Παράλληλα θα πραγματοποιηθεί δερματοπτυχομέτρηση στο δεξιό βραχίονα των ασθενών με το δερματοπτυχόμετρο Harpenden, με λήψη τεσσάρων μετρήσεων κάθε φορά και υπολογισμό του μέσου όρου των τιμών. Οι παραπάνω μετρήσεις θα χρησιμοποιηθούν για την εύρεση του ποσοστού λίπους των συγκεκριμένων ασθενών, καθώς σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει βρεθεί ότι το χαμηλό ποσοστό σωματικού λίπους και η απώλεια λίπους σχετίζονται με υψηλή θνησιμότητα σε MHD (maintenance hemodialysis) ασθενείς (Kanyar Kalantar- Zadeh, et al, 2006)

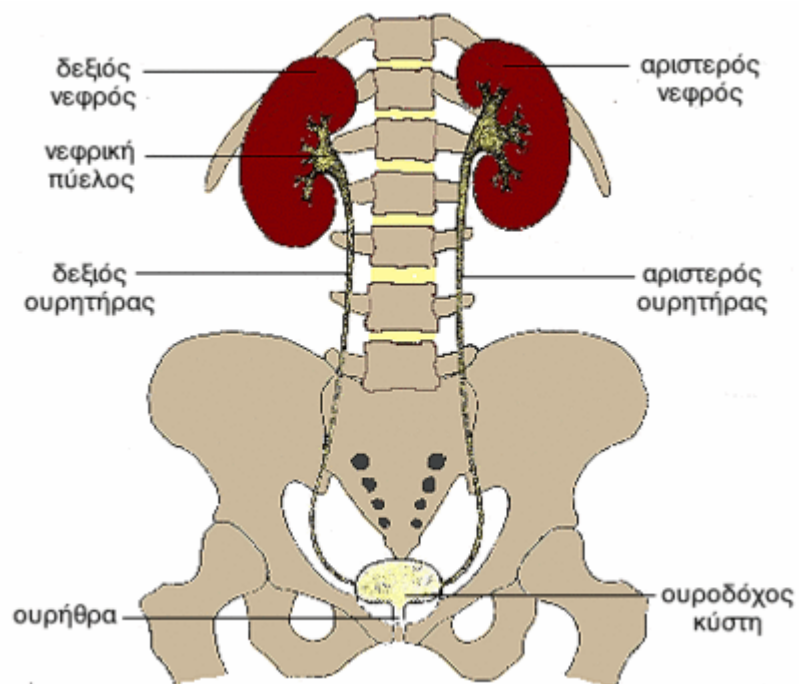
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ- ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1.1.α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Ο όρος νεφρός, παράγεται εκ του ρήματος νεώ που σημαίνει ανανεώνω και το ρήμα φρέω-ώ που σημαίνει εισάγω, αφήνω κάτι να εισέλθει. Αυτό ακριβώς κάνει και ο νεφρός. Ανανεώνει το αίμα από τα επιβλαβή προϊόντα του μεταβολισμού, καθώς το αίμα εισέρχεται εντός του.

Οι νεφροί βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκά στο οπίσθιο μέρος από το υπογάστριο σε κάθε πλευρά της σπονδυλικής στήλης. Ο αριστερός νεφρός είναι ελαφρώς μεγαλύτερος από τον δεξιό λόγω του ήπατος.



Εικόνα 1. adapted from www.fa3.gr

Το βάρος του κάθε νεφρού κυμαίνεται από 127 με 170gr στους ενήλικες άνδρες και από 115 με 155gr στις ενήλικες γυναίκες. Έχουν μήκος περίπου 11 με 12cm. Φυσιολογικά ένα βαρύ στρώμα λίπους τα βοηθάει να συγκρατούνται στη σωστή τους

θέση. Εξωτερικά καλύπτονται από μια μεμβράνη ινώδους συνδετικού ιστού. Στο κοίλο μέρος του κάθε νεφρού υπάρχει μία πύλη από όπου εισέρχεται η νεφρική αρτηρία και εξέρχεται η νεφρική φλέβα, η πύελος και τα λεμφαγγεία. Εσωτερικά οι νεφροί χωρίζονται σε δύο τμήματα, εξωτερικά αποτελούνται από τον φλοιό και εσωτερικά από το μυελό. Η λειτουργική μονάδα του νεφρού είναι ο νεφρώνας. Κάθε νεφρό περιλαμβάνει περίπου $0,4 \cdot 10^6$ με $1,2 \cdot 10^6$ νεφρώνες οι οποίοι σε αντιπαραβολή προσεγγίζουν τους 30,000 με 34,000 νεφρώνες σε κάθε νεφρό. Οι νεφροί κάθε λεπτό φιλτράρουν πάνω από 1000cc αίματος παράγοντας περίπου 60cc ούρα. Η άκρη του νεφρώνα λέγεται κάψα του Bowman και κάθε κάψα περιέχει περίπου 50 τριχοειδή που ονομάζονται σπείραμα και τα δύο μαζί ονομάζονται νεφρικά σωματία Madsen K., Tisher C.C (2004). In: Breuner B.M (ed) Breuner & Rector's.

Η συνέχεια της κάψας του Bowman είναι το ουροφόρο σωληνάριο το οποίο χωρίζεται στο εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο. Τα δύο αυτά τμήματα καθώς κατεβαίνουν στο μυελό επικοινωνούν με την αγκύλη του Henle η οποία όταν επιστρέφει στο φλοιό ονομάζεται άπω εσπειραμένο σωληνάριο Καραχάλιος Γ. (1996), Keir L. et al (1993).

1.1.β. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Η πρώτη λειτουργική διαδικασία των νεφρών είναι η διήθηση για το σχηματισμό του ούρου. Το αίμα μπαίνει στην κάψα και μεταφέρει τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού όπως ουρία, ουρικό οξύ, κρεατινίνη. Επίσης αποβάλλονται τα φάρμακα, γίνεται καταβολισμός πολλών πρωτεϊνών όπως της γλυκαγόνης, της παραθορμόνης, της ινσουλίνης κ.α (Cogan, 1991). Με τη διαδικασία της επαναπορρόφησης σε κανονικές συνθήκες το 99% του διηθούμενου αίματος επιστρέφει στην κυκλοφορία.

Οι νεφροί συμβάλλουν στη διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού η οποία όταν διαταραχθεί έπονται βλαβερές συνέπειες για τον οργανισμό, συγκεκριμένα:

- Στην ομοιόσταση του νερού η οποία ρυθμίζεται από την αντιδιουρητική ορμόνη διατηρώντας την ισορροπία ανάμεσα στο νερό που προσλαμβάνεται και στο νερό που αποβάλλεται (Cogan, 1991).

- Στην ομοιόσταση του Καλίου το οποίο διηθείται ελεύθερα στο σπείραμα και επαναρροφάται σχεδόν το 90% της διηθούμενης ποσότητας (Field et al, 1994).
- Στην ομοιόσταση του Νατρίου όπου τα σωληνάρια επαναρροφούν το 99% της διηθούμενης ποσότητας (Kumar S. 1998).
- Στην ομοιόσταση του Ασβεστίου και του Φωσφόρου, των οξέων και βάσεων (Bushinsky, 1998)
- Στη διατήρηση της πίεσης του αίματος
- Παράγει την ουσία ερυθροποιητίνη η οποία δίνει εντολή στον μυελό των οστών όταν υπάρχει υποξαιμία στο νεφρικό παρέγχυμα να φτιάξει περισσότερα ερυθροκύτταρα (Donnelly S, 2001).
- Επίσης στα νεφρά υδροξυλιώνεται η βιταμίνη D και μετατρέπεται στην ενεργό μορφή της 1,25-(OH)₂ D₃ η οποία δρα στο έντερο αυξάνοντας την επαναρρόφηση του Ca (Bushinsky, 1998)

Τρεις είναι οι βασικές λειτουργίες των νεφρών: η απεκκριτική, η μεταβολική και η ενδοκρινική. Η ανεπάρκεια των νεφρών σημαίνει μείωση της δυνατότητας να επιτελέσουν τις παραπάνω λειτουργίες με αποτέλεσμα την συσσώρευση στον οργανισμό του νεφροπαθούς ουραιμικών τοξινών, διαταραχές στην οξεοβασική, υδατική και ηλεκτρολυτική ισορροπία.

Η αρχική βλάβη των νεφρών μπορεί να εμφανιστεί ως απλή αιματουρία μέχρι βαριάς μορφής νεφρική ανεπάρκεια η οποία να χρειάζεται θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση. Οι περισσότερες περιπτώσεις ΧΝΑ μεταπίπτουν στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας σε χρονικό διάστημα το οποίο ποικίλει από 2 έως 10 χρόνια. Στη ΧΝΑ λόγω μόνιμης απώλειας των νεφρώνων, οι εναπομείναντες νεφρώνες αναγκάζονται να υπερλειτουργούν. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας αυτών των νεφρώνων έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή καταστροφή τους με συνέπεια μεγαλύτερη μείωση της λειτουργίας των νεφρών και την επιπλέον επιβάρυνση των εναπομείναντων υγιών νεφρώνων. Ο φαύλος κύκλος της προσπάθειας λειτουργικής εξισορρόπησης της νεφρικής λειτουργίας συνεχίζεται μέχρι την ολοκληρωτική απώλειά της και κατάληξη στο τελικό στάδιο της ΧΝΑ με ανάγκη για θεραπεία υποκατάστασης (Schrier RW, 1990).

1.1.γ. ΟΡΙΣΜΟΣ ΧΝΑ

Σύμφωνα με το National Kidney Foundation (NFK), ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται η νεφρική βλάβη ή ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) να είναι λιγότερος από 60ml /min/1,73m^2 (επιφάνεια σώματος) για 3 μήνες ή περισσότερο (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κριτήρια για τον ορισμό της Χρόνιας Νεφρικής ανεπάρκειας
Δομικές ή λειτουργικές ανωμαλίες των νεφρών για τουλάχιστον 3 μήνες:
(1) Νεφρική βλάβη, με ή χωρίς μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησεως (GFR), όπως ορίζεται από:
<ul style="list-style-type: none">• Παθολογοανατομικές ανωμαλίες• Δείκτες νεφρικής βλάβης
-Διαταραχές των ούρων (πρωτεϊνουρία)
-Διαταραχές του αίματος (σύνδρομα νεφρικών σωληναρίων)
-Διαταραχές απεικονιστικών δοκιμασιών
-Μεταμόσχευση νεφρών
<ul style="list-style-type: none">• Μεταμοσχευθέντες
(2) $GFR < 60\text{ml/min/1,73m}^2$, με ή χωρίς νεφρική βλάβη

Πηγή: Vassalotti, J. A, et al(2007). Testing for Chronic Kidney Disease: A Position Statement From the National Kidney Foundation. *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 50, No 2,p.p. 171

Οι δείκτες της νεφρικής λειτουργίας περιλαμβάνουν ανωμαλίες στον ορό ή στα ούρα, ή στις απεικονιστικές δοκιμασίες και αντανακλούν την παθολογία στην οποία υπόκεινται (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Παθολογικές ανωμαλίες στην Χ.Ν.Α

<i>Ασθένεια</i>	<i>Βασικοί τύποι (παραδείγματα)</i>
Διαβητική νεφροπάθεια	Διαβήτης Τύπου 1 και 2
Μη Διαβητική νεφροπάθεια	<p>Σπειραματικές παθήσεις (αυτοάνοσες παθήσεις, συστηματικές μολύνσεις, φάρμακα, νεοπλασίες)</p> <p>Παθήσεις των αγγείων (Μεγάλη αγγειοπάθεια, υπέρταση, μικροαγγειοπάθεια)</p> <p>Ενδοσπειραματικές παθήσεις [μόλυνση της ουροφόρου οδού (τα όργανα που ασχολούνται με την παραγωγή και την απέκκριση των ούρων), λίθοι, απόφραξη ,α τοξικότητα των φαρμάκων]</p> <p>Κυστικές παθήσεις (πολυκυστική νόσος των νεφρών)</p>
Ασθένειες της μεταμόσχευσης	<p>Οξεία απόρριψη του μοσχεύματος</p> <p>Νεφροπάθεια αλλομοσχεύματος δηλ. μόσχευμα μεταξύ ζώων του ίδιου είδους, αλλά διαφορετικού γονοτύπου (χρόνια απόρριψη του μοσχεύματος, calcineurin τοξικότητα, σπειραματοπάθεια)</p> <p>Διαλείποντες ασθένειες (σπειραματικές παθήσεις)</p>

Πηγή: Vassalotti , J. A, et al(2007). Testing for Chronic Kidney Disease: A Position Statement From the National Kidney Foundation. *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 50, No 2, pp172

Ο δείκτης GFR είναι δύσκολο να μετρηθεί αλλά μπορεί να υπολογιστεί εύκολα από τη συγκέντρωση της κρεατινίνης στον ορό, την ηλικία, το φύλο, τη φυλή ή από το μέγεθος σώματος (Vassaloti J et al, 2007).

Ο δείκτης GFR χρησιμοποιείται με σκοπό να εκτιμηθεί ο βαθμός ελάττωσης της νεφρικής ανεπάρκειας και να προειδοποιήσει για την εξέλιξη της ασθένειας και την θεραπευτική απόκριση. Σε άτομα ηλικίας 30 ετών και κάτω ο φυσιολογικός δείκτης GFR είναι 125ml/min/1,73m² κατά προσέγγιση, ενώ μετά την ηλικία των 30 ετών, εκκλίνει στο 1ml/min/1,73m²/year. Για τον υπολογισμό του GFR απαιτείται 24ωρη συλλογή ούρων αλλά μπορεί επίσης να υπολογιστεί με παρόμοια ακρίβεια χρησιμοποιώντας ένα μαθηματικό τύπο(Snively C et al, 2004). Οι πιο συχνά χρησιμοποιημένοι μαθηματικοί τύποι για τον υπολογισμό του GFR σε ασθενείς με σταθερή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η εξίσωση Modification of Diet in Renal Disease (MDRD). Η συγκεκριμένη εξίσωση ξανα-εκφράστηκε με τη χρησιμοποίηση της ομοιόμορφης ανάλυσης της κρεατινίνης ορού καθώς και η εξίσωση Cockcroft-Gault (Πίνακας 3) (Vassaloti J. et al, 2007).

Πίνακας 3: Υπολογιστικές εξισώσεις του Σπειραματικού Ρυθμού Διήθησης

1. ο MDRD(Modification of Diet in Renal Disease)
GFR = 186 * S_{cr}^{-1.154} * age^{-0.203} * 1.212 [if black] * 0.742 [if female]
2. ο MDRD Study :
GFR = 175 * standardized S_{cr}^{-1.154} * age^{-0.203} * 1.212 [if black] * 0.742 [if female]
3. Cockcroft–Gault :
C_{cr} = (140-age) * weight * 0.85 [if female] *1.73/(72 S_{cr} * BSA)
Σημείωση : W 0.425 * H 0.725 *0.007184 /1.73 m².

88.4.

MDRD, Modification of Diet in Renal Disease; Scr, serum creatinine; Ccr, creatinine clearance; BSA, body surface area

Πηγή: Vassalotti , J. A, et al(2007). Testing for Chronic Kidney Disease: A Position Statement From the National Kidney Foundation. *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 50, No 2,p.p. 175

Η πρωτεϊνουρία είναι άλλος ένας δείκτης της νεφρικής βλάβης. Έγκυρη μέτρηση πραγματοποιείται με την συλλογή ούρων περισσότερο της μίας νύχτας ή

μόνο ενός 24ωρου, ή σε ένα τυχαίο δείγμα ούρων υπολογίζοντας το λόγο της πρωτεΐνης ή της αλβουμίνης στην κρεατινίνη (**Πίνακας 4**) (Snively C et al, 2004).

Πίνακας 4.

Ορισμοί Πρωτεϊνουρίας και Αλβουμινουρίας

Συγκεντρωτικές Μετρήσεις	μέθοδος συλλογής ούρων	Φυσιολ. Τιμές	Μικροαλβουμινουρία	Αλβουμινουρία ή κλινική πρωτεϊνουρία
Ολική πρωτεΐνη	24-ωρη έκκριση (ποικίλει με τη μέθοδο)	<300mg/24ωρο	--	>300mg/24ωρο
	Τυχαίο δείγμα-Dipstick	<30mg/dL	--	>30mg/dL
	Λόγος πρωτεΐνης-κρεατινίνης σε τυχαίο δείγμα (ποικίλει με τη μέθοδο)	<200mg πρωτεΐνης σε 1gr κρεατινίνης	--	>200mg πρωτεΐνης σε 1gr κρεατινίνης
Αλβουμίνη	24-ωρη έκκριση ούρων	<30mg/24ωρο	30 με 300mg/24ωρο	>300mg/24ωρο
	Τυχαίο δείγμα αλβουμίνης-ειδικό dipstick	< 3mg/dL	>3mg/dL	---
	Λόγος αλβουμίνης – κρεατινίνης σε τυχαίο δείγμα (ποικίλει με το φύλο*)	Άντρες: <17mg αλβουμίνης σε 1gr κρεατινίνης Γυναίκες: <25mg αλβουμίνης σε 1gr κρεατινίνης	Άντρες: 17-250mg αλβουμίνης σε 1gr κρεατινίνης Γυναίκες: 25-355mg αλβουμίνης σε 1gr κρεατινίνης	Άντρες: > 250mg αλβουμίνης σε 1gr κρεατινίνης Γυναίκες: > 355mg αλβουμίνης σε 1gr κρεατινίνης

* Οι οριακές τιμές (cut-off values) για το φύλο προέρχονται από single study. Η χρήση των ίδιων οριακών τιμών για τους άνδρες και τις γυναίκες οδηγεί σε υψηλότερες τιμές του επιπολασμού στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τρέχουσες συστάσεις της Αμερικάνικης Διαβητολογικής Εταιρείας καθορίζουν τις οριακές τιμές σε τυχαίο δείγμα ούρων το λόγο αλβουμίνης/κρεατινίνης για μικρολευκωματινουρία σε 30mg αλβουμίνης/1gr κρεατινίνης και σε τυχαίο δείγμα ούρων αλβουμίνης/κρεατινίνης για λευκωματουρία το λόγο 300 mg αλβουμίνης/1 gr κρεατινίνης άσχετα με το φύλο.

Ο NKF Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) διαστρωμάτωσε τη ΧΝΑ σε πέντε στάδια βασιζόμενος στο δείκτη GFR (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Τα στάδια της ΧΝΑ

Στάδιο	Περιγραφή	GFR (mL/min/1,73m ²)	Μεταβολικές συνέπειες
-	Σε αυξημένο κίνδυνο	Υψηλότερα από 60(με παράγοντες κινδύνου για ΧΝΑ)	-
1	Νεφρική βλάβη με φυσιολογική ή ↑ GFR	≥ 90	-
2	Νεφρική βλάβη με ήπια ↓ GFR	60-89*	↑ των επιπέδων της παραθυρεοειδικής ορμόνης (GFR 60-80)

3	Μέτρια ↓GFR	30-59	↓ απορρόφησης του Ca (GFR κάτω από 50) ↓ δραστηριότητας των λιποπρωτεϊνών Ανάπτυξη κακής θρέψης Απότομη υπερτροφία του αριστερού κόλπου και/ ή αναιμία (ανεπάρκεια ερυθροποιητίνης)
4	Σοβαρή ↓ GFR	15-29	Αρχίζει η ↑ της συγκέντρωσης των TG Εμφάνιση υπερφωσφαταιμίας ή μεταβολική οξείδωση Τάση προς υπερκαλιαιμία
5	Νεφρική ανεπάρκεια	< 15(ή αιμοδιάλυση)	Ανάπτυξη αζωθαιμίας

Ως XNA ορίζεται η νεφρική βλάβη ή ο δείκτης GFR <60ml/min/1,73m² για ≥ 3 μήνες. Η νεφρική βλάβη με παθολογικές ανωμαλίες ή με δείκτες της νεφρικής βλάβης, συμπεριλαμβάνοντας διαταραχές στα τεστ του αίματος ή των ούρων ή σε απεικονιστικές δοκιμασίες

Πηγή : Adapted from National Kidney Foundation KDOQI Clinical Practice Guidelines for CKD Evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39 (2suppl 1): S51

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι υψηλότερος από ότι ευρύτατα πιστευόταν. Η νεφρική ανεπάρκεια είναι κοινή στις αναπτυσσόμενες χώρες, ειδικά σε τροπικές περιοχές και στα νεαρά άτομα. Ο επιπολασμός της θεραπείας υποκατάστασης (renal replacement therapy, RRT) υψώνεται προοδευτικά, μολονότι η έγερση της επίπτωσης έχει σταθεροποιηθεί σε μερικές αναπτυγμένες χώρες. Ανάμεσα στις χώρες οι ανάγκες πιθανόν διαφέρουν ευρύτατα, οι οποίες εξαρτώνται από τα κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα, την κοινωνική στέρηση δικαιωμάτων, τον επιπολασμό του διαβήτη και την ποιότητα της δημόσιας υγείας (Terry Feest, 2007).

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μία ακριβή αλλά αποτελεσματική θεραπεία για την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Στο Ηνωμένο Βασίλειο δαπανάται πάνω από το 2% του κρατικού προϋπολογισμού, το οποίο προβλέπεται να αυξηθεί στο 3%(Terry Feest, 2007).

Η πρόγνωση των ασθενών ξεκινώντας τη θεραπεία υποκατάστασης βελτιώνεται ετησίως, και καθώς όλο και λιγότεροι πεθαίνουν κάθε χρόνο από την έναρξη της θεραπείας, η συχνότητα εμφάνισης θα συνεχίσει να αυξάνεται ακόμη και αν τα ποσοστά αποδοχής της θεραπείας σταθεροποιηθούν (Terry Feest, 2007).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο περισσότεροι από 640 ασθενείς/εκατομμύριο πληθυσμού δέχονται τη θεραπεία, στις ΗΠΑ αυτός ο αριθμός ανέρχεται στους 1500/εκατομμύριο πληθυσμού, και στην Ιαπωνία 1800 ασθενείς / εκατομμύριο. Υπάρχουν πολύ λίγες μελέτες για την επίπτωση της ΧΝΑ. Ωστόσο τρεις μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν παρόμοια πορεία στη σταδιακή αύξηση της επίπτωσης με την ηλικία, από 58/εκατομμύριο πληθυσμού στην ηλικία 20-49 έτη σε 588/εκατομμύριο πληθυσμού/ χρόνο σε άτομα άνω των 80 ετών (Terry Feest, 2007).

Ποσοστό 20–40% των ασθενών με ΣΔ2 αναπτύσσουν μικρολευκωματινουρία μέσα σε 10-15 χρόνια από την εισβολή του Σακχαρώδη Διαβήτη. Ποσοστό όμως των ασθενών με ΣΔ2 έχουν μικρολευκωματινουρία τη στιγμή της διάγνωσης του διαβήτη λόγω του γεγονότος ότι ο ΣΔ2 μπορεί να προϋπάρχει για χρόνια πριν από τη διάγνωσή του, αλλά και γιατί αφορά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με πολλά συνυπάρχοντα προβλήματα, όπως αρτηριακή υπέρταση, αθηρωμάτωση κ.ά. Ο

επιπολασμός της μικρολευκωματινουρίας σε ΣΔ2 κυμαίνεται από 7-47% στις διάφορες μελέτες. Η μεγάλη αυτή διακύμανση των αποτελεσμάτων οφείλεται σε εθνικές/γενετικές διαφορές και σε διαφορές στη μεθοδολογία και το σχεδιασμό των διαφόρων μελετών. Σε Ιάπωνες ασθενείς με ΣΔ2, ο οποίος διαγνώστηκε πριν από το 2003, ο επιπολασμός της μικρολευκωματινουρίας ήταν 32% (Σπανού Ε, 2009).

Στις ΗΠΑ υπάρχει μία αύξηση της επίπτωσης και της συχνότητας της νεφρικής απώλειας, με φτωχή έκβαση και υψηλό κόστος. Η πάθηση των νεφρών αποτελεί την ένατη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ. Στοιχεία από τον οργανισμό USRDS (United States Renal Data System) δείχνουν ότι έχει υπάρξει αύξηση της τάξεως του 104% στη συχνότητα της ΧΝΑ μεταξύ των ετών 1999-2001. Σύμφωνα με το Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1988-1994), εκτιμήθηκε ότι 6,2 εκατομμύρια άνθρωποι (αντιστοιχεί στο 3% του συνολικού πληθυσμού των ΗΠΑ) μεγαλύτεροι από την ηλικία των 12 ετών είχαν τιμή της κρεατινίνης ορού πάνω από 1.5mg/dL, 8 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) λιγότερο από 60mL/min, η πλειονότητα των οποίων ανήκουν στον πληθυσμό που δέχεται την ιατρική φροντίδα (5,9 εκατομμύρια άνθρωποι) (Arora P, Verrelli M, 2009)

Εξαιτίας της αύξησης του τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας, η επίπτωση (προβλέπεται αύξηση από το 1998 έως το 2010 από 86,825 σε 172,667), η συχνότητα (προβλέπεται αύξηση από το 1998-2010 από 326,217 σε 661,330) και το κόστος (συνολικό κόστος το 1998 \$16,74 δισεκατομμύρια σε \$ 39,95 δισεκατομμύρια το 2010), χρειάζεται μία εθνική προσπάθεια για την ανάπτυξη στρατηγικών με σκοπό την επιβράδυνση της προόδου της ΧΝΑ (Trivedi H., et al, 2002).

Ο αριθμός των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια οι οποίοι ακολουθούν τη θεραπεία της αιμοκάθαρσης και της μεταμόσχευσης (τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας) έχει αυξηθεί δραματικά στις ΗΠΑ από 209.000 το 1991 σε 472.000 το 2004. Η συχνότητα της ΧΝΑ στις ΗΠΑ έχει αυξηθεί μεταξύ του 1988-1994 και 1999-2004 από 10% σε 13% (περίπου 26.000.000), ενώ η ενημέρωση για τη νεφρική πάθηση ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό παραμένει πολύ χαμηλή. Η αύξηση της συχνότητας του διαγνωσμένου διαβήτη και της υπέρτασης έχει συνεισφέρει στην αύξηση της ΧΝΑ, η οποία ενδέχεται να διαδίδεται σε υψηλούς ρυθμούς με επιπλοκές και η νεφρική ανεπάρκεια απαιτεί αιμοδιάλυση ή μεταμόσχευση. Η υψηλή συχνότητα

του διαγνωσμένου διαβήτη, της υπέρτασης και ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος (BMI) εξηγεί την υψηλή συχνότητα εμφάνισης της ΧΝΑ (Coresh J., et al., 2007).

Η διαβητική νεφροπάθεια είναι η πιο κοινή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη. Ο διαβήτης είναι η πιο κοινή αιτία του τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας η οποία απαιτεί θεραπεία υποκατάστασης. Η επίπτωση από όλες τις αιτίες του ΤΣΧΝΑ στους άνδρες με διαβήτη είναι 12 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τους άνδρες που δεν πάσχουν από διαβήτη (Diagnosis and Management of Chronic Kidney Disease, *Scottish National Clinical Guide, 2008*).

Η συχνότητα εμφάνισης νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου είναι κατά προσέγγιση τέσσερις φορές μεγαλύτερη στη μαύρη φυλή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό για τη λευκή φυλή. Περισσότερο από 40% των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου έχουν διαγνωσθεί με διαβήτη, 28% με υπέρταση, 11,6% με σπειραματονεφρίτιδα και 4,7% με κυστίτιδα ή άλλες ουρολογικές καταστάσεις. Η υψηλότερη εμφάνιση συχνότητας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου έχει βρεθεί στην Ιαπωνία, με τιμή κοντά στους 1600 ασθενείς/ 1 εκατομμύριο ατόμων, ακολουθούν οι ΗΠΑ με τιμή 1200 ασθενείς/ 1 εκατομμύριο ατόμων. Οι υψηλές αυτές τιμές αντανακλούν στις πολιτικές αυτών των εθνών οι οποίες πρέπει να προσχωρήσουν στη θεραπεία και στην σχεδόν παγκόσμια φροντίδα για ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Ο τιμές του μέσου όρου της συχνότητας είναι 600-800 ασθενείς / 1 εκατομμύριο ατόμων για τις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και 550 με 600 ασθενείς/ 1εκατομμύριο ατόμων στη Χιλή, τη Νορβηγία, τη Φιλανδία, Ουγγαρία και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Υπάρχουν ευρέως διαφορές στην προσέγγιση της θεραπείας, στην κατανομή των ποικίλων τυπικοτήτων της θεραπείας και στις μεθόδους αποζημίωσης ανάμεσα στα έθνη τα οποία υπολογίζουν την ευρέως έκταση της συχνότητας (Brenner and Rector's, 2004).

Στην Ευρώπη το 2002, περίπου 360.000 ασθενείς υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, το 66% αυτών έκαναν αιμοκάθαρση και οι υπόλοιποι ζούσαν με νεφρικό μόσχευμα. Στα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (25), περίπου 63.000 ασθενείς το χρόνο εντάσσονται σε αιμοκάθαρση. Σύμφωνα με δεδομένα του 2005 οι εκτιμήσεις είναι ότι από το 2005-2010 ο επιπολασμός στους ασθενείς με στάδιο 5 στην Ευρώπη θα υπερβεί τους 700.000 και περισσότεροι από 6.000.000 Ευρωπαίοι μπορεί να έχουν κάποιου βαθμού έκπτωση της νεφρικής τους λειτουργίας (Zoccali C., 2008).

Η αξιολόγηση μόνο του αριθμού των ασθενών σε αιμοκάθαρση υποεκτιμά σε μεγάλο βαθμό το συνολικό αριθμό των ασθενών με ΧΝΝ καθώς στην αιμοκάθαρση γίνονται δεκτοί μόνο ασθενείς που είναι κατάλληλοι για θεραπεία, ενώ μεγάλος αριθμός ασθενών καταλήγει πριν φθάσει σε τελικό στάδιο της ΧΝΝ. Το 2004 η Ελλάδα παρουσίασε τη μεγαλύτερη συχνότητα νεοεισαχθέντων ασθενών / εκατομμύριο πληθυσμού στην αιμοκάθαρση σε σύγκριση με 24 ευρωπαϊκές χώρες και κατείχε την 3^η θέση παγκοσμίως στην αντίστοιχη συχνότητα σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας μετά τις ΗΠΑ και την Ιαπωνία. Η κατάταξη της Ελλάδας στην 8^η θέση στην παγκόσμια σύγκριση του επιπολασμού σε θεραπεία νεφρικής λειτουργίας μπορεί να είναι ευνοϊκότερη, αλλά παραμένει πολύ υψηλή, υποδεικνύοντας το μέγεθος του αυξημένου αριθμού ασθενών ΤΣΧΝΑ στη χώρα μας. Οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται το φαινόμενο αυτό είναι ο πολύ χαμηλός αριθμός μεταμοσχεύσεων νεφρού στην Ελλάδα καθώς κατέχει την 20^η θέση ανάμεσα σε 24 ευρωπαϊκές χώρες για το 2004, καθώς και αύξηση της επιβίωσης των ασθενών στο στάδιο της θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (Σουλιώτης Κ., & συνεργάτες, 2009).

Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχουν 137 μονάδες τεχνητού νεφρού (90 κρατικές, 47 ιδιωτικές) και μέχρι τις 31.12.2005 υποβάλλονταν σε εξωνεφρική κάθαρση συνολικά 8.636 ασθενείς. Από αυτούς οι 1978 ήταν νέοι ασθενείς που εντάχθηκαν σε θεραπεία κατά τη διάρκεια του 2005. Ο αριθμός αυτός ήταν περίπου διπλάσιος των ασθενών που έκαναν αιμοκάθαρση πριν δέκα χρόνια, στη διάρκεια των οποίων παρατηρήθηκε μία ετήσια αύξηση που κυμάνθηκε από 5%-8%. Από στοιχεία του ΙΚΑ για το κόστος της αιμοκάθαρσης το 2001, υπολογίζεται ότι το κόστος ανά ασθενή ανέρχεται περίπου σε 30.000 ευρώ το χρόνο. Για το σύνολο των ασφαλισμένων ασθενών σε αιμοκάθαρση κατά τη διάρκεια του 2001 το ΙΚΑ δαπάνησε συνολικά 134.080.500 ευρώ, και αν στο ποσό αυτό συνυπολογισθούν και τα έξοδα μετακίνησης (8.200.467 ευρώ) και οι συντάξεις αναπηρίας (28.879.920 ευρώ) η δαπάνη ξεπερνά τα σε 171 εκ. ευρώ το χρόνο και η μέση ετήσια δαπάνη ανά ασθενή τα 37.000 ευρώ. Οι ασφαλισμένοι αιμοκαθαιρόμενοι στο ΙΚΑ αντιπροσωπεύουν το 50% του συνόλου των ασθενών σε αιμοκάθαρση στην Ελλάδα. Έτσι, για το σύνολο των ασθενών η δαπάνη για το 2001 ήταν πάνω από 340 εκ. ευρώ, ενώ σήμερα υπολογίζεται να είναι πολύ περισσότερο. Το κόστος της θεραπείας των ασθενών αυτών αντιπροσωπεύει περίπου το 2% του συνολικού προϋπολογισμού για την Υγεία στην Ελλάδα (Τσακίρης Δ, 2008).

Σύμφωνα με μελέτη που διενεργήθηκε στην Ελλάδα, τα χαμένα χρόνια ζωής για 706 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση που πέθαναν ήταν 2.046, ενώ το κόστος σε όρους απώλειας παραγωγικότητας υπολογίστηκε στα 9,9 εκατομμύρια ευρώ. Το συνολικό κόστος λόγω απουσίας από την εργασία και πρόωρης συνταξιοδότησης εκτιμήθηκε ότι υπερβαίνει τα 273 εκατομμύρια ευρώ (Kaitelidou D., et al, 2005) .

Η αύξηση της επίπτωσης οφείλεται:

Στην αυξημένη ένταξη σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας ατόμων τρίτης ηλικίας (>65ετών) με την κατάργηση της ηλικίας ως κριτήριο ένταξης. Αυτό έγινε εμφανές από την αύξηση του ποσοστού των ασθενών ηλικίας >65 ετών το οποίο ενδεικτικά έφθασε το 2001 το 48,7% στις ΗΠΑ και το 2000 το 58,5% στην Ελλάδα οδηγώντας στην αύξηση της μέσης ηλικίας των ασθενών σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση. Συγκεκριμένα, ενώ το 1983 η μέση ηλικία των ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης ήταν 55 έτη στις ΗΠΑ, το 2000 έφθασε τα 61,5 έτη και στην Ιαπωνία από τα 48,3 στα 61,2 έτη. Στην Ελλάδα η μέση ηλικία αυξάνεται από 54 σε 64,5 έτη μεταξύ 1986 και 2000 (Ιωαννίδης Γ., 2002).

Ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες το 70-80% των ασθενών είναι ηλικίας <50 ετών (Barsoum S., 2002).

Στην αυξημένη ένταξη των ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II, όπου παγκοσμίως παρουσιάζεται αύξηση του επιπολασμού του λόγω αλλαγής του τρόπου διατροφής και αύξηση της παχυσαρκίας (Amos A., et al 1997). Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού των διαβητικών ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας είναι η καλύτερη αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας, της αρτηριακής υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου, όπου δίνεται η δυνατότητα στους διαβητικούς να επιβιώνουν μέχρι το τελικό στάδιο της ΧΝΑ(Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π, 2005).

Στην αυξημένη επίπτωση και τον αυξημένο επιπολασμό της αρτηριακής υπέρτασης στις αναπτυσσόμενες χώρες, η παχυσαρκία, η κακή διατροφή και η ψυχική καταπόνηση ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό και οδηγούν σε νεφροσκλήρυνση και ανάπτυξη τελικού σταδίου ΧΝΑ (Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π, 2005).

Στην κατάργηση των κριτηρίων ένταξης ή αποκλεισμού των ασθενών, εντάσσονται ασθενείς με βαριά καρδιακή ή ηπατική ανεπάρκεια, καρκινοπαθείς, άτομα με βαριά διανοητική υστέρηση ή ιδρυματοποιημένοι ασθενείς με ψυχικά

νοσήματα, κατηγορίες που πριν λίγα χρόνια δεν εντάσσονταν σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π, 2005).

Οι αναπτυγμένες χώρες διέθεσαν αρκετά κονδύλια για την υγεία και την κάλυψη όλων των εξόδων της αγωγής, με αποτέλεσμα την ένταξη ολοένα και περισσότερων ασθενών. Αντίθετα οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι και η ανάγκη συμμετοχής στις δαπάνες των ίδιων των ασθενών αποτελεί τον κύριο λόγο του χαμηλού ρυθμού αύξησης της επίπτωσης στις αναπτυσσόμενες χώρες (Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π, 2005).

Η πρωιμότερη ένταξη των ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας αποτελούσε έναν ακόμη παράγοντα του αυξημένου αριθμού των ασθενών. Οι ασθενείς εντάσσονταν με κάθαρση κρεατινίνης ≈ 5 ml/min και οι επιστήμονες που συνιστούσαν πρωιμότερη ένταξη αντιμετώπιζονταν με επιφύλαξη (Wing A., et al 1983). Σήμερα, ο κανόνας για την ένταξη σε επίπεδα κάθαρσης κρεατινίνης είναι 10-12ml/min και περίπου στα 14ml/min για τους διαβητικούς, ηλικιωμένους, βαριά υπέρτασικούς, ασθενείς με κακή θρέψη, μη ελεγχόμενη υπερφωσφαταιμία κ.ά (Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π, 2005).

Η εξέλιξη της τεχνολογίας των μηχανημάτων και των διαλυμάτων αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκής κάθαρσης, η χορήγηση επαρκούς κάθαρσης, η καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση των επιλοκών του ΤΣΧΝΑ, η ανακάλυψη αποτελεσματικότερων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, η ορθότερη αντιμετώπιση ειδικών καταστάσεων όπως η στεφανιαία νόσος καθώς και η άνοδος των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών οδήγησε στην αύξηση της επιβίωσης των ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης (Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π, 2005).

Παράγοντες περιβαλλοντικοί ή διατροφικοί, καθώς και η αύξηση των σοβαρών χειρουργικών επεμβάσεων με υψηλό ποσοστό οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, η χρήση ιδιαίτερα αποτελεσματικών αλλά νεφροτοξικών αντινεοπλασματικών φαρμάκων είναι δυνατόν να προκαλούν μικρή αύξηση των ασθενών με ΤΣΧΝΑ. Η παχυσαρκία επίσης, της οποίας ο επιπολασμός αυξάνεται δραματικά τα τελευταία χρόνια, προκαλεί νεφρική βλάβη, όχι μόνο έμμεσα (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης) αλλά και άμεσα (Lutz W., 2002).

Η αύξηση του πληθυσμού της γης, από 1,6 δισεκατομμύρια στις αρχές το 20⁰⁰ αιώνα έφθασε τα 6,1 στο τέλος του 2000 (Wolf G., 2003).

Σημειώνεται ότι δεν πρόκειται μόνο για την αύξηση αλλά και για την ταυτόχρονη γήρανση του πληθυσμού λόγω αύξησης του μέσου όρου ζωής κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες (Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π, 2005).

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1.3.α. Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί την πιο κοινή αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Η διαβητική νεφροπάθεια είναι ένα κλινικό σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται με επίμονη αλβουμινουρία (>300mg/24h) , με αμείλικτη ελάττωση του δείκτη GFR και αυξημένη αρτηριακή πίεση (Deckert T., et al, 1982; Parving H. H. et al, 1981).

Ενώ η αλβουμινουρία είναι το πρώτο σημάδι, το περιφερικό οίδημα είναι το πρώτο σύμπτωμα της διαβητικής νεφροπάθειας. Παρατηρείται συχνά κατακράτηση υγρών στην πορεία της νεφρικής πάθησης, η οποία στη φάση της σωστής νεφρικής λειτουργίας υπάρχει μόνο ελαφρά μείωση της αλβουμίνης ορού (Malins J.M., 1968). Η παθοφυσιολογία της διαβητικής νεφροπάθειας είναι περίπλοκη και πολλοί πιθανοί παράγοντες εμπλέκονται μαζί με τους αιμοδυναμικούς και τους γλυκο-ανεξάρτητους, συμπεριλαμβάνοντας και τη συσσώρευση από γλυκαιμικά προϊόντα, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και απώλεια της κανονικής ενδοσπειραματικής πίεσης του αίματος. Ο Αμερικανικός Διαβητολογικός Σύνδεσμος (ADA) για την πρόληψη της εξέλιξης της νεφροπάθειας στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη προτείνει τον έλεγχο της γλυκαιμίας, με στόχο η συγκέντρωση της A1C να είναι κάτω από 7% (Snively C, Gutierrez Cecilia, 2004).

Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II υποφέρουν από νεφροπάθεια επιδεικνύοντας τον ίδιο βαθμό απώλειας στην δυναμική της διήθησης και στην μεταβλητότητα του GFR. Μορφολογικές έρευνες και στους δύο τύπους I και II διαβητικών ασθενών έχουν δείξει στενή συσχέτιση στις βλάβες ανάμεσα στο σπειραματικό και στο ενδοσπειραματικό από την μία πλευρά και στο επίπεδο του δείκτη GFR από την άλλη. Επίσης στενή συσχέτιση ανάμεσα στην αρτηριακή πίεση και στο βαθμό ελάττωσης του GFR έχει αποδειχθεί στο τύπο I και II σε διαβητικούς ασθενείς. Το 1972 ο Watkins και συνεργάτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με διαβήτη τύπου I με

διαβητική νεφροπάθεια και πρωτεϊνουρία (>3gr/24h) είχαν τη χειρότερη πρόγνωση (Parving, et al, 2004).

Η διαβητική νεφροπάθεια η οποία είναι η πιο κοινή αιτία ΤΣΧΝΑ στις ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί το 46% στις ΗΠΑ, το 41% στην Ιαπωνία, το 40% στη Νέα Ζηλανδία, το 34% στη Γερμανία, το 30% στην Αυστραλία, το 18% στο Ηνωμένο Βασίλειο και 15% στη Νορβηγία (Feest T., 2007).

Στην Ελλάδα η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί την πιο συχνή αιτία ΤΣΧΝΑ σε ποσοστό που φτάνει το 26% (Ιωαννίδης Γ., et al, 2002).

Η αύξηση της επίπτωσης οφείλεται και στην αυξημένη ένταξη των σακχαροδιαβητικών τύπου II, καθώς παγκοσμίως παρατηρείται αύξηση του επιπολασμού του διαβήτη τύπου II με τις αλλαγές στον τρόπο διατροφής και την αύξηση της παχυσαρκίας (Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π, 2005).

1.3.β Υπέρταση

Η υπέρταση είναι η πιο συχνή αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Οι αιτίες της συστηματικής υπέρτασης καταστρέφουν τα μικρά αγγεία του νεφρώνα. Τα νεφρά χάνουν την ικανότητα αυτορύθμισης της ροής του σπειραματικού φίλτρου και της πίεσης, με αποτέλεσμα το υπερφιλτράρισμα να εκδηλώνεται ως αλβουμινουρία και πρωτεϊνουρία. Όταν τα εγγύς εσπειραμένα σωληνάρια επαναρροφούν την υπερβολική πρωτεΐνη, η έκκριση από τις ουσίες προκαλούν περαιτέρω βλάβες στα εσπειραμένα σωληνάρια. Η βλάβη του νεφρώνα ενεργοποιεί το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, με αποτέλεσμα την αύξηση του συμπαθητικού τόνου και την υπερφόρτωση των υγρών, τα οποία συνθέτουν την εξέλιξη της υπέρτασης και την απώλεια του νεφρώνα. Σύμφωνα με την 7^η έκθεση του Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure συστήνεται ως στόχος η πίεση του αίματος σε ασθενείς με ΧΝΑ να είναι λιγότερη από 130/80mmHg (Chobanian AV, et al, 2003).

1.3.γ. ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Η δυσλιπιδαιμία αποτελεί το βασικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις και πολύ κοινή επιπλοκή για την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας. Οι περισσότεροι ασθενείς με ΧΝΑ έχουν ένα ακανόνιστο λιπιδαιμικό προφίλ το οποίο αυξάνει τον κίνδυνο για αθηρογένεση. Η δυσλιπιδαιμία συμβάλει στη θνησιμότητα

από καρδιαγγειακά, η οποία είναι 10-20 φορές υψηλότερη στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε σχέση με τον κανονικό πληθυσμό. Η πιο αξιοσημείωτη λιπιδαιμική ανωμαλία στη ΧΝΑ είναι η αύξηση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων πιθανών από ελλιπή κάθαρση. Οι ασθενείς με ΧΝΑ έχουν επίσης αυξημένη την αναλογία της LDL (low-density lipoprotein) χοληστερόλης σε σχέση με την HDL (high-density lipoprotein). Η LDL χοληστερόλη, συμπεριλαμβανομένης της α-λιποπρωτεΐνης είναι υπέρ αθηρωγενική και τα επίπεδα αυξάνονται προοδευτικά σε ασθενείς με ΧΝΑ. Επίσης τα επίπεδα της οξειδωμένης LDL είναι αυξημένα. Οι χοληστερόλες αυτές ενεργούν στα μονοπάτια της φλεγμονής, ως εκ τούτου προάγοντας την αθηρογένεση και την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης είναι μειωμένα, επιδεικνύοντας απώλεια του αντι-αθηρωματικού αποτελέσματος. Ο πιο πρόσφατος οδηγός από τον National Kidney Foundation K/DOQI συστήνει να θεραπεύεται επιθετικά η δυσλιπιδαιμία στους ασθενείς με ΧΝΑ. Οι στόχοι για τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης είναι κάτω από 100mg/dL (2.60mmol/L) και των τριγλυκεριδίων κάτω από 200mg/dL(2.26mmol/L). Οι φιμπράτες έχουν δείξει ότι μειώνουν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, αλλά πιθανόν να αυξήσουν τον κίνδυνο για ραβδομύλωση (αποσύνθεση των γραμμωτών μυϊκών ινών με αποβολή μυοσφαιρίνης στα ούρα) σε ασθενείς με ΧΝΑ. Οι στατίνες μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της χοληστερόλης αποτελεσματικά και με ασφάλεια στους ασθενείς με ΧΝΑ, μολονότι οι έρευνες δεν έχουν δείξει ακόμη ότι η θεραπεία μειώνει τη θνησιμότητα από το καρδιαγγειακό (Snively C, Gutierrez C, 2004).

1.3.4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ

Ένας ευρέως βαθμός από συστηματικές μολύνσεις περιπλέκονται με τη νεφρική δυσλειτουργία. Η σχετιζόμενη μόλυνση πιθανόν να επηρεάζει τη σύνθεση του νεφρώνα. Η επάρκεια και η ακεραιότητα του αγγειακού συστήματος είναι πιθανόν να εκτίθεται σε ένα συστηματικό σοκ περιπλέκοντας τη βακτηριακή μόλυνση με μία αρχικά προ-νεφρική σύνθεση και προοδευτική εγκατάσταση της νέκρωσης των τελικών σωληναρίων του νεφρώνα. Μία πολύ ειδική προσβολή στο νεφρικό μικροαγγειακό σύστημα έρχεται από την verotoxin Escherichia Coli O157 παράγοντας θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια (Ferenbach D, Turner A, 2007).

1.3.4.α ΜΕΤΑ-ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Αυτή η επιπλοκή της μόλυνσης με την ομάδα Α β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου είναι η κλασσική αιτία του νεφρικού συνδρόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται από υπέρταση, αιματουρία, πρωτεϊνουρία, κατακράτηση υγρών και ποικίλου βαθμού της νεφρικής δυσλειτουργίας. Η ιστολογική εικόνα είναι μιας δραματικής υπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδος με βαριά εναπόθεση των ανοσοσφαιρινών και συμπληρώματος στις υπενδοθηλιακές και υποεπιθηλιακές θέσεις. Στους ηλικιωμένους ασθενείς και σε αυτούς με επίμονες ανωμαλίες στην κατακράτηση των ούρων είναι οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι για τη χρόνια νεφρική βλάβη και αργή ανάπτυξη της υπέρτασης, πρωτεϊνουρίας και απώλεια της νεφρικής λειτουργίας (Ferenbach D., Turner A., 2007).

1.3.4.β ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Παγκοσμίως 350-400 εκατομμύρια άτομα κατά προσέγγιση μολύνθηκαν με ηπατίτιδα Β (HBV), με επικρατέστερη την κατακόρυφη μετάδοση στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Ο ιός HBV αναγνωρίζεται ως η σημαντικότερη δευτερογενής αιτία της μεμβρανώδους σπειραματονεφρίτιδος και σε λιγότερο βαθμό της μεσαγγειοϋπετροφικής σπειραματονεφρίτιδος. Οι ενήλικες με ηπατίτιδα Β-σχετιζόμενοι με τη μεμβρανώδους νεφροπάθεια οδηγούνται προοδευτικά στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας εκτός και αν η ιογενής μόλυνση μπορέσει να ελεγχθεί (Ferenbach D, Turner A, 2007).

1.3.4.γ Ο ΙΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Ο ιός HIV μεταφέρει έναν αυξημένο κίνδυνο για οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με διαφορετικές ιστολογικές και κλινικές εμφανίσεις. Υπάρχουν 3 κύριες ομάδες του ιού HIV που σχετίζονται με τη νεφρική ανεπάρκεια. Το κλασσικό σχετιζόμενο σύνδρομο είναι το focal segmental glomerulosclerosis (FSGS). Υπάρχει μια στενή σχέση με τις εθνότητες των Αφρικανών- Καραϊβικής και το αντρικό φύλο. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία ολικής πρωτεϊνουρίας και με ταχεία εξέλιξη του τελικού σταδίου της νεφρικής ανεπάρκειας από εβδομάδες σε μήνες.

Ο ιός HIV σχετίζεται με περίπλοκες ασθένειες του ανοσολογικού συστήματος immune complex diseases (ICDs) που μπορεί να είναι πιο κοινή από την FSGS στην Καυκάσια φυλή. Επίσης ο συγκεκριμένος ιός σχετίζεται με τη θρομβωτική

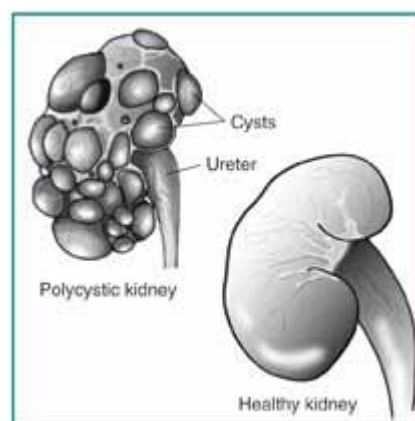
μικροαγγειοπάθεια (thrombotic thrombocytopenic purpura-haemolytic uraemic syndrome; TTP-HUS), εμφανίζοντας ποικίλους βαθμούς από νεφρικές και extra-νεφρικές εκδηλώσεις. Η εμφάνιση της ασθένειας είναι παρόμοια με το TTP-HUS στον πληθυσμό που δεν έχει προσβληθεί με τον ιό του HIV, αλλά η πρόγνωση είναι πολύ χειρότερη καθώς αναφέρονται περιπτώσεις με θνησιμότητα που αγγίζει το 66-100% (Ferenbach D, Turner A, 2007).

1.3.4.δ ΕΛΟΝΟΣΙΑ

Χρόνια νεφροπάθεια από ελονοσία τεταρταίου πυρετικού παροξυσμού διαμέσου της μόλυνσης με το *Plasmodium malariae* ένα γένος σποροζώων τα οποία παρασιτούν στα ερυθροκύτταρα των ζώων και του ανθρώπου αναφέρεται συχνά ως η αιτία του νεφρωτικού συνδρόμου και προοδευτικής νεφρικής ανεπάρκειας (Ferenbach D, Turner A, 2007).

1.3.5. ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Η πολυκυστική νόσος των νεφρών είναι μία γενετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πολυάριθμων κύστεων στους νεφρούς. Οι κύστες μπορεί να μεγθύνουν τα νεφρά ενώ αντικαθιστούν πολλά από την φυσιολογική δομή με αποτέλεσμα τη μειωμένη λειτουργία των νεφρών που οδηγεί σε νεφρική ανεπάρκεια. Μετά από πολλά χρόνια ο ασθενής απαιτεί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού.



Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς με πολυκυστική νόσο προοδευτικά οδηγούνται σε νεφρική ανεπάρκεια που ονομάζεται επίσης και τελικού σταδίου νεφρική νόσος. Η πολυκυστική νόσος μπορεί επίσης να προκαλέσει κύστες στο ήπαρ και προβλήματα σε άλλα όργανα όπως στα αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου και της καρδιάς.

Στις ΗΠΑ περίπου 600.000 άνθρωποι νοσούν από την πολυκυστική νόσο των νεφρών και αποτελεί την τέταρτη αιτία νεφρικής ανεπάρκειας (Grantham J.J., Nair V, Winklhofer F, 2000).

Δύο είναι οι κύριες κληρονομήσιμες μορφές:

- Η αυτοσωματική επικρατούσα αποτελεί την πιο κοινή κληρονομική μορφή. Τα συμπτώματα αναπτύσσονται μεταξύ των ηλικιών 30 με 40, αλλά μπορούν να

ξεκινήσουν νωρίτερα ακόμη και στην παιδική ηλικία. Περίπου το 90% των περιπτώσεων της πολυκυστικής νόσου είναι η αυτοσωματική επικρατούσα. Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι πόνος στην πλάτη και στα πλάγια- ανάμεσα στα πλευρά και στα ισχία- και πονοκέφαλοι. Ο πόνος μπορεί να είναι προσωρινός ή επίμονος, ήπιος ή διακοπτόμενος.

- Η αυτοσωματική υπολειπόμενη πολυκυστική νόσος αποτελεί μία σπάνια κληρονομική μορφή. Τα συμπτώματα ξεκινούν τους πρώτους μήνες της ζωής ακόμη και στη μήτρα.

1.3.6 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παχυσαρκία είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τον διαβήτη και την υπέρταση, τις δύο πιο κοινές αιτίες της νεφρικής ανεπάρκειας, η παχυσαρκία από μόνη της μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για ΧΝΑ αυξάνοντας τις μεταβολικές απαιτήσεις των νεφρών, οι οποίες οδηγούν σε υψηλές πιέσεις των σπειραματικών τριχοειδών και σε σπειραματική υπερτροφία. Η υπερινσουλιαιμία συχνά συνδέεται με την παχυσαρκία η οποία μπορεί να επιταχύνει τη διαρθρωτική βλάβη με το να αλληλεπιδράσει με την αγγειοτενσίνη II και αυξάνοντας την παραγωγή και εναπόθεση του κολλαγόνου. Το θεραπευτικό πλάνο για τους ενήλικες παχύσαρκους με ΧΝΑ πρέπει να περιλαμβάνει απώλεια βάρους και άσκηση καθώς αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν ταυτόχρονα να μειώσουν τις μεταβολικές απαιτήσεις των νεφρών, να μειώσει τις συστηματικές και σπειραματικές πιέσεις, και να βελτιώσει την ευαισθησία στην ινσουλίνη. Ωστόσο χρειάζονται περισσότερες μελέτες για την περαιτέρω βελτιστοποίηση της πρόληψης και θεραπείας της ΧΝΑ που σχετίζεται με την παχυσαρκία (Kramer H., 2006).

Ο αριθμός των ασθενών με ΧΝΑ αυξάνεται διαρκώς. Οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι ασθενείς αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα για την παγκόσμια υγεία. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Vupputuri and Sandler(2003), παρατηρήθηκε σημαντικά θετική σχέση ανάμεσα στο ΔΜΣ και στην νεφροσκλήρυνση ειδικά μεταξύ των γυναικών.

Άλλη έρευνα των Sasatomi et al 2001, εξέτασε την επίδραση της παχυσαρκίας στην σπειραματική μορφομετρία σε 69 ασθενείς και βρήκαν ότι η παχυσαρκία σχετιζόταν με την διαστολή της σπειραματικής διαμέτρου. Περαιτέρω, τα αποτελέσματά τους προτείνουν ότι η παχυσαρκία δεν μπορεί από μόνη της να

επιρεάσει την λειτουργία των νεφρών, αλλά η παχυσαρκία σχετίζεται με την υπέρταση ή την υπερλιπιδαιμία.

Η πιο δυνατή σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και στην νεφρική ανεπάρκεια έχει βρεθεί σε πρωτεϊνουρικές καταστάσεις. Πρόσφατη έρευνα αναφέρει ότι μεταξύ των ασθενών με παχυσαρκία και σπειραματοπάθεια, το 48% αποδείχθηκε με νεφρωτική πρωτεϊνουρία και το 52% είχε υπο-νεφρωτική πρωτεϊνουρία (Kambham N. et al ,2001).

Η σχέση μεταξύ πρωτεϊνουρίας και μαζικής παχυσαρκίας αποδείχθηκε πρώτα το 1974 (Weisinger J., et al 1974)

Πρόσφατα έχει αποδειχθεί ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς εμφανίζουν πολύ συχνά δευτερογενή τμηματική σπειραματονεφρίτιδος και σπειραματική υπερτροφία. Σε ασθενείς με υψηλό BMI, υψηλή GFR μπορεί εν μέρει να οφείλεται στην σπειραματική υπερδιήθηση. Το παραπάνω βάρος και η παχυσαρκία είναι σημαντικοί, αλλά δυνητικά ευμετάβλητοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της ΧΝΑ. Ωστόσο, η ΧΝΑ αποτελεί μία από τις πολλές επιπλοκές της παχυσαρκίας (Bachorzewska, et al, 2006).

1.3.7 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι το οικογενειακό ιστορικό του ΤΣΧΝΑ είναι στενά συνδεδεμένο με τον αυξημένο κίνδυνο για ΤΣΧΝΑ. Η λήψη του ατομικού ιστορικού περιλαμβάνοντας το οικογενειακό ιστορικό του ΤΣΧΝΑ αποτελεί ένα πολύ καλό προγνωστικό παράγοντα για τον μελλοντικό κίνδυνο της ΧΝΑ από τη συγκέντρωση της γλυκόζης του αίματος ή της πίεσης του αίματος (Freedman et al., 1997; Seaquist et al., 1989), δείχνοντας γενετική ευαισθησία με αυξημένο τον κίνδυνο της ανάπτυξης των πιο κοινώς αναφερομένων αιτιολογιών του ΤΣΧΝΑ (Hwang J. et al, 2009) . Η πολυκυστική νόσος των νεφρών συνδέεται με την κληρονομικότητα όπως και η νεφρίτιδα (σύνδρομο Alport's κληρονομική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επιδεινούμενη βαρικοΐα τύπου αντιλήψεως, επιδεινούμενη πυελονεφρίτιδα ή σπειραματονεφρίτιδα και ενίοτε οπτικές διαταραχές), το κυστικό μύελωμα και το σύνδρομο nail-patella (σύνδρομο γνωστό επίσης και ως κληρονομική οστεονυχροδυσπλασία μία όχι τόσο κοινή γενετική ασθένεια η οποία εμπλέκει μαζί όργανα εξωδερμικής και ενδοδερμικής προέλευσης, πρόκειται για αυτοάνοσο νόσημα) , (www.merck.com).

1.3.8 ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΝΑ

Ενώ έχουν προσδιοριστεί μια σειρά από παράγοντες για χρόνια νεφρική νόσο όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υψηλή αρτηριακή πίεση και η χρόνια χρήση αναλγητικών φαρμάκων, το σώμα των αποδεικτικών στοιχείων για διάφορους άλλους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου όπως το αλκοόλ, το κάπνισμα και ο ΔΜΣ είναι αραιά και ενίοτε αντιφατικά (Vurputuri S., Sandler D., 2003).

Η ΧΝΑ σχετίζεται με τον αυξημένο επιπολασμό του διαβήτη, της δισλιπιδαιμίας (ειδικά της υπερτριγλυκεριδαιμίας) και της υπέρτασης. Το υγιές βάρος ορίζεται με το ΔΜΣ από 18,5- 24,9kg/m², υπέρβαρα θεωρούνται τα άτομα με ΔΜΣ από 25-29,9kg/m² και παχύσαρκα με ΔΜΣ \geq 30kg/m². Στις ΗΠΑ, η επίτευξη και διατήρηση ενός υγιούς βάρους είναι ιδιαίτερα δύσκολο. Ο επιπολασμός του αυξημένου βάρους και της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία 20 χρόνια και το πρόβλημα έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας. Η παχυσαρκία αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα για την καρδιαγγειακή νόσο. Το υπερβολικό βάρος σώματος επηρεάζει δυσμενώς την καρδιαγγειακή νόσο με τους παράγοντες κινδύνου (π.χ αυξημένη LDL, αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων, πίεση του αίματος, και τα χαμηλά επίπεδα της HDL χοληστερόλης) αυξάνουν τους κινδύνους για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας, εγκεφαλικού και καρδιακές αρρυθμίες. Οι αιτίες αυτής της δραματικής αύξησης του υπέρβαρου πληθυσμού και της παχυσαρκίας είναι πολυπαραγοντική. Ενοχοποιούνται οι αυξημένες μερίδες πρόσληψης, τροφές με υψηλή θερμιδική πυκνότητα, εύκολη πρόσβαση σε αφθονία πολύ φθηνών τροφίμων, ο καθιστικός τρόπος ζωής, εμπορικές και πολιτισμικές επιρροές. Οι κυριότερες πηγές κορεσμένων λιπαρών οξέων στη δίαιτα στις ΗΠΑ προέρχονται από ζωικά λίπη (κρέας και γαλακτοκομικά), και οι πρώτες πηγές των τρανς λιπαρών οξέων είναι κυρίως υδρογονωμένα λίπη που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή τηγανητών και ψημένων προϊόντων. Κυριότερες πηγές της διαιτητικής χοληστερόλης είναι από τρόφιμα όπως (αυγά, γαλακτοκομικά και κρέας). Η πρόσληψη κορεσμένων και τρανς λιπαρών οξέων είναι στενά συνδεδεμένη με τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης. Επίσης όσοι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ποτών και τροφίμων με πρόσθετα σάκχαρα, τείνουν να προσλαμβάνουν περισσότερες θερμίδες και αύξηση του βάρους. Η αυξημένη πρόσληψη αλατιού αυξάνει την αρτηριακή πίεση. Η μείωση της πρόσληψης του άλατος έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην πτώση της αρτηριακής πίεσης ιδιαίτερα στη μαύρη φυλή, στα μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, στους υπερτασικούς, διαβητικούς ή σε χρόνια

νεφροπαθείς. Υψηλή πρόσληψη αλκοόλ μπορεί να σχετίζεται με ανεπιθύμητες συνέπειες για την υγεία, συμπεριλαμβάνοντας την υπερτριγλυκεριδαιμία, υπέρταση, βλάβες του ήπατος, σωματική κακοποίηση, οδικά και εργατικά ατυχήματα και αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (Lichtenstein A., et al, 2006).

Ωστόσο σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Vupputuri & Sandler, το 2003 δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση ανάμεσα στην χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και την πρόσληψη αλκοόλ με εξαίρεση τους πότες λαθραίων ποτών όπου παρατηρήθηκε αυξημένος κίνδυνος για χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (συμπεριλαμβάνοντας όλους τους τύπους) ή με το κάπνισμα. Αντίθετα παρατηρήθηκε σημαντικά θετική σχέση ανάμεσα στο ΔΜΣ και στην νεφροσκλήρυνση ειδικά μεταξύ των γυναικών.

1.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Η κλινική εκτίμηση των ασθενών με νεφρική ασθένεια αποτελεί μία σημαντική εμπειρία για όλους τους κλινικούς καθώς οι συγκεκριμένοι ασθενείς μπορούν να προσέλθουν σε κάθε νοσοκομείο. Οι ασθενείς με ΧΝΑ συχνά παρουσιάζουν χειροτέρευση στη νεφρική λειτουργία και στο εξής μπορούν να παρουσιάσουν πολλά από τα συμπτώματα και τα σημάδια που παραθέτονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6.

Παρουσίαση των κλινικών συμπτωμάτων της Νεφρικής Νόσου
<u>Συμπτωματικές</u>
Εμφανής αιματουρία
Επιπλέον συμπτώματα των νεφρών από συστηματικές ασθένειες οι οποίες επηρεάζουν τα νεφρά προκαλώντας οιδήματα ή αφρώδης ούρα με βαριά πρωτεϊνουρία
<u>Ουραιμικά συμπτώματα:</u>
■ Ναυτία
■ Έμετος
■ Ανορεξία
■ Απώλεια βάρους
■ Καχεξία
■ Γενικευμένη κνίδωση
■ Λόξυγγας
■ Πόνος στο στήθος δευτεροπαθής της ουραιμικής περικαρδίτιδας
■ Μυϊκή αδυναμία
■ Αλλαγές στην πνευματική κατάσταση
■ Κώμα
<u>Ασυμπτωματικές</u>
Υπέρταση
Ανωμαλίες στα αποτελέσματα του αίματος
Ανωμαλίες στην ανάλυση ούρων
Ανωμαλίες στην εικόνα των νεφρών
Τα παραπάνω συμπτώματα είναι αποτέλεσμα της συσσώρευσης διάφορων τοξινών επιπρόσθετα στην ουρία. Οξεία ουραιμία ή ουραιμία που προκύπτει ως αποτέλεσμα προοδευτικής ασθένειας αποτελεί ένδειξη για άμεση αιμοδιάλυση (Snively C et al, 2004).

Πηγή: Walbaum D., Cluth D. Clinical assessment of renal disease. *Medicine* 35:7, pp 353-358 (2007)

Οι ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια βιώνουν εκτεταμένες σωματικές ταλαιπωρίες. Υποφέρουν κατά μέσο όρο από 10,5 συμπτώματα σε κάθε δεδομένη στιγμή, συμπεριλαμβανομένων την πλέον εμφανή κόπωση, κνησμό, πόνο, κράμπες, διαταραχή ύπνου, ανορεξία, δυσκοιλιότητα και σεξουαλική δυσλειτουργία. Ο πόνος αναφέρεται στο 50-63% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Διαταραχές ύπνου αναφέρονται στο 50-90% των ασθενών και υψηλή συχνότητα των τυπικών διαταραχών συμπεριλαμβάνοντας το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών, περιοδικές κινήσεις των ποδιών και το σύνδρομο της υπνικής άπνοιας. Επίσης υπάρχουν επιπρόσθετοι κίνδυνοι στους ουραιμικούς ασθενείς από τις νευροψιατρικές παρενέργειες των φαρμάκων. Ανορεξία έχει βρεθεί στο 25-48% των ασθενών στην αιμοκάθαρση. Κατάθλιψη επίσης στους υποσιτισμένους ασθενείς η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί εάν παρουσιαστεί. Τα φάρμακα συμβάλλουν στην εμφάνιση της ξηροστομίας και στην δυσκοιλιότητα, ειδικά αυτά με αντιχολινεργικές ιδιότητες (Levy N., Mirot A.: In Leigh H, Streltzer J., 2008).

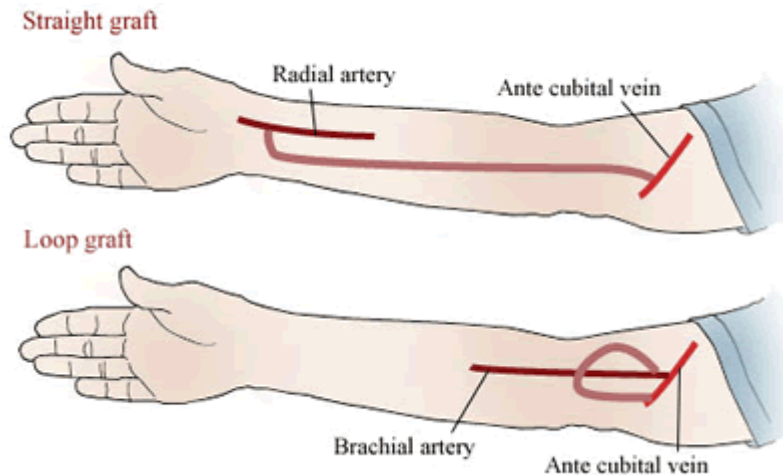
1.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ

Η θεραπεία της ΧΝΑ περιλαμβάνει διαιτητικές αλλαγές, διόρθωση των συστηματικών επιπλοκών, αιμοκάθαρση ή λήψη νεφρικού μοσχεύματος. Οι περιορισμοί στη δίαιτα και στα υγρά μπορεί να απαιτούνται για να διευκολύνουν τη μειωμένη απεκκριτική ικανότητα των νεφρών. Η οξείδωση και τα αυξημένα επίπεδα του καλίου μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη μείωση της διαιτητικής πρόσληψης σε τροφές πλούσιες σε κάλιο, όπως οι μπανάνες και ο περιορισμός του νατρίου μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο της υπέρτασης. Μερικές φορές είναι απαραίτητο να μειώσουμε την πρωτεϊνική πρόσληψη για να μειωθεί η παραγωγή των αζωτούχων αποβλήτων. Ανεξάρτητα από αυτή τη θεραπεία, πολλοί ασθενείς προχωρούν στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας το οποίο απαιτεί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση (Proctor et al, 2005).

1.5.α. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

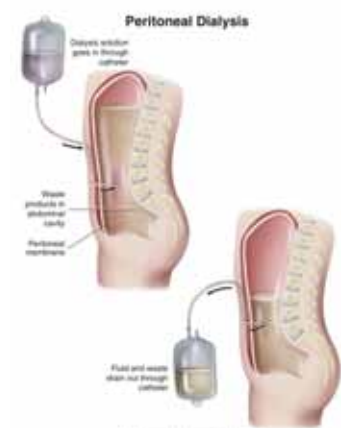
Υπάρχουν δύο τύποι κάθαρσης: η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση. Σε κάθε περίπτωση, το αίμα του ασθενούς χωρίζεται από το υγρό της διάλυσης με μία μεμβράνη η οποία επιτρέπει στο νερό και τις τοξίνες, αλλά όχι στα ερυθροκύτταρα, να περάσουν από το αίμα. Στην περιτοναϊκή κάθαρση, η περιτοναϊκή μεμβράνη

λειτουργεί όπως το φίλτρο, ενώ στην αιμοκάθαρση η μεμβράνη βρίσκεται εντός του μηχανήματος της αιμοκάθαρσης. Πολλοί ασθενείς που νοσούν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πάνω από 4 ώρες, 2-3 φορές κάθε εβδομάδα. Η αρτηριοφλεβική φίστουλα στο μπράτσο απαιτείται για την κανονική αγγειακή προσπέλαση μέσω βελονών ευρείας οπής.



Η φίστουλα συνήθως φτιάχνεται από μία αυτόχθονα φλέβα, όμως μερικές φορές είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί ζωϊκό ή συνθετικό μόσχευμα εάν η τοπική ανατομία είναι ακατάλληλη. Σε σύγκριση με το κόστος αποτελεσματικότητας ανάμεσα στην αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση, κάποιος μπορεί να πει ότι η τελευταία έχει λιγότερο αρχικό κόστος, αλλά το μακροπρόθεσμο κόστος και των δύο τεχνικών είναι παρόμοιο. Και οι δύο τεχνικές είναι αποτελεσματικές και κατάλληλες για τους περισσότερους ασθενείς. Στην περιτοναϊκή κάθαρση, ένας καθετήρας τοποθετείται μέσα στο περιτόναιο διαμέσου του οποίου ανταλλάσσονται τα υγρά της αιμοκάθαρσης (Proctor et al, 2005).

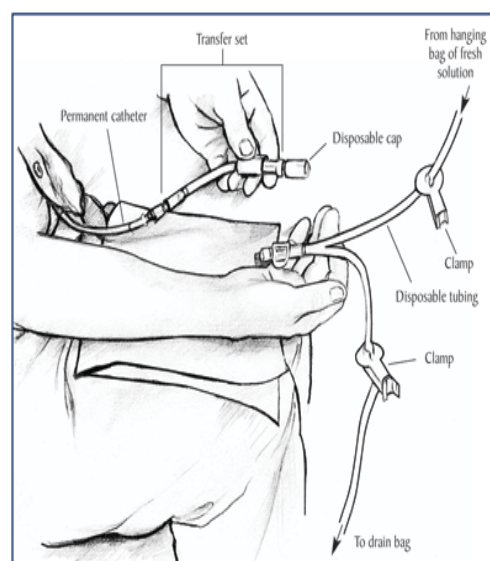
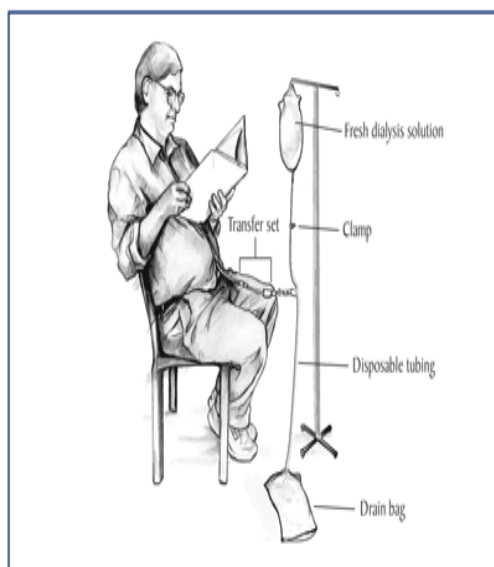
Διηθεί το αίμα από απόβλητα και αφαιρεί τυχόν περιττό υγρό από το αίμα σε καθημερινές θεραπείες. Σε αντίθεση με την αιμοκάθαρση, η περιτοναϊκή κάθαρση διηθεί το αίμα μέσα στο σώμα. Χρησιμοποιεί το περιτόναιο ή την περιτοναϊκή μεμβράνη ως φίλτρο για την αιμοκάθαρση. Το περιτόναιο είναι μια μεμβράνη που περιβάλλει το τοίχωμα της κοιλιάς και καλύπτει τα κοιλιακά όργανα. Ειδικό υγρό που αποκαλείται διάλυμα αιμοκάθαρσης αποστραγγίζεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα μέσω ενός ειδικού σωλήνα που ονομάζεται περιτοναϊκός καθετήρας (καθετήρας Tenckhoff). Απόβλητα και περιττό υγρό περνούν από τα μικροσκοπικά αιμοφόρα αγγεία της περιτοναϊκής



μεμβράνης στο διάλυμα αιμοκάθαρσης, το οποίο αποστραγγίζεται έπειτα από την κοιλιακή κοιλότητα μέσω του περιτοναϊκού καθετήρα. Η περιτοναϊκή κάθαρση είναι μια καθημερινή θεραπεία που εκτελείται από τους ασθενείς στο σπίτι. Πραγματοποιείται χρησιμοποιώντας μια σειρά περιοδικών ανταλλαγών. Μια ανταλλαγή είναι όταν το διάλυμα αιμοκάθαρσης αποστραγγίζεται από την κοιλιακή κοιλότητα (αποβάλλοντας απόβλητα και περιττό νερό από το αίμα) και ανταλλάσσεται με φρέσκο διάλυμα αιμοκάθαρσης, το οποίο ενσταλάζεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Υπάρχουν δύο μορφές περιτοναϊκής κάθαρσης: Η CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) and APD (Automated Peritoneal Dialysis), (Renal Resource Center, 2007).

1.5.β. ΣΥΝΕΧΗΣ ΚΙΝΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (CAPD)

Η συνεχιζόμενη μη νοσοκομειακή περιτοναϊκή κάθαρση (CAPD) όπου απαιτούνται 4 αλλαγές κατά προσέγγιση 2 λίτρων καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Οι ανταλλαγές πραγματοποιούνται με το χέρι κατά τη διάρκεια της ημέρας και κάθε

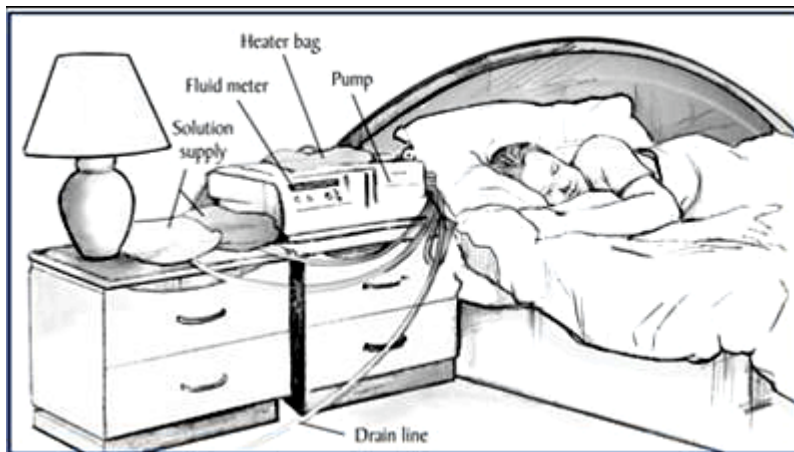


ανταλλαγή του διαλύματος αιμοκάθαρσης χρειάζεται περίπου 45 λεπτά. Στο διάστημα αυτό οι ασθενείς μπορούν να διαβάζουν ή να βλέπουν τηλεόραση, ενώ το υγρό ενσταλάζεται ή αποστραγγίζεται. Μετά την αποστράγγιση του χρησιμοποιημένου διαλύματος από την κοιλιά σε μια άδεια σακούλα και την ενστάλαξη φρέσκου διαλύματος στην κοιλιακή κοιλότητα, η σακούλα αποστράγγισης αποσυνδέεται από τον καθετήρα και απορρίπτεται. Στην περίπτωση της CAPD, υπάρχει πάντα ένας όγκος 2-3 λίτρων υγρού στην κοιλιακή κοιλότητα. Είναι δυνατό

να συγκρατείται άνετα αυτός ο όγκος διαλύματος στην κοιλιακή κοιλότητα. Ανταλλαγές γίνονται κατά κανόνα στο πρόγευμα, το μεσημεριανό γεύμα, αργά το απόγευμα και το βράδυ (Renal Resource Center, 2007) .

1.5.γ. ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (APD)

Είναι επίσης δυνατό να πραγματοποιούνται αυτές οι ανταλλαγές για 8-10 ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας, χρησιμοποιώντας αυτοματοποιημένο κυκλοποιητή (cycler machine). Αυτό το μηχάνημα επιτρέπει να γεμίζεται και να αποστραγγίζεται



αυτόματα το διάλυμα αιμοκάθαρσης από την κοιλιακή κοιλότητα ενώ κοιμάται ο ασθενής.

Για άτομα που εργάζονται ή ζουν πολυάσχολη ζωή, ένας κυκλοποιητής μπορεί να καταστήσει την περιτοναϊκή κάθαρση πιο κατάλληλη και εύκολη. Ωστόσο, δεν είναι πάντα κατάλληλος (Renal Resource Center, 2007).

1.5.δ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Η μεταμόσχευση νεφρού περιλαμβάνει τη λήψη νεφρού από το σώμα ενός ατόμου και την χειρουργική του εμφύτευση στο σώμα του ασθενή με νεφρική ανεπάρκεια. Ένα μεταμοσχευμένο νεφρό παρέχει αρκετή νεφρική λειτουργία για να διατηρεί τον παραλήπτη σε καλή κατάσταση. Η μεταμόσχευση παρέχει πολύ καλή ποιότητα αλλά και προσδόκιμο ζωής σε σχέση με την αιμοκάθαρση (Renal Resource Center, 2007).

Τα νεφρικά μοσχεύματα μπορεί να προέρχονται από πτώματα ή ζωντανούς δότες, είτε έχουν συγγένεια είτε όχι, (αν και εκείνοι που ζουν από συγγενείς δότες έχουν καλύτερη πρόγνωση). Τα όργανα των πτωμάτων κατανέμονται με βάση το HLA (Human Leucocyte Antigens) αντιγόνο ιστοσυμβατότητας, τη συμβατότητα ABO , την ηλικία και το μέγεθος του δότη και του λήπτη. Μετά τη μεταμόσχευση

υπάρχουν διάφορες προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνονται για τη φροντίδα του μεταμοσχευμένου νεφρού αλλά και της γενικής υγείας. (Renal Resource Center, 2007).

Η ανοσοκατασταλτική θεραπεία απαιτείται για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου απόρριψης του μοσχεύματος. Συνήθως χρησιμοποιούνται η πρεδνιζολόνη, αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη και πιο πρόσφατα το tacrolimus (Proctor et al, 2005).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

2.1 ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΙ

2.1.α ΑΓΧΟΣ

Η τελικού σταδίου χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αναφέρεται συχνά ως « ζωντανό εργαστήριο άγχους», εξαιτίας των ανεπιθύμητων στρεσογόνων γεγονότων, και τις επιπτώσεις στη ζωή ως αποτέλεσμα του ΤΣΧΝΑ και της θεραπείας της αιμοκάθαρσης (Belar and Tavian, 2002; Devins et al, 1990).

Η θεραπεία της αιμοκάθαρσης παρουσιάζει πολλές προκλήσεις και εμπόδια τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του. Η αιμοκάθαρση απαιτεί προσαρμογή σε ολόκληρο τον τρόπο ζωής, χαρακτηρίζεται από αυστηρή καθημερινότητα, περιορισμούς στον τρόπο ζωής, αλλαγή ρόλων στην κοινωνία και μερικές φορές ανησυχητικές αλλαγές στην υγεία (Beder, 1999).

Καθώς οι πιέσεις είναι ιδιαίτερα οξείες στο αρχικό στάδιο της ΤΣΧΝΑ, ένας μεγάλος αριθμός των παραγόντων πίεσης τείνουν να γίνουν χρόνιοι και μπορεί να διαφέρουν σε ένταση σε όλο το υπόλοιπο της ζωής στην αιμοκάθαρση. Τα άτομα τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης συχνά δέχονται πιέσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Από την πλευρά των ιατρικών προβλημάτων, ένα ευρύ φάσμα έχει αναφερθεί ως ιατρογενές αποτέλεσμα της αιμοκάθαρσης, είτε ως παρατεταμένες συνέπειες των εγγενών περιορισμών της αιμοκάθαρσης. Αυτές περιλαμβάνουν αδυναμία, κόπωση, έλλειψη ενέργειας, αϋπνία, απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή σεξουαλική δυσλειτουργία, μυϊκές κράμπες,

κατακράτηση υγρών, ναυτία, τρόμο, δυσφορία και πόνο (Baldree, Murphy, and Powers, 1982; Craven, Rodin and Johnson, 1987; Bihl, Ferrans & Powers, 1988; Lok, 1996; Logan, Pelletier-Hibbert & Hodgins, 2006).

Τα ιατρικά προβλήματα τα οποία αναφέρονται, πιο συχνά αφορούν μη νεφρικές συστηματικές λοιμώξεις, διακυμάνσεις της υγείας και αποτελέσματα της ασθένειας (Baldree, Murphy & Powers, 1982; Bihl, Ferrans and Powers, 1988; Kimmel, 2002).

Η θεραπεία της αιμοκάθαρσης παρουσιάζει μοναδικές πιέσεις όπως δυσκολίες στη μετακίνηση, αυστηρό χρονοδιάγραμμα αιμοκάθαρσης, κόπωση στις ανταλλαγές αιμοκάθαρσης, μονοτονία των συνεδριών και έλλειψη χώρων πρόσβασης (Feins, Parke and Paulus, 1974; Wai et al, 1981; Bihl, Ferrans & Powers, 1988).

Η καθημερινότητα επίσης επηρεάζεται συχνά από την αιμοκάθαρση, όπως ο περιορισμός στην πρόσληψη υγρών και τροφών, μείωση των σωματικών δραστηριοτήτων, λειτουργικές διαταραχές, προβλήματα προγραμματισμού δευτεροβάθμιας συνεδρίας για αιμοκάθαρση, και όσον αφορά την απασχόληση τα προβλήματα κυμαίνονται από την αναστάτωση στο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, αλλαγή εργασίας για να έχουν λιγότερη παραγωγή έργου, δουλεύοντας λιγότερες ώρες ή χάνοντας την ικανότητα εργασίας (Lok, 1996; Baldree, Murphy & Powers, 1982; Bihl, Ferrans & Powers, 1988; Kimmel, 2002).

Τέλος, η αιμοκάθαρση παρουσιάζει έναν αριθμό από κοινωνικές και συναισθηματικές πιέσεις για τα άτομα με ΤΣΧΝΑ όπως αυξημένη εξάρτηση από άλλους, φόβους για έκπτωση της υγείας τους ή και θάνατο, αβεβαιότητα για το μέλλον, συναισθήματα θλίψης και απόγνωσης, μείωση της κοινωνικής ζωής, υπερπροστατευτικότητα της οικογένειας και των φίλων, σημαντικούς περιορισμούς σχετικά με τα ταξίδια και στα σχέδια διακοπών, και δραστικές αλλαγές ή απώλειες στους βασικούς ρόλους των διαπροσωπικών σχέσεων, φιλικές, κοινωνικές και/ή στον εργασιακό χώρο (Baldree, Murphy & Powers, 1982; Bihl, Ferrans & Powers, 1988; Kimmel, 2002; Buchanan & Abram, 1984; Lok, 1996).

Στους πιο συχνούς στρεσογόνους παράγοντες αναφέρονται ο περιορισμός των υγρών και των τροφών, οι συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο, ο περιορισμός των διακοπών, η αυξημένη εξάρτηση, η ανεργία, η αβεβαιότητα για το μέλλον, τα σεξουαλικά προβλήματα και η σωματική κόπωση. Υπάρχει συμφωνία απόψεων ανάμεσα στους ερευνητές, ότι ο περιορισμός των υγρών και των τροφών αποτελούν τους πιο στρεσογόνους παράγοντες για τους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ. Αυτό γιατί δεν επιτρέπεται να πίνουν περισσότερο από 500ml υγρά την ημέρα, εφόσον η

συσσώρευση των υγρών στον οργανισμό επιδεινώνει την υπέρταση, και μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονικό οίδημα. Η υπερκαλιαιμία μπορεί να προκαλέσει καρδιακή αρρυθμία και θάνατο, ενώ η υπερφωσφαταιμία μπορεί να οδηγήσει σε κνησμό και νεφρική οστεοδυστροφία. Επομένως οι συγκεκριμένοι ασθενείς απαιτείται να καταβάλλουν ιδιαίτερα σκληρή προσπάθεια να ακολουθούν πιστά τις διατροφικές οδηγίες γεγονός που τους προκαλεί έντονο άγχος (Γερογιάννη Γ., 2003).

Η συμμόρφωση των ασθενών με τον περιορισμό των υγρών είναι ιδιαίτερα δύσκολη κατά τη διάρκεια των ζεστών περιόδων (Gabriel R., 1990).

Σε έρευνα που πραγματοποίησε η Γερογιάννη Γ., (2003) στην Αθήνα σε μονάδα τεχνητού νεφρού σε 71 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς βρέθηκε ότι κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών όπου η θερμοκρασία ξεπερνά τους 35° C οι ασθενείς έχουν αυξημένο το αίσθημα της δίψας, με αποτέλεσμα να τους οδηγεί σε ανεξέλεγκτη κατανάλωση υγρών και σε αυξημένη δυσκολία στο να συμμορφωθούν με τον περιορισμό των υγρών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (79%) ήταν έντονα προβληματισμένη με τον περιορισμό των υγρών.

Ο περιορισμός των διακοπών αποτελεί έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα καθώς υπάρχει δυσκολία πρόσβασης σε άλλες μονάδες αιμοκάθαρσης κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού με αποτέλεσμα να μην μπορούν να πηγαίνουν διακοπές στα μέρη που επιθυμούν. Κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών ο αριθμός των μηχανημάτων αιμοκάθαρσης είναι περιορισμένος για τους επισκέπτες και ιδιαίτερα για εκείνους με μεταδοτικά νοσήματα όπως AIDS, Ηπατίτιδα Β και C (Gabriel R., 1990).

Επίσης η ανεργία είναι ένας επιπλέον στρεσογόνος παράγοντας καθώς πάνω από το 75% των ασθενών είναι ανίκανοι να διατηρήσουν τη μόνιμη εργασία τους μετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης (Γερογιάννη Γ., 2003).

Ο Levy N.,(1984) υποστηρίζει ότι η εργασία ενός ατόμου έχει στενή σχέση με την προσωπική του ταυτότητα και την ηθική ικανοποίηση του «εγώ» του και γι' αυτό η αδυναμία διατήρησή της προκαλεί απώλεια ενέργειας και πτώση της libido.

Η ανεργία ευθύνεται για ένα σημαντικό αριθμό σεξουαλικών προβλημάτων. Οι άνδρες αδυνατούν να εργαστούν και τότε οι γυναίκες αναλαμβάνουν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις της οικογένειας, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση των συζύγων (Γερογιάννη Γ., 2003).

Επιπλέον στρεσογόνοι παράγοντες αναφέρονται από τους ασθενείς η υπερβολική εξάρτηση από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης, η εξάρτηση από τα μέλη της οικογένειά

τους καθώς και από άλλα συγγενικά πρόσωπα, ο φόβος για μεταδοτικές ασθένειες, όπως το AIDS, Ηπατίτιδα Β και C, η πιθανή κατάσταση της υγείας τους μετά από πιθανή μεταμόσχευση, η δυσκολία ανεύρεσης νεφρικού μοσχεύματος, η πιθανότητα διακοπής της λειτουργίας της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης και η πιθανότητα ανεξέλεγκτης αφαίρεσης υγρών κατά την αιμοκάθαρση (Γερογιάννη Γ., 2003).

Τα συμπτώματα του άγχους είναι πολύ διαδεδομένα μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Σύμφωνα με το DSM-IV-R οι αγχώδεις διαταραχές κατατάσσονται σε έναν αριθμό διαφορετικών κατηγοριών. Αυτές περιλαμβάνουν το γενικευμένο άγχος, τη φοβία, το μετα-τραυματικό στρες, την ψυχαναγκαστική διαταραχή, και φοβίες όπως (αγοραφοβία, κοινωνική φοβία και κλειστοφοβία). Τα βασικά στοιχεία που καθορίζουν γιατί κάποια άτομα αναπτύσσουν φοβίες και άλλοι όχι πιστεύεται ότι δεν οφείλεται σε μεμονωμένες και συμπεριφοριστικές διαφορές. Η γενετική προσέγγιση βασίζεται στην υπόδειξη ότι η ατομική γενετική διαφορά κάνει ορισμένους ανθρώπους περισσότερο υπόλογους στις φοβίες σε σχέση με άλλους (Eysenck, 1994, In Baines L., & Jindal R., 2003).

Αντίθετα, η συμπεριφοριστική προσέγγιση δίνει έμφαση στο περιβάλλον παρά σε μεταβλητές όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Harris et al, 1983 In Baines L., & Jindal R., 2003).

Η ανάπτυξη και η εκδήλωση, καθώς και η εμπειρία να ζεις με μία χρόνια ασθένεια μπορεί να διερευνηθεί είτε από μια γενετική ή από μία συμπεριφοριστική άποψη. Πολλοί ασθενείς οι οποίοι υποφέρουν από αγοραφοβία τείνουν επίσης να εμφανίζουν διαταραχή πανικού, ή τρομακτικές κρίσεις πανικού, που χαρακτηρίζονται από ακραίο φόβο, αισθήματα απώλειας ελέγχου και σωματικά συμπτώματα (πόνος στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή και ζάλη). Σύμφωνα με το DSM-IV-R ένα άτομο πρέπει να έχει εμπειρία από 4 κρίσεις πανικού μέσα σε 1 μήνα για να χαρακτηριστεί ότι υποφέρει από διαταραχή πανικού. Τυπικά κάθε κρίση διαρκεί λίγα λεπτά, σε αντίθεση με την αγοραφοβία στην οποία δεν υπάρχει προφανές ερέθισμα. Θεωρείται ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής πανικού, ωστόσο τα αποδεικτικά στοιχεία είναι πιο ενδεικτικά στις περιβαλλοντικές μεταβλητές ως τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα. 3 μήνες πριν την έναρξη της κρίσης πανικού, οι περισσότεροι ασθενείς έχουν υποστεί κατά κανόνα πιο στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή από ότι συνήθως (Davison & Neale 1990, In Baines L., & Jindal R. 2003).

Ιδιαίτερα οδυνηρό σε ασθενείς με ΧΝΑ ή σε αιμοκαθαιρόμενους είναι η πεποίθηση ότι οι κρίσεις πανικού συνοδεύονται συχνά από τις επικρατούσες σκέψεις του θανάτου ή της χρόνιας ασθένειας (Hibbert, 1984). Ωστόσο, σύμφωνα με τους Beck A., & Emery G. (1985), οι ασθενείς με διαταραχή πανικού υποφέρουν από κρίσεις διότι ερμηνεύουν λάθος τα συμπτώματα του άγχους όπως τον πόνο στο στήθος ως σημάδι ανησυχίας της επικείμενης νόσου (π.χ. καρδιακής νόσου) (Baines L., & Jindal R. 2003).

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν έντονο άγχος ή αγωνία που σχετίζεται με την θεραπεία της ΤΣΧΝΑ είναι εκείνοι με υψηλή επίπτωση σε ήδη υπάρχοντα συναισθηματικά προβλήματα ελλείπει μίας σχέσης εμπιστοσύνης. Ορισμένοι ασθενείς αναπτύσσουν τόσο υψηλά επίπεδα του άγχους σχετικά με τη θεραπεία, όπως το τρύπημα από τις βελόνες στην αιμοκάθαρση, καθιστώντας αδύνατον να συνεχίσουν τη θεραπεία χωρίς ψυχολογική /ψυχιατρική παρέμβαση. Το γεγονός αυτό συχνά αναφέρεται ως φοβικό, αν και σπάνια αναπτύσσουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διάγνωση της φοβίας (Chambers J., et al, 2004) .

Ακραία αγωνία και τα σωματικά συμπτώματα του άγχους όπως δύσπνοια, αίσθημα παλμών, θωρακικό άλγος, εφίδρωση και ο φόβος του θανάτου μπορούν να συμβούν στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης και ένα πλήθος ιατρικών επιπλοκών κάνουν τον ασθενή να ανησυχεί πολύ. Η φαρμακολογική διαχείριση είναι υψίστης σημασίας για τη διαχείριση του άγχους και του πανικού. Οι βενζοδιαζεπίνες όπως η αλπραζολάμη και η clonazepam μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση του άγχους σε αυτούς τους ασθενείς. Πολλοί ασθενείς με άγχος βιώνουν και την αϋπνία. Φάρμακα όπως η ζολπιδέμη και το zaleplon είναι χρήσιμα στη διαχείριση της αϋπνίας με ελάχιστες παρενέργειες (Sousa A., 2008).

2.2.β ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κατάθλιψη αποτελεί την δεύτερη πιο κοινή κατάσταση, με τον επιπολασμό της να αναφέρεται στο 16,2% (Kessler R., et al. 2003)

Έχει προταθεί ότι περίπου το 20-30% από τον πληθυσμό της ΤΣΧΝΑ υποφέρει από κατάθλιψη (Kimmel P., 2001)

Η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή ψυχοπαθολογική κατάσταση μεταξύ των ασθενών με τελικού σταδίου ΧΝΑ είναι όμως ακόμη υπό αναγνώριση και μη διαγνωσμένη.

Απαιτείται να προσδιοριστεί ο επιπολασμός της διαταραχής με αποτελεσματικές μεθόδους για να ξεπεραστούν τα τρέχοντα ζητήματα που αφορούν την αξιολόγηση της κατάθλιψης και να προβούν σε δοκιμές κατάλληλων θεραπειών (Chilcot J. et al, 2008).

Εκτός από τις ιατρικές και νευροψυχολογικές επιπλοκές αναφέρεται ότι τα άτομα με ΤΣΧΝΑ έχουν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν υψηλά ποσοστά ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας 43% από ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς 27% και άτομα του γενικού πληθυσμού 30% αντίστοιχα (Petrie, 1989).

Η κατάθλιψη μειώνει την ποιότητα ζωής και έχει αρνητικό αντίκτυπο στους κλινικούς πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένη και της ΤΣΧΝΑ.

Η ΤΣΧΝΑ έχει σημαντική επίπτωση στις ζωές των πασχόντων. Η εμπειρία των πολλαπλών βλαβών, συμπεριλαμβανομένου και της νεφρικής λειτουργίας, ο ρόλος της οικογένειας, της δουλειάς, η σεξουαλική λειτουργία, ο χρόνος και η κινητικότητα, επιδρά σημαντικά στις ζωές των ασθενών. Περαιτέρω πιέσεις συμπεριλαμβανομένων των επιπτώσεων στη φαρμακευτική αγωγή, των διατροφικών περιορισμών, ο φόβος για το θάνατο και η εξάρτηση από τη θεραπεία, ενδέχεται να επηρεάσουν την ποιότητα της ζωής και να οξύνουν συναισθήματα απώλειας του ελέγχου (Chilcot J, et al 2008).

Ως μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ορίζεται από το DSM-IV 4th edition (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) η απώλεια της ευχαρίστησης ή του ενδιαφέροντος για 2 εβδομάδες, συνοδευόμενα με 5 ή περισσότερα ψυχολογικά, σωματικά και συμπτώματα συμπεριφοράς . Η θλίψη , συναισθηματικές αναστολές, έλλειψη ενέργειας, διαταραχές του ύπνου, ανικανότητα συγκέντρωσης, έντονη ενοχή και αυτοκτονικές σκέψεις ή θανάτου είναι μερικά από τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη μείζονα κατάθλιψη. Οι σκέψεις για αυτοκτονία και θάνατο είναι τα ειδικά συμπτώματα που προέρχονται από προφανή ανησυχία(Chilcot J, et al 2008).

Η αιτιολογία της κατάθλιψης μεταξύ του γενικού πληθυσμού και των χρόνιων ασθενών είναι πολυπαραγοντική και σχετίζεται με κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς μηχανισμούς. Η υψηλή συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των χρόνιων πασχόντων αντικατοπτρίζει σημαντικές και παρατεταμένες αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον, στην ψυχολογική κατάσταση, στην σωματική ικανότητα και στην παθολογία. Οι πολλαπλές πιέσεις που συνδέονται με τη νεφροπάθεια τελικού

σταδίου μπορεί να έχουν σοβαρότατες επιπτώσεις στην καταθλιπτική συμπτωματολογία (Chilcot J, et al 2008).

Η απελπισία και η αγωνία είναι εμφανή χαρακτηριστικά της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών της αιμοκάθαρσης. Η ρουτίνα της θεραπείας της αιμοκάθαρσης και τα διαφορετικά επίπεδα της υγείας ενδέχεται να επηρεάσουν τα αισθήματα της απελπισίας που μπορεί να προκαλέσουν τα επεισόδια της κατάθλιψης (Chilcot J, et al 2008).

Τα συμπτώματα της ασθένειας και των παθοφυσιολογικών αντιδράσεων που προκαλούνται από μία χρόνια εξουθενωτική νόσο μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των ασθενών με ΤΣΧΝΑ και ΧΝΑ μπορεί επίσης να προκαλούν κατάθλιψη ή να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες μιμούνται την συμπτωματολογία της.

Πράγματι, η επικάλυψη των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και αυτών της χρόνιας ασθένειας αποτελεί ένα κρίσιμο πρόβλημα για τους ερευνητές στον τομέα της χρόνιας νεφρικής ασθένειας (Πίνακας 7.) (Kimmel P., 2002).

Πίνακας 7.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΥΡΑΙΜΙΑΣ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	ΟΥΡΑΙΜΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Καταθλιπτική διάθεση	
Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση	Εγκεφαλοπάθεια
Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης	
Δυσκολία συγκέντρωσης	
Μειωμένη όρεξη ή αλλαγή στο βάρος	Ανορεξία/ Οίδημα
Διαταραχές ύπνου / Κόπωση	Άπνοια ύπνου, αναιμία, υπερφόρτωση όγκου, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
Πόνοι	Νευροπάθεια/ Αρθροπάθεια
Αισθήματα ευτέλειας ή ενοχής	
Ενασχόληση με το θάνατο	

Στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ οι σωματικές προεκτάσεις της ουραιμίας, συμπεριλαμβανομένων της κόπωσης, διαταραχές ύπνου και μειωμένης όρεξης, είναι επίσης σωματικοί δείκτες της κατάθλιψης. Ο Israel το 1986 αναφέρει ότι η ουραιμία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και προτείνεται μια πιθανή γενετική προδιάθεση στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ.

Ένας ασθενής με σημαντικά ουραιμικά συμπτώματα θα σημειώσει εξαιρετικά υψηλό σκορ των στοιχείων της κατάθλιψης. Η ουραιμία μπορεί να επηρεάσει το κεντρικό νευρικό σύστημα, επηρεάζοντας τη σύνθεση και το μεταβολισμό βασικών νευροδιαβιβαστών. Αυξανόμενα στοιχεία έχουν υποστηρίξει τα οφέλη της καθημερινής αιμοκάθαρσης στα ουραιμικά συμπτώματα, αν και υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις ότι η καθημερινή αιμοκάθαρση σχετίζεται με μείωση της κατάθλιψης. Η θνησιμότητα η οποία σχετίζεται με τη μείζονα κατάθλιψη μεταξύ του γενικού πληθυσμού έχει τονιστεί σε αρκετές εμπειρικές μελέτες παρά την ύπαρξη ορισμένων μεθοδολογικών ζητημάτων. Η έρευνα έχει δείξει ότι η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο της θνησιμότητας, ιδίως μέσω των καρδιαγγειακών παθήσεων. Η σχέση αυτή έχει προφανώς σοβαρές επιπτώσεις για τους ασθενείς σε ΤΣΧΝΑ, καθώς η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η μεγαλύτερη αιτία θανάτου ανάμεσα στους ασθενείς. Τα ψυχολογικά και σωματικά αποτελέσματα της κατάθλιψης μπορεί να περιπλέξουν τις χρόνιες ασθένειες, μειώνοντας την ποιότητα της ζωής, μειώνοντας το κίνητρο για διατήρηση της ατομικής φροντίδας και αυξάνοντας τα ποσοστά της νοσηλείας. Επίσης υπάρχει σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ανοσολογικής λειτουργίας. Η ανοσολογική δυσλειτουργία μπορεί να έχει αντίκτυπο επί λοιμώξεως, η οποία αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη αιτία θανάτου ανάμεσα στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ(Chilcot J., et al, 2008).

Επιπλέον, η έρευνα έχει δείξει σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην κατάθλιψη και στη διατροφική κατάσταση, η οποία θα μπορούσε να μεσολαβήσει ανάμεσα στη σχέση κατάθλιψης και θνησιμότητας στους ασθενείς. Έχει προταθεί ότι η συχνότητα και η σοβαρότητα της κατάθλιψης ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε ασθενείς οι οποίοι κάνουν περιτοναϊκή αιμοκάθαρση σε σύγκριση με τους ασθενείς στην αιμοδιάλυση. Τα αισθήματα ελέγχου μπορούν να παρέχουν μια μερική εξήγηση για αυτές τις

διαφορές. Ο Wuerth et al. αναφέρει ότι στους περιτοναϊκούς ασθενείς ο κύριος λόγος επιλογής της συγκεκριμένης κάθαρσης ήταν ότι προσέφερε περισσότερη αυτονομία και έλεγχο (Chilcot J., et al, 2008).

Η αυτοκτονία είναι η τελική επιλοκή της κατάθλιψης. Επανειλημμένα έχει επισημανθεί ότι οι νεφροπαθείς τελικού σταδίου μπορούν εύκολα να αυτοκτονήσουν, με την αύξηση μη συμμορφωμένων συμπεριφορών ή με πρόσβαση στο χειρισμό των αγγείων τους και αυτές οι αυτοκτονικές συμπεριφορές πιθανόν να έχουν διαφορετικές εκφράσεις στον πληθυσμό αυτό. Νέα στοιχεία δείχνουν ότι η αυτοκτονία είναι λιγότερο διαδεδομένη στους σύγχρονους πληθυσμούς, ίσως σε συνάρτηση με τις αλλαγές στη θεραπεία. Η κατάθλιψη στις γυναίκες που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό παράγοντα άγχους, οι οποίες έχουν συχνά διαφορετικούς ρόλους να παίζουν στη δυάδα, οικογένεια και εργασία (Kimmel P, 2002).

Η θεραπεία της κατάθλιψης στους ασθενείς ΤΣΧΝΑ με χορήγηση των ευρέως κλασσικών αντικαταθλιπτικών, τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), αποκλεισμός του κυτοχρώματος P450 και ως εκ τούτου αυξάνοντας σημαντικά τη φαρμακευτική αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα που μπορεί να είναι ένα πρόβλημα για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και έχουν ένα αυστηρό κατάλογο φαρμάκων. Οι υψηλές πρωτεϊνοδεσμευτικές ικανότητες των βασικών αντικαταθλιπτικών μπορεί να προκαλέσουν στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς να ανταποκρίνονται στις ψυχότροπες παρεμβάσεις. Λόγω των δυσκολιών της χορήγησης φαρμάκων σε αυτές τις καταστάσεις, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι μια κατάλληλη εναλλακτική λύση, αν και η βάση τεκμηρίωσης είναι σποραδική. Από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση της κατάθλιψης στους αιμοκαθαιρόμενους, όπως ενδεχομένως και άλλες καινοτόμες ψυχολογικές παρεμβάσεις (Chilcot J., et al, 2008).

2.2.γ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Αρκετές ποιοτικές μελέτες έχουν εντοπίσει προβλήματα που σχετίζονται με την εικόνα σώματος στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Ως εικόνα σώματος ορίζεται "ο συνδυασμός ενός ατόμου με ψυχολογικές εμπειρίες, συναισθήματα και συμπεριφορές που σχετίζονται με τη μορφή, τη λειτουργία, την εμφάνιση και το κατά πόσο είναι επιθυμητό ένα σώμα" (Talerporos & Mc Cabe, 2002).

Οι κοινωνικές, πολιτισμικές και ατομικές προσδοκίες για ένα "ιδανικό σώμα" επηρεάζουν, την εικόνα σώματος ενός ατόμου αρνητικά ή θετικά και στο βαθμό τον οποίο αυτό επιδρά στην εικόνα του εαυτού τους. Φυσικές αλλαγές οι οποίες ακολουθούν μετά από ένα τραυματισμό ή ασθένεια έχουν ως αποτέλεσμα αλλαγές στην εικόνα σώματος, οι οποίες μπορούν να αμφισβητήσουν τις πεποιθήσεις του ατόμου για την εικόνα σώματος και έχει αντίκτυπο στα συναισθήματα αυτοεκτίμησης και αξίας του ατόμου. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν περιγράψει αρκετά προβλήματα που σχετίζονται με την εικόνα σώματος συμπεριλαμβάνοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση και σεξουαλικές δυσλειτουργίες, δυσαρέσκεια που είναι συνδεδεμένοι στο μηχάνημα, αισθανόμενοι τις αλλαγές στην εμφάνισή τους γίνονται λιγότερο ελκυστικοί, αυξάνεται η σωματική ευαισθητοποίηση και η δυσαρέσκεια για επιμέρους σημεία του σώματος τα οποία επηρέασαν τις αλλαγές τους στο ντύσιμο και σε δραστηριότητες (Severino, 1980; Finkelstein & Finkelstein, 1993; Beer, 1995; Sorter et al., 1994) .

Η εικόνα σώματος αποτελεί θέμα ανησυχίας για πολλούς ασθενείς που βρίσκονται στην αιμοκάθαρση. Για παράδειγμα ο μόνιμος καθετήρας, η fistula, η αύξηση του σωματικού βάρους από την κατακράτηση υγρών, η σύνδεση με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης και η διακοπή της ούρησης μπορεί να έχουν δυσμενή επίδραση στη σχέση ενός ασθενούς με το σώμα του. Αυτή η αρνητική εικόνα σώματος μπορεί να μειώσει την αυτοεκτίμησή του και να κάνει τον ασθενή να αισθάνεται λιγότερο επιθυμητός και πιο διστακτικός σε σχέση με την επιθυμία που είχε πριν ξεκινήσει την αιμοκάθαρση, με αποτέλεσμα την αποφυγή της σεξουαλικής δραστηριότητας (Kimmel P., 2001) .

Οι αλλαγές στην εικόνα σώματος φαίνεται ότι λειτουργούν ως υψηλές πιέσεις κυρίως στις γυναίκες που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Aoki & Muraoka, 1993).

Έχει βρεθεί ότι οι αλλαγές στην εικόνα σώματος στους αιμοκαθαιρόμενους σχετίζονται με μεταβολική ανισορροπία και επομένως η μειωμένη ικανοποίηση σώματος σχετίζεται με φτώχη κοινωνική υποστήριξη και αυξημένη κατάθλιψη (Foster et al, 1973, Gusman, 1998).

Έρευνες που διεξήχθησαν σε κλινικούς και μη κλινικούς ασθενείς υποστήριξαν, ότι η αυξημένη δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος προμηνύει αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Sinton & Birch, 2006; Cash & Fleming, 2002; Noles et al, 1985; Beer, 1995), και στους κλινικούς ασθενείς η εικόνα σώματος επηρεάζει αρνητικά την ψυχοκοινωνική ανάκτηση και την προσαρμογή στην ασθένεια και στην ποιότητα ζωής (Beer, 1995).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς για την διαταραγμένη εικόνα σώματος χρησιμοποιήθηκε το **Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ; Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004)**, όπου περιέγραψαν οι συμμετέχοντες αισθήματα ότι φαίνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους. Ήταν αμήχανοι ή ντρέπονταν για το σώμα τους και αμφέβαλαν για τη σωματική και σεξουαλική ελκυστικότητα προς τους άλλους. Τα αισθήματα αυτά ήταν παρόντα όταν ήταν μαζί με ξένους, την οικογένεια, τους φίλους και μαζί με ενδεχόμενους και μόνιμους συντρόφους. Αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι απέφευγαν να ξεντυθούν ή να είναι εν μέρει γυμνοί όταν ήταν και άλλα άτομα γύρω και ακολούθως απέφευγαν κύριες δραστηριότητες όταν απαιτούνταν, π.χ. κολύμπι, άλλα αθλήματα, σάουνα και επισκέψεις στην παραλία. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν επίσης ότι άλλαξαν τον τύπο ρούχων που φορούσαν για να κρύψουν ορισμένες πτυχές του σώματος ή είχαν αναγκαστεί να κάνουν πράξη τις αλλαγές για παράδειγμα φορώντας φαρδιά αθλητικά μπλουζάκια και φορώντας τιράντες αντί για ζώνες. Η αγορά ρούχων συχνά περιγράφεται ως μία οδυνηρή δραστηριότητα η οποία αποφεύγεται όσο το δυνατόν (Partridge K., 2008)

Όπως αναφέρεται από τον Schebusch L.(1990) ορισμένοι ασθενείς ασυνείδητα θεωρούν τους εαυτούς τους ως "ημι- τεχνητούς". Υποστηρίζει ότι η εικόνα σώματος δεν αναφέρεται οπωσδήποτε στο πραγματικό σώμα, δεδομένου ότι ένα μηχάνημα αιμοκάθαρσης ή ένα νεφρό φάντασμα μπορεί να βιώνεται από τον ασθενή ως επέκταση του σώματος.

Η σωματική εμφάνιση συχνά τροποποιείται. Οι αλλαγές στη σωματική εμφάνιση λόγω της ΧΝΑ ποικίλει από άτομο σε άτομο. Ορισμένες φορές το δέρμα μπορεί να γίνει χλωμό, ξηρό και με λέπια και οι ασθενείς μπορεί να θέλουν να χρησιμοποιήσουν

καλλυντικά για να αλλάξουν τους τόνους του δέρματος τους. Αλλαγές μπορούν να επέλθουν στο σωματικό βάρος, λόγω της απώλειας υγρών ή της κατακράτησης. Υπάρχει αλλαγή στη γεύση των ασθενών και διαφορετική οσμή στην αναπνοή τους λόγω των αποβλήτων που σχηματίζονται στο σώμα τα οποία κανονικά θα έπρεπε να αποβάλλονται από τους νεφρούς. Αν και η φίστουλα τοποθετείται κάτω από το δέρμα, παραμένει εμφανής στο γυμνό μάτι (Bharita Harilall, 2008).

Σύμφωνα με τον Baxter (2006) η αυξημένη ροή αίματος μέσω των φλεβών, αιτιολογεί να διαστέλλεται και να ανακλύπεται στο πίσω μέρος του χεριού και στο βραχίονα και αυτό δεν είναι αισθητικά ευχάριστο. Ευσυνείδητοι ασθενείς φροντίζουν επιμελώς να κρύψουν τη φίστουλα.

2.2.δ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΥΜΟΣ

Η νεφρική ανεπάρκεια και η αντικατάσταση της λειτουργίας των νεφρών με αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση, όπως και κάθε χρόνια σωματική πάθηση είναι μια ιδιαίτερη περίπτωση σε δύσκολη κατάσταση που επιβαρύνει το ψυχικό σύστημα και τον έλεγχο του. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς θα πρέπει να αποδεχτούν τις μόνιμες για ώρες διαδικασίες οι οποίες συνοδεύονται από δυσάρεστες και οδυνηρές χρήσεις των ενέσιμων βελονών της αιμοκάθαρσης για τρεις φορές την εβδομάδα. Έχουν επίσης επίγνωση της ιδιαίτερης εξάρτησης της υγείας τους ακόμη και της ζωής τους από την εύρυθμη λειτουργία του ιατρικού εξοπλισμού. Πηγαίνοντας διακοπές ή περνώντας χρόνο μακριά με την οικογένεια είναι ανέφικτο. Οι ασθενείς δεν μπορούν καν να υπολογίζουν σε ένα σύντομο διάλειμμα έχοντας επαφή με μία μονάδα αιμοκάθαρσης και δεν έχουν την επιρροή της πορείας της πάθησής τους. Δεν μπορούν να αλλάξουν την κατάστασή τους και επίσης είναι δύσκολο να διατηρήσουν την ισορροπία στο νου τους. Ο νέος τρόπος ζωής επιβάλλει τη θεραπεία, προκαλεί κόπωση στην αφύσικη κατάσταση, και μετά κάποια στιγμή μια εξέγερση, μια επιθυμία να σταματήσουν τις διαδικασίες και ακόμη απόπειρες αυτοκτονίας ή επιθετικότητα προς το περιβάλλον (Wojtasiak E., 2005).

Η απόφαση των ασθενών να ακολουθήσουν τη θεραπεία της αιμοκάθαρσης ήταν περίπλοκη χωρίς να είναι σαφές εάν η αιμοκάθαρση παρατείνει τη ζωή τους ή επιφέρει το θάνατό τους. Το δίλημμα αυτό ήταν εμφανές σε αυτούς τους ασθενείς οι οποίοι θεώρησαν ότι δεν έχουν άλλη επιλογή να αρνηθούν την αιμοκάθαρση, πιστεύοντας συχνά ότι οι επαγγελματίες της υγείας αισθανόντουσαν το ίδιο και ότι δεν θα είχαν κάποιο όφελος από την αιμοκάθαρση. Ορισμένοι ασθενείς οι οποίοι αισθάνονταν έτσι ήταν θυμωμένοι και πίστευαν ότι έτσι εγκαταλείπουν τη ζωή. Ήταν δυσαρεστημένοι με την απόφασή τους αλλά δεν μπορούσαν να δουν άλλη εναλλακτική λύση (Noble H., et al 2009).

Οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές βρίσκονται αντιμέτωποι με το δύσκολο έργο της μάθησης να λειτουργούν μέσα σε ένα πολυσύχναστο ιατρικό περιβάλλον το οποίο μπορεί να τους προκαλέσει συναισθηματικές αγωνίες. Εάν οι αγχώδεις διαταραχές δεν θεραπευτούν και οι ασθενείς γίνονται υπερ-αδρεναλικοί, εισέρχονται σε μία βιοχημική αντίδραση του παρασυμπαθητικού "fight or flight- πάλη ή φυγή" και εμφανίζονται στο προσωπικό ως απαιτητικοί ή προκαλούν αναστάτωση. Ξαφνικά μπορεί να φανούν ακατάλληλοι ή χρησιμοποιούν βρώμικη ή δυνατή γλώσσα. Αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να είναι ακούσιες και εσωτερικές οι οποίες όμως τους οδηγούν σε μείωση της κατάστασης του ψυχολογικού στρες. Δίνοντας τον επιπολασμό της διαταραχής της προσωπικότητας στις ΗΠΑ (10-15% των ενηλίκων), υπάρχει υψηλή πιθανότητα να υπάρξουν ασθενείς σε θεραπεία τελικού σταδίου ΧΝΑ με άναρχες προσωπικότητες (Prescott M., 2006).

Οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανόν να έχουν τις περισσότερες δυσκολίες με την προσαρμογή στα νέα πρότυπα και τις προσδοκίες και εμφανίζονται με μία άκαμπτη, βαθιά ριζωμένη συμπεριφορά για την αντιμετώπιση των καταστάσεων. Επεισόδια επιθετικότητας ή ξεσπάσματα θυμού δεν μπορεί να οδηγήσουν μόνο στη δημιουργία φόβου μεταξύ αυτών στην κλινική, αλλά μπορεί να βλάψει τη σχέση ασθενούς – ομάδα. Ακόμη χειρότερα μπορεί να οδηγήσουν σε απομάκρυνση από τις κλινικές αιμοκάθαρσης οι οποίες τελικά εμποδίζουν την πρόσβαση στην περίθαλψη για αυτόν τον εύθραυστο πληθυσμό των ασθενών με ΤΣΧΝΑ (Prescott M., 2006).

2.2 ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΩΝ

2.2.α ΑΓΧΟΣ

Η μεταμόσχευση οργάνων ξεκίνησε το 1954, διαβίωση η οποία σχετίζεται με τη δωρεά οργάνων. Η μεταμόσχευση νεφρών με όργανα από ζωντανούς δότες οργάνων έχει πραγματοποιηθεί για πολλά χρόνια με καλά αποτελέσματα. Στις ΗΠΑ αλλά και σε άλλες χώρες, η μεταμόσχευση νεφρών από άσχετους ζωντανούς δότες ξεκίνησε στα μέσα του 1980, με καλά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα αλλά και χαμηλούς βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους για τους χορηγούς (Voiculescu A., et al, 2003).

Οι ψυχολογικές διαταραχές είναι διαδεδομένες ανάμεσα στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ. Η νεφρική μεταμόσχευση, η θεραπεία επιλογής στην ΤΣΧΝΑ, είναι υψηλά στρεσογόνος για τους ασθενείς παρά τα πλεονεκτήματά της. Έχουν αναφερθεί υψηλά ποσοστά συναισθηματικής δυσφορίας και ψυχολογικών διαταραχών μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. Η έρευνα των Karaminia et al, (2007) σε μεταμοσχευμένους ασθενείς έδειξε ότι το άγχος ήταν λιγότερο ανάμεσα στους μεταμοσχευμένους σε σύγκριση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Συγκεκριμένα στους μεταμοσχευμένους το άγχος ήταν πιο σοβαρό μεταξύ εκείνων με ιστορικό απόρριψης μοσχεύματος και εκείνων που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού πριν την ηλικία των 35 ετών. Επίσης σε άλλη έρευνα το άγχος βρισκόταν σε υψηλά επίπεδα πιθανώς εξαιτίας του φόβου της απόρριψης του μοσχεύματος και των παρενεργειών των φαρμάκων (Virzi A. et al, 2007).

Μία επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού μπορεί να βελτιώσει αισθητά τον ασθενή. Οι ψυχολογικές εμπειρίες οι οποίες ακολουθούν την μεταμόσχευση ομαδοποιούνται από τον Chambers (1982-1983) στα ακόλουθα στάδια: προ-μεταμοσχευτικό, άμεσο, αρχικό, ενδιάμεσο και τελικό μεταμοσχευτικό. Πριν τη μεταμόσχευση οι ασθενείς που βρίσκονται στην αιμοκάθαρση συχνά είναι δυσαρεστημένοι με τη μοίρα τους. Ωστόσο ένα αίσθημα αισιοδοξίας αρχίζει να καλλιεργείται καθώς πλησιάζει ο χρόνος να γίνει η μεταμόσχευση. Στην άμεση μετα-μοσχευτική περίοδο, ο ασθενής αγωνιά βρίσκοντας τον εαυτό του ακίνητο να περιτριγυρίζεται από μηχανήματα, φάρμακα, νοσοκόμες και ιατρικό προσωπικό. Επώδυνες καταστάσεις απαιτούνται από τους

ασθενείς οι οποίοι θα προτιμούσαν να μείνουν μόνοι και να κοιμηθούν (Davison A., et al, 2005).

Κατά τη διάρκεια των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών οι ασθενείς μπορεί να ανταποκριθούν με ένα αίσθημα ευφορίας ή υπομανίας όταν συνειδητοποιήσουν ότι το νεφρό έχει αρχίσει να λειτουργεί. Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να οφείλονται στις ανεπιθύμητες ενέργειες των κορτικοστεροειδών τα οποία μπορεί να παράγουν ισχυρά ψυχωτικά επεισόδια σε ορισμένους ασθενείς. Σε ορισμένους ασθενείς η ευφορία μπορεί να διαλυθεί για να φέρουν τα συναισθήματα του άγχους καθώς συνειδητοποιούν ότι το μόσχευμα μπορεί να μη λειτουργεί. Σε αυτό το αρχικό στάδιο είναι σημαντικό να αναπτυχθούν θετικοί συναισθηματικοί δεσμοί με το θεραπευτικό προσωπικό. Μεγαλύτερη συμμόρφωση με τα φάρμακα και τη δίαιτα μπορεί να επιφέρουν οφέλη μεταγενέστερα (Davison A., et al, 2005).

Στην περίοδο μετά το χειρουργείο (μεταξύ 5^{ης} και 14^{ης} ημέρας εάν το νεφρό λειτουργεί) το άγχος μειώνεται αισθητά και ο ασθενής βιώνει ένα ήρεμο και άνετο αίσθημα ευημερίας. Ο ασθενής αρχίζει να δέχεται το μεταμοσχευμένο νεφρό ως λειτουργικό κομμάτι. Εάν το νεφρό συνεχίσει να λειτουργεί επιτυχημένα, στο ενδιάμεσο μετεγχειρητικό στάδιο (2-6 εβδομάδες), ο ασθενής αρχίζει να εστιάζει στο μέλλον διαμορφώνοντας σχέδια για μια ζωή με μεγαλύτερη ελευθερία και ανεξαρτησία. Φεύγοντας από το νοσοκομείο με ένα λειτουργικό νεφρό, πολλοί ασθενείς προσαρμόζονται ικανοποιητικά. Σε μερικούς ασθενείς ανησυχίες σχετικά με τις πιθανότητες αποτυχίας του μοσχεύματος, τις παρενέργειες, το κόστος των φαρμάκων, και τις φαντασιώσεις του δότη μπορεί να αρχίσουν να εμφανίζονται. Ο φόβος της απόρριψης του μοσχεύματος απασχολεί τους ασθενείς όλων των ηλικιών καθώς και τις οικογένειές τους. Αυτός ο φόβος μπορεί να οδηγήσει σε οποιοδήποτε ή όλες τις ακόλουθες συναισθηματικές αποκρίσεις: άγχος, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη, ενοχή, απογοήτευση, μειωμένη αυτοπεποίθηση και αντίδραση θλίψης (Davison A., et al, 2005).

Η χορήγηση των στεροειδών για τη θεραπεία των ασθενών προκάλεσε στο 6% αυτών ψυχιατρικά συμπτώματα ως αποτέλεσμα της θεραπείας, περιλαμβάνοντας συναισθηματική αστάθεια, άγχος, πιεσμένη ομιλία, αϋπνία, κατάθλιψη, οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις, διέγερση και αφηρημάδα. Το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθούν ως διέγερση, παλινδρόμηση ή μη συμμόρφωση (Kahan B.; Ponticelli C., 2000).

2.2.β ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η μεταμόσχευση νεφρού θεωρείται ότι δεν είναι μόνο μία χειρουργική επέμβαση αλλά μία σύνθετη πορεία με σημαντικές φυσιολογικές και ψυχολογικές πιέσεις θέτοντας σημαντικά ζητήματα στον ασθενή και στην οικογένειά του. Σε κάθε βήμα από την πρώτη χειρουργική αξιολόγηση μέχρι και την αποκατάσταση, πολλά ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορούν να διαταράξουν την προσαρμογή του ασθενούς και επηρεάζουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η πολυπλοκότητα της νεφρικής μεταμόσχευσης, ως σημείο άφιξης με τελικού σταδίου νεφρική νόσο μπορεί να συγκριθεί με την έναρξη μιας νέας ζωής τόσο για τον δότη όσο και για τον λήπτη στην οποία πρέπει να προσαρμοστούν (Virzi A., et al 2007).

Μελέτη έχει δείξει ότι οι λήπτες των μοσχευμάτων είχαν συμπτώματα κατάθλιψης παραπάνω από την εκτίμηση της προ-μεταμόσχευσης, τα οποία συνδέονται με την τελικού σταδίου νεφρική νόσο και την ψυχολογική δυσφορία λόγω της αιμοκάθαρσης. Η ελευθερία από την αιμοκάθαρση, οδήγησε σε δραματική βελτίωση της ποιότητας ζωής, ιδίως στις σωματικές λειτουργίες, τις κοινωνικές δραστηριότητες και την ψυχική υγεία και υπήρξε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Hamilton Depression score >7 από 45,8% σε 32% (Virzi A., et al 2007).

Η απόρριψη ή η απειλή της απόρριψης των μεταμοσχευμένων νεφρών αποτελεί μία συναισθηματική διαταραχή για το άτομο καθώς αισθάνεται έντονα την ανάγκη να ελέγχει το σώμα του. Όταν αυτό απειληθεί ή χαθεί, σοβαρή συναισθηματική δυσφορία, αίσθημα ανικανότητας, άγχος και κατάθλιψη ενδέχεται να προκύψουν (Viswanathan R, in Hardy M., 1991).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 407 μεταμοσχευμένους ασθενείς σε νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης αναφέρεται, ότι στην κλίμακα της ψυχικής υγείας οι ασθενείς αισθάνονταν σχετικά ευτυχισμένοι και ήρεμοι, χωρίς συναισθήματα νευρικότητας ή κατάθλιψης. Επίσης διαπιστώνεται ότι οι μεταμοσχευμένοι εκφράζουν πολύ καλή σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία (Σαρρής M., 2008).

2.2.γ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η μετα-μοσχευτική περίοδος ενέχει νέα ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα καθώς ο ασθενής ανταπεξέρχεται με το νέο όργανο και τη θεραπεία τα οποία είναι υποχρεωτικά για να εξασφαλίσει την επιβίωσή του. Οι αλλαγές στην εικόνα σώματος εμφανίζονται καθώς ο ασθενής προσπαθεί ψυχολογικά να δεχτεί το νέο όργανο ως μέρος του εαυτού του. Οι αυξήσεις στο επίπεδο της ενέργειας και της σεξουαλικής λειτουργίας συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής, ακόμη οι ασθενείς πρέπει να δεχτούν ότι ποτέ δεν θα επιστρέψουν στην προηγούμενη νοσηρή κατάσταση (Kahan B.; Ponticelli C., 2000)

Η αναγνώριση των διαδικασιών που απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν τις απώλειες των εξωτερικών τμημάτων του σώματος, όπως αυτά που συμβαίνουν με συγγενείς ανωμαλίες ή ακρωτηριασμούς οδήγησε στην περιγραφή του φαινομένου της εικόνας σώματος. Στην μεταμόσχευση όμως ο λήπτης πρέπει να υποστηρίξει την ψυχική ολοκλήρωση ενός προστιθέμενου οργάνου μέσα στο σώμα του. Ο Muslin το 1971 πρότεινε τρία στάδια για αυτήν την εσωτερικευση. Κατά τη διάρκεια του "σταδίου ξένο σώμα", ο ασθενής βλέπει το νέο όργανό του ως χωριστή οντότητα εντός του σώματος και οι εμπειρίες "τραυματικό άγχος μοσχεύματος" όπου υπάρχει υπερβολική ανησυχία σχετικά με τη βλάβη του οργάνου. Οι λήπτες προστατεύουν το σημείο του μοσχεύματος έναντι βλάβης στο πλήθος και για αυτό το λόγο αρνούνται να συνάψουν σεξουαλικές σχέσεις. Στη φάση αυτή ο λήπτης μπορεί να εντοπίσει μαζί με τον δότη ότι έχει κληρονομήσει χαρακτηριστικά του δότη. Ορισμένοι λήπτες αισθάνονται την ανάγκη να εκδηλώνουν χαρακτηριστικά των δοτών τους, για παράδειγμα, ένας ασθενής αποφάσισε να μάθει Ισπανικά αφού έμαθε ότι το όνομα του δότη του ήταν Jaime (Kahan B.; Ponticelli C., 2000)

Το δεύτερο στάδιο, που ονομάζεται "μερική ενσωμάτωση", περιλαμβάνει μία μείωση των επενδύσεων σε ψυχική ενέργεια σε συζητήσεις σχετικά με το όργανο. Τέλος, στο στάδιο της "πλήρης ενσωμάτωσης", ο λήπτης αποδέχεται το νέο όργανο, και δεν το βλέπει πλέον ως ξεχωριστό μέρος. Τα στεροειδή προκαλούν πολλαπλές ψυχιατρικές επιπλοκές. Πρώτα, αλλάζουν την εικόνα σώματος, προκαλώντας "σεληνοειδές προσωπείο", ακμή, παχυσαρκία κορμού και έντονη τριχοφυΐα- αλλαγές οι οποίες είναι ιδιαίτερα καταστροφικές σε ναρκισσιστικούς ασθενείς και σε εφήβους.

Επίσης όπως τα στεροειδή έτσι και η κυκλοσπορίνη σε υψηλές δόσεις προκαλεί υπερπλασία των ούλων και υπερτρίχωση τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε διαταραγμένη εικόνα σώματος (Kahan B., Ponticelli C., 2000)

Πιστεύεται ότι σε ασθενείς με νευρική ανορεξία και τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια, η μεταμόσχευση μπορεί να προκαλέσει την επανεμφάνιση της διατροφικής διαταραχής η οποία σχετίζεται με την αλλαγή στην εικόνα σώματος, είτε γιατί επηρεάζεται από τα στεροειδή ή γιατί σχετίζεται με την κατακράτηση υγρών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι μία γυναίκα 44 ετών με ιστορικό νευρικής ανορεξίας, αναπτύσσοντας απατηλές κυριαρχούσες ιδέες που σχετιζόνταν με την πρόσληψη υγρών, μία κατάσταση που ορίζεται ως "νευρική ανοδιψία". Το 1996 υποβλήθηκε σε επιτυχή νεφρική μεταμόσχευση η οποία όμως είχε επιπλοκή την πρώτη μετα-εγχειρητική εβδομάδα με κατακράτηση υγρών ως απόδειξη ενός γενικευμένου οιδήματος στο επίπεδο του μηρού. Η κατάσταση αυτή βελτιώθηκε 3 εβδομάδες αργότερα αλλά εκείνη απέκτησε εμμονή με την πρόσληψη υγρών και το βάρος της. Δεν ήθελε να αυξήσει την πρόσληψη υγρών πάνω από 1 λίτρο /ημέρα από φόβο να μην εμφανίσει οίδημα και εξέφρασε την επιθυμία να επιστρέψει στην αιμοκάθαρση καθώς εκεί "υπήρχε μεγαλύτερος έλεγχος της κατάστασης των υγρών". Με διαιτητική και ψυχιατρική παρέμβαση επανήλθε στην πρόσληψη υγρών 2 λίτρων/ ημέρα η οποία ορίστηκε και επιτεύχθηκε χωρίς να αναπτυχθεί οίδημα. Σε αυτή την ασθενή η νευρική ανορεξία είχε αναγνωριστεί και θεραπευτεί και παρέμεινε σταθερή. Η μεταμόσχευση που ακολούθησε και η ανάπτυξη του οιδήματος, οδήγησαν σε απώλεια του ελέγχου της εικόνας του σώματός της (Hampton P., et al, 2002).

2.2.8 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΥΜΟΣ

Οι House, Dubovsky και Penn (1983), αναγνώρισαν νευροψυχολογική δυσλειτουργία, κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία και σοβαρό θυμό στο 17% των προεγχειρητικών και στο 32% των μετεγχειρητικών νεφρικών μεταμοσχευμένων ασθενών (Rozensky R., Sweet J., et al, 1997).

Όταν εγκριθεί η μεταμόσχευση, ο ασθενής μπαίνει στη λίστα και περίοδος αναμονής αρχίζει, η οποία μπορεί να διαρκέσει από μερικές εβδομάδες έως πολλούς μήνες. Πρόκειται για μία νευρική περίοδο τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του. Ο ασθενής συνεχίζει την αιμοκάθαρση, ελπίζοντας και προσεύχοντας να βρεθεί το νεφρό που θα είναι διαθέσιμο γι' αυτόν πριν η κατάστασή του επιδεινωθεί στο σημείο να αμφισβητηθεί η μεταμόσχευση(Haley H., 2004).

Μετά τη μεταμόσχευση ο ασθενής είναι πιθανό να είναι σε περιορισμό για μία ή δύο εβδομάδες και σε φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη της απόρριψης του μεταμοσχευμένου νεφρού. Η μετεγχειρητική περίοδος χαρακτηρίζεται από σημαντικό άγχος καθώς δεν είναι εξασφαλισμένη η επιτυχία της εγχείρισης. Είναι πιθανόν να παρατηρηθεί στον ασθενή μία συναισθηματική αστάθεια από φόβο και ελπίδες, σε σημείο να αναπτύξει προληπτική συμπεριφορά ή καταφεύγει σε διαπραγματεύσεις ή σε άρνηση (Haley H., 2004).

Ένας ασθενής ο οποίος υποβλήθηκε σε ανεπιτυχή μεταμόσχευση νεφρού συχνά φεύγει με περισσότερες ιατρικές επιπλοκές από ότι ξεκίνησε. Μπορεί να κατηγορεί την ομάδα μεταμόσχευσης η οποία του έδωσε «το κακό νεφρό». Μπορεί να κατηγορεί τον εαυτό του για την νεφρική απόρριψη ή πιστεύει ότι είναι η τιμωρία για ενέργειες ή σκέψεις που έκανε στο παρελθόν(Haley H., 2004).

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι πρώτοι σύμβουλοι υπήρξαν καθοδηγητές της κοινότητας οι οποίοι προσπάθησαν να παράσχουν την έμπνευση για τους επόμενους, διαμέσου της διδασκαλίας τους. Ήταν θρησκευτικοί ηγέτες όπως ο Μωϋσής (1200 Π.Χ), ο Μωάμεθ (600Π.Χ.) και ο Βούδας (500Π.Χ.). Υπήρχαν επίσης οι φιλόσοφοι όπως ο Lao-tzu (600Π.Χ.), ο Κομφούκιος (500Π.Χ.), ο Σωκράτης (450Π.Χ), ο Πλάτωνας (400Π.Χ.), και ο Αριστοτέλης (350Π.Χ.). Πολλοί από αυτούς τους φιλοσόφους και τους θρησκευτικούς ηγέτες λειτούργησαν ως «σύμβουλοι», καθώς εργάστηκαν με την ομάδα των μαθητών τους προσπαθώντας να μεταδώσουν τη σοφία για τη συναισθηματική τόνωση, την πνευματική και διανοητική ανάπτυξη. Εκτός από αυτούς που προσπάθησαν να "θεραπεύσουν άλλους" που υποφέρουν, μέσω της εκπαίδευσης και των πνευματικών δρόμων, άλλοι ρεαλιστικοί επαγγελματίες προσπάθησαν να συνδυάσουν τη φιλοσοφία με αυτά που παρατηρούνται σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Πρώτιστος μεταξύ αυτών των ιατρικών φιλοσόφων ήταν ο Ιπποκράτης, ο οποίος παρουσίαζε πολλές ιδέες που τώρα τις θεωρούμε δεδομένες, συμπεριλαμβανομένων των εννοιών της ομοιόστασης (της φυσικής ισορροπίας του σώματος) και της πρόγνωσης (η πρόβλεψη των αποτελεσμάτων) (Kottler J., Shepard D., 2008).

Ο Ιπποκράτης διαμόρφωσε την πρώτη ολοκληρωμένη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Επίσης πιστώνεται με την ανάπτυξη –πάνω από 2000 χρόνια- των πρώτων συμβουλευτικών παρεμβάσεων οι οποίες βασίζονται σε πολλές τεχνικές που χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα: η συστηματική διάγνωση με συνεντεύξεις, η λεπτομερής λήψη ιστορικού, η εποικοδόμηση εμπιστοσύνης σε μια θεραπευτική σχέση, και ακόμη η ερμηνεία των ονείρων και η αναγνώριση των συναισθημάτων που βρίσκονται σε καταστολή. Όλες οι σύγχρονες ψυχολογικές θεραπείες έχουν την ιστορία τους πίσω στο έργο του Sigmund Freud όπου τη δεκαετία του 1896 ανέπτυξε μία μέθοδο δουλεύοντας με υστερικούς ασθενείς την οποία ονόμασε «ψυχανάλυση». Υπήρξε η πρώτη συστηματική δομημένη συμβουλευτική προσέγγιση, η οποία τόνισε την αποκάλυψη των ασυνείδητων μοτίβων και επιτρέπουν στους πελάτες να

εκφράσουν τις ενδότερες σκέψεις και τα συναισθήματά τους (Kottler J., Shepard D., 2008).

Ο Freud εισήγαγε την θεωρία που ονόμασε Ψυχολογία του Εκείνου, η οποία βασιζόταν σε τρεις βασικές έννοιες, το ασυνείδητο, τη θεωρία της libido και την αντίσταση της μεταβίβασης. Η ψυχαναλυτική θεωρία δίνει έμφαση στις παιδικές εμπειρίες του ατόμου ως θεμέλια της διαμόρφωσης της συμπεριφοράς και της κατανόησης του ατόμου κάτι που οδήγησε τον Φρόιντ στην διατύπωση της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης (Freud S., 1955).

Όταν ο Sigmund Freud και ο μαθητής του Joseph Breuer εξέλιξαν την "θεραπευτική ομιλία" της επούλωσης μέσω της κάθαρσης, οι επαγγελματίες της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας γεννήθηκαν αληθινά. Η "θεραπευτική ομιλία" είναι μία έννοια την οποία σήμερα την θεωρούμε δεδομένη, αλλά πριν από έναν αιώνα ήταν μία επαναστατική ιδέα η οποία γυρνούσε την πλάτη στη μαγεία και στον αποκρυφισμό, ωστόσο τη θεωρούσαν μη αποδεκτή και ανυπόληπτη. Η μέθοδος της κάθαρσης διαμέσου της ομιλίας για την επίλυση των προβλημάτων, ξεκίνησε από τον Sigmund Freud στο γύρισμα του αιώνα, ως μέθοδος για τη θεραπεία ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα. Αν και η ιδέα υπήρχε για πολλά χρόνια, ο Freud συνέβαλε στο να χτιστεί η αξιοπιστία για την τεχνική. Σήμερα οι περισσότεροι άνθρωποι συμφωνούν ότι η συζήτηση των προβλημάτων, το να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις ανησυχίες είναι χρήσιμα και οι επαγγελματίες σύμβουλοι αποτελούν εύλογες εναλλακτικές λύσεις για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα ή δύσκολες καταστάσεις (Kottler J., Shepard D., 2008).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η βιομηχανική έξαρση γνώρισε μεγάλη ακμή και ήταν απαραίτητη η τεχνική κατάρτιση και εξειδίκευση των εργαζομένων καθώς και νέα προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού. Ο Frank Parsons θεωρείται ο ιδρυτής του κινήματος της επαγγελματικής καθοδήγησης. Στο βιβλίο του "Choosing a Vocation" (Parsons F., 1909) περιέγραψε ένα μοντέλο που αποτελείται από τρία μέρη για την επαγγελματική συμβουλευτική: 1) ανάλυση των προσωπικών ενδιαφερόντων, ικανότητες και δεξιότητες, 2) την εξερεύνηση των διαθέσιμων επαγγελμάτων, και 3) την εφαρμογή μιας συστηματικής διαδικασίας της σκέψης βρίσκοντας μια καλή αντιστοιχία μεταξύ των δύο. Ο Parsons και οι σπουδαστές του εφάρμοσαν τη νέα τεχνική για να βοηθήσουν τους άνεργους νέους της Βοστώνης να βρουν την κατάλληλη εργασία (Kottler J., Shepard D., 2008).

Για τα επόμενα 60 χρόνια οι σύμβουλοι θεωρήθηκαν κατά κύριο λόγο ως ειδικοί σε σχολεία οι οποίοι βοηθούσαν τα παιδιά να παίρνουν εκπαιδευτικές και επαγγελματικές αποφάσεις. Πολλοί συνεργάτες όπως (Carkhuff & Berenson, 1977; Truax & Carkhuff, 1967) επέβαλαν μία συστηματική και γενικευμένη προσέγγιση για το έργο παροχής βοήθειας. Ο Carkhuff πρότεινε ότι οι σύμβουλοι πρέπει να είναι εξειδικευμένοι, αξιόπιστοι και ικανοί να μεταφέρουν τις βασικές δεξιότητες παροχής συμβουλών. Όρισε τις δεξιότητες και ανέπτυξε μεθόδους εκτίμησης της αποτελεσματικότητας (Kottler J., Shepard D., 2008).

Η συμβουλευτική σήμερα χτίστηκε στην εργασία του Carkhuff, ο οποίος ανέπτυξε τη βάση για τη διαδικασία ανάπτυξης των δεξιοτήτων, στον Rogers ο οποίος τόνισε τη σημασία της διάστασης της σχέσης στην παροχή συμβουλών και στον Freud ο οποίος έδωσε αξιοπιστία στην ιδέα της θεραπείας διαμέσου της ομιλίας. Από τις πρώτες ρίζες της ψυχανάλυσης, μια ποικιλία από θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν αναπτυχθεί στη συμβουλευτική και στη ψυχοθεραπεία. Πολλά από τα πιο γνωστά ονόματα στον τομέα των θεραπευτικών συμβούλων που παρουσίασαν διαφορετικές προσεγγίσεις –Albert Ellis, Murray Bowen, Fritz Perls, Alfred Adler, Carl Rogers, Eric Berne- υπήρξαν όλοι τους αναλυτές του Freud (Kottler J., Shepard D., 2008).

Οι συμβουλευτικές θεωρίες αποτελούνται από τρεις κύριες κατηγορίες των θεωρητικών προσεγγίσεων. Πρώτη είναι η Ψυχοδυναμική Προσέγγιση η οποία χρησιμοποιεί στοιχεία από την ψυχανάλυση του Sigmund Freud και είναι περισσότερο δημοφιλής στους ψυχιάτρους και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Επιπρόσθετα ο Corey G.(2001) αναφέρει ότι το ψυχαναλυτικό μοντέλο αποτελεί σημαντική επιρροή για όλα τα άλλα συστήματα της ψυχοθεραπείας (Chan F., et al,2004).

Δεύτερη είναι η Ανθρωπιστική Προσέγγιση η οποία βασίζεται στον άνθρωπο, ένα σύστημα αξιών και πεποιθήσεων που δίνει έμφαση στην καλύτερη ποιότητα της ανθρωπότητας και των ικανοτήτων των ατόμων ώστε να αναπτυχθεί το ανθρώπινο δυναμικό τους. Οι σύμβουλοι και θεραπευτές της Ανθρωπιστικής Προσέγγισης δίνουν έμφαση στην ενίσχυση των ικανοτήτων των πελατών, να βιώσουν τα συναισθήματά τους, να σκεφτούν και να δράσουν σε αρμονία με τις υποκείμενες τάσεις, να θεωρήσουν τους εαυτούς τους ως μοναδικά άτομα. Εξέχοντες προσεγγίσεις παροχής συμβουλών και θεραπείας κατά την ανθρωπιστική-υπαρξιακή προσέγγιση είναι η προσωποκεντρική θεραπεία, η θεραπεία Gestalt και η υπαρξιακή θεραπεία (Richard N., 2002).

Η Γνωσιακή –Συμπεριφοριστική Θεραπεία εστιάζεται κυρίως στις αλλαγές που παρατηρούνται στις συμπεριφορές με την παροχή διαφόρων επιβραβεύσεων ή ενισχύσεων. Διευρύνει τη συμπεριφοριστική θεραπεία ενσωματώνοντας στη συμβολή της το πώς σκέφτονται οι άνθρωποι για τη δημιουργία, τη διατήρηση και την αλλαγή των προβλημάτων τους. Στις γνωστικές συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις οι σύμβουλοι και θεραπευτές αξιολογούν τους πελάτες και στη συνέχεια παρεμβαίνουν για να τους βοηθήσουν να αλλάξουν το συγκεκριμένο τρόπο σκέψης και τη συμπεριφορά που τροφοδοτούν τα προβλήματά τους. Προσεγγίσεις παροχής συμβουλών και θεραπείας κατά τη γνωσιακή συμπεριφοριστική σχολή είναι η γνωσιακή θεραπεία και η ορθολογική συγκινησιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (Richard N., 2002).

Πολλές μορφές ψυχοθεραπείας μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Σε μελέτη των Sagawa et al, (2003) που πραγματοποιήθηκε σε Ιάπωνες ασθενείς, η γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία πέτυχε και οι ασθενείς κατάφεραν να μειώσουν την πρόσληψη υγρών κατά 65%. Σε άλλη μελέτη των Surman & Tolkooff-Rubin, (1984), σε πέντε ασθενείς από την Βοστώνη, η ύπνωση ήταν επιτυχής στον περιορισμό των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Σε μία ελεγχόμενη μελέτη ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο Ισραήλ υπήρξε σημαντικά μείωση του ψυχολογικού στρες και του αυξημένου βάρους μεταξύ των δύο αιμοκαθάρσεων σε αυτούς που πήραν μέρος στην ομαδική ψυχοθεραπεία (Auslander and Buchs 2002).

Σε άλλη τυχαίοποιημένη μελέτη ομαδικής ψυχοθεραπείας στη Νέα Υόρκη βρέθηκε αυξημένη επιβίωση μεταξύ των συμμετεχόντων στην ομάδα υποστήριξης σε σχέση με τους άλλους ασθενείς, αφού ελέγχθηκαν πολλαπλές ψυχοκοινωνικές και ψυχολογικές μεταβλητές (Friend R., et al., 1986).

Ο Levy N. (1999) υποστήριξε ότι οποιαδήποτε μορφή ψυχοθεραπείας έχει τις καλύτερες πιθανότητες επιτυχίας εάν διεξαχθεί κατά τη διάρκεια των συνεδριών της αιμοκάθαρσης (Levenson J., 2005).

Η Nichols K. (1984) πρότεινε ότι ο ρόλος του κλινικού ψυχολόγου πρέπει να αναγνωρίζει τις ατομικές ψυχολογικές ανάγκες και δυσκολίες των αιμοκαθαιρόμενων και των συντρόφων τους και ιδιαίτερα στις οργανωμένες προσεγγίσεις της εκπαίδευσης και επικοινωνίας του προσωπικού (Nichols K., & Springford, 1984).

Η ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να ξεκινά στο στάδιο της προ-αιμοκάθαρσης. Ο χρόνος ανάμεσα στη διάγνωση και στην θεραπεία της αιμοκάθαρσης πρέπει να

χρησιμοποιηθεί για μια συνολική ψυχολογική εκτίμηση, η οποία δίνει συχνά ευκαιρίες για την υποστήριξη και εκπαίδευση του ασθενή και το οποίο μπορεί να βοηθήσει στην προσαρμογή της νεφρικής θεραπείας στην προσωπικότητα του ασθενή (Broome A., Llewelyn S., 1995).

3.1.α ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ- ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗΣ

Το ψυχοδυναμικό θεωρητικό σύστημα ενώ διαφέρει πολύ από την κλασσική ψυχανάλυση και αργότερα τα παράγωγά του, προέρχεται κυρίως από την ψυχαναλυτική θεωρητική βάση. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση ασχολείται με ψυχολογικές διαστάσεις όπως την ανάπτυξη, την εμπειρία, την οικογένεια, την κοινωνία, την αυτοαπασχόληση, τις σχέσεις, τα εσωψυχικά φαινόμενα, το συμβολισμό, την υποκειμενικότητα, την πνευματικότητα, τις ανάγκες, το χαρακτήρα, τις άμυνες και την συμπεριφορά ανάμεσα σε αμέτρητα άλλα. Ασχολείται επίσης με την ιδιοσυγκρασία, την κληρονομικότητα και τους ρόλους τους σε αλληλεπίδραση με τις ανωτέρω διαστάσεις. Συνήθως συμμετέχει ολόκληρο το πρόσωπο και η διάγνωση επικεντρώνεται σε διαστάσεις όπως στην αντοχή του εγώ, και στο στυλ του χαρακτήρα (Chan F., et al, 2004).

Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί η ψυχαναλυτική θεραπεία είναι έξι: 1) διατήρηση του αναλυτικού πλαισίου 2) ελεύθερος συνειρμός 3) ερμηνεία 4) ανάλυση των ονείρων 5) ανάλυση της αντίστασης και 6) ανάλυση της μεταβίβασης. Οι δύο στόχοι της φροϋδικής ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι να κάνει το ασυνείδητο συνειδητό ενισχύοντας το «εγώ», έτσι ώστε η συμπεριφορά να βασίζεται περισσότερο στην πραγματικότητα και λιγότερο στον ενστικτώδη πόθο ή στην παράλογη ενοχή. Η επιτυχής ανάλυση πιστεύεται ότι οδηγεί σε σημαντική μεταβολή της προσωπικότητας του ατόμου και τη δομή του χαρακτήρα. Οι θεραπευτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται για να φέρουν έξω το ασυνείδητο υλικό. Τότε οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας ανασχηματίζονται, συζητούνται, ερμηνεύονται και αναλύονται (Corey G., 2005).

Είναι σαφές ότι η διαδικασία δεν περιορίζεται στην επίλυση προβλημάτων και την εκμάθηση νέων συμπεριφορών, αντίθετα υπάρχει μία σχολαστική εμβάθυνση στο παρελθόν για να βελτιωθεί το επίπεδο της αυτο-αντίληψης που θεωρείται ότι είναι αναγκαίο για μια αλλαγή στο χαρακτήρα. Οι κλασσικοί αναλυτές αναλαμβάνουν συνήθως μια απόμακρη στάση, η οποία ονομάζεται μερικές φορές “the blank-screen”

προσέγγιση. Πραγματοποιούν πολύ λίγο την αυτο-αποκάλυψη και διατηρούν την αίσθηση της ουδετερότητας προωθώντας τη «σχέση της μεταβίβασης» κατά την οποία οι πελάτες τους θα κάνουν προβολές επάνω τους. Εάν οι θεραπευτές λένε πολλά για τον εαυτό τους και σπάνια μοιράζονται τις προσωπικές τους αντιδράσεις, θεωρούν πως ότι και αν αισθάνεται ο πελάτης απέναντί τους είναι σε μεγάλο βαθμό το προϊόν των συναισθημάτων που σχετίζονται με άλλες σημαντικές σχέσεις από το παρελθόν. Οι εν λόγω προβολές, οι οποίες έχουν τις ρίζες τους σε ημιτελείς και καταπιεσμένες καταστάσεις, θεωρούνται ως «grist on the mill» (άλεσμα στο ελαιοτριβείο) και η ανάλυσή τους αποτελεί την πεμπουσία της θεραπευτικής εργασίας (Corey G., 2005).

Μία από τις κεντρικές λειτουργίες της ανάλυσης είναι να βοηθήσει τους πελάτες να αποκτήσουν την ελευθερία να αγαπήσουν, να δουλέψουν και να διασκεδάσουν. Επίσης περιλαμβάνεται η υποστήριξη των πελατών για την επίτευξη αυτό - συνείδησης, ειλικρίνειας, πιο αποτελεσματικών προσωπικών σχέσεων, στην αντιμετώπιση του άγχους και στον έλεγχο της παρορμητικής και παράλογης συμπεριφοράς. Ο αναλυτής ακούει τον πελάτη, μαθαίνει και αποφασίζει πότε να προβεί στις κατάλληλες ερμηνείες. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις αντιστάσεις του πελάτη. Μια σημαντική λειτουργία της ερμηνείας είναι να επιταχύνει τη διαδικασία αποκάλυψης του ασυνείδητου υλικού. Ο αναλυτής ακούει για τα κενά και τις αντιφάσεις στην ιστορία του πελάτη, συνάγει την έννοια των αναφερθέντων ονείρων και των ελεύθερων συνειρμών και παραμένει ευαίσθητος στα θέματα που σχετίζονται με τον πελάτη απέναντι στον αναλυτή (Corey G., 2005).

Διοργανώνοντας αυτές τις θεραπευτικές μεθόδους στα πλαίσια της κατανόησης της δομής της προσωπικότητας η ψυχοδυναμική επιτρέπει στον αναλυτή να διατυπώσει τη φύση των προβλημάτων του πελάτη. Μία από τις κεντρικές λειτουργίες του αναλυτή είναι να διδάξει στους πελάτες την έννοια αυτών των διαδικασιών, ώστε να επιτύχει την κατανόηση των προβλημάτων τους, αυξάνοντας την ευαισθητοποίηση των τρόπων της αλλαγής, με αποτέλεσμα να αποκτούν περισσότερο έλεγχο στη ζωή τους. Η διαδικασία της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι σαν να ενώνουμε τα κομμάτια ενός παζλ. Η αλλαγή των πελατών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ετοιμότητά τους να αλλάξουν παρά από την ακρίβεια των ερμηνειών του θεραπευτή. Αν ο θεραπευτής πιέζει πολύ τον πελάτη ή του προσφέρει άκαιρες ερμηνείες, η θεραπεία είναι πιθανόν να γίνει αντιπαραγωγική (Corey G., 2005).

Όταν γίνει η διάγνωση μιας σωματικής ασθένειας ή αναπηρίας, παράλληλα με την καλή ιατρική διαχείριση η περίθαλψη ενός ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει και τη συναισθηματική στήριξη. Ο πόνος ,η σοβαρή ασθένεια, η αναπηρία μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένο άγχος και εξάντληση των ενεργειακών αποθεμάτων. Η υποστηρικτική ψυχοδυναμική στάση μπορεί να είναι χρήσιμη στην παροχή μιας επικουρικής λειτουργίας του Εγώ που περιστεύεται(Archer R., 2006).

Υπάρχει συμφωνία ότι η ατομική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έχει περιορισμένη ισχύ ανάμεσα στους ασθενείς. Παρά το γεγονός ότι ο Levy (1985) είχε παραθέσει επιτυχημένες θεραπευτικές εκβάσεις με πολλούς πελάτες , ήταν πολύ καλά συγκαλυμμένες και παρακινούμενες. Στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπεία περιορίζεται υπό την έννοια ότι οι νεφρικοί ασθενείς σπαταλούν υπερβολικά πολύ χρόνο στην θεραπεία της αιμοκάθαρσης και έχουν την τάση να αρνούνται τα ψυχολογικά προβλήματα (Reichsman and Levy, 1972).

O De Nour's (1970) προσπάθησε να επιλύσει τις ψυχολογικές συγκρούσεις από τις εμπειρίες της αιμοκάθαρσης και να βελτιώσει την προσαρμογή με την ατομική ψυχοθεραπεία η οποία σε μεγάλο βαθμό ήταν αναποτελεσματική, κυρίως λόγω των δυσκολιών στη δημιουργία μιας σχέσης με τους ασθενείς (Broome A., Llewelyn S., 1995).

Κάποιοι συγγραφείς έχουν αναφέρει την αποτελεσματικότητα της σύντομης ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στη θεραπεία στο σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου μία πολύ οδυνηρή χρόνια διαταραχή(Svedlund, 1983; Guthrie E. et al, 1991; Creed F., et al, 2003).

Μετά από δέκα συνεδρίες της μίας ώρας για μια περίοδο 3 μηνών υπήρξαν αλλαγές στην κοινωνική προσαρμογή και στην ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων. Μετά από ένα χρόνο παρακολούθησης υπήρξε σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στις περιπτώσεις του κοιλιακού άλγους, στη δυσλειτουργία του εντέρου, και στη δυσπεψία, στα συμπτώματα κατάθλιψης, στις διαταραχές του ύπνου και στο σεξουαλικό ενδιαφέρον, στην κοινωνική ζωή και τον ελεύθερο χρόνο, στη γενική δυσφορία, στην αντιμετώπιση της εργασίας και στις σχέσεις του γάμου (Ranjana Roy, 2008).

3.1.β. ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η πελατοκεντρική ή προσωποκεντρική θεωρητική προσέγγιση, που αναπτύχθηκε από τον Carl Rogers (1942), αποτέλεσε μία από τις σημαντικότερες εναλλακτικές από την ψυχαναλυτική θεωρία, τονίζοντας τις δυνατότητες των ανθρώπων να αυτοπραγματωθούν, και τις θεραπευτικές ιδιότητες της ενσυναίσθησης, της αποδοχής άνευ όρων και της γνησιότητας οι οποίες θα μπορούσαν να θρέψουν και να απελευθερώσουν το θετικό δυναμικό ανάπτυξης προς την κατεύθυνση της επικοδομητικής προσωπικότητας και την αλλαγή συμπεριφοράς (Corey G., 2005).

Η πρώτη του κύρια θεωρητική συνεισφορά ήρθε στις αρχές του 1940 όταν ως νεαρός ψυχολόγος, υποστήριξε προκλητικά την πεποίθηση ότι κατά βάση όλοι οι άνθρωποι είναι καλοί και θα μπορούσαν να είναι άξιοι εμπιστοσύνης ως προς την άμεση δική τους ζωή (Corey G., 2005).

Ο Rogers ανέπτυξε μία χαρακτηριστική προσέγγιση της θεραπείας: Άκουγε τους πελάτες του με κάθε ίχνος σεβασμού που μπορούσε να συγκεντρώσει. Επιπρόσθετα, σε όλες τις πτυχές της ζωής του προσπάθησε να είναι γνήσιος και ανοιχτός άνθρωπος. Αλληλεπιδρώντας αυθεντικά με τους πελάτες, ο ίδιος εμπάθυνε τόσο βαθιά στον κόσμο τους όπου μπορούσε να αισθανθεί τα συναισθήματά τους.

Η προσωπο-κεντρική προσέγγιση περιλαμβάνει τη θεωρία της προσωπικότητας και τη θεωρία της ψυχοθεραπείας. Η θεωρία της προσωπικότητας όπως διατυπώθηκε από τον Rogers, αποτελείται από μία σειρά 19 προτάσεων οι οποίες είναι εκπληκτικά περίπλοκες και δύσκολα διατυπώνονται, και είναι ένας από τους λόγους που συχνά της δίνουν λίγη προσοχή. Ακόμη και ο Rogers σημείωσε για τη θεωρία του περί προσωπικότητας ότι " από ότι έχω γράψει είναι αυτή που αγνοείται περισσότερο" (Rogers C., 1980, p.60).

Οι 19 προτάσεις θα παρουσιαστούν συνοπτικά σε 4 βασικά στοιχεία:

1) Αυτο-θεωρία

Ο Rogers αξιώνεται ότι κάθε άτομο υπάρχει μέσα σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο στον οποίο αυτός ή αυτή είναι το επίκεντρο. Επιπρόσθετα, πίστευε ότι ο εαυτός δεν είναι μία σταθερή δομή, αλλά μία δομή σε διεργασία, ικανός για σταθερότητα και αλλαγή. Ο Rogers χρησιμοποιεί τον όρο « οργανισμός» για να αναφερθεί

στον τόπο όλων των ψυχολογικών εμπειριών. Ο οργανισμός αποτελεί το βασίλειο του συνόλου των εμπειριών του ατόμου, ενώ ο εαυτός είναι το «εγώ» και αποτελεί ένα κομμάτι του οργανισμού. Ο εαυτός του Rogers έχει συνειδητό και ασυνειδητό. Η διάκριση ανάμεσα στον οργανισμό και στον εαυτό αφήνει ανοιχτή την πιθανότητα ότι ο εαυτός ενός ατόμου μπορεί να είναι ανεξάρτητος από τη συνολική ψυχολογική του εμπειρία. Αυτή η διαφορά του δυναμικού αναφέρεται σε εμάς ως *ασυμφωνία*. Αντίθετα όταν οι εμπειρίες και οι αντιλήψεις του εαυτού είναι συμβατές με την συνολική εμπειρία του οργανισμού, υπάρχει αντιστοιχία. Η αντιστοιχία ανάμεσα στον εαυτό και τον οργανισμό είναι υψηλά επιθυμητή, οδηγεί σε προσαρμογή, ωριμότητα και σε ένα πλήρως λειτουργικό άτομο (Rogers C.: In Flanagan –Sommers J., 2004).

2) Φαινομενολογία και αποτίμηση της εμπειρίας

Η προσωπο-κεντρική θεωρία δίνει μεγάλη αξία στην άμεση προσωπική εμπειρία. Παρά το γεγονός ότι τόσο η πνευματική/ορθολογική σκέψη και τα συναισθήματα αποτιμώνται ως ζωτικής σημασίας ενημερωτικές πηγές, τα βιώματα θεωρούνται πιο άμεσος τρόπος για να γνωρίσει με ακρίβεια τον εαυτό του και τον κόσμο. Η προσωπο-κεντρική θεραπεία σχεδιάστηκε για να βοηθήσει τους πελάτες να είναι πιο ανοιχτοί σε ένα ευρύ φάσμα των προσωπικών ή οργανισμικών εμπειριών. Η αληθινή μάθηση επιτυγχάνεται καλύτερα μέσω της εμπειρίας που ζει κάποιος όπου ο εαυτός κρίνει αν μια συγκεκριμένη ενέργεια ή το συναίσθημα αυτοβελτιώνεται ή όχι (Rogers C.: In Flanagan –Sommers J., 2004).

3) Μάθηση και αναπτυξιακό δυναμικό

Ο Rogers πίστευε πολύ στην έμφυτη πραγμάτωση ή στην διαμορφωτική τάση στους ανθρώπους. Μερικές από αυτές τις απόψεις προέρχονται από την παιδική του ηλικία και τις εμπειρίες του από την ύπαιθρο, όπως ο ίδιος είδε τις δυνατότητες για πολλά πράγματα στη φύση για ανάπτυξη και εξέλιξη προς την πληρότητα. Ο Rogers αναφέρει ότι « υπάρχει μία κεντρική ενέργεια στον ανθρώπινο οργανισμό. Αυτή η πηγή είναι...η λειτουργία για ολόκληρο το σύστημα και...είναι πιο απλά αντιληπτές ως μια τάση προς την ικανοποίηση, περιλαμβάνοντας όχι μόνο τη διατήρηση αλλά και την ενίσχυση του οργανισμού» (Rogers, 1980. p,123).

4) Όροι Αξιών (Conditions of Worth)

Εκτός από την ανάγκη του οργανισμού να διατηρηθεί και να ενισχυθεί ο ίδιος, υπάρχουν πρόσθετες μαθησιακές ανάγκες. Οι δύο κύριες μαθησιακές ανάγκες είναι η *θετική αναγνώριση* και η *ανάγκη για αυτό-αναγνώριση*. Όπως τα βρέφη και τα νήπια μεγαλώνουν σε σχέση με αυτούς που τα φροντίζουν, δύο πράγματα μπορούν να συμβούν. Πρώτον, το μωρό αρχίζει να αναπτύσσει μία ολοένα μεγαλύτερη συνείδηση του εαυτού. Πολλοί γονείς βλέπουν πολύ καθαρά αυτή τη συμπεριφορά στα παιδιά τους περίπου στην ηλικία των δύο ετών, όταν οι αγαπημένες λέξεις του παιδιού είναι "δικό μου" και "όχι". Δεύτερον, καθώς το παιδί μεγαλώνει αναπτύσσει μία δυνατή ανάγκη για θετική αναγνώριση ή επιδοκιμασία. Η ανάγκη αυτή για θετική αναγνώριση- να το επιβραβεύουν και να το αγαπούν- γίνεται τόσο δυνατή ώστε σχεδόν πάντα ψάχνει για αυτούς που το φροντίζουν για αποδοχή και έγκριση.

Ο Rogers περιγράφει την ιδανική κατάσταση:

« Εάν ένα άτομο πρέπει να βιώνει μόνο την άνευ όρων θετική αναγνώριση, τότε δεν θα αναπτυχθούν καταστάσεις που θα απαιτούν αντίτιμο, η αυτό-αναγνώριση θα είναι άνευ όρων, οι ανάγκες για θετική αναγνώριση και αυτό-αναγνώριση ποτέ δεν θα έρθουν σε αντίθεση με την οργανική αξιολόγηση, και το άτομο θα συνεχίσει να είναι ψυχολογικά προσαρμοσμένο και θα είναι πλήρως λειτουργικό» (Rogers, 1959, p. 224, in In Flanagan –Sommers J., 2004).

Δυστυχώς, η ζωή κανενός παιδιού στο σπίτι δεν είναι ιδανική, παρόλο που τα παιδιά συνεχώς κοιτούν και ακούν για την έγκριση, η οποία δεν έρχεται πάντα. Κατά συνέπεια τα παιδιά αρχίζουν να διακρίνουν τα συναισθήματα και τις ενέργειες που εγκρίνονται και απορρίπτονται. Αρχίζουν και κατανοούν την έννοια των καταστάσεων που απαιτούν αντίτιμο που εμφανίζονται στη ζωή τους. Τελικά, τα παιδιά εσωτερικεύουν τις εκτιμήσεις των ατόμων που τα φροντίζουν, παρά το γεγονός ότι αυτές οι εκτιμήσεις δεν είναι απόλυτα σύμφωνες με τις συνολικές οργανικές εμπειρίες, γιατί η εναλλακτική λύση είναι να υποφέρουν τον πόνο της αρνητικής αναγνώρισης. Για παράδειγμα εάν ένα νεαρό κορίτσι το οποίο του αρέσει να παίζει σκληρά και επιθετικά με τα άλλα αγόρια και κορίτσια, με συνέπεια να εισπράττει την εμπειρία της αποδοκιμασίας από τους γονείς της όταν το κάνει, τότε είναι υποχρεωμένη σε ένα από τα παρακάτω συμπεράσματα:

- 1) Όταν παίζω σκληρά είμαι κακιά (αρνητική αυτό-αναγνώριση),
- 2) Δεν αρέσω στους γονείς μου επειδή παίζω σκληρά (αρνητική αναγνώριση από άλλους),
- 3) Δεν μου αρέσει να παίζω σκληρά (άρνηση μιας επιθυμητής οργανικής εμπειρίας) (Rogers C.: In Flanagan –Sommers J., 2004).

Κανένα από αυτά τα συμπεράσματα δεν αξίζουν την συνολική οργανική αγάπη του παιδιού για σκληρό παιχνίδι, κι έτσι βιώνει την εμπειρία της ασυμφωνίας με τον ένα ή το άλλο τρόπο. Με την πάροδο του χρόνου εάν τα παιδιά συνεχίσουν να βιώνουν την εμπειρία των καταστάσεων που απαιτούν αντίτιμο κάτι το οποίο είναι άτοπο με τις οργανικές του αξίες, μπορεί να αναπτύξει μία σύγκρουση ή διαφορά ανάμεσα στη συνείδησή του, στις υποσυνείδητα υποβαλλόμενες αξίες και στις πραγματικές αξίες του ασυνειδήτου. Τα περισσότερα άτομα που δεν έχουν επαφή με τον αληθινό εαυτό και τις επιθυμίες τους, το πιο πιθανό είναι ότι θα αναπτύξουν ψυχοπαθολογία. Για παράδειγμα, όταν το μικρό κορίτσι το οποίο κρίθηκε αρνητικά για τις επιθετικές του παρορμήσεις, μεγαλώνοντας θα έχει την ευκαιρία για την έκφραση του θυμού, και όλα τα είδη των παραπονημένων εσωτερικών γεγονότων μπορούν να λάβουν χώρα. Μπορεί να αναπτύξει επιθυμίες για έκφραση θυμού σε άλλους, μπορεί να γίνει επιθετική και μετά να καταδικάζει τον εαυτό της, η μπορεί να εξαπολύσει την επιθετικότητά της αλλά μετά να αρνηθεί ότι βίωσε κάποιο θυμό ή ικανοποίηση. Εκτός εάν ο εαυτός της γίνει περισσότερο σύμφωνος με την πραγματικότητα εκείνη θα συνεχίσει να ερμηνεύει την πραγματικότητα ταιριάζοντας την οποιαδήποτε αυτό-εικόνα της χρειάζεται για να διατηρηθεί, χωρίς να έχει σημασία πόσο αυτό παραβιάζει την αληθινή εμπειρία της και την εξωτερική πραγματικότητα (Rogers C.: In Flanagan –Sommers J., 2004).

Συνοψίζοντας, η θεωρία της προσωπικότητας του Rogers είναι μία θεωρία του εαυτού, της εμπειρίας, της προσπάθειας για τη διατήρηση και βελτίωση του εαυτού, και η εκπαίδευση των αναγκών για θετική σχέση. Επίσης είναι η θεωρία της διαφοράς, επειδή η διαφορά αυτή ανάμεσα στον εαυτό και την οργανισμική εμπειρία, ανάμεσα στις αξίες της φροντίδας και στις αξίες του οργανισμού, δημιουργεί ή ορίζει την ψυχοπαθολογία (Rogers C.: In Flanagan –Sommers J., 2004).

3.1.β.α ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ROGERS

Εάν η ψυχοπαθολογία αρχικά στελεχώνεται από την ατομική εμπειρία της αποδοκίμασίας ή της ακύρωσης του εαυτού από σημαντικά άτομα, τότε η λογική ακολουθία είναι ότι μία ατμόσφαιρα χωρίς κριτική διευκολύνει την ψυχολογική υγεία.

Η επιτυχία της προσωπο-κεντρικής θεραπείας βασίζεται σε δύο κύριους παράγοντες:

- Ο θεραπευτής πρέπει να εμπιστεύεται τον πελάτη
- Ο θεραπευτής πρέπει να εγκαθιστά έναν βασικό τύπο σχέσης με τον πελάτη

Ο Rogers πίστευε ότι εάν οι θεραπευτές μπορούν να εμπιστευτούν τους πελάτες και να προωθήσουν αυτή την ιδιαίτερη σχέση, τότε οι πελάτες θα είναι ικανοί να αρχίσουν να εμπιστεύονται τους εαυτούς τους, συνεπώς να βιώνουν μία σταθερή και δυναμική πορεία προς μεγαλύτερη προσωπική ανάπτυξη και ψυχολογική υγεία (Rogers C.: In Flanagan –Sommers J., 2004).

Ο Rogers έγραψε ότι "εάν μπορέσω να παράσχω ένα συγκεκριμένο τύπο σχέσης, το άλλο άτομο θα ανακαλύψει μέσα του την ικανότητα να χρησιμοποιήσει την εν λόγω σχέση για την ανάπτυξη, και θα προκύψει η αλλαγή και η προσωπική ανάπτυξη" (Rogers, 1961. p 33).

Για να συμβεί η εποικοδομητική αλλαγή της προσωπικότητας, είναι απαραίτητο οι παρακάτω προϋποθέσεις να υπάρχουν και να συνεχιστούν για ένα χρονικό διάστημα:

1. Δύο άτομα βρίσκονται σε ψυχολογική επαφή
2. Το πρώτο άτομο, το οποίο θα ονομάσουμε πελάτη, βρίσκεται σε μία κατάσταση ασυμφωνίας, στην οποία είναι ευάλωτο ή αγχωμένο
3. Το δεύτερο άτομο, το οποίο θα ονομάσουμε θεραπευτή, συγκλίνει ή βρίσκεται ολοκληρωτικά στη σχέση
4. Ο θεραπευτής προβάλλει άνευ όρων θετική αναγνώριση για τον πελάτη
5. Ο θεραπευτής προβάλλει την ενσυναίσθηση κατανοώντας το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του πελάτη και προσπαθεί μέσω της επικοινωνίας να μεταδώσει αυτή του την εμπειρία στον πελάτη
6. Η κοινοποίηση της ενσυναίσθητης κατανόησης του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς του πελάτη καθώς και η αποδοχή άνευ όρων εκ μέρους του θεραπευτή επιτυγχάνεται σε ελάχιστο βαθμό (Rogers, 1961, pp. 280-281)

Μέσα από την προσωπο-κεντρική θεραπευτική σχέση το άτομο υφίσταται αλλαγές, οι οποίες περιλαμβάνουν και τους κύριους στόχους της προσωπο-κεντρικής προσέγγισης.

- Το άτομο βλέπει τον εαυτό του διαφορετικά
- Αποδέχεται πλήρως τον εαυτό του και τα συναισθήματά του
- Αποκτά μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αυτοέλεγχο
- Γίνεται περισσότερο το άτομο που επιθυμεί να είναι
- Γίνεται πιο ελαστικός και λιγότερο αυστηρός στις αντιλήψεις του
- Υιοθετεί πιο ρεαλιστικούς στόχους για τον εαυτό του
- Συμπεριφέρεται πιο ώριμα
- Αλλάζει τις απροσάρμοστες συμπεριφορές του
- Αποδέχεται περισσότερο τους άλλους
- Γίνεται πιο δεκτικός σε όσα συμβαίνουν στον εξωτερικό αλλά και στον εσωτερικό του κόσμο
- Αλλάζει τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του με εποικοδομητικό τρόπο (Rogers, 1961, pp. 280-281)

Οι βασικές προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για τη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και την επίτευξη της θεραπευτικής αλλαγής στη συμβουλευτική σύμφωνα με τον Αμερικάνο ψυχολόγο Rogers είναι η **γνησιότητα, η άνευ όρων αποδοχή και η ενσυναίσθηση**.

- 1) Η **γνησιότητα** του συμβούλου είναι η πρώτη προϋπόθεση στην οποία ο σύμβουλος πρέπει να έχει επίγνωση των συναισθημάτων του και να τα επικοινωνεί με τον πελάτη, εάν κρίνει πως αυτό είναι απαραίτητο, διατηρώντας μια στάση που διακρίνεται από θέρμη, σεβασμό και ενσυναίσθηση προς τον πελάτη. Ο σύμβουλος πρέπει να νοιάζεται πραγματικά για τον πελάτη και όχι απλά να «παίζει» έναν επαγγελματικό ρόλο. «Έχω διαπιστώσει ότι όσο πιο γνήσιος μπορώ να είμαι στη σχέση, τόσο πιο βοηθητικό είναι»(Rogers, 1967, p33). Αντίθετα, εάν ο σύμβουλος αποκρύψει τα συναισθήματά του, μεταφέρει στον πελάτη το μήνυμα να συμπεριφερθεί το ίδιο.

- 2) *Η αρχή της άνευ όρων αποδοχής* σημαίνει αποδοχή του πελάτη ανεξάρτητα από το ποιες είναι οι σκέψεις και οι εμπειρίες του. Σημαίνει σεβασμός του πελάτη ως μια ξεχωριστή και μοναδική ανθρώπινη ύπαρξη στέλνοντάς του το μήνυμα ότι είναι αποδεκτός. Η συγκεκριμένη αρχή συνδέεται με τη βαθιά πίστη του συμβούλου ότι ο πελάτης είναι ικανός να ξεκινήσει την αλλαγή εφόσον υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις, όπως η ύπαρξη ενός αυθεντικού συμβούλου και ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος στο οποίο αισθάνεται ασφαλής να αποκαλύψει τον εαυτό του (Rogers 1961).

Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις όπου ο σύμβουλος αν και αποδέχεται τον πελάτη ως οντότητα, είναι δυνατό να μην αποδέχεται συγκεκριμένες εκδηλώσεις της συμπεριφοράς του. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο σύμβουλος δεν είναι υποχρεωμένος να αποδεχτεί τη συμπεριφορά του πελάτη και προτείνεται να συζητήσει μαζί του το θέμα, διαχωρίζοντας το «πρόσωπο» το οποίο είναι σεβαστό από τη συγκεκριμένη συμπεριφορά (Boden & Maronitis, 2003).

- 3) Σύμφωνα με τον Rogers (1961), *η ενσυναίσθηση* είναι η βαθιά κατανόηση των συναισθημάτων, των σκέψεων και των εμπειριών του πελάτη, όπως αυτός τις βιώνει, χωρίς ο σύμβουλος να χάσει τα όρια και παραμένοντας πιστός στις δικές του αξίες, προσωπικές απόψεις και εμπειρίες. Παράλληλα ο θεραπευτής πρέπει να έχει γνώση των δυναμικών, σύνθετων διαπροσωπικών σχέσεων οι οποίες επηρεάζονται από κοινωνικο -πολιτισμικούς παράγοντες, και ατομική ψυχολογία λόγω του συναισθηματικού στρες, της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης (Feltham, 2000, p233) In Kottaki V., 2005).

Η προσωπο-κεντρική προσέγγιση έχει χρησιμοποιηθεί στη διατροφική συμβουλευτική σε ασθενείς με ΧΝΑ η οποία περιλαμβάνει τεχνικές κινητοποίησης κατά τη συνέντευξη καθιερώνοντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης και κατανόησης με τους ασθενείς. Η συνέντευξη κινητοποίησης είναι ένα είδος οδηγιών προσωπο-κεντρικής συμβουλευτικής βοηθώντας τον ασθενή να εξετάσει και να επιλύσει την αμφιθυμία με την αλλαγή της συμπεριφοράς, να μειώσει την αντίσταση και να επιτύχει μακροχρόνια συμμόρφωση. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να γίνει περισσότερο δεκτικός στις παραδοσιακές εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, όπως οι διάφορες διατροφικές συμβουλές, το μενού και οι συνταγές, τα οποία μπορεί να ξεπερνούν κάποιον ο οποίος αμφιταλαντεύεται σχετικά με την αλλαγή (Korple J., Massry S., 2004).

Η αποτελεσματικότητα της πελατο-κεντρικής προσέγγισης έχει δοκιμαστεί σε διάφορες ομάδες πελατών. Ο Munzo Alamo et al (2002) βρήκε ότι σε ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο, οι οποίοι συμμετείχαν στην πελατο-κεντρική προσέγγιση, αναφέρθηκαν σαφέστερες τάσεις βελτίωσης από εκείνους που έλαβαν συμβατική προσέγγιση. Οι Anthony & Hudson-Barr (2004) επίσης αναφέρουν ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη εγχείριση στην κοιλιακή χώρα, και συμμετείχαν στην πελατο-κεντρική προσέγγιση, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των επιπλοκών (Sumsion T., et al, 2006).

Οι θεραπευτές της πελατοκεντρικής προσέγγισης δουλεύουν με άτομα τα οποία έχουν διαγνωσθεί από άλλους ως ψυχωτικά, με ειδικές ανάγκες, με διαταραχή πανικού, βουλμικά, καθώς και με ανθρώπους που απλά αναζητούν την προσωπική εμπειρία της ανάπτυξης. Όλοι οι άνθρωποι έχουν αισθήματα, τους αρέσει να τους καταλαβαίνουν, και έχουν θέματα συντήρησης και ενίσχυσης της αυτοαντίληψης.

Η διεύρυνση της "πελατοκεντρικής προσέγγισης" σε "προσωποκεντρική προσέγγιση" απορρέει από τη γενίκευση της πελατο-κεντρικής αρχής σε παιδιά, ζευγάρια, και οικογενειακή θεραπεία, συναντήσεις βασικών ομάδων όπως της οργανωτικής ηγεσίας, την ανατροφή των παιδιών, την εκπαίδευση, την ιατρική, νοσηλευτική και εγκληματολογικές ρυθμίσεις (Corsini R., Wedding D., Dumont F., 2008).

Επιπρόσθετα η προσωπο-κεντρική προσέγγιση έχει χρησιμοποιηθεί ως αποτελεσματική παρέμβαση για τη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των ατόμων με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο(Maisiak R., et al, 1996).

3.2 ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες αποτελούν μία κατηγορία των ρεαλιστικών προσεγγίσεων για την κατανόηση και την αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών και προβλημάτων. Αν και υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία μεταξύ των εν λόγω θεραπειών, οι παρεμβάσεις εστιάζονται στο πρόβλημα, στρέφονται στους στόχους, προσανατολίζονται στο μέλλον, έχουν περιορισμένο χρόνο και είναι εμπειριστατωμένες. Η συμπεριφοριστικές θεραπείες είναι οι ιστορικοί πρόγονοι των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών θεραπειών. Θεωρητικά είναι μια συμμαχία του Κάρολου Δαρβίνου και των συμπεριφοριστών όπως Thorndike, Pavlov, Watson και

Skinner, οι συμπεριφοριστικές θεραπείες ήταν πρωτοπόρες στη δεκαετία του 1950 από τους Wolpe και Rachman (Hawton et al, 1989; Craighead E., et al, 1995).

Η θεραπεία συνίσταται στη μεταβολή του περιβάλλοντος, η οποία οδηγεί στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Από τη δεκαετία του 1970 οι συμπεριφοριστικές θεραπείες είχαν γίνει ευρέως αποδεκτές ως αποτελεσματικές θεραπείες σε μια ποικιλία ψυχολογικών προβλημάτων (Craighead E., et al, 1995).

Η αλλαγή γίνεται αντιληπτή στην γνωστική διαδικασία, στην οποία οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις μεσολαβούν για τις αλλαγές στην συμπεριφορά (Beck J., 1995).

Από την πλευρά του ασθενούς η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία παρέχει μία προσαρμοστική μαθησιακή εμπειρία που θα επιφέρει συγκεκριμένες αλλαγές σε τομείς πέρα από το κλινικό περιβάλλον. Σημαντικό είναι ότι η βελτίωση αυτή δεν εξαρτάται από την διαπροσωπική δυναμική της θεραπευτικής σχέσης και δεν απαιτεί διορατικότητα από τον ασθενή, όπως ο μηχανισμός της αλλαγής (Meichenbaum, 1995).

Ο ασθενής και ο θεραπευτής θέτουν ρητούς στόχους κατά την έναρξη της θεραπείας. Τυπικά, ο ασθενής θα επιθυμεί τη μείωση των συμπτωμάτων του στρες. Η θεραπεία προσαρμόζεται στις ειδικές περιστάσεις του ασθενή, έτσι ώστε ένας αριθμός προβλημάτων να μπορεί να στοχοθετηθεί στην παρέμβαση. Οι στόχοι όπως η αύξηση των θετικών εμπειριών, η οικοδόμηση στρατηγικών αντιμετώπισης για μελλοντικά προβλήματα και η πρόληψη της υποτροπής εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των γνωσιακών συμπεριφοριστικών θεραπειών. Ο καθορισμός του στόχου εστιάζεται στις σκέψεις του ασθενή και κάνουν μία συζήτηση σχετικά με τα ρεαλιστικά όρια της θεραπείας. Για παράδειγμα, ο στόχος " να μην έχεις ποτέ άγχος ξανά" δεν είναι ρεαλιστικός, σε σχέση με τον στόχο " να μην είσαι ποτέ ξανά λυπημένος ". Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, ο ασθενής και ο θεραπευτής μπορούν να επανεξετάσουν τους στόχους για αξιολογήσουν την πρόοδο της θεραπείας, αναθεωρώντας τους στόχους, εάν χρειαστεί, για την αντιμετώπιση των μεταβαλλόμενων συνθηκών της ζωής (Gabbard G., et al, 2005) .

Η θεραπεία βασίζεται στο παρόν: ο θεραπευτής και ο πελάτης αντιμετωπίζουν τα σημερινά πρότυπα σκέψεων και συμπεριφορών έτσι ώστε ο ασθενής να μάθει να προβλέπει και να πλοηγεί παρόμοια προβλήματα στο μέλλον. Η έμφαση που δίνεται στα σύγχρονα προβλήματα δεν εμποδίζει τον θεραπευτή να λάβει ένα λεπτομερές ιστορικό του πελάτη, ούτε επιτρέπει τη χρήση του παρελθόντος για να βοηθήσει να

αντιληφθούν τα προβλήματα των ασθενών. Ωστόσο η δράση της θεραπείας έγκειται στα σημερινά προβλήματα και στις καταστάσεις (Beck, J., 1995).

Αποτελεί αξίωμα στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ότι οι ασθενείς θεωρούνται ικανοί να ελέγχουν τις σκέψεις και τις ενέργειες τους. Η θεραπεία, σύμφωνα με την παρούσα υπόθεση, γίνεται μία εκπαιδευτική διδασκαλία με σκοπό να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει δεξιότητες και γνώσεις που θα του επιτρέψουν να λειτουργήσει πιο προσαρμοστικά. Ο θεραπευτής καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπείας μπορεί να αναθέσει στον ασθενή: για παράδειγμα τη φύση και την πορεία της διαταραχής, καθώς και το σκεπτικό των συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Τελικά, ο θεραπευτής της γνωσιακής- συμπεριφορικής περιμένει από τον ασθενή να μάθει ποιες πτυχές της διαδικασίας της θεραπείας ήταν πιο επωφελείς. Σε περίπτωση επικείμενης επανάληψης, ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει τις δεξιότητες που έμαθε προκειμένου να περιορισθεί η σοβαρότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων χωρίς να χρειάζεται να ασκήσει εκ νέου επίσημη θεραπεία (Beck A et al., 1979).

Η απόκτηση γνώσεων απαιτεί την πρακτική και ο ασθενής ενθαρρύνεται να εργαστεί σε μία ποικιλία θεραπευτικών καθηκόντων εκτός συνεδριών. Τα πλαίσια των καθηκόντων του θεραπευτή ή η ανάθεση εργασιών στο σπίτι αποτελούν ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της θεραπείας (Beck J., 1995).

Ο θεραπευτής με τον πελάτη διατυπώνουν μαζί τις εργασίες για το σπίτι προσαρμόζοντας κάθε εργασία στα προβλήματα και τις δεξιότητες του ασθενούς. Ο θεραπευτής διευκρινίζει την κάθε εργασία για το σπίτι δίνοντας συγκεκριμένες οδηγίες, επιτρέποντας στον ασθενή να εκφράσει αντιρρήσεις. Όποτε είναι δυνατόν ο θεραπευτής και ο ασθενής προβλέπουν τα προβλήματα που θα μπορούσαν να παρακωλύσουν την ολοκλήρωση της εργασίας για το σπίτι. Τα καθήκοντα στο σπίτι μπορούν να ενισχύσουν και να συμπληρώσουν τις εκπαιδευτικές πτυχές της θεραπείας, είναι σημαντικό σε κάθε εργασία η εμπειρία του ασθενούς να καταχωρείται ως σχετική επιτυχία (Beck A., et al, 1979; Beck J., 1995).

Ο θεραπευτής και ο ασθενής αναλαμβάνουν ίσο μερίδιο ευθύνης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς σε όλες τις θεραπευτικές δραστηριότητες: από τον καθορισμό των στόχων για τον προγραμματισμό της ανάθεσης εργασιών ως την επινόηση μιας στρατηγικής πρόληψης των υποτροπών (Beck A., et al, 1979; Beck J., 1995; De Rubies R., et al, 2001).

Η γνωσιακή – συμπεριφορική αξιολόγηση ξεκινά συχνά με μία συνέντευξη (Beck J., 1995; Blankstein K., et al., 2001).

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, ο θεραπευτής αποσαφηνίζει τα προβλήματα του ασθενούς, διατυπώνει τις δυσκολίες σε εύκολους προς επίτευξη στόχους τα οποία θα ενθαρρύνουν τον ασθενή να πιστεύει ότι η αλλαγή είναι πιθανή. Επιπρόσθετα, η διαδικασία αξιολόγησης βοηθά τον ασθενή να μάθει ότι οι μεταβολές στην ένταση και την αγωνία των συμπτωμάτων είναι προβλέψιμες και ενδεχομένως να ελεγχθούν. Η συνέντευξη αξιολόγησης υπογραμμίζει επίσης προβλήματα στα οποία πρέπει να δοθεί προτεραιότητα, όπως η παιδική κακοποίηση, η αυτοκτονικότητα, ή προβλήματα με σοβαρές σωματικές επιπτώσεις. Η πρώτη συνέντευξη μπορεί να συμπληρώνεται από μια σειρά από άλλες τεχνικές αξιολόγησης, συμπεριλαμβανομένης της αυτοαναφοράς σε ερωτηματολόγια, άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς, τεστ συμπεριφοράς, μετρήσεις αυτοελέγχου. Ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς όπως το Beck Depression Inventory (BDI-II; A.T. Beck et al, 1996) είναι εύκολα διαχειρίσιμο και μπορούν να συλλεχθούν τα στοιχεία περιοδικά καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Μία ιδιαίτερα χρήσιμη τεχνική αξιολόγηση περιλαμβάνει την άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί διαμέσου της συχνότητας, της διάρκειας των συμπτωμάτων ή των συμπεριφορών ή των παρατηρήσεων που έγιναν κατά τη διάρκεια των παιχνιδιών ρόλων με τον ασθενή. Η άμεση παρατήρηση της προβληματικής συμπεριφοράς μπορεί να επαναληφθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας για να αξιολογήσει την αλλαγή(Gabbard G., et al, 2005).

Ο αυτοέλεγχος είναι ένα σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης. Ο θεραπευτής αναθέτει στον ασθενή να παρατηρεί και να καταγράφει τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές του αντιδράσεις. Καθώς οι αντιδράσεις αυτές διανέμονται σε όλη την καθημερινή ζωή του ασθενούς, ο αυτοέλεγχος τείνει να χρησιμοποιηθεί ως εργασία για το σπίτι. Ο θεραπευτής και ο ασθενής σε συνεργασία επιλέγουν το στόχο παρακολούθησης (π.χ. ένα σύμπτωμα, συμπεριφορά ή αντίδραση) με βάση τους στόχους του ασθενούς και την παρουσίαση της λίστας προβλημάτων(Beck J., 1995).

Ο αυτοέλεγχος εξυπηρετεί τουλάχιστον τρεις σκοπούς, στο πλαίσιο ενός κύκλου της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας: 1) ενθαρρύνει και εκπαιδεύει αποτελεσματικά τον ασθενή να παρατηρεί τις δικές του αντιδράσεις με έναν πιο επιστημονικό τρόπο, 2) καθιστά ένα συγκεκριμένο αρχείο στα συμπτώματα και προβλήματα του στόχου, και 3) νέα προβλήματα μπορούν να γίνουν αντιληπτά και να κατευθυνθούν προς τις μελλοντικές παρεμβάσεις. Ο αυτοέλεγχος είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στις αρχικές συνεδρίες ως μέσο για την αξιολόγηση της σοβαρότητας ή της συχνότητας ενός συγκεκριμένου προβλήματος ή συμπτώματος. Ωστόσο, η αυτό -

παρακολούθηση είναι εξίσου χρήσιμη για τις μετέπειτα συνεδρίες ως μέσο για την παρακολούθηση της προόδου του ασθενούς. Παραδείγματα αυτοελέγχου περιλαμβάνουν την καταγραφή των ημερήσιων δραστηριοτήτων της αντίστοιχης διάθεσης, καταμέτρηση συχνότητας των κρίσεων πανικού ανά ημέρα, καταγραφή της συχνότητας και του περιεχομένου των ακουστικών ψευδαισθήσεων, και ένα ημερολόγιο τροφίμων όπου καταγράφονται ο χρόνος, η ποσότητα και το είδος της τροφής που καταναλώνεται (Beck J., 1995).

Στο πλαίσιο της γνωστικής-συμπεριφορικής, η δυσπροσαρμοστική σκέψη είναι ταυτόχρονα σύμπτωμα και κρίσιμος παράγοντας συντήρησης (Meichenbaum, 1995; Beck J., 1995); DeRubeis et al., 2001).

Αυτόματες αρνητικές σκέψεις αυξάνουν τις αρνητικές επιπτώσεις, οι οποίες με τη σειρά τους αυξάνουν τις πιθανότητες για περαιτέρω αρνητικές σκέψεις, παράγοντας ένα φαύλο κύκλο που τείνει να διατηρήσει τη δυσφορία. Όπως προκύπτει από την διατύπωση αυτή οι ασθενείς μπορούν να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους με τον προσδιορισμό και την τροποποίηση των αρνητικών τους σκέψεων. Όταν ο ασθενής έχει παρακολουθήσει το περιεχόμενο των γνωστικών του αντιδράσεων στη συνέχεια ενθαρρύνεται να το δει ως μία υπόθεση παρά ως δηλωτικό γεγονός. Μέσα από προσεκτική διερεύνηση και εξέταση των υποθετικών –πεποιθήσεων, ο ασθενής αλλάζει σταδιακά την προοπτική της. Λόγω της σχετικής αλλαγής στις πεποιθήσεις, ακολουθεί η αλλαγή στην συναισθηματική αντίδραση και συμπεριφορά. Ο θεραπευτής θα προκαλέσει χαρακτηριστικά γνωστική αναδιάρθρωση κάνοντας κορυφαίες ερωτήσεις οι οποίες οδηγούν τον ασθενή να αναρωτηθεί και να τροποποιήσει την λανθασμένη γνώση του (Beck A., et al., 1979; Overholser J., 1993a,b; Beck J., 1996).

Ο διάλογος ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή ονομάζεται “ καθοδηγούμενη ανακάλυψη” ή “ Σωκρατική Μαιευτική” (DeRubeis R., et al., 2001). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο ασθενής μπορεί να εξοικειωθεί με το σκεπτικό της διαδικασίας αξιολόγησης, εφαρμόζοντάς το όποτε έρχεται αντιμέτωπος με νέες δυσκολίες. Έτσι, ο απώτερος στόχος της γνωστικής αναδιάρθρωσης είναι προφυλακτικός: ο ασθενής αποκτά ή τελειοποιεί μία δεξιότητα (π.χ. παρακολουθεί και αξιολογεί την σκέψη), η οποία μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους τομείς της ζωής του (Meichenbaum, 1995; Beck J., 1995; DeRubies R., et al., 2001).

Η γνωστική αναδιάρθρωση αποτελεί κεντρικό στοιχείο των ειδικών προγραμμάτων θεραπείας για συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές της

προσωπικότητας, διατροφικές διαταραχές και ψυχωτικές διαταραχές (Gabbard G., et al, 2005).

Η επίλυση προβλημάτων είναι μία αυτοκατευθυνόμενη διαδικασία με την οποία ένα άτομο προσπαθεί να εντοπίσει ή να ανακαλύψει λύσεις για συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα. Αρχικά, ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να προσδιορίσει και να καθορίσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Για κάθε πρόβλημα, ο θεραπευτής και ο ασθενής παραθέτουν ένα καταγισμό από πιθανές λύσεις, αξιολογώντας την ποιότητα της κάθε λύσης, και δοκιμάζουν τις καλύτερες. Η επίλυση των προβλημάτων βοηθά επίσης τον ασθενή να εντοπίσει και να ξεπεράσει τις δυσκολίες (πρακτικές και γνωστικές) τις οποίες ενδέχεται να συναντήσουν κατά την υλοποίηση του σχεδίου. Όπου η δοκιμή και η αξιολόγηση των πιθανών λύσεων δείχνει ότι είναι ακατάλληλες, ο ασθενής και ο θεραπευτής αναπτύσσουν είτε τροποποιούν νέες λύσεις (D' Zurilla T., and Goldfried M., 1971; D' Zurilla T., and Nezu A., 1980; Hawton K., et al., 1989).

Η επίλυση προβλημάτων μαθαίνεται εύκολα και έχει εφαρμοστεί σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων και συναντώνται συχνά στην ψυχιατρική πράξη: όπως δυσκολίες που σχετίζονται με τη διάθεση, το άγχος, το στρες, την κατάχρηση ουσιών, ψυχωτικά συμπτώματα, καρκίνο και άλλα προβλήματα υγείας (D' Zurilla and Nezu, 2001).

Η χρήση των προγραμματισμένων δραστηριοτήτων εξυπηρετεί στο να αντισταθμίσει τις απώλειες των κινήτρων του ασθενή, την αδράνεια, και την ενασχόληση με καταθλιπτικές ιδέες (Lewinsohn P., 1974).

Καθώς η αδράνεια σχετίζεται με αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, ο θεραπευτής μπορεί να παρέχει στον ασθενή με χρονοδιάγραμμα το πρόγραμμα των δραστηριοτήτων εκ των προτέρων. Από τον προγραμματισμό της ημέρας με τον θεραπευτή, οι ασθενείς είναι συχνά σε θέση να θέσουν ουσιαστικούς στόχους. Συγκρίνοντας την καταγραφή του ασθενούς με τις πραγματικές δραστηριότητες (σε σύγκριση με ότι είχε προγραμματιστεί για την ημέρα) προβλέπουν ο θεραπευτής και ο ασθενής την ανατροφοδότησή του σχετικά με τα επιτεύγματά του (Beck A., et al., 1979).

Οι δραστηριότητες που έχουν προγραμματιστεί μπορεί να προέλθουν από πολλούς τομείς: αυτές που σχετίζονται με την ικανότητα, την ευχαρίστηση, ή την καλή διάθεση, καθώς και νέες δραστηριότητες που ενδέχεται να είναι η επιβράβευση

ή ενημερωτικά. Πολλές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μειωμένη συμπτωματολογία. Προετοιμάζοντας τους πελάτες για την πιθανότητα ότι τα συμπτώματα του προβλήματος θα επιστρέψουν αποτελεί μία σημαντική φάση της θεραπείας. Καίριας σημασίας για το μοντέλο πρόληψης της υποτροπής είναι η διάκριση ανάμεσα στην παραγραφή και την υποτροπή : η παραγραφή ορίζεται ως μία ενιαία εμφάνιση ενός συμπτώματος, ενώ η υποτροπή ορίζεται ως μια πλήρη επιστροφή των επιπέδων των συμπτωμάτων πριν την θεραπεία π.χ. εθιστική συμπεριφορά (Marlatt and Gordon, 1985).

Καθώς η παραγραφή δεν μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπή, ο θεραπευτής και ο ασθενής μπορούν να συνεργαστούν για να αναπτύξουν δεξιότητες και στρατηγικές για την εξουδετέρωση της παραγραφής που αναμφίβολα θα προκύψει μετά την επιτυχή θεραπεία της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας. Μία εξίσου σημαντική εφαρμογή τεχνικών πρόληψης της υποτροπής είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς να δοκιμάσουν εάν έχουν αναπτύξει ρεαλιστικές προσδοκίες για την αντιμετώπιση της δυνατότητάς τους εκτός θεραπείας (Young P., et al., 2003), η μη ρεαλιστική αισιοδοξία μπορεί να αποτελέσει έναν παράγοντα κινδύνου για υποτροπή (Alvarez-Conrad J., et al., 2001).

Η πρόληψη της υποτροπής αποτελείται από τέσσερα στοιχεία: 1) τον εντοπισμό καταστάσεων υψηλού κινδύνου, 2) εκμάθηση της αντιμετώπισης των δεξιοτήτων, 3) εξάσκηση της αντιμετώπισης των δεξιοτήτων, και 4) τη δημιουργία ισορροπίας στον τρόπο ζωής (Ellis & Newman, 1996).

Η προφύλαξη αποτελεί τον πρώτο παράγοντα της ψυχολογικής διαχείρισης, δεδομένου ότι το 70% των ασθενών που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν αντίδραση στη διάγνωση της ΤΣΧΝΑ και λόγω του ότι τα προβλήματα με τη συμμόρφωση στον περιορισμό των υγρών αρχίζει πολύ νωρίς στην θεραπεία για να σταθεροποιηθεί με την πάροδο του χρόνου. Συνεπώς, η ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να ξεκινά στο κλινικό στάδιο πριν την αιμοκάθαρση (Broome A., et al, 1995).

Ο χρόνος ανάμεσα στη διάγνωση και στη θεραπεία της αιμοκάθαρσης πρέπει να χρησιμοποιείται για μία συνολική ψυχολογική αξιολόγηση, η οποία δίνει συχνές ευκαιρίες για την υποστήριξη και την εκπαίδευση των ασθενών μπορούν να βοηθήσουν στην προσαρμογή του ειδικού τρόπου της νεφρικής θεραπείας σύμφωνα πάντα με τον τύπο προσωπικότητας του κάθε ασθενή. Οι ασθενείς της νεφρολογικής μονάδας συνήθως επισκέπτονται τον κλινικό ψυχολόγο πριν την αιμοκάθαρση. Ο στόχος αυτής της διαβούλευσης είναι να απομυθοποιηθεί ο ρόλος του ψυχολόγου και

να οδηγήσει στην προετοιμασία των ασθενών σχετικά με τα συναισθηματικά προβλήματα που μπορούν να προκύψουν. Επίσης είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η θέσπιση της κατανόησης της "φυσιολογικότητας" ορισμένων απαντήσεων, όπως της σεξουαλικής δυσλειτουργίας μπορεί να είναι τόσο χρήσιμες όσο και κάποιες τεχνικές για την διόρθωσή τους. Μία άλλη λειτουργία είναι η δημιουργία μίας ατμόσφαιρας έγκρισης - παροχής στην οποία οι ασθενείς αισθάνονται ότι μπορούν να συζητούν τα προβλήματα, δεδομένου ότι πολλοί ντρέπονται για τα συναισθήματα του άγχους και της κατάθλιψης (Broome A., et al, 1995).

Οι γνωσιακές και συμπεριφορικές θεραπείες έχουν χρησιμοποιηθεί με ποικίλους βαθμούς επιτυχίας στη διαχείριση του άγχους/στρες, αντιδράσεις που σχετίζονται με τη θεραπεία της αιμοκάθαρσης και των ευθυνών που συνεπάγεται η συντήρησή της (Chambers J., et al, 2004).

Ερευνητές αναφέρουν ότι 3 μήνες μετά την παρέμβαση, η ομάδα των ασθενών που συμμετείχε στην γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είχαν σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης, στη συμπεριφορά και στο σκορ της ποιότητας της ζωής τους όταν συγκρίθηκαν με την ομάδα ελέγχου. Οι διαφορές αυτές συνεχίστηκαν και μετά από έξι μήνες παρέμβασης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι ασθενείς έλαβαν μία φορά το μήνα συνεδρίες συντήρησης. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η γνωσιακή –συμπεριφοριστική θεραπεία - μία σχετικά φθηνή, αβλαβή και πρακτική παρέμβαση- αποτελεί μία αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια(American Society of Nephrology, 2008 available in www.esciencenews.com).

Υπάρχουν δεδομένα τα οποία προτείνουν ποικίλες μορφές ψυχοθεραπείας οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Ιάπωνες αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Sagawa et al, 2003), η γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία πέτυχε στο να μειώσουν οι ασθενείς στο 65% την πρόσληψη των υγρών.

Στο άρθρο του ο Jackson και συν. (2006) σύγκρινε την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής- Συμπεριφορικής Θεραπείας με αυτή των αντικαταθλιπτικών για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, του πόνου στην πλάτη, του πονοκεφάλου, της οσφυαλγίας, του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης, των εμβοών, του συνδρόμου της εμμηνόπαυσης, του χρόνιου άλγους, του μη καρδιακού πόνου στο στήθος, της διάμεσης κυστίτιδας και του χρόνιου πυελικού πόνου, απέδειξε ότι η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία ήταν σταθερά πιο αποτελεσματική.

Οι Hazlett-Stevens and Craske (2002) παρουσίασαν επίσης μια πλήρη προεπισκόπηση της αποτελεσματικότητας της σύντομης γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας στις φοβίες, στο μετατραυματικό σύνδρομο, σε αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, χρήση αλκοόλ και στη διαχείριση του πόνου η οποία έδειξε να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία πολλών ψυχοκοινωνικών διαταραχών.

Σε τυχαίοποιημένη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Βραζιλία σε 41 ασθενείς που υποβάλλονταν σε χρόνια αιμοκάθαρση και είχαν διαγνωσμένη κατάθλιψη αποδείχθηκε ότι λαμβάνοντας 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες συμπεριφορικής θεραπείας σε ομάδες είχαν σημαντική βελτίωση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου η οποία έλαβε την συνηθισμένη παρέμβαση που χορηγείται στην μονάδα. Οι ασθενείς είχαν συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια KDQOL (Kidney Disease Quality of Life), το Beck Depression Inventory, και το MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) στην αρχή, μετά από τους 3 μήνες της παρέμβασης και μετά από 9 μήνες παρακολούθησης. Στις ερωτήσεις συμπεριλαμβανόταν ο ύπνος, η ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, η συνολική υγεία και η πνευματική κατάσταση.

Συμπερασματικά αναφέρεται ότι η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία σε ομάδα είναι μία αποτελεσματική θεραπεία για την κατάθλιψη σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενους (Duarte P., et al. 2009).

Επίσης οι Butler & colleagues (2006) απέδειξαν την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας στην διαταραχή πανικού, παιδική κατάθλιψη, βουλιμία και στη σχιζοφρένεια (Ranjan Roy, 2008).

3.3 ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ 5-C (The Transtheoretical Model)

Μία άλλη θεωρία η οποία προσπαθεί να εξηγήσει και να προβλέψει την τήρηση της συμπεριφοράς καλείται διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής γιατί καλύπτει και δανείζεται στοιχεία από άλλα θεωρητικά μοντέλα. Το μοντέλο επίσης ονομάζεται και στάδια αλλαγής. Το διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής, αναπτύχθηκε από τους James Prochaska, Carrlo Di-Clemente, και John Norcross (1992, 1994), υποθέτοντας ότι τα άτομα προοδεύουν μέσα από πέντε σπειροειδή στάδια πραγματοποιώντας τις αλλαγές στην συμπεριφορά:

- Το στάδιο της Προμελέτης/ πριν τη Σκέψη
- Το στάδιο της Μελέτης / Σκέψης
- Το στάδιο της Προετοιμασίας
- Το στάδιο της Δράσης
- Το στάδιο της Συντήρησης

3.3.α. ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΠΡΟΜΕΛΕΤΗΣ

Η προμελέτη είναι το αρχικό στάδιο της αλλαγής. Τα άτομα στην προμελέτη αγνοούν το πρόβλημα της συμπεριφοράς ή είναι απρόθυμοι, ή αποθαρρύνονται, όταν πρόκειται να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους (Velasquez M., et al, 2001) .

Το άτομο δεν έχει καμία πρόθεση να τροποποιήσει τις διατροφικές του συνήθειες (Brannon L, et al, 2010).

Επίσης ένας άνδρας ο οποίος πίνει υπερβολικά, αλλά δεν βλέπει το ποτό ως ένα πρόβλημα, παρά το γεγονός ότι μπορεί να επηρεάζει τη δουλειά του και την οικογενειακή του ζωή. Προκειμένου να προχωρήσει στον κύκλο των αλλαγών, πρέπει να αναγνωρίσει ότι υπάρχει πρόβλημα και να αυξήσει την επίγνωσή του για τις αρνητικές πλευρές. Το κλειδί της αλλαγής για τα άτομα στην παρούσα φάση περιλαμβάνει αύξηση της συνειδητοποίησης, δραματική ανακούφιση, αυτό-επαναξιολόγηση, περιβαλλοντική επαναξιολόγηση και ισορροπία στη λήψη αποφάσεων (Velasquez M., et al, 2001).

3.3.β. ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το άτομο έχει επίγνωση του προβλήματος, σκέφτεται να υιοθετήσει μία νέα δίαιτα αλλά δεν έχει κάνει καμία προσπάθεια για αλλαγή (Brannon L, et al, 2010).

Στο στάδιο της μελέτης, το άτομο αναγνωρίζει ότι αυτός ή αυτή έχει πρόβλημα και ξεκινά να σκέφτεται σοβαρά να το λύσει. Ωστόσο μπορεί τα άτομα αυτά να είναι μακριά από την δέσμευση για δράση. Για παράδειγμα, τα άτομα μπορούν να συλλέξουν πολλές πληροφορίες για τα προγράμματα θεραπείας , αλλά στην πραγματικότητα δεν εγγράφονται. Αυτή είναι συχνά και η φύση της περισυλλογής.

Το άτομο γνωρίζει που θέλει να βρίσκεται, και πως μπορεί να βρίσκεται εκεί, αλλά δεν είναι αρκετά έτοιμο να αναλάβει την δέσμευση. Παρόλο που πολλά άτομα προχωρούν στο σχέδιο δράσης, είναι δυνατόν να περάσουν χρόνια στο στάδιο της σκέψης. Οι αρχικές συνεδρίες σχεδιάστηκαν για να βοηθήσουν τα άτομα που βρίσκονται στην σκέψη κατά την εξέταση των λόγων για την τρέχουσα συμπεριφορά τους ανατρέποντας την ισορροπία υπέρ της αλλαγής. Οι διαδικασίες αλλαγής σε αυτό το στάδιο περιλαμβάνουν την αυτο-επιβεβαίωση, την περιβαλλοντική επιβεβαίωση, την κοινωνική αξιολόγηση, την ισορροπία στη λήψη αποφάσεων και στην αυτοαποτελεσματικότητα (Velasquez M., et al, 2001).

3.3.γ. ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει μαζί τις σκέψεις (όπως ότι το άτομο προτίθεται να υιοθετήσει μία διατροφή μέσα στον επόμενο μήνα) και τη δράση (όπως η αγορά τροφών χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, βρίσκοντας συνταγές με χαμηλά λιπαρά) (Brannon L, et al, 2010).

Στο στάδιο της προετοιμασίας, τα άτομα είναι έτοιμα να αλλάξουν στο εγγύς μέλλον. Βρίσκονται στα πρόθυρα της λήψης δράσης. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο πιθανόν να έχουν προσπαθήσει και αποτύχει να αλλάξουν πριν, αλλά έχουν μάθει πολύτιμα διδάγματα από προηγούμενες απόπειρες αλλαγής. Σε αυτή τη φάση της αλλαγής τα άτομα χρειάζεται να αναπτύξουν ένα σχέδιο που θα λειτουργήσει γι' αυτούς. Στη συνέχεια, πρέπει να αναλάβουν σοβαρές δεσμεύσεις για την ολοκληρωμένη εφαρμογή της δυνατότητας δράσης που θα επιλέξουν. Οι διεργασίες αλλαγής περιλαμβάνουν την αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτο-απελευθέρωση, έλεγχο στα ερεθίσματα, των εναλλακτικών συμπεριφορών, και των σχέσεων αλληλοβοήθειας (Velasquez M., et al, 2001).

3.3.δ. ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ

Οι αλλαγές είναι πλέον εμφανείς στη συμπεριφορά, καθώς το άτομο δεν καταναλώνει πλέον τηγανητά φαγητά και καταναλώνει περισσότερα φρούτα και λαχανικά (Brannon L, et al, 2010).

Στο στάδιο της δράσης, τα άτομα πιο απροκάλυπτα τροποποιούν την συμπεριφορά τους. Σταματούν να καπνίζουν, απομακρύνουν όλα τα επιδόρπια από το σπίτι,

ρίχνουν την τελευταία μπίρα, ή εισέρχονται σε ένα πρόγραμμα θεραπείας. Εν συντομία, κάνουν την κίνηση και την εφαρμογή του σχεδίου για το οποίο έχουν προετοιμαστεί. Οι αλλαγές που γίνονται κατά τη διάρκεια του σταδίου της δράσης είναι πιο ορατές στους άλλους από εκείνες που γίνονταν κατά τη διάρκεια των άλλων σταδίων και επομένως λαμβάνουν τη μέγιστη αναγνώριση. Ο κίνδυνος είναι ότι πολλά άτομα, συμπεριλαμβάνοντας και τους επαγγελματίες θεραπευτές μπορούν εσφαλμένα να εξομοιώσουν τη δράση με την αλλαγή, κοιτάζοντας όχι μόνο το κρίσιμο έργο που προετοιμάζει τους ανθρώπους για την επιτυχία της δράσης αλλά και την σημαντική προσπάθεια για την διατήρηση των αλλαγών που ακολουθούν τη δράση. Τα κλειδιά των διεργασιών τα οποία βοηθούν τα άτομα να προχωρήσουν μπροστά σε αυτό το στάδιο είναι η αυτο-αποτελεσματικότητα, η αυτο-απελευθέρωση, ο έλεγχος των ερεθισμάτων, οι εναλλακτικές συμπεριφορές, ενισχύεται η διαχείριση και οι σχέσεις αλληλοβοήθειας (Velasquez M., et al, 2001).

3.3.ε. ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ

Το άτομο προσπαθεί να διατηρήσει τις αλλαγές που έχει κάνει και να αντισταθεί στον πειρασμό υποτροπής πίσω στις παλιές διατροφικές συνήθειες (Brannon L, et al, 2010).

Η συντήρηση αποτελεί το τελικό στάδιο της διεργασίας αλλαγής. Η διατήρηση της αλλαγής συμπεριφοράς είναι δύσκολη, και το άτομο εργάζεται για να εδραιώσει τα οφέλη που επιτεύχθηκαν κατά το στάδιο της δράσης και τους αγώνες για την πρόληψη της υποτροπής. Η διεργασία της αλλαγής δεν τελειώνει με το στάδιο της δράσης. Παρόλο που η παραδοσιακή θεραπεία δείχνει την συντήρηση ως ένα στάδιο στατικό, το θεωρητικό μοντέλο αλλαγής το θεωρεί ως μία πάρα πολύ σημαντική συνέχεια που μπορεί να διαρκέσει από μόλις 6 μήνες έως μία ολόκληρη ζωή. Χωρίς μία ισχυρή δέσμευση για τη συντήρηση, σίγουρα θα υποτροπιάσουν. Συχνά, η αλλαγή δεν αποδεικνύεται ολοκληρωτικά έστω και μετά από 6 μήνες ή στη δράση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα εάν το περιβάλλον είναι γεμάτο με ερεθίσματα τα οποία μπορούν να πυροδοτήσουν το πρόβλημα της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από περιπτώσεις όπου ένα άτομο το οποίο έχει σταματήσει να πίνει, υποτροπιάζει, όταν όλοι πιστεύουν ότι το πρόβλημα τελικά λύθηκε. Το κλειδί της διεργασίας αλλαγής για

τα άτομα σε αυτό το στάδιο περιλαμβάνει την ενίσχυση της αυτο – αποτελεσματικότητας, της αυτο- απελευθέρωσης, τον έλεγχο των ερεθισμάτων, τις εναλλακτικές συμπεριφορές, την ενίσχυση της συντήρησης, τις σχέσεις αλληλοβοήθειας, και στην κοινωνική απελευθέρωση (Velasquez M., et al, 2001).

Ο Prochaska και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι το άτομο κινείται από το ένα στάδιο στο άλλο μέσα σε ένα φαύλο κύκλο και το μοντέλο αυτό αποτυπώνει τον παράγοντα χρόνο της αλλαγής συμπεριφοράς καλύτερα από άλλα μοντέλα (Prochaska J., 2008 in Brannon L, et al, 2010).).

Οι υποτροπές ωθούν τα άτομα πίσω σε ένα προηγούμενο στάδιο, ή ίσως πίσω στο στοχασμό ή στην προμελέτη. Από αυτό το σημείο, το άτομο μπορεί να περάσει αρκετές φορές μέσα από τα στάδια μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς με επιτυχία. Έτσι, οι υποτροπές είναι αναμενόμενες και μπορεί να χρησιμεύσουν ως μαθησιακές εμπειρίες που βοηθούν ένα άτομο να ανακυκλώνεται προς τα πάνω μέσα από τα διάφορα στάδια (Brannon L, et al, 2010).

Ο Prochaska και συν (1992, 1994) προτείνουν ότι τα άτομα στα διάφορα στάδια απαιτούν διαφορετικούς τύπους βοήθειας κάνοντας επιτυχείς αλλαγές. Για παράδειγμα, επιχειρώντας την αλλαγή στο στάδιο της προμελέτης δεν θα είναι επιτυχής καθώς αυτά τα άτομα δεν πιστεύουν ότι έχουν πρόβλημα. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα στο στάδιο της προετοιμασίας δεν θα επωφεληθούν από τα μηνύματα πως πρέπει να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, έχουν περάσει από αυτό το στάδιο και χρειάζονται συγκεκριμένες προτάσεις για το πώς θα αλλάξουν. Τα άτομα στο στάδιο της συντήρησης χρειάζονται βοήθεια ή πληροφορίες προσανατολισμένες προς τη διατήρηση των μεταβολών τους (Brannon L, et al, 2010).

Βέβαια τίθεται το ερώτημα, εάν το θεωρητικό μοντέλο αλλαγής ισχύει εξίσου και για διαφορετικά προβλήματα συμπεριφορών. Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα επιχειρήθηκε με την εξέταση του μοντέλου σε διάφορα θέματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων το κάπνισμα, την κατάχρηση ουσιών, την άσκηση, τη δίαιτα και την ψυχοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το διαθεωρητικό μοντέλο λειτουργεί καλύτερα σε μερικές συμπεριφορές από ότι σε άλλες. Για παράδειγμα, οι γνωστικές διεργασίες που χρησιμοποιήθηκαν πιο συχνά στη διακοπή του καπνίσματος ήταν για να αποφασίσουν τα άτομα να κόψουν το κάπνισμα, ενώ οι συμπεριφοριστικές τεχνικές ήταν πιο αποτελεσματικές κατά τη διάρκεια της αποχής από το κάπνισμα(Brannon L, et al, 2010).

Το Διαθεωρητικό μοντέλο δεν είχε επιτυχία στην πρόβλεψη τήρησης σε ειδικές δίαιτες, στην άσκηση ή στη χρήση προφυλακτικών (Brannon L, et al, 2010).

Στην Ολλανδία πραγματοποιήθηκε μία έρευνα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς οι οποίοι δεν υποβάλλονταν σε κανένα πρόγραμμα άσκησης για τη νεφρική αποκατάσταση. Για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών το κέντρο αιμοκάθαρσης Groningen πήρε την πρωτοβουλία να αναπτύξει ένα πρόγραμμα προ- εγκλιματισμού για κάθε ασθενή. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αναλύσουν και να συγκρίνουν τα αποτελέσματα του προγράμματος, που αποτελούνταν από ποδηλασία, βάρη, και συμβουλευτική της άσκησης, στην αλλαγή της συμπεριφοράς, της φυσικής κατάστασης, της σωματικής κατάστασης, και της υγείας σχετιζόμενη με την καθιστική ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Στις τεχνικές της συμβουλευτικής της άσκησης χρησιμοποιήθηκε το διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής, όπου η συμπεριφοριστική αλλαγή είναι μία μακρόχρονη διαδικασία κατά την οποία οι ασθενείς μπορούν να συμβουλευτούνται, ανάλογα με το στάδιο της αλλαγής τους. Τα θέματα της συζήτησης αποτελούσαν τα κίνητρα για τους ασθενείς να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα και τη φυσική κατάσταση, το στάδιο αλλαγής, να αντιληφθούν τα εμπόδια, να κάνουν πράξη τους στόχους τους, και να αντιμετωπίσουν την τήρηση της άσκησης. Σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής οι ασθενείς πέρασαν μέσα από τα πέντε στάδια αλλαγής καθώς προχωρούσαν προς την υιοθέτηση ενός τακτικού προγράμματος άσκησης. Η έρευνα η οποία διήρκεσε 12 εβδομάδες ξεκινώντας από χαμηλή και φτάνοντας σε μέτριας έντασης άσκηση η οποία συνδεόταν με την συμβουλευτική της άσκησης, έδειξε ότι οι καθιστικοί αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ήταν ικανοί να συμμετέχουν με ασφάλεια σε χαμηλή έως μέτριας έντασης άσκηση. Η αλλαγή της συμπεριφοράς υποδεικνύει ότι οι αθλούμενοι ασθενείς ανέπτυξαν μεγαλύτερη πίστη στην ικανότητά τους να αλλάξουν τη συμπεριφορά του εαυτού τους. Αυτό βοήθησε στην βελτίωση της εικόνας του εαυτού αυτών των ασθενών οι οποίοι πριν το πρόγραμμα άσκησης συχνά ένιωθαν την παρακμή (Vilsteren M. Et al., 2005).

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αντιμετωπίζουν ένα πλήθος από διαιτητικές αλλαγές για να αντισταθμιστεί η απώλεια της νεφρικής λειτουργίας. Τα στάδια αλλαγής μπορεί να αποτελούν το μέσο για τον εκπαιδευτή της διατροφής να αυξήσει την προσκόλληση στις διαιτητικές συστάσεις. Ο σκοπός της μελέτης που σχεδιάστηκε και αξιολογήθηκε για ένα πρόγραμμα διατροφικής εκπαίδευσης που διήρκεσε 12 εβδομάδες, βασίστηκε στα στάδια αλλαγής για τη βελτίωση της

προσκόλλησης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με τις συστάσεις στον περιορισμό των υγρών (Molaison E., Yadrick M., 2003).

Στην παρέμβαση χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις χωριστοί πίνακες ανακοινώσεων, εκπαιδευτικά έντυπα, και ανατροφοδότηση των ασθενών. Οι τέσσερις χωριστοί πίνακες ανακοινώσεων ετοιμάστηκαν για την κάθε φάση παρέμβασης, και ο κάθε ένας βρισκόταν κρεμασμένος στο δωμάτιο υποδοχής του κέντρου αιμοκάθαρσης για 3 εβδομάδες. Οι διαιτολόγοι συναντούσαν τους ασθενείς στο δωμάτιο υποδοχής και διεξήγαγαν εκπαιδευτικές συνεδρίες της ομάδας (με διάρκεια περίπου 20λεπτών) για να διασφαλίσουν ότι όλοι οι ασθενείς στις ομάδες παρέμβασης είχαν εκτεθεί στο υλικό (Molaison E., Yadrick M., 2003).

Οι ασθενείς επίσης παρέλαβαν 3 εγχειρίδια κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, καθένα από τα οποία επανεξετάζονταν σε κάθε ασθενή από τον διαιτολόγο, ως μέρος της μηνιαίας έκθεσης του εργαστηρίου τους και την εκπαίδευση σε θέματα διατροφής. Επιπρόσθετα, ο διαιτολόγος ανατροφοδοτούσε τον κάθε ένα από τους ασθενείς που υπερέβη το μέσο όρο 2,5kg που είναι το όριο αύξησης του βάρους για κάθε μήνα. Οι εκπαιδευτικοί στόχοι κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου περιλαμβάνουν εμπλουτισμό της γνώσης σχετικά με τις πηγές των υγρών στη διαίτα και την κατανόηση της έννοιας του συσσωρευμένου βάρους ανάμεσα στις 2 συνεδρίες αιμοκάθαρσης (Molaison E., Yadrick M., 2003).

Τις επόμενες 6 εβδομάδες, οι προσπάθειες της εκπαίδευσης επικεντρώθηκαν στις αρχές που σχετίζονταν με τα στάδια δράσης. Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν σχετικά με τις δεξιότητες που απαιτούνταν για την εφαρμογή και τη διατήρηση του κατάλληλου αυξημένου βάρους που κερδίζεται ανάμεσα στις δύο αιμοκαθάρσεις. Οι συμμετέχοντες διδάχθηκαν την κατάλληλη μέθοδο για τη μέτρηση και την κατανάλωση 1000ml υγρών την ημέρα. Οι ασθενείς έλαβαν στρατηγικές για να αποφύγουν την υπερβολική πρόσληψη υγρών και τρόπους για να υποκαταστήσουν άλλα στοιχεία για υγρά (Molaison E., Yadrick M., 2003).

Στον Πίνακα 8. που ακολουθεί συνοψίζονται οι εκπαιδευτικοί στόχοι και οι βασικές δεξιότητες που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.

Εκπαιδευτικές στρατηγικές στηριζόμενες σε βασικές δομές			
Χρονικό πλαίσιο	Μαθησιακοί στόχοι	Εκπαιδευτική στρατηγική	Components of constructs used
Εβδομάδες 1-6	Να κατανοήσει τις συνέπειες της υπερυδάτωσης	Πίνακας ανακοινώσεων	Αφύπνιση συνειδήσεως, διαχείριση έκτακτης ανάγκης, αυτό-επανεκτίμηση, κοινωνική επανεκτίμηση, ισορροπία στη λήψη αποφάσεων
	Να εντοπίσει τις πηγές των υγρών στη δίαιτα	Πίνακας ανακοινώσεων	Αφύπνιση της συνειδήσεως
	Να περιγράψει το κερδισμένο βάρος ανάμεσα στις συνεδρίες αιμοκάθαρσης Να γίνει διάκριση ανάμεσα στη λίμπρα και στο χιλιοστόγραμμα	Εγχειρίδιο Εγχειρίδιο	Αφύπνιση της συνειδήσεως Αφύπνιση της συνειδήσεως
Εβδομάδες 7-12	Να κατανοήσει την ποσότητα των υγρών που επιτρέπεται καθημερινά	Πίνακας ανακοινώσεων	Αφύπνιση συνειδήσεως, αυτό-επανεκτίμηση, κοινωνική επανεκτίμηση
	Να αποδείξει την αποφυγή υπερβολικής πρόσληψης υγρών	Πίνακας ανακοινώσεων	Αφύπνιση συνειδήσεως, αυτό-επανεκτίμηση, κοινωνική επανεκτίμηση, αυτό-απελευθέρωση, Εναλλακτικές συμπεριφορές, αυτό-αποτελεσματικότητα
	Να αποδείξει τη κατάλληλη πρόσληψη υγρών	Εγχειρίδιο	Εναλλακτικές συμπεριφορές, αυτό-αποτελεσματικότητα
Ολική παρέμβαση	Να αποδείξει την ικανότητα διατήρησης του κατάλληλου κερδισμένου βάρους μεταξύ των συνεδριών της αιμοκάθαρσης	Ανατροφοδότηση του διατολόγου	Αύξηση συνειδήσεως, αυτό-επανεκτίμηση, κοινωνική επανεκτίμηση, αυτό-απελευθέρωση, Εναλλακτικές συμπεριφορές, αυτό-αποτελεσματικότητα, διαχείριση έκτακτης ανάγκης, ισορροπία στη λήψη αποφάσεων

Πηγή: Molaison E.F., Yadrick M.K./Patient education and counseling 49 (2003) 5-12

3.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι οικογένειες είναι μοναδικά συστήματα κοινωνικής ένταξης που βασίζονται σε συνδυασμούς βιολογικών, νομικών, γεωγραφικών και ιστορικών δεσμών. Σε αντίθεση με άλλα κοινωνικά συστήματα, η ένταξη στα οικογενειακά συστήματα γίνεται μέσω της γέννησης, της υιοθεσίας, το γάμο και τα μέλη μπορούν να φύγουν από εκεί μόνο όταν πεθάνουν. Η διακοπή του δεσμού της οικογένειας δεν είναι ποτέ δυνατή. Επιπλέον τα μέλη της οικογένειας πληρούν συγκεκριμένους ρόλους, οι οποίοι συνεπάγονται καθορισμένες εργασίες όπως η παροχή τροφής και στέγης, οι σχέσεις μέσα στην οικογένειες οι οποίες είναι σημαντικές και αναντικατάστατες (Carr A., 2006).

Η προέλευση της οικογενειακής θεραπείας μπορεί να εντοπιστεί σε τρεις ρίζες. Η πρώτη είναι η κοινωνική εργασία, ο γάμος και η εκπαίδευση της οικογενειακής ζωής, και τα βήματα στην συμβουλευτική γάμου που ξεκίνησε στα τέλη του 1800 και στις αρχές του 1900(Stricker G, et al, 2003).

Προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα, οι κοινωνικοί λειτουργοί άρχισαν να εκπαιδεύουν οικογένειες (κυρίως γυναίκες) για να βοηθήσουν στην πρόληψη των οικογενειακών προβλημάτων. Η δεύτερη ρίζα της οικογενειακής θεραπείας είναι η κλινική ψυχιατρική όπου αρκετοί θεωρητικοί που επηρεάστηκαν από την οικογενειακή θεραπεία εκπαιδεύτηκαν ψυχαναλυτικά, και ξεκίνησαν τις πρακτικές τους από τη θεραπεία σε μεμονωμένους ασθενείς. Κοινός παρονομαστής ανάμεσα στους ψυχιάτρους ήταν η αναγνώριση του προβλήματος ότι ορισμένα προβλήματα των μεμονωμένων ασθενών τους ήταν συνδεδεμένα με την οικογένειά τους. Η αναγνώριση αυτή οδήγησε τους επαγγελματίες να αναγνωρίσουν ότι οι παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας αποτελεί την θεραπεία εκλογής, ακόμη και για τους μεμονωμένους πελάτες τους. Ο Ackerman ένας ψυχίατρος και ψυχαναλυτής δουλεύοντας με παιδιά κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα και υποστήριξε ότι η σωστή μονάδα διάγνωσης είναι η οικογένεια και όχι το παιδί(Stricker G., et al, 2003).

Η τρίτη ρίζα της οικογενειακής θεραπείας είναι της γενικής θεωρίας των συστημάτων και της θεωρίας των επικοινωνιών και την εφαρμογή τους στην κατανόηση της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης (Stricker G., et al, 2003).

Η οικογένεια θεωρείται ως ένα εξελισσόμενο και αναπτυσσόμενο ζωντανό σύστημα τα μέλη της οποίας είναι αλληλοεξαρτώμενα. Κάθε άτομο επηρεάζεται από

το σύστημα στο σύνολό του και ταυτόχρονα επηρεάζει τη λειτουργία του συστήματος. Με την πάροδο του χρόνου η οικογένεια αλλάζει και αναπτύσσεται, κινείται σε διαφορετικά επίπεδα λειτουργίας κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής της οικογένειας. Το σύστημα της οικογένειας αγωνίζεται να διατηρήσει την ισορροπία ανάμεσα στην αλλαγή και την σταθερότητα ή την ομοιόσταση(Stricker G., et al, 2003).

Η θεωρία των συστημάτων υποθέτει μία ιεραρχική δομή στο πλαίσιο της οικογένειας με βάση την μεγαλύτερη ευθύνη και την εξουσία του εκτελεστικού υποσυστήματος (π.χ. γονείς, μητέρα και γιαγιά) σε σύγκριση με το υποσύστημα παιδί. Η δομή αυτή διατηρείται από σιωπηρούς κανόνες, τους λειτουργικούς ρόλους των ατόμων (π.χ. προστάτης της οικογένειας, το άτομο που έχει την φροντίδα, παιδί γονέας) και τις ρουτίνες της οικογένειας. Τα στοιχεία της οικογενειακής δομής ονομάζονται υποσυστήματα και οριοθετούνται από τα όρια. Ένα υποσύστημα μπορεί να αναφέρεται σε ένα άτομο μέσα σε ένα μεγαλύτερο σύστημα, ή σε μια ομάδα ενηλίκων που συνδέονται με κοινούς σκοπούς ή στο επίπεδο εξουσίας μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Τα όρια ανάμεσα στα υποσυστήματα αφορά τους σιωπηρούς κανόνες, τις δραστηριότητες ή τις συμπεριφορές που διατηρούν ορισμένους διαχωρισμούς μεταξύ των υποσυστημάτων (π.χ. γονείς που μοιράζονται ένα υπνοδωμάτιο, συνηθισμένα χρονικά διαστήματα μακριά από τα παιδιά). Ποικιλία υποσυστημάτων μπορούν να βρεθούν μέσα στην οικογένεια ανάλογα τη σύνθεση(π.χ. αδέρφια, μέλη οικογένειας του ίδιου φύλου) (Stricker G., et al, 2003).

Οι περισσότερες θεωρίες οικογενειακών συστημάτων αναγνωρίζουν τέσσερις πτυχές της λειτουργίας: συνοχή, προσαρμοστικότητα, επικοινωνία και οργάνωση. Η συνοχή αναφέρεται στο επίπεδο αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας και συνήθως αντιμετωπίζεται ως μια συνέχεια από την υπερσυμμετοχή (δηλ. υπερεμπλοκή) για να ολοκληρωθεί με την αποσύνδεση (δηλ. την αποχώρηση).

Η υγιής οικογένεια διατηρεί την ισορροπία ανάμεσα στην συνεκτικότητα και τον σεβασμό για την προσωπικότητα, κάτι το οποίο αλλάζει σε ισορροπία σε ολόκληρο τον κύκλο ζωής της οικογένειας (Stricker G., et al, 2003).

Η προσαρμοστικότητα που κυμαίνεται από το χαοτικό στο άκαμπτο, δείχνει την ικανότητα της οικογένειας να κάνει αλλαγές σε ορισμένες περιπτώσεις με την παράλληλη διατήρηση της σταθερότητας στις αξίες και τους κανόνες για τη συμπεριφορά(Stricker G., et al, 2003).

Η διαδικασία της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια μπορεί να περιλαμβάνει τη λεκτική έκφραση του περιεχομένου και των συναισθημάτων, ή τη μη λεκτική λιγότερο άμεση έκφραση των συναισθημάτων και των σχέσεων (π.χ. σιωπηλή μεταχείριση, φυσικά σημάδια της αγάπης). Η οργάνωση αναφέρεται στη δομή, τους κανόνες και τους ρόλους του συστήματος της οικογένειας. Σύμφωνα με τις περισσότερες θεωρίες της οικογενειακής θεραπείας, ο γενικός στόχος της θεραπείας είναι να δημιουργήσει αλλαγές στην αλληλεπίδραση της οικογένειας, η οποία με τη σειρά της οδηγείται σε πιο προσαρμοστική λειτουργία και σε μεμονωμένη αλλαγή(Stricker G., et al, 2003).

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η κανονική λειτουργία της οικογένειας προϋποθέτει τη συνοχή μεταξύ των μελών της οικογένειας που βοηθά να διατηρηθεί μία σαφής δομή της οικογένειας, ενώ παράλληλα επιτρέπει αυτονομία κατάλληλης για την ηλικία. Η οικογένεια είναι σε θέση να προσαρμοστεί στις περιβαλλοντικές και αναπτυξιακές ανάγκες, κάνοντας αλλαγές στη δομή της εξουσίας, στις σχέσεις του ρόλου και στους κανόνες. Η επικοινωνία είναι ξεκάθαρη και αποτελεσματική και τα μέλη της οικογένειας είναι σε θέση να διαπραγματευτούν τις αλλαγές και να λύσουν τα προβλήματα από κοινού. Η οικογενειακή δυσλειτουργία εμφανίζεται όταν η οικογένεια δεν είναι σε θέση να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της φυσιολογικής ανάπτυξης ή του περιβάλλοντος(Stricker G., et al, 2003).

3.4.1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

3.4.1.α Ψυχοδυναμική προσανατολισμένη οικογενειακή θεραπεία

Η ψυχοδυναμική προσανατολισμένη οικογενειακή θεραπεία αποτελεί την πλησιέστερη απόγονο των επιμέρους ψυχαναλυτικά προσανατολισμένων ψυχοθεραπειών και είναι ένα από τα λίγα οικογενειακά μοντέλα, που αναγνωρίζει τους δεσμούς της με την ψυχαναλυτική σκέψη. Ο Ackerman, υπήρξε ο πρωτοπόρος της ψυχαναλυτικής οικογενειακής θεραπείας, και της θεωρίας των συστημάτων (Ackerman, 1938; Stricker G., et al, 2003).

Οι θεραπευτικές του προσεγγίσεις εστιάζοταν στον διαχωρισμό των σύμπλοκων παθολογιών, και παραδεχόταν ότι οι ανεπίλυτες ενδοψυχικές συγκρούσεις, προκύπτουν από τις αλληλεπιδράσεις με την οικογένειά τους, οι οποίες προβάλλονται πάνω σε κάποιον από τους συζύγους και τα παιδιά (Stricker G., et al, 2003).

Συνεπώς, ο στόχος της θεραπείας είναι να δουλέψει διαμέσου της αρνητικής ενδοσκόπησης, η οποία μπορεί να ολοκληρωθεί μέσα από μια αλληλουχία θεραπειών όπως την θεραπεία των ζευγαριών, των ζευγαριών σε ομάδες και στη συνέχεια συνεδρίες με κάθε μέλος ξεχωριστά. Οι στόχοι της θεραπείας περιλαμβάνουν οριοθέτηση και επαναπροσδιορισμό των προβλημάτων ώστε να είναι πιο προσιτοί στη λύση, αποσαφήνιση των ορίων, να επεξηγηθούν οι ατομικές ανάγκες και οι επιθυμίες και πως αυτές μπορούν να ικανοποιηθούν στο πλαίσιο του οικογενειακού συστήματος, τροποποιώντας τις ναρκισσιστικές και ακατάλληλες απαιτήσεις, αυξάνοντας της εκφραστική και τις ακουστικές ικανότητες, μειώνοντας τις καταστάσεις καταναγκασμού και κατηγοριών, διευκολύνοντας την επίλυση προβλημάτων και συγκρούσεων, τροποποιώντας δυσλειτουργικούς κανόνες και πρότυπα επικοινωνίας, βοηθώντας τα μέλη της οικογένειας να επιτύχουν αυξημένη διορατικότητα, της ενίσχυση της λειτουργίας του Εγώ, αναγνωρίζοντας και ξαναδουλεύοντας τον αμυντικό σχεδιασμό, αναπτύσσοντας περισσότερη ωριμότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις, εξατομίκευση, ψυχολογική ανάπτυξη, μειώνοντας τις αλληλένδετες παθολογίες μεταξύ των μελών της οικογένειας και την επίλυση των μεταβιβάσεων στη σχέση θεραπευτή-ασθενή (Stricker G., et al, 2003).

Όταν επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, καθιστούν δυνατή την επίτευξη των απώτερων στόχων, συμπεριλαμβανομένων της εμπιστοσύνης και της εγγύτητας, της ευελιξίας του ρόλου, την εκτίμηση της μοναδικότητας, της άνεσης με την απόλαυση της σεξουαλικότητας του ατόμου και της ισότιμης σχέσης εξουσίας ανάμεσα στο ζευγάρι ως γονείς και συνεργάτες, μία ισορροπία ανάμεσα στην γνωστικό και συναισθηματικό τρόπο ζωής, θετική εικόνα του εαυτού για κάθε μέλος της οικογένειας και την εκτίμηση για όλους, σαφή επικοινωνία και επίλυση των νευρωτικών συγκρούσεων (Stricker G., et al, 2003).

3.4.1β. Βιωματική- Ανθρωπιστική Οικογενειακή Θεραπεία

Η βιωματική ανθρωπιστική οικογενειακή θεραπεία έχει τις ρίζες της στις σχολές της υπαρξιακής-ανθρωπιστικής θεραπείας: θεραπεία Gestalt, προσωποκεντρική θεραπεία, ψυχόδραμα, λογοθεραπεία και αντιμετώπιση σε ομάδες (Stricker G., et al, 2003).

Οι κεντρικές αρχές των θεραπειών της οικογένειας βασισμένες στο βιωματικό – ανθρωπιστικό μοντέλο περιλαμβάνουν την πίστη στην ελευθερία επιλογής και στις

δυνατότητες ανάπτυξης της οικογένειας. Δίνεται έμφαση στο εδώ και τώρα (δηλ. εστιάζεται στο παρόν και όχι στο παρελθόν), στην υπεροχή της εμπειρίας της ορθολογικής σκέψης, στην ενθάρρυνση της ανοιχτής επικοινωνίας, την γνησιότητα και την αυθεντικότητα στις δυαδικές σχέσεις στην οικογένεια και ένα θετικό και ελπιδοφόρο μοντέλο της ανθρωπότητας (Stricker G., et al, 2003).

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η οικογενειακή δυσλειτουργία προκύπτει από τα προβλήματα στην επικοινωνία και στην αλληλεπίδραση. Οι στόχοι της θεραπείας περιλαμβάνουν την ανάπτυξη της συνειδητοποίησης των συναισθημάτων, την ειλικρίνεια στην έκφραση γνήσιων συναισθημάτων με τα άλλα μέλη της οικογένειας, καθώς και τη διερεύνηση των εσωτερικών εμπειριών και την αλληλεπίδραση στις σχέσεις (Stricker G., et al, 2003).

Η επίτευξη αυτών των στόχων δηλώνεται με την απόκτηση της προσωπικής ολοκλήρωσης και την ανάπτυξη της οικογένειας στο σύνολο της μέσω της αύξησης της αυτογνωσίας και της αυτοεκτίμησης, την σαφήνεια των επικοινωνιών, καθώς και την αλλαγή της έννοιας ότι τα μέλη της οικογένειας αποδίδουν τις αλληλεπιδράσεις στην οικογένεια. Οι οικογενειακοί θεραπευτές προσπαθούν να βοηθήσουν κάθε άτομο της οικογένειας επιτυγχάνοντας τη μέγιστη εξατομίκευση σε συνδυασμό με τις πιο ζωτικής σημασίας σχέσεις, την διευκόλυνση της αυτοεξερεύνησης την ανάληψη ρίσκων και τον αυθορμητισμό (Stricker G., et al, 2003).

3.4.1.γ. Ψυχοπαιδαγωγική Οικογενειακή Θεραπεία

Στην ψυχοπαιδαγωγική οικογενειακή θεραπεία, οι οικογένειες βοηθούνται να αντιμετωπίσουν ατομικά και οικογενειακά προβλήματα και τη βελτίωση της οικογενειακής λειτουργίας. Η βασική αρχή της ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης είναι ότι τα μέλη της οικογένειας μπορούν να εκπαιδευτούν για να δημιουργήσουν ένα βέλτιστο περιβάλλον για τα αγαπημένα τους πρόσωπα, ένα περιβάλλον που να ελαχιστοποιεί το στρες και την επιδείνωση της νόσου του ασθενούς και ενισχύει την ικανότητα του ασθενούς σε μια προσαρμοστική λειτουργία. Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιήθηκε παλαιότερα με επιτυχία σε οικογένειες όπου κάποιο από τα μέλη είχε σοβαρή ψυχοπαθολογία (π.χ. σχιζοφρένεια ή συναισθηματικές διαταραχές). Άλλες εφαρμογές αυτής της προσέγγισης περιλαμβάνουν τη σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές προσοχής/ υπερδραστηριότητα, εμπλουτισμός του γάμου και ανάπτυξη των οικογενειακών δεξιοτήτων (Stricker G., et al, 2003).

Υπάρχουν τέσσερις φάσεις της θεραπείας στο ψυχοπαιδαγωγικό μοντέλο δουλεύοντας με τις οικογένειες όπου ένα από τα αγαπημένα πρόσωπα έχει διαγνωσθεί με τη διαταραχή της σχιζοφρένειας (Stricker G., et al, 2003).

Η πρώτη φάση συμπίπτει με την υποτροπή, ακολουθείται από την εκπαίδευση, την επαναφορά και τις φάσεις αποκατάστασης. Περιλαμβάνει τους βραχυπρόθεσμους, μεσοπρόθεσμους και τους μακροπρόθεσμους στόχους. Οι βραχυπρόθεσμοι και ενδιάμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν την σταθεροποίηση των συμπτωμάτων, την εκπαίδευση της οικογένειας όσον αφορά την ιδιαίτερη κατάσταση, την εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειας για την φαρμακολογία, την ίδρυση θεραπευτικής ομάδας, την εδραίωση της σημασίας της συνέχισης της παρεχόμενης περίθαλψης, προσδιορίζονται και αντιμετωπίζονται οι πόροι για την οικογένεια, ανάπτυξη και χρήση της κοινωνικής υποστήριξης. Στους μακροπρόθεσμους στόχους συγκαταλέγονται η πρόληψη της υποτροπής και η επανένταξη στην κοινότητα (Stricker G., et al, 2003).

3.4.2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Όταν ένα μέλος της οικογένειας διαγνωσθεί ότι πάσχει από μία χρόνια ασθένεια (π.χ. AIDS, σοβαρή στεφανιαία νόσο, όγκο του εγκεφάλου, σχιζοφρένεια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια κ.λ.π.) όλο το οικογενειακό σύστημα οδηγείται σε αλλαγές.

- Το άτομο που πάσχει έχει μία αργή αλλά προοδευτική επιδείνωση καθ' όλη την πορεία της νόσου
- Τεράστιος χρόνος και προσοχή είναι αφιερωμένος στο άρρωστο μέλος της οικογένειας, μειώνοντας το χρόνο από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας
- Τα υγιή μέλη της οικογένειας αισθάνονται ένοχα για την καλή κατάσταση της δικής τους υγείας
- Ανάπτυξη έντασης και πίεσης στην αβεβαιότητα γύρω από την πορεία της ασθένειας και τον επικείμενο θάνατο, καθώς και ένα αίσθημα αδυναμίας να κάνουν κάτι γι' αυτό
- Τα υγιή μέλη της οικογένειας αρνούνται να δεχθούν την σοβαρότητα της ασθένειας του άλλου μέλους της οικογένειας
- Τα υγιή μέλη της οικογένειας εκφράζουν ανησυχία, κόπωση, οργή και αγανάκτηση για την κατάσταση του άρρωστου μέλους της οικογένειας

- Αυξημένη οικονομική πίεση λόγω των δαπανών ή/και την απώλεια του εισοδήματος λόγω της ασθένειας
- Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό λόγω της ασθένειας
- Συγκρούσεις για τις αποφάσεις σχετικά με το τι είναι καλύτερο ιατρικώς για το άρρωστο μέλος σε σχέση με το τι είναι καλύτερο για την οικογένεια (π.χ η αιμοκάθαρση στο σπίτι μπορεί κινητοποιήσει το άρρωστο μέλος της οικογένειας, αλλά θέτει μεγαλύτερες απαιτήσεις για την οικογένεια) (Dattilio F., et al, 2010).

3.4.2.α ΜΑΚΡΟΠΡΟΣΘΕΣΜΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

- Να εκπαιδευτούν σχετικά με το τι αναμένεται κατά τη διάρκεια της νόσου
- Μαθαίνουν να αποφεύγουν τα προβλήματα όπως την περιπλοκή ή την υπέρ/υπό ανάμειξη με την ασθένεια
- Τα υγιή μέλη της οικογένειας βοηθούνται να ξεπεράσουν την ενοχή και την τάση τους για αυτομομφή η οποία οφείλεται στην καλή κατάσταση της δικής τους υγείας
- Προετοιμασία για απροσδόκητη καθοδική πορεία της ασθένειας και της πιθανής υποτροπής ή του αιφνίδιου θανάτου
- Βρίσκοντας ένα εξωτερικό σύστημα στήριξης που μπορεί να βοηθήσει στην αντιστάθμιση της οικονομικής επιβάρυνσης που προκαλείται από την ασθένεια
- Λήψη οικογενειακών αποφάσεων οι οποίες να είναι ισορροπημένες και προς το συμφέρον τόσο του ασθενούς μέλους της οικογένειας όσο και της οικογένειας στο σύνολό της (Dattilio F., et al, 2010).

3.4.2.β ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Έκφραση των συμπτωμάτων με λέξεις, της θεραπείας, και της πορείας της ασθένειας με σκοπό την αποσαφήνιση. Η θεραπευτική παρέμβαση αφορά τα μέλη της οικογένειας στα οποία χορηγείται γραπτό υλικό, ένταξη σε ομάδες υποστήριξης, διαλέξεις και την εκπαίδευση του άρρωστου μέλους της οικογένειας από τον θεράποντα γιατρό/ειδικό για να μάθει τα συμπτώματα τη θεραπεία και την πορεία της ασθένειας. Προτείνεται στην οικογένεια να μοιράζονται μεταξύ τους πρόσφατες ιατρικές πληροφορίες κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της οικογένειας. Ενθάρρυνση στα μέλη της οικογένειας να εμπλακούν με άλλες οικογένειες μέσω δικτύωσης με εκείνους που έχουν υποστεί μία παρόμοια ασθένεια (π.χ. ομάδες υποστήριξης) (Dattilio F., et al, 2010).
2. Η οικογένεια μοιράζεται το πώς η ασθένεια έχει επηρεάσει τα μέλη και πώς αυτό συνδέεται με το άρρωστο μέλος της οικογένειας. Η θεραπευτική προσέγγιση διευκολύνει τα μέλη της οικογένειας να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα που συνδέονται με την ασθένεια, στην οποία περιλαμβάνεται το άρρωστο μέλος της οικογένειας για την παρακολούθησή του. Επιτρέπεται η έκφραση των συναισθημάτων (π.χ. θυμός, ενοχή, κατηγορίες, φόβος ή απογοήτευση) τα οποία σχετίζονται με την ασθένεια του μέλους της οικογένειας και διερεύνηση πώς αυτά τα συναισθήματα επηρεάζουν την σχέση με το άρρωστο μέλος (Dattilio F., et al, 2010).
3. Το άρρωστο μέλος της οικογένειας εκφράζει με λόγια τα συναισθήματα της απομόνωσης που προκύπτουν από την ασθένεια και τις αιτίες για αυτά τα συναισθήματα. Η θεραπευτική παρέμβαση εξερευνά το αίσθημα της απομόνωσης από την υπόλοιπη οικογένεια και εντοπίζει τους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτά τα συναισθήματα (Dattilio F., et al, 2010).
4. Προσδιορισμός των τρόπων να ξεπεράσει το άρρωστο μέλος της οικογένειας την απομόνωσή του. Καταιγισμός ιδεών στη θεραπευτική προσέγγιση για τη μείωση της αίσθησης αποκλεισμού του άρρωστου μέλους από την υπόλοιπη οικογένεια (τι πράγματα μπορεί να κάνει το άρρωστο μέλος για τα υγιή μέλη της οικογένειας) (Dattilio F., et al, 2010).

5. Προσδιορισμός της φάσης του κύκλου της θλίψης της οικογένειας και τις επιπτώσεις της ασθένειας σε αυτό το στάδιο. Θεραπευτικά εκπαιδεύεται η οικογένεια σχετικά με το πώς θα προχωρήσουν μέσα από τα διάφορα στάδια της θλίψης (π.χ. το σοκ, την άρνηση, την λύπη κ.λ.π.). Βοήθεια με το να προσδιορίσουν το στάδιο στο οποίο βρίσκονται τώρα και να εκφράσουν την επίδραση που έχει η ασθένεια σε αυτό το στάδιο στην ανάπτυξη της οικογένειας (Dattilio F., et al, 2010).
6. Προσδιορισμός πώς η αδιαθεσία ενός γονέα έχει επηρεάσει την φροντίδα και την ηγεσία. Διερεύνηση για το πώς η ασθένεια του ενός γονέα έχει επηρεάσει την φροντίδα και την ηγεσία της οικογένειας. Βοηθά την οικογένεια να εκχωρήσει μία νέα ηγετική θέση, ζητώντας τη συμβολή από το άρρωστο μέλος της οικογένειας, πραγματοποιώντας μία δημοκρατική ψηφοφορία, προκειμένου να φύγει η πίεση από το άρρωστο μέλος της οικογένειας (Dattilio F., et al, 2010).
7. Δημιουργία λίστας για τις μικροδουλειές που σχετίζονται με την ασθένεια και να συμφωνήσουν σχετικά με την ανάγκη για εξωτερική βοήθεια. Συζήτηση για την ανάθεση των εργασιών που σχετίζονται με την ασθένεια σταθμίζοντας τα οφέλη από την πρόσληψη ή τη στρατολόγηση εξωτερικής βοήθειας για να μειώσει το χρονικό διάστημα που ασχολείται με την ασθένεια (Dattilio F., et al, 2010).
8. Εξεύρεση τρόπων για την αποφυγή της πόλωσης ή της περιπλοκής όταν εμφανίζονται κατά την οικογενειακή κρίση. Εκπαίδευση της οικογένειας για την σημαντικότητα των ορίων και πώς οι οικογένειες μπορούν να γίνουν πολωτές ή σκληροί όταν αντιμετωπίζουν την κρίση, εστιάζοντας σε τεχνικές αποχώρησης. Βοηθά τα μέλη της οικογένειας να αναγνωρίσουν τις πεποιθήσεις τους και να βρουν πηγές οι οποίες θα τους βοηθήσουν στην πρόληψη της ασθένειας από το να εξουσιάζει τις ζωές τους (Dattilio F., et al, 2010).
9. Εντοπισμός των ισχυρών σημείων της οικογένειας. Βοηθά την οικογένεια να εντοπίσει και να αξιοποιήσει τα πλεονεκτήματά της (π.χ. παίζοντας μαζί επιτραπέζια παιχνίδια, αναπτύσσοντας διάφορα χόμπι όπως η συλλογή νομισμάτων) παρά να θρηγούν και να κατακλύζονται από τις ελλείψεις τους (π.χ. να διαμαρτύρονται ότι δεν έχουν αρκετά χρήματα ή να επικρίνουν ο ένας τον άλλο ότι δεν έχει γίνει δίκαια ο καταμερισμός της εργασίας (Dattilio F., et al, 2010).

10. Μείωση των εκφράσεων ενοχής και κατηγοριών του ενός προς τον άλλο για την ασθένεια και τις επιπτώσεις της στην οικογένεια. Η οικογένεια ενθαρρύνεται θεραπευτικά να μην εστιάζεται στην ενοχή και την απόδοση ευθυνών και να αναγνωρίσουν τις ατομικές και κοινές ευθύνες τους με σκοπό την αντιμετώπιση της κρίσης (Dattilio F., et al, 2010).
11. Χρησιμοποίηση στρατηγικών λύσεων για την αντιμετώπιση των ιατρικών κρίσεων. Η θεραπεία διδάσκει τις διαπραγματευτικές ικανότητες της οικογένειας και τις στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων (π.χ. συνεδριάσεις της οικογένειας, χρήση «εγώ» μηνυμάτων, ενίσχυση της ενσυναίσθησης) που θα εφαρμοστεί στην αντίδραση της οικογένειας να αντιμετωπίσει την ασθένεια. Διδάσκει στα μέλη της οικογένειας τις ικανότητες επίλυσης των προβλημάτων (π.χ. προσδιορίζοντας το πρόβλημα, με καταιγισμό ιδεών για πιθανές λύσεις, ζυγίζοντας τα υπέρ και τα κατά, επιλέγοντας μία επιλογή για την ανάληψη δράσης, την επανεξέταση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής) και την εφαρμογή του role-play (Dattilio F., et al, 2010).
12. Δημιουργία ενός καταλόγου με πηγές για την κοινωνική/συναίσθηματική υποστήριξη εκτός οικογένειας. Βοηθά την οικογένεια να προσδιορίσει της εξωτερικές πηγές της κοινωνικής υποστήριξης (π.χ. νοσοκομείο, εκκλησία, της ευρύτερης οικογένειας και των φίλων) (Dattilio F., et al, 2010).
13. Το κάθε μέλος της οικογένειας προσδιορίζει πώς αυτός /αυτή θα αλλάξει για να αυξήσει την αρμονία στην οικογένεια. Ζητείται από κάθε μέλος της οικογένειας να αξιολογήσει πώς αυτός/αυτή έχει συμβάλει στη σύγκρουση με την οικογένεια γύρω από την ασθένεια και στη συνέχεια τι διαφορετικό θα κάνει για να συμβάλει στην αρμονία (Dattilio F., et al, 2010).
14. Προσδιορισμός των τρόπων με τις οικογενειακές διαφορές που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην επιδείνωση της κατάστασης του άρρωστου μέλους της οικογένειας. Ζητείται από την οικογένεια να προσδιορίσει το πώς οξύνονται οι εντάσεις, λόγω των αρνητικών αντιδράσεων ή των συγκρούσεων, ή λόγω της αναστολής της βελτίωσης της κατάστασης του άρρωστου μέλους της οικογένειας (Dattilio F., et al, 2010).
15. Χρησιμοποιούν τη μείωση του στρες και τεχνικές επίλυσης συγκρούσεων για να μειωθούν οι εντάσεις μέσα στην οικογένεια (π.χ. ασκήσεις χαλάρωσης, φροντίδα ανάπαυλας, άσκηση ή προγραμματισμένη οικογενειακή αναψυχή) και επίλυση των συγκρούσεων (π.χ. συνεδριάσεις της οικογένειας, χρήση «Εγώ» μηνυμάτων,

ενίσχυση της ενσυναίσθησης, επίλυση του προβλήματος) ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας (Dattilio F., et al, 2010).

16. Βοηθά τα μέλη της οικογένειας να συνειδητοποιήσουν ότι η υπερπροστασία δεν είναι ασυνήθιστη όταν ένα μέλος της οικογένειας είναι σοβαρά άρρωστο, διδάσκει την ανάγκη να ασκηθεί κάποια ανεξαρτησία μεταξύ των μελών και την προώθηση λιγότερης έντασης και σύγκρουσης. Στα μέλη της οικογένειας προωθείται η προσεκτική συμπεριφορά (π.χ. λεκτική έκφραση της ανάγκης για υποστήριξη) στη θέση της υπερπροστασίας (Dattilio F., et al, 2010).

4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

4.1 ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ

Ο ασθενής με νεφρική ανεπάρκεια εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οικογένειά του, καθώς εξελίσσεται η πάθηση του. Τα προβλήματα και για τον ασθενή και για την οικογένειά του πρακτικά παρουσιάζονται σε όλα τα στάδια της δυσλειτουργίας των νεφρών αλλά αυτά τείνουν να γίνονται σοβαρότερα και πολύπλοκα όταν ο ασθενής πλησιάζει ή βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας. Τα συναισθήματα και η συμπεριφορά του ασθενούς επηρεάζονται εντονότατα από το ρόλο και τη συμμετοχή του στην οικογένεια, οι ενέργειες της οικογένειάς του με τη σειρά τους επηρεάζονται από την ασθένεια και τη συμπεριφορά του ασθενούς (Kossoris P., 1970).

Τα προβλήματα που σχετίζονται με τη νεφρική νόσο μπορεί να τρέχουν στην κλίμακα από τους διαιτητικούς περιορισμούς έως τον επικείμενο θάνατο. Στα αρχικά στάδια, οι ασθενείς μπορεί να μην χρειάζονται τίποτα περισσότερο από λίγο παραπάνω ξεκούραση, λιγότερο αλάτι και πρωτεΐνη. Αργότερα, μπορεί να απειληθεί η απασχόληση και αυτό γίνεται σοβαρό εάν ο ασθενής είναι ο σύζυγος ή ο τροφοδότης της οικογένειας. Μπορεί να χρειαστεί να μειώσει τις ώρες εργασίας του, να αλλάξει τη δουλειά του με ένα λιγότερο επίπονο είδος εργασίας, να λάβει ιατρική άδεια απουσίας από την εργασία του, ή ακόμα και να σταματήσει να εργάζεται. Έτσι, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας τίθεται σε κίνδυνο. Ή εάν αντιστραφούν οι ρόλοι και αρχίσει να εργάζεται η σύζυγος ενώ ο σύζυγός της μένει στο σπίτι, απειλούνται το εγώ του συζύγου καθώς και η

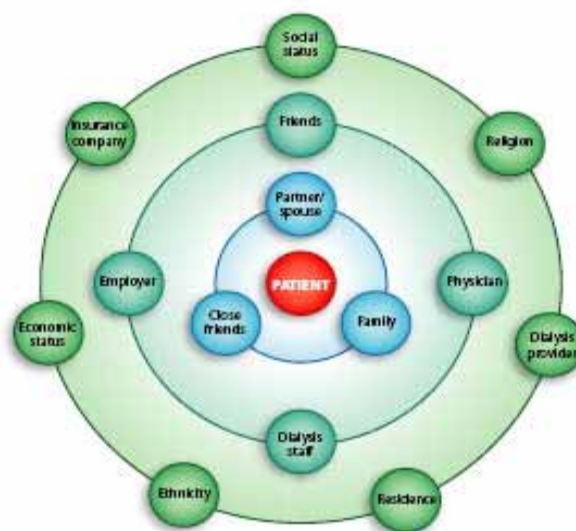


Figure 2. Psychosocial parameters: Spheres of influence.

αυτοεκτίμησή του. Επίσης η οικογένεια εμπλέκεται στην περίπτωση μιας γυναίκας με νεφρική ανεπάρκεια, η οποία μπορεί να μην είναι πλέον σε θέση να φροντίσει τα παιδιά της ή το σπίτι και μπορεί να χρειαστεί βοήθεια από την οικογένεια, τους συγγενείς, ή από κάποια οικιακή βοηθό (Kossoris P., 1970).

Η αιμοκάθαρση και /ή η μεταμόσχευση – η μόνη διέξοδος στη νεφρική ανεπάρκεια- είναι ακριβή, χρονοβόρα και ένα βαρύ συναισθηματικό φορτίο για όλους όσους εμπλέκονται. Ο ασθενής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση μπορεί να περνά και 30 ώρες την εβδομάδα στη μονάδα του νοσοκομείου, μακριά από το σπίτι του, την οικογένειά του, ή τη δουλειά του. Συχνά η οικογένειά του χρειάζεται να τον μεταφέρει στο κέντρο αιμοκάθαρσης και πίσω στο σπίτι. Εάν υποβάλλεται σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης στο σπίτι, τότε η οικογένειά του πρέπει να μάθει να λειτουργεί τα μηχανήματα και μερικές φορές βοηθούν και τα παιδιά. Η παροχέτευση στο χέρι ή στο πόδι του ασθενή περιορίζει την δραστηριότητά του και εάν συμβεί πήξη στην παροχέτευση, χρειάζεται την βοήθεια της οικογενείας του. Το βάρος των θεραπειών μπορεί να μειώσει το επίπεδο διαβίωσης της οικογένειας και να χρειαστεί οικονομική βοήθεια (Kossoris P., 1970).

Κάποιοι ασθενείς αναφέρουν: « τη μία μέρα η γυναίκα μου με μισεί την άλλη με αγαπάει, δείχνει ότι με λυπάται αλλά λέει ότι δεν είναι νοσηλεύτρια». Ακόμη οι ασθενείς που δέχονται τη φροντίδα της οικογένειας έχουν αισθήματα ή φόβους ότι γίνονται βάρος « η γυναίκα μου θα φύγει ένα δεκαπενθήμερο με την κόρη της. Θα ήθελα να πάω και εγώ αλλά δεν θέλω να με κουβαλά στην πλάτη της» και ενοχή: « η μητέρα μου έκανε σχεδόν τα πάντα όταν ο σύζυγός μου ήταν στη δουλειά. Εκείνος παραιτήθηκε από τη δουλειά τον Ιούλιο του τρέχοντος έτους. Γι' αυτό είπε "έπρεπε να παραιτηθώ από τη δουλειά μου για να σε φροντίζω". Δεν θύμωσα μαζί του γιατί αισθανόμουν ένοχα για τη μητέρα μου.... Η κόρη μου είχε επίσης μια σκληρή ζωή. Εργαζόταν πολύ και αναγκάστηκε να μεγαλώσει πριν την ώρα της, για αυτούς τους λόγους αισθάνθηκα ένοχη κατά κάποιο τρόπο» (Charmaz, 1983).

Όπως είναι αναμενόμενο οι φροντιστές έχουν ρόλο υποστηρικτικό, ωστόσο σημαντικές αρνητικές εμπειρίες προκύπτουν από τους φροντιστές. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τους φροντιστές τους να υστερούν σε κατανόηση και υποστήριξη, και αποτελούν πηγή δυσκολίας και αναστάτωσης στους ασθενείς που βιώνουν τη δυσαρέσκεια, την οργή και την απογοήτευση στη σχέση τους μαζί τους. Τα αισθήματα αυτά από τους ασθενείς μπορεί να τους οδηγήσουν στο να διατηρήσουν κάποια αυτονομία και ικανότητα να φροντίσουν τον εαυτό τους. Αν και οι

περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν αισθήματα εξάρτησης, για ορισμένους ασθενείς η εξάρτηση επιβάλλεται από τους φροντιστές τους και όχι από την ίδια την ασθένεια. Η αίσθηση των ασθενών για το βάρος της φροντίδας έχει αναφερθεί στο παρελθόν σε περιπτώσεις χρόνιας νόσου (Charmaz, 1983).

Οι ασθενείς που δήλωσαν αρνητικές εμπειρίες με τους φροντιστές τους είναι πιθανόν να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην κοινωνική υποστήριξη με σκοπό τη διατήρηση της συναισθηματικής ευεξίας και συμμόρφωσης (Christensen et al., 1992; Kimmel et al., 1995b).

Μόνο σε μία έρευνα, οι στενοί συγγενείς ονομάτισαν την ποιότητα ζωής τους ως εξαιρετική και ανέφεραν ελάχιστες πιέσεις από της ευθύνες της φροντίδας, ενώ σε όλες τις άλλες έρευνες, η ΤΣΧΝΑ και η αιμοκάθαρση ήταν προγνωστικός παράγοντας για το αυξημένο αίσθημα της ευθύνης στους στενούς συγγενείς και οδηγούσε σε φτωχότερη ποιότητα ζωής όταν συγκρίθηκε με ελέγχους στην ίδια ηλικία. Οι στενοί συγγενείς βρίσκουν τη ζωή με έναν ασθενή στην αιμοκάθαρση ότι είναι αγχωτική και βιώνουν αυξημένη κόπωση. Το αποτέλεσμα της φροντίδας για έναν ασθενή με ΤΣΧΝΑ συχνά οδήγησε τα κοντινά τους πρόσωπα να παραμελούν την υγεία τους. Εκείνοι οι οποίοι έκαναν ένα διάλειμμα από τις ευθύνες της φροντίδας, είχαν οφέλη στην υγεία τους (Low J., et al, 2008).

Άλλα ζητήματα που αναφέρθηκαν από τα κοντινά πρόσωπα των ασθενών περιλαμβάνουν την απομόνωση λόγω απώλειας της κοινωνικής δραστηριότητας, τους περιορισμούς της ζωής, το αυξημένο φόρτο εργασίας, τις αρνητικές οικονομικές συνέπειες η αλλαγή της σχέσης με τον ασθενή, καθώς και τα σεξουαλικά προβλήματα ανάμεσα στους συζύγους. Η θεραπευτική τακτική μπορεί επίσης να έχει αντίκτυπο στα μέλη της οικογένειας (Low J., et al, 2008).

Μελέτες έδειξαν ότι οι σύζυγοι των μεταμοσχευμένων ασθενών ήταν πιο κατηγορηματικοί, αυτάρκεις και σε θέση να χειριστούν τις σωματικές, κοινωνικές και υπαρξιακές πτυχές της ασθένειας καλύτερα από τους συζύγους των ασθενών που βρίσκονται στην αιμοκάθαρση. Παρά αυτές τις πιέσεις, οι στενοί συγγενείς αναγνωρίζουν ότι έχουν ένα θετικό ρόλο στην προώθηση της ευημερίας των ασθενών. Αναγνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες της υγείας είναι πολύ σημαντικοί στην προώθηση στήριξης για να συζητούν τα προβλήματά τους και θα ήθελαν να έχουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς. Ωστόσο, αναφέρουν κακή επικοινωνία με τους επαγγελματίες, αισθάνονται ότι δεν

είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και χωρίς γνώσεις για να αντιμετωπίσουν τον τρόπο ζωής που συνδέεται με το σχήμα της αιμοκάθαρσης (Low J., et al, 2008).

4.2 ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Οι ηλικιωμένοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς απαιτούν περισσότερη φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές της μονάδας αιμοκάθαρσης πρέπει να γνωρίζουν τη διαδικασία της γήρανσης και τις φυσιολογικές αλλαγές που επέρχονται στα άτομα προχωρημένης ηλικίας και ότι η διαδικασία της αιμοκάθαρσης διαφέρει σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς. Οι περισσότεροι από τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα αιματοκρίτη, συχνά υποτασικά επεισόδια χωρίς προειδοποιητικά σημάδια. Επίσης τείνουν να έχουν επισφαλή αποθεματικά και συχνά ολισθαίνουν σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Για τους λόγους αυτούς, η προσεκτική αξιολόγηση των ασθενών πριν την αιμοκάθαρση είναι μία ευθύνη των νοσοκόμων, διότι οι νοσοκόμοι είναι παρόντες κατά την έναρξη της αιμοκάθαρσης. Στενή παρακολούθηση και εύστοχες παρατηρήσεις, είναι πολύ σημαντικές όπως η εκτέλεση των εντολών του γιατρού για μετάγγιση, αιμοκάθαρση με υποτονικό διάλυμα, χορήγηση αντιυπερτασικών και τόσα άλλα (Oreopoulos D., 1986).

Η διαιτητική επίσης εκτίμηση για το πόσο καλά ή φτωχά σιτίζεται ένας ασθενής και ίσως γιατί, είναι μία σημαντική αρμοδιότητα των νοσοκόμων. Κάθε νοσοκόμα οφείλει να εξοικειωθεί με τις διαιτητικές οδηγίες, καθώς ο ασθενής συχνά στρέφει τις ερωτήσεις του στον άμεσα διαθέσιμο. Οι γνώσεις της για το ποια τρόφιμα επιτρέπονται και ποια απαγορεύονται, βοηθά να πείσουν τον ασθενή ότι η διαίτα αποτελεί ένα σημαντικό μέρος για την διαχείριση της ασθένειάς του. Σε πολλούς ηλικιωμένους ασθενείς η λειτουργία των φακών και της ίριδας ελαττώνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία, και η όραση γίνεται ολοένα και φτωχότερη. Πολύ κοινό είναι η απώλεια της εστίασης σε κοντινά αντικείμενα, η οποία παρεμποδίζει την ικανότητα του διαβάσματος. Περίπου το 25% των ανθρώπων πάνω από την ηλικία των 70 ετών έχουν καταρράκτη. Η νοσοκόμα μπορεί να μιλήσει στον ασθενή και στους συγγενείς και να τονίσει την σπουδαιότητα του καλού φωτισμού για τα άτομα με προβλήματα όρασης (Oreopoulos D., 1986).

Οι ασθενείς που δεν συμμορφώνονται με τη θεραπεία της αιμοκάθαρσης, οδηγούνται σε αδύναμη σχέση μεταξύ ασθενούς και προσωπικού. Η σχεδόν

καθημερινή φροντίδα, για τους ασθενείς με αυτή τη χρόνια και τελικά μοιραία ασθένεια οδηγεί συχνά σε κίνδυνο της θεραπευτικής σχέσης (Goreczny A., 1995)

Οι επαγγελματίες της υγείας μπορούν να αναπτύξουν δυσαρέσκεια και θυμό εάν δουν έναν ασθενή που δεν συμμορφώνεται επιχειρώντας να χειραγωγήσουν τα μέλη της οικογένειας και του προσωπικού, ή εάν θεωρούν ότι οι ασθενείς συμβάλλουν λιγότερο προς την κατεύθυνση της αποκατάστασης και της επιβίωσης από ότι συνεισφέρουν τα μέλη του προσωπικού. Ακόμη και αν οι επαγγελματίες υγείας αναπτύσσουν φιλανθρωπική στάση απέναντι στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ, η απογοήτευση των ασθενών που δεν συμμορφώνονται και τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας μπορούν να συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού και σε υψηλά ποσοστά κυκλικής εργασίας (Freyberger H, 1973).

4.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΕΣ-ΦΙΛΙΚΕΣ

Αρκετοί ασθενείς επιθυμούν να μετατρέψουν την κλασική αιμοκάθαρση σε καθημερινή ημερήσια στο σπίτι με το ακλόνητο επιχείρημα να αισθάνονται καλύτερα, να έχουν λιγότερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία για να έχουν περισσότερη ενέργεια και αντοχή, και να είναι σε θέση να κάνουν περισσότερα πράγματα με την οικογένεια και τους φίλους (Lindsay R., 2004).

Η επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή την οικογένεια και τους φίλους επηρεάζεται από την ΤΣΧΝΑ. Οι οικογενειακοί και φιλικό ρόλοι αλλάζουν, απαιτείται προσαρμογή από όλους τους ενδιαφερόμενους, σε μια εποχή που οι ικανότητες του ασθενούς τίθενται σε κίνδυνο από την κατάσταση του και την θεραπεία που ακολουθεί. Επίσης είναι αδύνατον για τους περισσότερους ασθενείς να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις σχετικά με τον εαυτό τους και τις σχέσεις τους, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται μία σιωπή απομόνωσης (Chambers J., et al,2004).

Η πλειονότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση βιώνουν μειωμένη συχνότητα ή ενδιαφέροντος για το σεξ. Σημειώνεται ότι το 70% των ανδρών με νεφρική ανεπάρκεια έχουν μερική ή ολική ανικανότητα, και η πλειοψηφία των γυναικών είναι αμμηνορροϊκές ή άγονες. Επίσης αναφέρεται ότι ακόμη και μετά από μία πετυχημένη μεταμόσχευση νεφρού η σεξουαλική λειτουργία δεν μπορεί να είναι η ίδια όπως πριν την νεφρική ανεπάρκεια. Η αλληλεπίδραση της σεξουαλικής ζωής σε μία οικεία σχέση θεωρείται από τις περισσότερες κοινωνίες σημαντική για

την καλή ποιότητα ζωής και της αυτοεκτίμησης. Μέσα σε ένα γάμο υπάρχουν οι περιπτώσεις της συναίνεσης αλλά και οι περιπτώσεις της αναγκαστικής σεξουαλικής επαφής. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να συμφωνήσει να συνεχίσει τη σεξουαλική επαφή για την πρόληψη της οικογενειακής διχόνοιας ή από αίσθημα ενοχής, διότι αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως απεχθείς απέναντι στο σύντροφό τους. Η ειλικρινής αποκάλυψη των συναισθημάτων και των σεξουαλικών επιθυμιών μπορεί να είναι πολύ αγχωτική για έναν ασθενή ο οποίος ήδη βαρύνεται με τη διαχείριση της κατάστασης και της θεραπείας (Chambers J., et al, 2004).

Η συζυγική ασυμφωνία είναι συνηθισμένη στους γάμους των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Πάνω από το 40% των παντρεμένων ζευγαριών, όπου ο ένας σύζυγος υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση έχουν την εμπειρία μετρίου έως σοβαρού βαθμού ασυμφωνίας. Το στρες στις σχέσεις συχνά προκαλείται από τις αλλαγές του ρόλου, την απώλεια της εργασίας, τη μείωση του εισοδήματος, την αδυναμία συντήρησης των νοικοκυριών και τη μειωμένη ψυχαγωγική και κοινωνική δραστηριότητα. Οι απώλειες αυτές μπορούν να συμβάλουν στα ζευγάρια στην αποχώρηση από τη σεξουαλική οικειότητα (Chambers J., et al, 2004).

Η μονάδα αιμοκάθαρσης μπορεί να φαίνεται ένα μεγάλο απρόσωπο κέντρο, αλλά αναπτύσσονται φιλίες ανάμεσα στους ασθενείς κατά τη διάρκεια των αργών ωρών που βρίσκονται στο μηχάνημα, καθώς και σύνδεση μεταξύ των ασθενών, των νοσηλευτών και των γιατρών (Peitzman S., 2007).

Η μεταμόσχευση μπορεί να ελευθερώσει τα άτομα από ορισμένους περιορισμούς. Εάν ο δωρητής είναι μέλος της οικογένειας ή φίλος, ένας στενός δεσμός μπορεί να αναπτυχθεί ανάμεσα στον δωρητή και στον λήπτη, σε ορισμένες περιπτώσεις όμως μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα στη σχέση. Ο δωρητής μπορεί να δυσανασχετήσει για την προσοχή που δίνεται στους λήπτες μετά τη μεταμόσχευση ή μπορεί να αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι. Ο λήπτης από την άλλη μεριά μπορεί να έχει αισθήματα ενοχής για τους ενδεχόμενους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν στο δωρητή, ο οποίος έχει μείνει με ένα νεφρό (Falvo D., 2005).

Πολλοί ασθενείς αν και αισθάνονται ότι μπορούν να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες, πολλές από αυτές μπορεί να αλλάξουν εξαιτίας των υγρών και διαιτητικών περιορισμών. Μπορεί να είναι απρόθυμοι να δεχτούν προτάσεις σε δείπνο με φίλους, ή μπορεί να εγκαταλείψουν οι ίδιοι κάθε μορφή διασκέδασης λόγω των περιορισμών που απαιτεί η κατάστασή τους. Καθώς αυξάνεται η κοινωνική

απομόνωση μπορεί να αυξηθεί η έλλειψη της αυτοεκτίμησης, τα αισθήματα κατάθλιψης, και η απελπισία (Falvo D., 2005).

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο σπίτι αναφέρουν ότι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με το βιοτικό τους επίπεδο, τους φίλους, τη σεξουαλική τους ζωή, την υγεία και το γάμο τους. Αντικειμενικά η αιμοκάθαρση στο σπίτι απαιτεί λιγότερες ώρες φροντίδας την εβδομάδα, οι ασθενείς εγκαταλείπουν λιγότερες δραστηριότητες, έχουν κέρδος περισσότερα χρήματα και βιώνουν λιγότερο πόνο σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στις μονάδες (Horl W., 2004).

4.4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο Αμερικανικός Σύλλογος Διαιτολόγων (American Dietetic Association) προτείνει στους διαιτολόγους την εφαρμογή της Διατροφικής Συμβουλευτικής σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Συγκεκριμένα προτείνει:

1. έλεγχο για ασθένειες που σχετίζονται με τη διατροφή
2. έλεγχο σε δίαιτες που χορηγούνται από άτομα που δεν είναι διαιτολόγοι
3. Παροχή της συμβουλευτικής στο αρχικό στάδιο των ασθενειών
4. παρακολούθηση και παραπομπή των ασθενών σε ειδικευμένους διαιτολόγους όταν κρίνεται αναγκαίο (Maillet J., Young E., 1998)

Η διαιτητική αγωγή γίνεται ολοένα και πιο σημαντική στην πρόληψη και θεραπεία των ποικίλων χρόνιων ασθενειών. Όμως, είναι πολύ δύσκολο για τους ασθενείς αυτούς να φτιάξουν και να διατηρήσουν τις διαιτητικές αλλαγές. Η επιτυχημένη προσκόλληση στη διαιτητική θεραπεία εξαρτάται από την ατομική θέληση να αποδεχθεί και την ικανότητα να διατηρήσει τις απαιτούμενες συμπεριφορές. Η προσκόλληση είναι μία πολύπλοκη και ανεπαρκώς κατανοητή συμπεριφοριστική διαδικασία η οποία επηρεάζεται έντονα από το περιβάλλον στο οποίο οι άνθρωποι ζουν, τις κοινωνικές και πολιτιστικές πτυχές της ζωής τους, την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης του ασθενούς και της σχέσης του με τους παρόχους αυτής, τις στάσεις των ασθενών απέναντι στα οφέλη της δίαιτας, και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να συμβουλέψουν και να διδάξουν τους ασθενείς (Kopple J., Massry S., 2004).

Οι διατροφικές παρεμβάσεις αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της επιτυχούς διαχείρισης σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια. Ωστόσο, η διαιτητική διαχείριση μπορεί να αποτύχει για διάφορους λόγους.

- Πρώτον, ο τρόπος ζωής του ασθενούς, το σύστημα υποστήριξης, και η στάση τους προς την ασθένεια επηρεάζουν την τήρησή της.
- Δεύτερον, οι επαγγελματίες της υγείας μπορεί να έχουν περιορισμένες τεχνικές και εννοιολογικές γνώσεις των διατροφικών αρχών ή των διατροφικών και πρακτικών συνηθειών του ασθενούς ή των πεποιθήσεων του.
- Τρίτον, οι απαραίτητες δεξιότητες παροχής συμβουλών για την εκπαίδευση του ασθενούς μπορεί να λείπουν.
- Τέταρτον, οι ασθενείς ίσως δεν είναι έτοιμοι να αλλάξουν την συμπεριφορά. Πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια είναι εξαρτημένοι από άλλους σε κάποιο βαθμό για διάφορες πτυχές της υγειονομικής τους περίθαλψης. Στις περιπτώσεις που κάποιος άλλος προμηθεύεται ή προετοιμάζει τα τρόφιμα και όταν η παρασκευή των τροφίμων πρέπει να γίνεται χωριστά ή η αλλαγή της διαίτας των άλλων είναι αναγκαία, η εκπαίδευση του εν λόγω προσώπου στο ρόλο της διαίτας για τη διαχείριση της ασθένειας και τα αναμενόμενα οφέλη μπορεί να βοηθήσουν για τη διευκόλυνση της τήρησης της διαίτας (Korple J., Massry S., 2004).

Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές επικεντρώνονται στις συμπεριφορές που εμπλέκονται στην τήρηση της διαίτας. Αυτές περιλαμβάνουν: α) προσπάθειες να μειωθούν τα εμπόδια για την προσχώρηση, όπως το κόστος της θεραπείας ή η ενόχληση, β) νύξεις για την τόνωση της τήρησης, και γ) ωφέλειες της ενίσχυσης για την τήρηση (Korple J., Massry S., 2004).

Οι συμπεριφοριστικές στρατηγικές προσπαθούν να επηρεάσουν τις συγκεκριμένες συμπεριφορές άμεσα με τη χρήση τεχνικών όπως οι υπενθυμίσεις, ο αυτοέλεγχος και η ενίσχυση, με τις πληροφορίες και τις οδηγίες κατά δεύτερο ρόλο. Οι στρατηγικές αυτές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε ηλικιωμένους διότι αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη μειωμένη γνωστική και σωματική λειτουργία, καθώς και την έλλειψη κοινωνικής στήριξης και χρηματοδοτικών πόρων (Korple J., Massry S., 2004).

Διάφοροι μηχανισμοί ή ενισχύσεις, όπως τα γραφήματα και τα μενού τα οποία υπενθυμίζουν στους ηλικιωμένους να περιορίσουν τρόφιμα που είναι αυξημένα σε κάλιο ή να καταναλώνουν επαρκείς ποσότητες ενέργειας και πρωτεΐνης κάθε μέρα, είναι αποτελεσματικά για τη βελτίωση της διαιτητικής συμπεριφοράς (Kopple J., Massry S., 2004).

Τα συνιστώμενα επίπεδα θρεπτικών συστατικών που ορίζονται σε μία συνταγή δίαιτας πρέπει να μεταφραστούν σε ένα εξατομικευμένο σχεδιασμό γεύματος και σε καθημερινές επιλογές τροφίμων. Μία ευρέως διαδεδομένη μέθοδος δημιουργίας εξατομικευμένων γευμάτων είναι οι λίστες επιλογής τροφίμων (ισοδύναμα) όπως αυτές που θεσπίστηκαν μέσω της Αμερικανικής Ένωσης Διαβήτη, της Αμερικανικής Διαιτολογικής Ένωσης, και the United States Public Health Service το 1950 (Kopple J., Massry S., 2004).

Τα ισοδύναμα τροφίμων επιτρέπουν μεγάλη ποικιλία στη δίαιτα και ενισχύεται η γευστικότητα. Παρόμοιες "λίστες επιλογής τροφίμων" θεσπίστηκαν για ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια από την American Dietetic Association Renal Practice Group and National Kidney Foundation Council on Renal Nutrition, (1993). Οι λίστες αυτές, παρόμοιες με τα ισοδύναμα, αποτελούν ομάδες τροφίμων δίνοντας τη σύσταση σε πρωτεΐνη, νάτριο, κάλιο και φώσφορο. Η National Renal Diet (NRD) δίνει δύο ομάδες από τα ισοδύναμα τροφίμων – μία για άτομα τα οποία δεν είναι ανάγκη να μειώσουν τους υδατάνθρακες και μία για ενήλικες που πάσχουν από διαβήτη. Πίνακας 9. (Kopple J., Massry S., 2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.

1993. National Renal Diet Food Choice List Nutrient Values

Ομάδες Τροφίμων	Μη Διαβητικοί					Διαβητικοί					
	Kcal	Protein (gr)	Na (mg)	K (mg)	P (mg)	kcal	cholesterol	protein	Na	K	P
Γάλα	120	4.0	80	185	110	100	8.0	4.0	80	185	110
Υποκατάστατο γάλακτος	100	0.5	40	0	30	140	12.0	0.5	40	80	30
Κρέας	65	7.0	25	100	65	65	-	7.0	25	100	65
Άμυλο	90	2.0	80	35	35	80	15	2.0	80	35	35
Λαχανικά											
Χαμηλό Κάλιο	25	1.0	15	70	20	25	5	1.0	15	70	20
Μέτριο Κάλιο	25	1.0	15	150	20	25	5	1.0	15	100	20
Υψηλό Κάλιο	5	1.0	15	70	20	25	5	1.0	15	270	20
Φρούτα											
Χαμηλό Κάλιο	70	0.5	ίχνη	70	15	60	15	0.5	ίχνη	70	15
Μέτριο Κάλιο	70	0.5	ίχνη	150	15	60	15	0.5	ίχνη	150	15
Υψηλό Κάλιο	70	0.5	ίχνη	270	15	60	15	0.5	ίχνη	270	15
Λίπη	45	-	55	10	5	45	-	-	5	10	5
Υψηλά σε θερμίδες	100	ίχνη	15	20	5	60	15	ίχνη	15	20	5
	ποικίλει	-	ποικίλει	ποικίλει	ποικίλει	ποικίλει	ποικίλει	ποικίλει	ποικίλει	ποικίλει	ποικίλει
Salt choices	-	-	250	-	-	-	-	-	250	-	-

Πηγή: McCann L., ed. *Pocket guide to nutrition assessment of the renal patient*, 3rd ed. New York: National Kidney Foundation Council on Renal Nutrition, 2001. In: Kopple J. and Massry's S. (2004): *nutritional management of renal disease* 2nd ed. USA, Lippincott Williams & Wilkins

Τα ισοδύναμα αυτά επιτρέπουν στον ασθενή να καταναλώνει ποικιλία τροφίμων διατηρώντας παράλληλα τα θρεπτικά συστατικά καθημερινά. Τα ισοδύναμα τροφίμων περιέχουν τρόφιμα τα οποία ο ασθενής καταναλώνει μέσα από τις κατάλληλες λίστες επιλογής τροφίμων και δεν περιέχουν τρόφιμα τα οποία δεν καταναλώνει. Οι λίστες επιλογής τροφίμων για νεφροπαθείς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για όλα τα στάδια της νεφρικής ανεπάρκειας και στις θεραπείες νεφρικής υποκατάστασης. Στις λίστες επιλογής τροφίμων χρησιμοποιείται η μέση περιεκτικότητα των θρεπτικών συστατικών και μπορεί να αναπτυχθεί ένα πρότυπο διατροφικών συνηθειών και να εξατομικευθεί σε κάθε ασθενή (Πίνακας 10.) (Kopple J., Massry S., 2004).

Πίνακας 10. Διατροφικά πρότυπα(Βασισμένα σε τιμές μη διαβητικών από το National Renal Diet, 1993)

Γρ. πρωτεΐνης Ομάδες τροφίμων	40γρ. μερίδες	60γρ. μερίδες	60γρ. μερίδες	80γρ. μερίδες	100γρ. μερίδες
Γάλα	0	0	1	1	1
Υποκατάστατο γάλακτος	2	1	0	0	0
Κρέας	4	6	6	8	11
Άμυλο	4	6	6	8	8
Λαχανικά, ↓K ⁺	0	1	0	1	0
Λαχανικά, μέτριο K ⁺	0	1	1	0	1
Λαχανικά, ↑K ⁺	2	1	1	1	0
Φρούτα, ↓K ⁺	1	0	1	0	0
Φρούτα, μέτριο K ⁺	1	1	1	1	1
Φρούτα, ↑K ⁺	2	2	1	1	1
Λίπη	8	8	8	8	6
Υψηλές kcal	5	4	3	2	1
Υγρά	3	2	3	3	2
Επιλογές σε αλάτι	4	3	3	2	2

Τα διατροφικά πρότυπα περιέχουν περίπου 2.100kcal, 2gr Na⁺, <2,5gr. K⁺, <15gr. P/gr πρωτεΐνης. Οι μερίδες μπορούν να προσαρμοστούν ή να προστεθούν για να αλλάξουν τις θερμίδες ή άλλα θρεπτικά συστατικά.

Πηγή: McCann L., ed. *Pocket guide to nutrition assessment of the renal patient*, 2nd ed. New York:National Kidney Foundation Council on Renal Nutrition, 1998, with permission. In: Kopple J. & Massry S., (2004). *Nutrition Management of Renal Disease* 2nd ed. USA, Lippincott Williams & Wilkins

Αναγνωρίζοντας τη σημαντική επίπτωση του υποσιτισμού στους ασθενείς με ΧΝΑ και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, πολλοί από τους νεφρικούς διαιτολόγους προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν τους διαιτητικούς περιορισμούς. Αυτό δεν αναιρεί την υπευθυνότητα για την χορήγηση στον ασθενή κατευθυντήριων γραμμών και στόχων. Η άμεση συμμετοχή των ασθενών στην ανάπτυξη του διατροφικού πλάνου τοποθετεί τα θεμέλια για την τήρηση και την επιτυχία. Η αρχική επιτυχία μπορεί να είναι πολύ σημαντική για την μακροπρόθεσμη επιτυχία λόγω της πληθώρας των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με νεφρική νόσο (Kopple J., Massry S., 2004).

Μία από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νεφρικοί διαιτολόγοι είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς να συμπεριλάβουν τις αγαπημένες τους τροφές στη δίαιτα, συνήθως με μερικούς περιορισμούς στην συχνότητα και στο μέγεθος των μερίδων. Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό για τον ασθενή να τον βοηθήσουν να εντοπίσει κάποιο αποδεκτό έτοιμο φαγητό που θα χρησιμοποιηθεί όταν οι σωματικοί περιορισμοί εμποδίζουν την παρασκευή ενός γεύματος (Kopple J., Massry S., 2004).

Το National Kidney Foundation Clinical Practice Guidelines in Nutrition αναφέρει επίσης ότι "οι διαιτολογικές συνεντεύξεις και/ή τα ημερολόγια είναι έγκυρα και κλινικά χρήσιμα στην μέτρηση της πρωτεϊνικής και διαιτητικής ενεργειακής πρόσληψης στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Fouque D., Kopple J., 2004).

Οι ασθενείς καταγράφουν διαιτητικά ημερολόγια για 3-5 ημέρες και ακολουθεί συνέντευξη με τον διαιτολόγο. Εάν η καταγραφή γίνει προσεκτικά με έναν έμπειρο διαιτολόγο, μπορεί να δώσει πληροφορίες πρόσληψης της διαιτητικής πρωτεΐνης με ακρίβεια τα οποία δεν έχουν μεγάλη διαφορά από τα στοιχεία που τηρούνται για την κίνηση της ουρίας στην αιμοκάθαρση. Επιπρόσθετα, τα διαιτητικά ημερολόγια μπορούν να δώσουν πληροφορίες για μια μεγάλη ποικιλία από θρεπτικά συστατικά και της ενεργειακής πρόσληψης. Επίσης σημαντικό είναι το 3ήμερο των διαιτητικών ημερολογίων να διεξάγεται και τις ημέρες που υποβάλλονται οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση αλλά και τις ημέρες που είναι στο σπίτι (Fouque D., Kopple J., 2004).

Αξιολογώντας την διαιτητική πρόσληψη τις εργάσιμες ημέρες αλλά και τα σαββατοκύριακα βοηθάει πολύ για να σχηματιστεί μία ακριβής εκτίμηση της συνήθους πρόσληψης του ασθενούς κατά τη διάρκεια του εβδομαδιαίου κύκλου. (Fouque D., Kopple J., 2004).

4.4.1. ΣΤΑΔΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ

Τα στάδια αλλαγής του μοντέλου της συμπεριφοράς προτείνουν ότι η συμπεριφοριστική αλλαγή είναι μία διαδικασία η οποία συμβαίνει σταδιακά, μέσα από μια σειρά από προβλέψιμα στάδια (Πίνακας 11). Τα επίπεδα αυτά αντικατοπτρίζουν μία διαδικασία αλλαγής, - από την προ-περισυλλογή στην παροχή κινήτρων για την αλλαγή (περισυλλογή)- πριν από την ανάληψη της δέσμευσης για την αλλαγή (προετοιμασία) και τελικά την πραγματική αλλαγή (δράση). Η επίπτωση για τους κλινικούς ιατρούς είναι ότι η ετοιμότητα του κάθε ασθενούς να ενστερνίζεται την αλλαγή πρέπει να εκτιμηθεί και το μήνυμα πρέπει να είναι προσαρμοσμένο κατάλληλα. Αρχικά η εστίαση μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς στην πορεία από την εξέλιξη στο στάδιο της δράσης, με σχετικά μικρή έμφαση στους ειδικούς διαιτητικούς στόχους, ενώ αργότερα οι αλληλεπιδράσεις μπορεί να είναι πιο υποστηρικτικές στα στάδια της συντήρησης ή στα στάδια υποτροπής (Korple J., Massry S., 2004).

Πίνακας 11. Στάδια του μοντέλου αλλαγής και οι επιπτώσεις για την διατροφική συμπεριφορά

Στάδια αλλαγής	Χαρακτηριστικά ασθενών	Επιπτώσεις της Διατροφικής συμπεριφοράς
Προμελέτη	Δεν σκέφτονται την αλλαγή, έλλειψη ελέγχου, άρνηση ή παραίτηση, δεν έχει πειστεί ακόμη για τη σοβαρότητα της κατάστασης	Χτίσιμο σχέσης κλειδί, εκπαίδευση σχετικά με την υποκείμενη ασθένεια, τίθεται ελάχιστη έμφαση στις συγκεκριμένες διαιτητικές αλλαγές, εστίαση στην υπερνίκηση των ατομικών εμποδίων και το όφελος από την επίλυσή τους
Περισυλλογή	Λαμβάνει υπόψη τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της συμπεριφοριστικής αλλαγής	Εκπαίδευση για τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές της ασθένειας, για το ρόλο της δίαιτας στην ιατρική διαχείριση, τα αναμενόμενα οφέλη, αρχίζει η πρόβλεψη του χρονοδιαγράμματος για την αλλαγή
Προετοιμασία	Δειλά βήματα στην αλλαγή συμπεριφοράς	Αρχικές απλουστευμένες διαιτητικές οδηγίες, αρχίζουν να θέτουν στόχους και ενθαρρύνεται η αυτοδιαχείριση και ο αυτοέλεγχος της συμπεριφοράς, ενίσχυση της πρώτης επιτυχημένης συμπεριφοριστικής αλλαγής, χτίσιμο της αυτό-αποτελεσματικότητας

Δράση	Σημαντικά βήματα στην αλλαγή συμπεριφοράς	Χρήση προοδευτικής εκπαίδευσης στα θέματα της διατροφής για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης, συνεχής ενίσχυση για την επιτυχή ενσωμάτωση των νέων συμπεριφορών στον τρόπο ζωής των ασθενών, ανάπτυξη θέσπισης στόχων και αυτό- παρακολούθησης των δεξιοτήτων
Συντήρηση	Διαρκής ενσωμάτωση νέων συμπεριφορών στον τρόπο ζωής	Αυτοδιαχείριση και αντιμετώπιση των δεξιοτήτων, δεξιότητες για τη διαχείριση της διαίτας στις νέες/δύσκολες κοινωνικές καταστάσεις, χτίσιμο της αυτό-διαχείρισης, ρύθμιση των στόχων και παρακολούθηση των δεξιοτήτων
Υποτροπή	Βιώνει το κανονικό μέρος της διαδικασίας αλλαγής, συνήθως αισθάνεται αποθαρρυσμένος	Ενίσχυση της αυτό-διαχείρισης και ανάπτυξη κοινωνικής υποστήριξης, παράγοντες που συνδέονται με την αντιμετώπιση των υποτροπών, χτίσιμο της αυτό-αποτελεσματικότητας και της αυτό-παρακολούθησης των δεξιοτήτων, τονίζει το τι μπορεί να μάθει από την υποτροπή σε σχέση με την εστίαση στην αποτυχία

Adapted from Kopple J., Massry S., (2004). *Nutrition Management of Renal Disease 2nd ed.* USA, Lippincott Williams & Wilkins

Η καλή επικοινωνία ανάμεσα στον θεραπευτή της υγείας και τον ασθενή είναι θεμελιώδους σημασίας για την τήρηση της διαιτητικής αγωγής. Οι διαιτητικές συμβουλές πρέπει να απλοποιηθούν στο μέτρο του δυνατού στις ανάγκες του ασθενούς. Οι θεραπευτές επίσης ενθαρρύνονται να αποκαλύψουν την ανθρώπινη πλευρά τους στους ασθενείς, περιγράφοντας τη δική τους προσέγγιση στην διαιτητική αλλαγή και εκφράζοντας ευαισθητοποίηση, ενδιαφέρον και ενσυναίσθηση. Αποκαλύπτοντας τις δικές του προσπάθειες ή τα προβλήματα του ατόμου επιτυγχάνοντας τη διατροφική προσκόλληση, είναι μία τεχνική που χρησιμοποιείται για να βοηθήσει στην οικοδόμηση αρμονικής σχέσης με τον ασθενή, αυξάνει την επικοινωνία, και ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλήσει ανοιχτά και με ειλικρίνεια χωρίς το φόβο μιας αρνητικής αντίδρασης. Η χρήση αυτής της τεχνικής μπορεί να υποστηρίξει την αλλαγή της συμπεριφοράς. Στον Πίνακα 12 που ακολουθεί οι λίστες και οι τακτικές στρατηγικής μπορούν να βελτιώσουν την πιθανότητα ότι οι ασθενείς θα εφαρμόσουν αυτά που έχουν μάθει (Kopple J., Massry S., 2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΗΡΗΣΗΣ, ΤΑΚΤΙΚΕΣ, ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
Στρατηγική	Τακτική ή Εξέταση
Επικεντρωθείτε πρώτα στα κρίσιμα ζητήματα. Στη συνέχεια με λιγότερη αυστηρότητα για τους παράγοντες και τα εμπόδια της τήρησης	Ξεκινήστε με τις επιπλοκές της υπερκαλιαιμίας και την ανεπαρκή πρόσληψη της διαιτητικής πρωτεΐνης και ενέργειας. Στη συνέχεια για το Φώσφορο, το Κάλιο, το Ασβέστιο, τα υγρά, τη χοληστερόλη, την πρόσληψη βιταμινών/μετάλλων, κ.λπ. διαδοχικά ανάλογα με την περίπτωση. Γνωστοποιήστε ότι οι προτεραιότητες μπορούν να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Ελαχιστοποιήστε την παρουσίαση των ξένων πληροφοριών.
Εξατομίκευση	Όταν προτείνετε αλλαγές λάβετε υπόψη σας βασικά ζητήματα από την οπτική γωνία του ασθενούς. Ηλικία, κουλτούρα, προσωπικότητα, οικονομικά κ.λπ. τα οποία όλα επηρεάζουν την προσήλωση.
Χρησιμοποιήστε τη γλώσσα του σώματος, αναπτύξτε διαπροσωπικές δεξιότητες	Οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στις λεπτές αποχρώσεις όπως η καλή βλεμματική επαφή, να είστε καθιστός και όχι να στέκεστε όρθιος, στον προφανή ενθουσιασμό και στην ενθάρρυνση (όπως ένα νεύμα σε απάντηση των σχολίων).
Αλληλεπίδραση και όχι αχιερσσύνη	Χρησιμοποιήστε ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Ρωτήστε τους ασθενείς να σας απαντήσουν τι περιμένουν από την τήρηση της διαίτας. Ζητήστε τους να συνοψίσουν τη συζήτηση και ενθαρρύνετε με ερωτήσεις. Ζητήστε ανατροφοδότηση.
Επικεντρωθείτε σε συγκεκριμένα μέτρα για να υπερπηδήσετε συγκεκριμένα εμπόδια και τι μπορεί να μάθει παρά να επικεντρωθεί στην μη τήρηση	Εάν η αλλαγή της συμπεριφοράς δεν είναι εμφανής, επαναλάβετε τις ίδιες οδηγίες, εξαπολύστε υποσχέσεις για την βελτίωση, την αντιπαράθεση, ή μιλήστε δυνατά σε άτομα με ανεπαρκείς γλωσσικές δεξιότητες τείνοντας να τονίσετε τις ελλείψεις του ασθενούς όταν προβούν σε ανάκληση. Δείξτε ανησυχία. Καθορίστε συγκεκριμένα εμπόδια στην αλλαγή. Εκπαιδεύστε με συγκεκριμένα βήματα, για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ζητημάτων που εμποδίζουν την τήρηση. Όταν επιτύχει, φιλοφρονήστε γενναιόδωρα τον ασθενή. Εάν είναι λιγότερο επιτυχής, εστιάστε στα διδάγματα από την εμπειρία παρά στην αποτυχία / μη τήρηση.
Χρησιμοποιήστε ποικίλους ανθρώπους για να ενισχύσετε τα μηνύματά σας	Χρησιμοποιήστε την ομάδα της νεφρολογικής φροντίδας για να ενισχύσετε την σημαντικότητα της διαιτητικής τήρησης. Οργανώστε ομαδικές συνεδρίες, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να βοηθήσουν ο ένας τον άλλο μέσα από τα θέματα εργασίας. Συμπεριλάβετε την οικογένεια των ασθενών, τα άτομα που τους φροντίζουν κ.λπ. ανάλογα την περίπτωση.
Χρησιμοποιήστε εκπαιδευτικό υλικό	Ενισχύστε τις συμβουλές σας με τη χρήση εκπαιδευτικού υλικού προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ασθενούς.

	Χρησιμοποιήστε καλά σχεδιασμένο, υψηλής ποιότητας εκπαιδευτικό υλικό (π.χ. χρώμα, καθαρά αντίγραφα) για να παρουσιάσετε μία επαγγελματική εικόνα και να δείξετε την σημασία της κοινοποίησης των πληροφοριών. Χρησιμοποιήστε το παντοπωλείο των ασθενών και μενού/βιβλία συνταγών ως βάση για τη □ διδασκαλία.
Χρησιμοποιήστε εκπαιδευτικές τεχνικές σχεδιασμένες για μεμονωμένους ασθενείς	Να είστε προετοιμασμένοι: παρουσιάστε σε γενικές γραμμές τι θα παρουσιαστεί αρχικά. Χρησιμοποιήστε ποικιλία από εκπαιδευτικές τεχνικές και μέσα μαζικής ενημέρωσης. Εξετάστε με ποιο τρόπο το κάθε άτομο μαθαίνει (π.χ. οπτικά ή λεκτικά), και επιλέξτε ανάλογα εκπαιδευτικές τεχνικές. Να είστε ευαίσθητοι στα επίπεδα εκπαίδευσης, στα πολιτιστικά και κοινωνικά ζητήματα κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας. Η εξατομίκευση της δ□δασκαλίας είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματική από □τι η ενδιάμεση διδασκαλία (π.χ. βίντεο). Η ποιότητα της διδασκαλίας ή η διδασκαλική μέθοδος είναι πιο σημαντική από την ποσοτική.
<p><i>Πηγή: Kopple J., Massry S., (2004). Nutritional management of renal disease 2nd ed.. USA, Lippincott Williams & Williams</i></p>	

4.4.2. ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η συμμόρφωση στη διαιτητική αγωγή από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αποτελεί το πιο δύσκολο κομμάτι της θεραπείας, λόγω της πολυπλοκότητας και του αριθμού των συστάσεων και το γεγονός ότι μακροχρόνια επηρεάζει τις προσωπικές συνήθειες μεταβάλλοντας και τον τρόπο ζωής σημαντικά (Hoover, 1989).

Οι αποκλίσεις από τους προβλεπόμενους διαιτητικούς περιορισμούς μπορεί να οδηγήσουν σε βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα. Για παράδειγμα, η υπέρμετρη πρόσληψη υγρών μπορεί να οδηγήσει σε δύσπνοια, σε υποτασικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, πνευμονικό οίδημα και σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (Goreczny A., 1995).

Υπέρμετρες συγκεντρώσεις ιόντων Καλίου στον ορό μπορούν να προκαλέσουν καρδιακή αρρυθμία (Andreoli, 1988).

Παρά τους κινδύνους που συνδέονται με τη μη συμμόρφωση στη διαιτητική θεραπεία, η βιβλιογραφία δείχνει ότι το 20-78% των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών αποτυγχάνουν να συμμορφωθούν με τη θεραπεία (Hartman &Becker, 1978; Wolcott et al, 1986).

4.4.2.α ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Η κακή θρέψη σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς με ΤΣΧΝΑ. η πρωτεΐνο-θερμιδική δυσθρεψία ορίζεται ως « η κατάσταση της μείωσης της πρωτεΐνης στο σώμα, με ή χωρίς την εξάντληση του λίπους, ή η κατάσταση της μειωμένης λειτουργικής ικανότητας, η οποία προκαλείται τουλάχιστον εν μέρει από την ανεπαρκή διατροφική πρόσληψη σε σχέση με την απαίτηση σε θρεπτικά συστατικά η οποία βελτιώνεται με τη θρεπτική πλήρωση» . Δυστυχώς , η πρωτεΐνο-θερμιδική δυσθρεψία είναι συχνά διαδεδομένη στο συγκεκριμένο πληθυσμό, και εκτιμάται σε ποσοστό από 20-80% στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ (Kalantar- Zadeh K.,et al, 2003 In: Suzuki H., & Kimmel P., 2007)

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας της αιμοκάθαρσης υπάρχουν υποχρεωτικές απώλειες αμινοξέων με υψηλές απώλειες στην περιτοναϊκή κάθαρση. Εκτιμάται ότι 5-8γρ. από τα αμινοξέα χάνονται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και περίπου 5-12γρ. απώλειες αμινοξέων στην περιτοναϊκή κάθαρση (Kalantar- Zadeh K.,et al, 2003; Ikizler T, 2005).

Μεγαλύτερες απώλειες αμινοξέων υπάρχουν όταν γίνεται αιμοκάθαρση ελεύθερη-γλυκόζης και υψηλής ροής αιμοκάθαρση (Daugirdas J.,et al, 2001; NKF-K/DQOI, 2000).

Άλλοι λόγοι οι οποίοι σχετίζονται με τα μειωμένα επίπεδα αλβουμίνης και την ανάγκη για αυξημένη πρωτεϊνική πρόσληψη είναι: ανωμαλίες που εμφανίζονται στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών, μεταβολή του κύκλου της αλβουμίνης, μεταβολική οξείδωση η οποία αυξάνει την υποβάθμιση και τον καταβολισμό που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση, και τη φλεγμονή (Kelly M., et al. 1991).

Ο μέσος όρος της ημερήσιας πρωτεϊνικής πρόσληψης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι ανάμεσα στο 0,94 και 1 γρ. πρωτεΐνη/kg/ημέρα. Έχει προταθεί ότι η ημερήσια πρωτεϊνική πρόσληψη 1,2gr/kg/ ημέρα είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της ισορροπίας του αζώτου στην πλειοψηφία της συντήρησης στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Επίσης προτείνεται ότι τουλάχιστον

μισή από την ημερήσια πρωτεϊνική πρόσληψη πρέπει να προέρχεται από πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας (Kalantar – Zadeh K., 2003; In Suzuki H., & Kimmel P., 2007).

Επίσης οδηγός του K/DOQI συνιστά 1,2gr. πρωτεΐνη/kg ιδανικού σωματικού βάρους/ ημέρα και το 50% να προέρχεται από τρόφιμα υψηλής βιολογικής πρωτεΐνης όπως κρέας, πουλερικά, κυνήγι, ψάρι, αυγά, σόγια και γαλακτοκομικά προϊόντα (NKF, 2000).

Αν και οι πρωτεϊνικές συστάσεις είναι σταθερές εδώ και 20 χρόνια, περισσότεροι από 50% των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών αναφέρουν ότι η πρόσληψη πρωτεΐνης είναι λιγότερο από 1.0gr/kg/day, και η κακή θρέψη είναι κοινή (NKF, 2000).

Η διαταραχή της θρεπτικής κατάστασης που προκύπτει από τη μειωμένη πρόσληψη της διαιτητικής πρωτεΐνης < 1,2gr.kg/day, και η υποαλβουμιναιμία, σχετίζονται με υψηλή επίπτωση νοσηρότητας και θνησιμότητας (Acchiardo S., et al 1990; Lowrie E., et al 1995)

4.4.2.β ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ

Η μέση ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση του αζώτου και της σύστασης του σώματος είναι περίπου 35 kcal/kg/ημέρα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ενήλικες και κάτω από 60 ετών. Για ενήλικες μεγαλύτερους από 60 ετών ή όσοι είναι παχύσαρκοι επωφελούνται από την ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη 30-35kcal/kg σωματικού βάρους. Ωστόσο, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έχουν χαμηλές ενεργειακές προσλήψεις, οι οποίες έχουν σχετιστεί με μειωμένη επιβίωση. Ο στόχος της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης είναι 30-35kcal/kg/ημέρα (NKF, K/DOQI, 2000).

Εάν αυτοί οι στόχοι δεν πραγματοποιούνται, μπορεί να χρειαστούν συμπληρωματικά μέτρα όπως η διατροφική συμβουλευτική, διατροφικά συμπληρώματα από το στόμα, σωλήνες σίτισης και παρεντερική διατροφή (Kimmel P., Suzuki H., 2007).

Ο υπολογισμός των θερμίδων θα πρέπει να γίνεται με το σωματικό βάρος απαλλαγμένο οιδήματος κατηγορηματικά για τους αιμοκαθαιρόμενους μετά την αιμοκάθαρση. Το National Kidney Foundation συνιστά ότι όταν οι ασθενείς βρίσκονται <95% ή >115% του μέσου ιδανικού βάρους (όπως ορίζεται από τα

δεδομένα του NHANES II), πρέπει να χρησιμοποιείται το προσαρμοσμένο βάρος (NFK, 2000).

Εάν χρησιμοποιηθεί το πραγματικό βάρος για τον υπολογισμό των θερμιδικών απαιτήσεων σε ασθενείς που είναι παχύσαρκοι, οι ενεργειακές απαιτήσεις θα υπερεκτιμηθούν. Το προσαρμοσμένο βάρος υπολογίζεται ως εξής:

Προσαρμοσμένο βάρος = Ιδανικό βάρος + [(πραγματικό βάρος απαλλαγμένο οιδήματος – ιδανικό βάρος) X 0.25] (NFK, 2000).

Ο Veneeman J., et al (2003) αξιολόγησε ότι η εντερική σίτιση στη θετική πρωτεϊνική ισορροπία έχει τον ίδιο βαθμό με την ημέρα που δεν υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση.

Ο Caglar et al,(2002) χορήγησε διατροφικά συμπληρώματα από το στόμα για μία περίοδο πάνω από 6 μήνες σε 85 ασθενείς κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, και βρήκε ότι οι ασθενείς είχαν σημαντικά υψηλή αλβουμίνη, και προ-αλβουμίνη. Η παρεντερική διατροφή όταν χορηγείται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης οδηγεί σε βελτίωση της διατροφικής κατάστασης.

Η Pupim L. et al.,(2004) αναφέρει στη μελέτη της ότι η παρεντερική σίτιση που πραγματοποιείται μέσω του διαλύματος κάθαρσης σχετίζεται με 83% αύξηση της ολικής πρωτεϊνικής σύνθεσης κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, ενώ χωρίς διατροφικά συμπληρώματα η ολική πρωτεϊνική σύνθεση είχε μία ελαφρά και όχι σημαντική αύξηση στο 17%. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς πηγαίνουν από το καταβολικό στο αναβολικό στάδιο κατά τη διάρκεια της έρευνας, παρά τις συνεχιζόμενες συνεδρίες αιμοκάθαρσης, στις οποίες χάνονται τα αμινοξέα (In Suzuki H., & Kimmel P., 2007).

Η διαταραχή του μεταβολισμού των λιπιδίων είναι αυξημένη στους αιμοκαθαιρόμενους. Ως εκ τούτου προτείνεται ότι οι θερμίδες από τα λιπίδια να είναι λιγότερο από 30% και τα κορεσμένα λίπη λιγότερα από 10%. Η ημερήσια πρόσληψη της χοληστερόλης πρέπει να είναι λιγότερο από 300mg, και προσπάθειες πρέπει να γίνουν για να επιτευχθεί μία ημερήσια πρόσληψη φυτικών ινών 20-25γρ.,(Rocco et al., 2002), η οποία όμως μπορεί να είναι δύσκολη λόγω του καλίου και του φωσφόρου που περιέχονται στα τρόφιμα που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες.

Ωστόσο, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και έχουν υψηλά επίπεδα χοληστερόλης δεν είναι απαραίτητο ότι θα ωφεληθούν από τους περαιτέρω

διαιτητικούς περιορισμούς γιατί η συνολική ενεργειακή πρόσληψη θα μειωθεί και μπορεί να οδηγήσει σε κακή θρέψη (Ahmed K., Kopple J., 1997).

Μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, η μείωση της θνησιμότητας έχει γίνει αισθητή σε ασθενείς που ακολούθησαν μία θεραπευτική αγωγή άσκησης, σε σχέση με αυτούς που δεν ασκούσαν. (Saltissi D., et al 2001)

Η βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας είναι ένα από τα οφέλη ενός καλού σχεδιασμένου προγράμματος άσκησης (O' Hare A., et al 2003).

Η προώθηση της άσκησης και η επίτευξη ενός ιδανικού βάρους απαιτείται (Oh-Park M., et al 2002).

4.4.2.γ. ΝΑΤΡΙΟ ΚΑΙ ΥΓΡΑ

Η αύξηση του σωματικού βάρους στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση συχνά αποτελεί τον κύριο παράγοντα ανησυχίας στο προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης, καθώς η υπερβολική αύξηση του όγκου των υγρών μπορεί να αποτελέσει έναν ισχυρό παράγοντα κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια και η απότομη αφαίρεση των αποκτημένων υγρών κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, ενδέχεται να προκαλέσει σοβαρή υπόταση, στηθάγχη και μυϊκές κράμπες (Kimmel P., Suzuki H., 2007).

Οι περιορισμοί του νατρίου και του νερού πρέπει να εξατομικεύονται ανάλογα την υπολειμματική νεφρική λειτουργία και τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Αποβολή υγρών μεγαλύτερη του 1 λίτρου/ημέρα, ήπιοι περιορισμοί του νατρίου και των υγρών συστήνονται ανάμεσα στις δύο συνεδρίες αιμοκάθαρσης, η κατακράτηση υγρών να είναι λιγότερο από το 5% του ξηρού βάρους του ασθενούς. Αυτό αντιστοιχεί περίπου σε 2-4gr νάτριο /ημέρα (87 -174mEq) και 2L (2,000mL) ημερήσια πρόσληψη. Εάν η αποβολή των υγρών είναι λιγότερη από 1L/ημέρα, προτείνεται η πρόσληψη νατρίου να είναι 2gr/ημέρα (87mEq) και η ημερήσια πρόσληψη υγρών 1-1,5L (1,000-1,500mL) (Kopple J., 2001).

Όταν οι ασθενείς είναι ανουρικοί, προτείνεται η ημερήσια πρόσληψη νατρίου να περιοριστεί σε λιγότερο από 2gr (87mEq) και η ημερήσια πρόσληψη υγρών να είναι όχι περισσότερο από 1L/ημέρα (Kopple J., 2001).

4.4.2.δ. ΚΑΛΙΟ

Καθώς ο σπειραματικός δείκτης διήθησης μειώνεται, το ποσοστό απέκκρισης του καλίου αυξάνεται τόσο από τα ούρα όσο και από τα κόπρανα. Ωστόσο, καθώς η νεφρική ανεπάρκεια συνεχίζει να χειροτερεύει η λειτουργία αυτή γίνεται λιγότερο αποτελεσματική και τελικά η κατακράτηση καλίου και η υπερκαλιαιμία θα εμφανιστεί. Το επιτρεπόμενο όριο του καλίου σε έναν ασθενή που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, εξαρτάται από την ουρική απέκκριση. Γενικά, τουλάχιστον 2,5gr καλίου είναι καλά ανεκτά από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Ωστόσο, η υπερκαλιαιμία μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς που είναι ανουρικοί ή έχουν δυσκοιλιότητα. Ήπια υπερκαλιαιμία μπορεί να εμφανιστεί στον ορό σε επίπεδα μεγαλύτερα των 5,5mEq/L. Μέτρια έως σοβαρή υποκαλιαιμία εμφανίζεται σε επίπεδα κάτω των 3,5mEq/L. (Massy Z., Keane W, 2002).

Μέτρα για την αποφυγή της υπερκαλιαιμίας περιλαμβάνουν τον περιορισμό των τροφίμων με υψηλό κάλιο. Η διατροφική συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς με υπερκαλιαιμία να αποφύγουν τις τροφές με υψηλό κάλιο, μειώνοντας τα επίπεδα του καλίου (Schiro –Harvey K., 2002).

Επίπεδα καλίου στον ορό

3,5-5.0.....ασφαλής ζώνη

5.1-6.0.....προειδοποιητική ζώνη

>6.0.....Ζώνη υψηλού κινδύνου

Πηγή (NKF, 2010)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΚΑΛΙΟΥ

- Περιορισμός τροφών υψηλών σε κάλιο.
- Κατανάλωση ποικιλίας τροφίμων αλλά με μέτρο
- Εάν συμπεριληφθούν κάποια τρόφιμα με υψηλό κάλιο στο διαιτολόγιο, στράγγισμα πριν να χρησιμοποιηθούν. Το στράγγισμα είναι μία διαδικασία κατά την οποία το κάλιο μπορεί να απομακρυνθεί από τα λαχανικά. Είναι

σημαντικό να θυμάται ο ασθενής ότι το στράγγισμα δεν απομακρύνει όλο το κάλιο από τα λαχανικά. Αυτό ισχύει για τις πατάτες, γλυκοπατάτες, καρότα, παντζάρια, και για μεγάλα γογγύλια

- Καθαρισμός και τοποθέτηση των λαχανικών σε κρύο νερό για να μην πάρουν σκούρο χρώμα
- Λαχανικά σε μικρά τεμάχια
- Ξέπλυμα με ζεστό νερό για λίγα δευτερόλεπτα
- Μούλιασμα των λαχανικών τουλάχιστον 2 ώρες σε ζεστό νερό. Χρησιμοποίηση του δεκαπλάσιου του ποσού του νερού με το ποσό των λαχανικών. Αλλαγή του νερού κάθε 4 ώρες.
- Ξέπλυμα με χλιαρό νερό για λίγα δευτερόλεπτα
- Βράσιμο των λαχανικών με πέντε φορές την ποσότητα του νερού με το ποσό των λαχανικών.
- Ο ασθενής δεν πρέπει να πίνει ή να χρησιμοποιεί υγρά από κονσερβοποιημένα φρούτα και λαχανικά, ή τον οπό από βρασμένο κρέας.
- Σχεδόν όλα τα τρόφιμα έχουν λίγο κάλιο. Η ποσότητα και το μέγεθος της μερίδας είναι πολύ σημαντικό. Μία μεγάλη ποσότητα από ένα τρόφιμο με χαμηλό κάλιο μπορεί να μετατραπεί σε ένα τρόφιμο με υψηλό κάλιο (NKF, 2010)

ΠΙΝΑΚΑΣ 13.

ΦΡΟΥΤΑ	ΛΑΧΑΝΙΚΑ	ΆΛΛΑ ΤΡΟΦΙΜΑ
Βερίκοκα (2 μεσαία) ωμά	Αγγινάρα	Πίτουρο / προϊόντα ολικής αλέσεως
Αποξηραμένα (5 μισά)	Μπαμπού	Σοκολάτα 1,5 έως 2 ουγγιές
Αβοκάντο (1/4)	Φασόλια φούρνου	Granola
Μπανάνα (1/2)	Τεύτλα νωπά	Γάλα όλοι οι τύποι (1 φλιτζ.)
Πεπονάκι	Μαύρα φασόλια	Μελάσα (1 κουτ. σούπας)
Χουριάδες (5 ολόκληροι)	Μπρόκολο βρασμένο	Συμπληρώματα διατροφής:
Ξηρά φρούτα	Λαχανάκια βρυξελλών	χρησιμοποιούνται μόνο με τις οδηγίες του γιατρού ή του
Αποξηραμένα σύκα	Κινέζικο λάχανο	διαιτολόγου
Χυμός γκρειπ-φρουτ	Καρότα ωμά	Ξηροί καρποί και σπόροι
Ακτινίδιο 1 μέτριο	Ξερά φασόλια και μπιζέλια	Γιαούρτι
Μάγκο 1 μέτριο	φακή	
Νεκταρίνι (1 μέτριο)	όσπρια	

Χυμός πορτοκαλιού Πορτοκάλι (1 μέτριο) Παπάγια (1/2) Ρόδι (1 ολόκληρο) Χυμός ροδιού Ξερά δαμάσκηνα Σταφίδες	μανιτάρια κονσέρβα κολοκύθι γογγύλια σπανάκι μαγειρεμένο πατάτες άσπρες και γλυκοπατάτες ντομάτες/προϊόντα ντομάτας χυμοί λαχανικών	Φυστικοβούτυρο (2 κουτ. σούπας) Υποκατάστατο αλατιού Ταμπάκο/ μάζημα του καπνού
---	--	--

(Adapted from NKF, 2010)

ΤΡΟΦΕΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ ΚΑΛΙΟ (1 μερίδα = ½ φλιτζ. εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά). Τρώγοντας περισσότερο από 1 μερίδα μπορεί ένα τρόφιμο με χαμηλό κάλιο να μετατραπεί σε τρόφιμο με υψηλό κάλιο

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.

ΦΡΟΥΤΑ	ΛΑΧΑΝΙΚΑ	ΆΛΛΑ ΤΡΟΦΙΜΑ
Μήλο (1 μεσαίο) Χυμός μήλου Σάλτσα μήλου ή πουρές μήλου Βερίκοκα κομπόστα κονσέρβα Βατόμουρα Blueberries Cranberries Κεράσια Σταφύλια Χυμός από σταφύλια Γκρέιπφρουτ (1/2) Μανταρίνι Πορτοκάλι Ροδάκινο νωπό (1 μικρό) Κονσέρβα (1/2 φλιτζ.) Ανανάς Χυμός ανανά	Σπαράγγια (6 λόγχεις) Φασόλια Λάχανο πράσινο ή κόκκινο Καρότα μαγειρεμένα Σέλερι Καλαμπόκι, φρέσκο (1/2) Κατεψυγμένο (1/2 φλιτζ.) Αγγούρι Μελιτζάνα Μαρούλι Μανιτάρια νωπά Μπάμια Κρεμμύδια Μαϊντανός Μπιζέλια Πιπεριές Ραπανάκι κάρδαμο	Ρύζι Noodles Ζυμαρικά Ψωμί και τα προϊόντα του: (όχι ολικής αλέσεως) Καφές: όριο 226ml Τσάι: όριο 385ml Πίτες χωρίς σοκολάτα ή με φρούτα με υψηλό κάλιο

Δαμάσκηνο (1 ολόκληρο) Σμέουρα Φράουλες Καρπούζι (1 φλιτζ.) Αχλάδια νωπά (1μικρό) Κονσέρβα (1/2 φλιτζ.)		
<i>(Adapted from NKF, 2010)</i>		

4.4.2.ε. ΦΩΣΦΟΡΟΣ

Η υπερφωσφαταιμία γενικά δεν εμφανίζεται μέχρι ο δείκτης GFR μειωθεί μεταξύ 20 και 30mL/min/1,73m² και το επίπεδο ορού ποικίλει ανάλογα τη διαιτητική πρόσληψη (Martinez I., et al, 1996).

Η συσσώρευση του φωσφόρου στο πλάσμα εμφανίζεται ακόμη και όταν η πρόσληψη φωσφόρου είναι περιορισμένη. Αν και οι δεσμευτές φωσφόρου απορροφούν το 50% του διαιτητικού φωσφόρου, το υπόλοιπο του φωσφόρου δεν μπορεί να αποβληθεί κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης (Korpple J, NKF, 2001).

Στην αιμοκάθαρση ο φώσφορος αποβάλλεται από 500 με 1000mg/συνεδρία, κυρίως κατά τη διάρκεια των πρώτων 60-90min της αιμοκάθαρσης (Martinez I., et al, 1996, Korpple J, NKF, 2001).

Επειδή η υπερφωσφαταιμία μόνη της συνδεόταν με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε μία αναδρομική αναθεώρηση (NKF, 2003), ο έλεγχος του διαιτητικού φωσφόρου και των δεσμευτών παραμένει σημαντικό μέρος της διαιτητικής θεραπείας.

Οι συστάσεις από το K/DOQI Work Group on Bone Metabolism and Disease in Chronic Kidney Disease είναι η πρόσληψη του διαιτητικού φωσφόρου να είναι από 800-1000mg φωσφόρου/ημέρα, ή λιγότερο από 17mg/kg ιδανικού σωματικού βάρους (Llach F., 2000).

Η διατροφική συμβουλευτική σχετικά με τις επιλογές τροφίμων υψηλών σε πρωτεΐνη/χαμηλών σε φώσφορο, το κατάλληλο χρονοδιάγραμμα και η δόση των δεσμευτών φωσφόρου είναι μία σταθερή πρακτική στην αιμοκάθαρση (Byham- Gray L., Wiesen K., 2004).

Το ασφαλές επίπεδο του Φωσφόρου στο αίμα κυμαίνεται από 3.5-5.5mg/dL (NKF, 2010).

Στον Πίνακα 15. που ακολουθεί περιλαμβάνονται τρόφιμα που είναι υψηλά σε Φώσφορο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.

ΤΡΟΦΙΜΑ ΥΨΗΛΑ ΣΕ ΦΩΣΦΟΡΟ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ Ή ΑΠΟΦΥΓΗ	
Πίνακας 1	
ΠΟΤΑ	Μπύρα, κακάο, ποτά που φτιάχνονται με γάλα, παγωμένο τσάι του εμπορίου, dark colas
ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ	Τυρί, cottage cheese, παγωτό, γάλα, γιαούρτι, πουτίγκα, κρέμα custard, κρέμες
ΠΡΩΤΕΪΝΗ	Κυπρίνος, караβίδα, βοδινό συκώτι, συκώτι κοτόπουλου, εντόσθια ζώων, αυγοτάραχο, στρείδια, σαρδέλες
ΛΑΧΑΝΙΚΑ	Ξερά φασόλια και αρακάς, φακές, σόγια beans, φασόλια κονσέρβα
ΆΛΛΑ ΤΡΟΦΙΜΑ	Δημητριακά ολικής αλέσεως, ξηροί καρποί, φύτερες σιταριού, προζύμι, καραμέλες, προϊόντα ολικής αλέσεως

Πηγή: Adapted from NKF, 2010

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

<i>ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ</i>	<i>ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>
Πρωτεΐνη	1,2g/kg μέσου βάρους(50% υψηλής βιολογικής αξίας)
Ενέργεια	
Ενήλικες <60 ετών	35kcal/kg
Ενήλικες >60 ετών	30-35kcal/kg
Νάτριο και υγρά	
≥ 1L αποβολή υγρών	2-4g Na και 2L υγρά
≤ 1L αποβολή υγρών	2g Na και 1- 1,5L υγρά
Ανουρία	2gNa και 1L υγρά
Κάλιο	40mg/kg ΙΣΒ* ή ΣΣΒ*
Φώσφορος	800-1000mg ή <17mg/kg ΙΣΒ ή ΣΣΒ
Ασβέστιο	Εξατομικεύεται
Μαγνήσιο	0.2-0.3g
Σίδηρος	Εξατομικεύεται
Ψευδάργυρος	8-11mg
Βιταμίνη Α	700-900μg
Βιταμίνη D	5-15μg
Βιταμίνη E	15mg
Βιταμίνη K	90-120mg
Θειαμίνη	1.1-1.2mg
Ριβοφλαβίνη	1.1-1.3mg
Βιοτίνη	Άγνωστο
Παντοθενικό οξύ	Άγνωστο
Νιασίνη	άγνωστο
Φυλικό οξύ	800-1000μg
Βιταμίνη Β6	1.3-1.7mg
Βιταμίνη Β12	2.4μg
Βιταμίνη C	75-90mg

ΙΣΒ= Ιδανικό Σωματικό Βάρος, ΣΣΒ= Σταθερό Σωματικό Βάρος

Πηγή: *A clinical guide to nutrition care in Kidney Disease by Byham-Gray L., ADA, Renal Practice Group, NKF, 2004)*

4.4.2.στ. ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑ

Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες μπορεί να εξαντληθούν στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, ως αποτέλεσμα της μειωμένης πρόσληψης και της κάθαρσης κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Πολυβιταμινούχα συμπληρώματα είναι σημαντικά στους ασθενείς για τη διασφάλιση επαρκούς εφοδιασμού των βασικών θρεπτικών συστατικών. Με εξαίρεση τη βιταμίνη D, οι υπόλοιπες λιποδιαλυτές βιταμίνες A, E, και K συχνά δε χρειάζονται πρόσθετα συμπληρώματα (Ikizler T, 2005).

Η πρόσληψη Νατρίου πρέπει να περιορίζεται για να αποφευχθεί η υπερφόρτωση του όγκου και η αιμοδυναμική αστάθεια. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς θα πρέπει να τηρούν αυστηρά τη δίαιτα με χαμηλό Κάλιο λιγότερο από 2g/ημέρα, για την αποφυγή των ενδεχόμενων επιπλοκών της υπερκαλιαιμίας. Ο περιορισμός του φωσφόρου είναι επίσης σημαντικός για την αποφυγή των ενδεχόμενων επιπλοκών της υπερφωσφαταιμίας, συμπεριλαμβάνοντας την υπασβεστιαϊμία, την αγγειακή αποτιάνωση και το σχηματισμό ασβεστοποιημένου ιστού. Οι δεσμευτές Φωσφόρου που λαμβάνονται σε κάθε γεύμα είναι συχνά απαραίτητοι, καθώς ο φώσφορος δεν μπορεί εύκολα να καθαριστεί με τη συμβατική αιμοκάθαρση (Ikizler T, 2005).

4.4.3. ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η μεταμόσχευση των νεφρών αποτελεί την προτιμώμενη μέθοδο θεραπείας σε ασθενείς με ΤΣΧΝΑ. Η διατροφική φροντίδα στους μεταμοσχευμένους αποτελεί μία δυναμική διαδικασία. Συνεπάγεται την ενσωμάτωση της γνώσης των επιπλοκών που σχετίζονται με την ιατρική κατάσταση του ασθενούς της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, και τις επιπτώσεις από τις εν εξελίξει θεραπευτικές παρεμβάσεις για την διατροφική κατάσταση του ασθενούς. Η συνεχής επαναξιολόγηση των στόχων της διατροφής και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας επιτρέπουν την προσαρμογή των προτεραιοτήτων της διατροφής κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων της περίθαλψης (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

Τρεις φάσεις περίθαλψης έχουν προσδιοριστεί για τους λήπτες μεταμόσχευσης οργάνων. Είναι η προ-μεταμοσχευτική περίοδος, όπου ο στόχος είναι να καλύψει την εκπαίδευση και τις διατροφικές ανάγκες, τη βελτιστοποίηση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς, και να βοηθήσει το σωματικό βάρος του ασθενή σύμφωνα με τα κριτήρια που απαιτούνται για τη μεταμόσχευση (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

Στην οξεία μετα-μοσχευτική περίοδο (πάνω από 8 εβδομάδες μετά τη μεταμόσχευση), ο στόχος είναι η υποστήριξη των αυξημένων μεταβολικών απαιτήσεων της εγχείρισης και των υψηλών δόσεων της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

Στην χρόνια μεταμοσχευτική περίοδο η διατροφική αποκατάσταση μπορεί να υλοποιηθεί. Η ανησυχία στη διαχείριση της διατροφής συνδέεται με την μακροπρόθεσμη ανοσοκατασταλτική θεραπεία, ειδικά σε άτομα με γενετική προδιάθεση για διαβήτη και καρδιαγγειακή νόσο (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

Στην προμεταμοσχευτική περίοδο οι διαιτολόγοι πρέπει να προσέξουν ότι οι υποψήφιοι μεταμοσχευόμενοι έχουν υποστεί τις αρνητικές συνέπειες μιας χρόνιας νόσου με οργανική ανεπάρκεια και ότι όλες οι ελλείψεις που σημειώνονται δεν μπορούν να διορθωθούν χωρίς την αντικατάσταση οργάνων (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

Η προμεταμοσχευτική αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει ένα ιατρικό ιστορικό, διαιτητικό ιστορικό, ανθρωπομετρικά δεδομένα, βιοχημικούς δείκτες της διατροφικής κατάστασης, αξιολόγηση των γαστρεντερικών ανωμαλιών, διατροφικά συμπληρώματα και χρήση βιταμινών και μετάλλων, χρήση βοτάνων και πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία της νεφρικής αντικατάστασης. Για τους υποσιτισμένους ασθενείς απαιτείται ειδική διατροφική υποστήριξη πριν την εγχείριση (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

Οι απαιτήσεις σε θρεπτικά συστατικά είναι αυξημένες κατά τη διάρκεια της οξείας μεταμοσχευτικής φάσης, η οποία διαρκεί μέχρι και 8 εβδομάδες. Οι διατροφικές συστάσεις για ενήλικες νεφροπαθείς παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ		
Θρεπτικά συστατικά	Οξεία περίοδος	Χρόνια περίοδος
Πρωτεΐνη	1.3- 2.0g/kg*	0.8-1.0g/kg όριο με χρόνια δυσλειτουργία του μοσχεύματος
Θερμίδες	30-35kcal/kg* ή BEE X 1.3; Μπορεί να αυξηθούν σε μετεγχειρητικές επιπλοκές	Διατήρηση επιθυμητού σωματικού βάρους
Υδατάνθρακες	Περιορισμός στην πρόσληψη απλών υδατ/κών εάν προκύψει μη ανοχή	Δίνεται έμφαση στην πρόσληψη σύνθετων υδατανθράκων
Λίπη	Υπόλοιπο σε θερμίδες, έμφαση σε PUFA και MUFA	Δίνεται έμφαση σε PUFA και MUFA
Νάτριο	2-4g	2-4g με υπέρταση
Κάλιο	2-4g εάν υπάρχει υπερκαλιαιμία	Απεριόριστα εκτός εάν υπάρχει υπερκαλιαιμία
Ασβέστιο	1200-1500mg	1200-1500mg
Φώσφορος	DRI, μπορεί να χρειαστούν συμπληρώματα για τη διατήρηση των επιπέδων ορού σε φυσιολογικά επίπεδα	DRI↑
Άλλες Βιταμίνες	DRI↑	DRI↑
Άλλα μέταλλα	DRI↑	DRI↑
Ίχνη στοιχείων	DRI↑	DRI↑
Υγρά	Περιορισμός μόνο από τη λειτουργία του μοσχεύματος	Περιορισμός μόνο από τη λειτουργία του μοσχεύματος, γενικά η πρόσληψη είναι απεριόριστη

Συντομογραφίες: BEE(Basal energy expenditure); DRI (Dietary reference intake); MUFA (monounsaturated fatty acids); PUFA (polyunsaturated fatty acids).

*σταθερό ή προσαρμοσμένο σωματικό βάρος

↑ Τα DRI χρησιμοποιούνται ως κατευθυντήρια η γραμμή. Ειδικές συστάσεις δεν είναι διαθέσιμες για αυτόν τον πληθυσμό

Πηγή: Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

4.4.3.α. ΠΡΩΤΕΪΝΗ

Η επιτάχυνση του πρωτεϊνικού καταβολισμού στους μεταμοσχευόμενους ασθενείς σχετίζεται με τη χορήγηση μεγάλων δόσεων από κορτικοστεροειδή καθώς και από το μετεγχειρητικό στρες.

Ο αυξημένος πρωτεϊνικός καταβολισμός εξακολουθεί να υπάρχει, τουλάχιστον μέχρι την τρίτη μετεγχειρητική εβδομάδα, και αυξάνει κατά τη θεραπεία της απόρριψης. Η διατήρηση της πρωτεϊνικής ισορροπίας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου αποτελεί ένα τεράστιο έργο, και αρνητικό πρωτεϊνικό ισοζύγιο θα προκύψει εάν η πρόσληψη της πρωτεΐνης δεν είναι ίση με τον πρωτεϊνικό καταβολικό ρυθμό. Η παρούσα σύσταση για την αρχική πρωτεϊνική πρόσληψη είναι 1.3-2.0g/kg

πραγματικού ή προσαρμοσμένου σωματικού βάρους (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

4.4.3.β. ΕΝΕΡΓΕΙΑ

Οι απαιτήσεις σε ενέργεια αυξάνονται στην οξεία μεταμοσχευτική φάση και μπορεί να εκτιμηθεί υπολογίζοντας 30 με 35kcal/kg του σταθερού ή προσαρμοσμένου σωματικού βάρους . Η σύσταση αυτή κρίνεται επαρκής για τη διατήρηση ή την επίτευξη της φυσικής ισορροπίας του αζώτου. Οι ενεργειακές απαιτήσεις μπορεί να αυξηθούν παρουσία πυρετού, λοίμωξης, χειρουργικού στρες, και υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών. Οι ενεργειακές απαιτήσεις μπορούν επίσης να υπολογιστούν χρησιμοποιώντας την εξίσωση Harris-Benedict για την εκτίμηση των βασικών ενεργειακών απαιτήσεων πολλαπλασιάζοντας με τον συντελεστή του στρες 1.3-1.5 (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

4.4.3.γ. ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Δυσανεξία στη γλυκόζη μετεγχειρητικά είναι αποτέλεσμα της ανοσοκαταστολής, του χειρουργικού στρες, γενετικής προδιάθεσης, της παχυσαρκίας, της προχωρημένης ηλικίας και της λοίμωξης .

Η υπεργλυκαιμία είναι βραχύβια κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου και μπορεί να αντιμετωπιστεί με αναλογικής κλίμακας ινσουλίνη ή λαμβάνοντας υπογλυκαιμικούς παράγοντες από το στόμα, καθώς και με έλεγχο των υδατανθράκων στη διαίτα. Οι σύνθετοι υδατάνθρακες μπορούν να ανέλθουν πάνω από 70% των συνολικών ενεργειακών απαιτήσεων (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

4.4.3.δ. ΛΙΠΗ

Κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου, τα λίπη θα παράσχουν το υπόλοιπο της συνολικής ενέργειας μετά τον υπολογισμό του ποσού των πρωτεϊνών και υδατανθράκων. Το ποσό του λίπους περιορίζεται μόνο από το κατάλληλο επίπεδο ενέργειας, και συνήθως παρέχει πάνω 30% της συνολικής ενέργειας, με περιορισμό των κορεσμένων λιπαρών στο 10% των θερμίδων.

Η δυσλιπιδαιμία συνήθως εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της χρόνιας μεταμοσχευτικής περιόδου(Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

4.4.3.ε. ΝΑΤΡΙΟ

Η πρόσληψη νατρίου πρέπει να περιοριστεί στην οξεία μετεγχειριτική περίοδο παρουσία κακής λειτουργίας αλλομοσχεύματος ή σε μεταμοσχευτική υπέρταση. Μερικά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν υπέρταση και κατακράτηση υγρών, όπου απαιτείται περιορισμός του νατρίου σε 4γρ/ημέρα. Η αρτηριακή πίεση, η κατάσταση των υγρών, και τα επίπεδα των ηλεκτρολυτών θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά όποτε απαιτείται ο περιορισμός του νατρίου (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

4.4.3.στ. ΚΑΛΙΟ

Ένας μέτριος διαιτητικός περιορισμός του καλίου ενδείκνυται εάν τα επίπεδα ορού του καλίου είναι ανεβασμένα. Η κακή λειτουργία του μοσχεύματος καθώς και η μειωμένη απέκκριση του καλίου σχετίζονται με την ανοσοκαταστολή όπου τα καλιοσυντηρητικά διουρητικά μπορούν να συμβάλουν στην υπερκαλιαιμία. Η υποκαλιαιμία αναφέρεται επίσης στους μεταμοσχευμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της αποβολής καλίου με διουρητικά (Cochran C., et al in Gray L., et al, 2004).

5.5. ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Στους ασθενείς με ΧΝΑ υπάρχουν διαφορές στην ολική πρωτεΐνη σώματος, στην άλιπη μάζα σώματος, στο λιπώδη ιστό, στη μυϊκή μάζα και στο ολικό νερό σώματος. Το βάρος, η μυϊκή μάζα και το ολικό νερό σώματος αλλάζουν σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα, και επομένως θέτει σε κίνδυνο την ακρίβεια των μετρήσεων της σύστασης του σώματος. Ωστόσο το NFK K/DOQI Clinical Practice Guidelines in Nutrition θεωρεί ότι οι ανθρωπομετρικοί δείκτες είναι έγκυροι και κλινικά χρήσιμοι δείκτες για την πρωτεΐνο-ενεργειακή διατροφική κατάσταση σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Fouque D., Kopple J., 2004).

5.5.1. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Παρακολουθώντας το σωματικό βάρος των ασθενών με την πάροδο του χρόνου αποτελεί μία από τις πιο χρήσιμες ανθρωπομετρικές μετρήσεις. Λόγω του ότι τα υγρά ανάμεσα στις δύο αιμοκαθάρσεις διατηρούνται στο σώμα, και το οίδημα είναι συχνό, γενικά χρησιμοποιείται το ξηρό βάρος. Το ξηρό βάρος ορίζεται ως το βάρος στο οποίο ο ασθενής δεν είναι ούτε υπερτασικός ούτε υποτασικός και δεν υπάρχει οίδημα. Ένας από τους στόχους της αιμοκάθαρσης είναι η απομάκρυνση επαρκούς ποσότητας υγρών ώστε να επιτευχθεί το ξηρό βάρος στους ασθενείς στο τέλος της αιμοκάθαρσης χωρίς να προκληθούν υποτασικά επεισόδια ή κράμπες. Κάθε βάρος πρέπει να μετράται με τυποποιημένο τρόπο σε κάθε αιμοκάθαρση, με αξιόπιστες κλίμακες, ενώ ο ασθενής να φορά παρόμοια είδη ρούχων. Το βάρος θα πρέπει να μετράται με ακρίβεια στο 0,1kg (Fouque D., Kopple J., 2004).

Αλλαγές στο ξηρό σωματικό βάρος με την πάροδο του χρόνου είναι συνήθως αξιόπιστοι δείκτες των αλλαγών στην διατροφική κατάσταση και οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για αυτές τις αλλαγές. Προκειμένου να υπολογιστούν οι διαιτητικές ανάγκες του ασθενούς το πραγματικό ξηρό βάρος θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί εάν περιλαμβάνεται μεταξύ 95% και 115% του ιδανικού σωματικού βάρους από τους πίνακες του NHANES II. Εάν το πραγματικό βάρος ενός ασθενή είναι μικρότερο από το 95% ή μεγαλύτερο από 115% του ιδανικού σωματικού βάρους, το προσαρμοσμένο βάρος απαλλαγμένο από οίδημα θα πρέπει να χρησιμοποιείται και να υπολογίζεται ως εξής:

Προσαρμοσμένο βάρος= πραγματικό βάρος+ ([ιδανικό βάρος – πραγματικό βάρος] X 0,25) (Fouque D., Kopple J., 2004).

5.5.2 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI)

Ο ΔΜΣ υπολογίζεται από τη διαίρεση των κιλών του ασθενούς σε χιλιόγραμμα προς το ύψος σε μέτρα. Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του ολικού σωματικού

λίπους. Για έναν άνδρα ο ΔΜΣ μεγαλύτερος από 30kg/m² υποδεικνύει ότι είναι περίπου 20% υπέρβαρος και με αυξημένο κίνδυνο για την υγεία. Όταν ο ΔΜΣ είναι ανάμεσα στο 20-25 kg/m² θεωρείται υγιής αναλογία του σωματικού λίπους, ενώ όταν ο ΔΜΣ βρίσκεται κάτω από 20kg/m² μπορεί να υποδεικνύει πρωτεϊνο-ενεργειακό υποσιτισμό(Fouque D., Korple J., 2004).

Για τις γυναίκες όταν ο ΔΜΣ είναι > 28kg/m² υποδεικνύει παχυσαρκία, ενώ όταν το εύρος του ΔΜΣ είναι ανάμεσα στο 19-24kg/m² θεωρείται επιθυμητός. ΔΜΣ < 15kg/m² δείχνει πρωτεϊνο-ενεργειακό υποσιτισμό και 20% λιποβαρής.

Ωστόσο, ορισμένοι βαρείς και μυώδεις αθλητές μπορεί να βρίσκονται στο εύρος ΔΜΣ της παχυσαρκίας, όπως και αθλητές μεγάλων αποστάσεων μπορεί να έχουν έναν ασυνήθιστα χαμηλό ΔΜΣ(Fouque D., Korple J., 2004).

5.5.3. ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ

Το πάχος των δερματικών πτυχών σχετίζονται με το ολικό σωματικό λίπος, αλλά η ακρίβεια των μετρήσεων εξαρτάται την προσεκτική τακτική του εξεταστή. Ακριβέστερα αποτελέσματα μπορούν να ληφθούν μετρώντας τουλάχιστον τρεις ή τέσσερις δερματοπτυχές, στο δικέφαλο, τρικέφαλο, υποπλατιαίο και πλευρικά του θώρακα. Όταν υπάρχει οίδημα οι δερματοπτυχές μπορεί να δώσουν υψηλή εκτίμηση του σωματικού λίπους (Fouque D., Korple J., 2004).

5.5.4. ΥΨΟΣ

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχει αποδειχθεί ότι υπερεκτιμάται το πραγματικό ύψος σε σχέση με άλλους πληθυσμούς, πιθανόν λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης νεφρικής νόσου των οστών (Wiggins K., 2000).

5.5.4.α. ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΡΗΣΗ

Η μέτρηση του ύψους στους ενήλικες γίνεται σε όρθια θέση με τη χρήση αναστημόμετρου. Ο ασθενής θα πρέπει να σταθεί όρθια με τα πόδια ενωμένα και το βάρος να κατανέμεται και στα δύο πόδια. Όταν αυτό είναι δυνατόν, οι φτέρνες, οι γλουτοί, η ωμοπλάτη, και το κεφάλι πρέπει να ακουμπούν στον τοίχο ή στην κάθετη επιφάνεια της συσκευής μέτρησης. Οι βραχίονες θα πρέπει να κρέμονται ελεύθερα στα πλαϊνά με τις παλάμες να είναι προς τη μεριά των μηρών. Ζητείται από τον ασθενή να κοιτά ευθεία μπροστά, παίρνοντας μια βαθιά αναπνοή, και να σταθεί ψηλά για να βοηθήσει στην ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης(Wiggins K., 2000).

5.5.4.β. ΕΜΜΕΣΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Χρησιμοποιούνται για ασθενείς οι οποίοι αδυνατούν να σταθούν όρθιοι για τη μέτρηση του ύψους.

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΨΟΥΣ– ΜΕΘΟΔΟΣ 1: ΤΟ ΜΗΚΟΣ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΑ

Και στους άνδρες και στις γυναίκες η μέτρηση του μήκους του βραχίονα είναι περίπου ίσος με το ύψος (κατά 10%) και δεν μεταβάλλεται σημαντικά με την ηλικία. Το μήκος του βραχίονα είναι δύσκολο να μετρηθεί σε ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να τεντώσουν τα χέρια τους κατάλληλα και οι μετρήσεις στο στήθος μπορούν να μεταβληθούν από πνευματική νόσο, κύφωση ή οστεοπόρωση.

Το μήκος του βραχίονα μετριέται με τα χέρια σε πλήρη έκταση στο ύψος των ώμων και κάθετα προς το σώμα του ασθενούς, ενώ οι παλάμες να κοιτάζουν προς τα εμπρός. Η μέτρηση γίνεται κατά μήκος της πλάτης από την άκρη του μεσαίου δακτύλου έως την άκρη του άλλου μέσου δακτύλου. Για κλινήρεις ασθενείς, η μέτρηση γίνεται από τις άκρες των μέσων δακτύλων με την μεζούρα να διέρχεται πάνω από τις κλείδες(Wiggins K., 2000).

2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΨΟΥΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ 2: ΥΨΟΣ ΓΟΝΑΤΟΥ

Η μέτρηση του ύψους του γονάτου έχει υψηλό βαθμό συσχέτισης με το ανάστημα και μειώνεται λίγο με την ηλικία. Το ύψος του γονάτου είναι καλύτερα να μετράται με caliper, ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση με το γόνατο και τον αστράγαλο σε κάμψη 90°. Εάν δεν είναι δυνατόν να μετρήσουμε τον ασθενή όταν είναι ξαπλωμένος, είναι αποδεκτή η μέτρηση του ύψους του γονάτου με τον ασθενή σε καθιστή θέση. Η μέτρηση γίνεται κατά προτίμηση στην εξωτερική πλευρά του αριστερού ποδιού. Μετράται την απόσταση από την φτέρνα μέχρι την επιγονατίδα .

Δύο διαδοχικές μετρήσεις πρέπει να λαμβάνονται και να καταγράφονται με ακρίβεια 0,1cm. Ο μέσος όρος των δύο μετρήσεων χρησιμοποιείται στους παρακάτω τύπους για την εκτίμηση του αναστήματος(Wiggins K., 2000).

Ανάστημα (γυναίκες)= (1.83X ύψος γονάτου)-(0.24X ηλικία) + 84.88

Ανάστημα (άνδρες) = (2.02 X ύψος γονάτου)- (0.04X ηλικία)+ 64.19(Wiggins K., 2000).

5.5.5. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΟΥ ΜΥ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΑ

Η περιφέρεια του μυ του βραχίονα (MAMC) έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της μυϊκής μάζας. Γενικά μετράται η μέση περιοχή του βραχίονα χρησιμοποιώντας τον μη – κυρίαρχο βραχίονα αλλά ειδικά σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, μετράται ο βραχίονας που δεν έχει φίστουλα. Ο τύπος που ακολουθεί μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση της περιφέρειας του μυ του βραχίονα:

MAMC (cm)= mid-arm circumference (cm) – 0.314 x triceps skinfold thickness (mm) (Fouque D., Kopple J., 2004).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην έρευνα μας που πραγματοποιήθηκε σε 5 νοσοκομεία της Αθήνας (Ασκληπιείο Βούλας, Ερυθρός Σταυρός, Ιπποκράτειο, Αττικό και Mediteranneo) και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, συμμετείχαν συνολικά 145 ασθενείς εκ των οποίων οι 90 ήταν άνδρες και οι 55 γυναίκες ηλικίας 18 και άνω (Πίνακας 18) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση 3 φορές την εβδομάδα όπου η κάθε συνεδρία κυμαινόταν ανάλογα την περίπτωση από 3-4 ½ ώρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Γενικές πληροφορίες δείγματος από τον πληθυσμό των χρόνια πασχόντων από Νεφρική Ανεπάρκεια.

Δημογραφικά στοιχεία	Σύνολο πληθυσμού N=145
Φύλο (Άνδρες)	90 (62,1%)
Γυναίκες	55 (37,9%)
Ηλικία (Μέση τιμή ±Τυπική Απόκλιση)	64,20±13,51
Ηλικία έναρξης αιμοκάθαρσης (Μέση τιμή ±Τυπική Απόκλιση)	58,71±15,31
Οικογενειακή Κατάσταση	
Άγαμος	122 (84,1%)
Έγγαμος	23 (15,9%)
Μορφωτικό Επίπεδο	
Βασική Εκπαίδευση	51 (35,2%)
Μέση Εκπαίδευση	77 (53,1%)
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	17 (11,7%)

Από τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος που περιγράφονται στον (Πίνακα 18), οι άνδρες αντιπροσωπεύουν το 62,1% ενώ οι

γυναίκες το 37.9%. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 64,20 έτη, ενώ η ηλικία έναρξης της αιμοκάθαρσης τα 58,71 έτη. Σύμφωνα με την οικογενειακή τους κατάσταση το 84,1% ήταν άγαμοι και το 15,9% παντρεμένοι. Το μορφωτικό επίπεδο το δείγματος ήταν η βασική εκπαίδευση σε ποσοστό 35,2%, η μέση εκπαίδευση με ποσοστό 53,1% και η πανεπιστημιακή εκπαίδευση στο 11,7%.

Πίνακας 19. Πρωτογενής αιτία ΧΝΑ

Υπέρταση	42 (29,0%)
Διαβήτης	30 (20,7%)
Πολυκυστική Νεφρική Πάθηση	25 (17,2%)
Χρόνια Σπειραματονεφρίτιδα	11 (7,6%)
Χρόνια Πυελονεφρίτιδα	2 (1,4%)
Άλλο	18 (12,4%)
Δεν γνωρίζω	28 (19,3%)
Δεν απάντησαν	10 (6,9%)

Στον Πίνακα 19. αναφέρονται οι πρωτογενείς αιτίες που οδήγησαν τους ασθενείς στην ΧΝΑ. Το 29% του πληθυσμού παρουσίασε ΧΝΑ λόγω υπέρτασης. Το 20.7% παρουσίασε λόγω σακχαρώδη διαβήτη, το 17.2% λόγω πολυκυστικής νεφρικής πάθησης, η απάντηση άλλο με 12,4% η οποία περιελάμβανε (αμυγδαλίτιδα, διφθερίτιδα, ηπατίτιδα, λύκο, καρκίνο των νεφρών, χρήση αντιφλεγμονοδών φαρμάκων), το 7.6% λόγω χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας και το 1.4% λόγω χρόνιας πυελονεφρίτιδας. Σημαντικό είναι και το υψηλό ποσοστό 19,3% όσων δεν γνώριζαν την αιτία της ΧΝΑ με το μεγαλύτερο ποσοστό 35,7% να παρατηρείται στην ηλικία των >78, και στα άτομα με βασική εκπαίδευση 60,7% . Το άθροισμα των απαντήσεων δεν είναι ίσο με 145. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα να απαντήσουν σε περισσότερες της μίας αιτίες.

Ο Πίνακας 20. που ακολουθεί δίνει την κατανομή των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτώμενοι. Στην ερώτηση δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ απάντησαν 38 ασθενείς (28/10), στην ερώτηση άλλο απάντησαν 17 ασθενείς, χρόνια πυελονεφρίτιδα 1 άτομο, χρόνια πυελονεφρίτιδα 1 άτομο, χρόνια σπειραματονεφρίτιδα 9 άτομα,

πολυκυστική νεφρική πάθηση 19 άτομα, διαβήτης 15 άτομα, διαβήτης και πολυκυστική νεφρική πάθηση 3 άτομα, υπέρταση 26 άτομα, υπέρταση και χρόνια σπειραματονεφρίτιδα 1 άτομο, υπέρταση και πολυκυστική νεφρική πάθηση 3 άτομα, υπέρταση και διαβήτης 11 άτομα, υπέρταση διαβήτης και χρόνια σπειραματονεφρίτιδα 1 άτομο.

Πίνακας 20. Κατανομή των αιτιών ΧΝΑ

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Πιθανότητα
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	38 (28/10)	26,2 (19,3/6,9)	26,2
Άλλο	17	11,7	37,9
Χρόνια πυελονεφρίτιδα	1	,7	38,6
Χρόνια πυελονεφρίτιδα και άλλο	1	,7	39,3
Χρόνια σπειραματονεφρίτιδα	9	6,2	45,5
Πολυκυστική νεφρική πάθηση	19	13,1	58,6
Διαβήτης	15	10,3	69,0
Διαβήτης και πολυκυστική νεφρική πάθηση	3	2,1	71,0
Υπέρταση	26	17,9	89,0
Υπέρταση και χρόνια σπειραματονεφρίτιδα	1	,7	89,7
Υπέρταση και πολυκυστική νεφρική πάθηση	3	2,1	91,7
Υπέρταση και διαβήτης	11	7,6	99,3
Υπέρταση, διαβήτης και χρόνια σπειραματονεφρίτιδα	1	,7	100,0
Σύνολο	145	100,0	

Όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα συνεργάστηκαν μαζί μας άριστα κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, όπως επίσης οι περισσότεροι δέχτηκαν να πραγματοποιηθούν οι μετρήσεις του σωματικού λίπους στον τρικέφαλο (στο χέρι όπου δεν υπήρχε φίστουλα) με δερματοπτυχόμετρο και η μέτρηση της περιμέτρου του βραχίονα με ταινία 15min μετά το τέλος της αιμοκάθαρσης. Από τα 145 άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια KDQOL, FFQ και ένα γενικό ερωτηματολόγιο μόνο 129 άτομα δέχτηκαν να γίνουν οι σωματομετρικές μετρήσεις εκ των οποίων 80 άνδρες και 49 γυναίκες. Το γεγονός αυτό το σεβαστήκαμε απόλυτα καθώς μετά από κάθε συνεδρία τα συγκεκριμένα άτομα είχαν υποτασικά επεισόδια, τάση προς έμετο, ζάλη και υπνηλία.

6.2.ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ KDQOL-SF™

Το ερωτηματολόγιο KDQOL™ είναι ένα ψυχομετρικό όργανο που δημιουργήθηκε από μία ομάδα επιστημόνων του Πανεπιστημίου της Αριζόνα στις ΗΠΑ για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Hays R., et al, 1994).

Το KDQOL περιείχε 134 ερωτήσεις και αργότερα συμπύχθηκε σε 80 ερωτήσεις στο KDQOL-SF™ (Hays RD., et al, 1995).

Το KDQOL-SF™ έκδοση 1.3 περιλαμβάνει 43 ερωτήσεις για τη νεφρική ανεπάρκεια και 36 ερωτήσεις που παρέχουν γενικά στοιχεία για κατάσταση της υγείας (Hays RD., et al, 1995).

Το SF-36 δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ το 1992 έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες μεταξύ αυτών και στην ελληνική γλώσσα όπου οι έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης είχαν πολύ καλά αποτελέσματα και σε μικρό δείγμα όσο και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού (Παππά Ε., et al, 2005).

Το KDQOL έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής με βάση τις τεκμηριωμένες διαδικασίες της ομάδας του KDQOL (www.gim.med.ucla.edu/kdqol) και σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που αναφέρονται στη μετάφραση των ερωτηματολογίων (Guillemin F., et al, 1993; Bullinger M., et al, 1998).

Το ψυχομετρικό εργαλείο Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF) αποτελείται ουσιαστικά από 24 ερωτήσεις, αρκετές εκ των οποίων αποτελούνται

από υπό-ερωτήσεις, με αποτέλεσμα ο αριθμός των ερωτήσεων να ανέρχεται σε 80. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 4 ενότητες ανάλογα με το περιεχόμενό τους. Οι ενότητες αυτές είναι:

- i. **Η Υγείας σας.** Την αποτελούν οι ερωτήσεις 1 έως 11. Πρόκειται για ερωτήσεις που εστιάζουν στη συλλογή πληροφοριών από τους ερωτώμενους σχετικά με τη γενικότερη υγεία τους. Περιγραφή και αξιολόγηση της υγείας τους, καθημερινές δραστηριότητες και κατά πόσο τους περιορίζει η κατάσταση της υγείας τους, προβλήματα ή περιορισμοί που παρουσιάστηκαν στη δουλειά τους εξαιτίας της σωματικής υγείας ή συναισθηματικού προβλήματος, προβλήματα που τυχόν παρουσιάστηκαν στις σχέσεις τους με την οικογένεια ή το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, εάν αισθάνθηκαν πόνο και πόσο τους επηρέασε, καθώς και ερωτήσεις σχετικά με την διάθεσή τους.
- ii. **Η Νεφροπάθεια σας.** Την αποτελούν οι ερωτήσεις 12 έως 14. Οι ερωτήσεις αφορούν σε πληροφορίες για την νεφροπάθεια και κατά πόσο τους επηρεάζει στη ζωή τους, το χρόνο που αφιερώνουν στην αντιμετώπιση της, και εάν αισθάνονται βάρος στην οικογένειά τους. Επίσης εάν αισθάνονται ότι έχουν απομονωθεί από τον κοινωνικό περίγυρο, την αδυναμία συγκέντρωσης και κατά πόσο ενοχλήθηκαν από τα συμπτώματα της ασθένειας (κράμπες, φαγούρα, λιποθυμία κλπ).
- iii. **Οι Επιδράσεις της Νεφροπάθειας στην Καθημερινή σας Ζωή.** Την αποτελούν οι ερωτήσεις 15 έως 22. Οι ερωτήσεις αυτές σκοπό έχουν να αντλήσουν πληροφόρηση σχετικά με τον βαθμό επίδρασης που έχει η Νεφροπάθεια στις διάφορες παραμέτρους δραστηριότητας των ασθενών στην καθημερινή τους ζωή. Πόσο τους επηρεάζει ο περιορισμός των υγρών, της διατροφής, της ικανότητας να ταξιδεύουν, να κάνουν δουλειές στο σπίτι, αν αισθάνονται εξάρτηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, άγχος, πως επηρεάζει η νεφροπάθεια τη σεξουαλική ζωή την ευχαρίστηση και τη διέγερση. Αξιολόγηση του ύπνου, εάν ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας, και αν κοιμούνται όσο θα ήθελαν. Ικανοποίηση σχετικά με το χρόνο που περνούν με την οικογένεια και τους φίλους, ένα εργάζονται και κατά πόσο τους εμποδίζει να εργαστούν η κατάσταση της υγείας τους, καθώς και συνολική βαθμολόγηση της υγεία τους.

- iv. **Ικανοποίηση με την Περίθαλψη.** Την αποτελούν οι ερωτήσεις 23 και 24. Στόχος της ενότητας είναι να καταγράψει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με την παρεχόμενη περίθαλψη, εάν είναι φιλικό μαζί τους και εάν τους στηρίζει να είναι πιο ανεξάρτητοι.

Όλες οι ερωτήσεις είναι βαθμοτές. Οι βαθμίδες ποικίλουν από 1 – 10, 1 – 7, 1- 6, 1 – 5, 1 – 4 και 1 – 3, ενώ σε μερικές η επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ αντιστοιχεί σε 1 ή 2 (Πίνακας 21.)

Πίνακας 21. Κλίμακες μέτρησης του KDQOL-SF™ 36

Ειδικό Μέρος	Αριθμός Ερωτήσεων
Συμπτώματα	14 α-ιγ
Επιδράσεις της Νεφροπάθειας	15 α-η
Φόρτος Νεφροπάθειας	12 α-δ
Εργασία	20, 21
Γνωστική Λειτουργία	13 β, δ, στ
Ποιότητα Κοινωνικής αλληλεπίδρασης	13 α, γ, ε
Σεξουαλική Δραστηριότητα	16 α, β
Ποιότητα Ύπνου	17, 18 α-γ
Κλίμακες Ικανοποίησης	
Κοινωνική Υποστήριξη	19 α, β
Ενθάρρυνση Προσωπικού Ικανοποίηση Ασθενούς	24 α, β 23
Γενικό Μέρος	
Σωματική λειτουργία	3 α-ι
Ρόλος Σωματικός	4 α-δ
Σωματικός Πόνος	7,8
Γενική Υγεία	1, 11 α-δ
Ψυχική υγεία	9 β, γ, δ, στ, η
Ρόλος Συναισθηματικός	5 α-γ
Κοινωνική λειτουργία	6, 10
Ενέργεια / κούραση	9 α, ε, ζ, ι

Πηγή: (Hays RD., et al, 1995)

Το 80 ερωτήσεων KDQOL-SFTM 36 χρειάζεται περίπου 16 λεπτά για να συμπληρωθεί (Hays RD., et al, 1995)

6.2.1. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.

Η μορφή στην οποία βρίσκεται το ερωτηματολόγιο δεν προσφέρει την άμεση αξιοποίηση των απαντήσεων, τουλάχιστον σε βάθος στατιστικής ανάλυσης. Για τον λόγο αυτό απαιτείται η κατάλληλη κωδικοποίηση των απαντήσεων σε κλίμακα βαθμολογίας 0 - 100 και τη δημιουργία κλιμάκων μέτρησης που θα μας οδηγήσουν στην κατάλληλη μορφοποίηση των δεδομένων και κατ' επέκταση στην ουσιαστική ανάλυση αυτών και τελικά την εξαγωγή αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων (Hays RD., et al, 1995).

6.2.2. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η προ - κωδικοποίησης αριθμητική τιμή των απαντήσεων σε μερικές ερωτήσεις του KDQOL – SF είναι στην κατεύθυνση όπου η υψηλότερη αριθμητική τιμή αντιστοιχεί σε περισσότερο ευνοϊκή κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Για παράδειγμα η απάντηση «Καθόλου» στην ερώτηση 10 αντιστοιχεί στην τιμή «5». Εν τούτοις η αριθμητική αξία σε κάποιες άλλες ερωτήσεις του KDQOL – SF είναι στην κατεύθυνση όπου η χαμηλότερη αριθμητική τιμή αντιστοιχεί σε περισσότερο ευνοϊκή κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Για παράδειγμα η απάντηση «Καθόλου» στην ερώτηση 6 αντιστοιχεί στην τιμή «1» (Hays RD., et al, 1995).

Η διαδικασία της κωδικοποίησης του KDQOL – SF πρώτα μετατρέπει τις αρχικές αριθμητικές τιμές των ερωτήσεων σε μια δυνατή διακύμανση βαθμολογίας από 0 έως 100, έτσι ώστε η υψηλότερη βαθμολογία κάθε φορά να αντιστοιχεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής. Η απάντηση κάθε ερώτησης κατανέμεται στο εύρος βαθμολογίας από 0 έως 100 έτσι ώστε οι χαμηλότερες και υψηλότερες βαθμολογίες να είναι σε σειρά από το 0 έως το 100, αντίστοιχα. Οι βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν το ποσοστό όλων των πιθανών βαθμολογιών που μπορούν να επιτευχθούν. Ο (Πίνακας 22) επιδεικνύει την απαιτούμενη διαδικασία κωδικοποίησης για το συντριπτικά μεγάλο μέρος των ερωτήσεων του KDQOL – SF.

Πίνακας 22. Κωδικοποίηση Ερωτήσεων

Αριθμός Ερωτήσεων	Αρχική αριθμητική τιμή απάντησης	Κωδικοποίηση σε κλίμακα 0-100
4 α-δ, 5α-γ, 21	1	0
	2	100
3 α-ι	1	0
	2	50
	3	100
19α, β	1	0
	2	33,33
	3	66,66
	4	100
10, 11 α, γ, 12 α-δ	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100
9 β, γ, στ, ζ, θ, 13 ε, 18 β	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
20	1	100
	2	0
1-2, 6, 8, 11 β, δ, 14 α-ιγ, 15 α-η, 16α-β, 24 α-β	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
7, 9 α, δ, ε, η, 13 α-δ, στ, 18 α, γ	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0

(Hays RD., et al, 1995).

Τρεις από τις ερωτήσεις του KDQOL – SF, που δεν εμφανίζονται στον παραπάνω πίνακα, απαιτούν διαφορετική επεξεργασία. Στις ερωτήσεις 17 και 22 χρειάζεται οι αριθμητικές τιμές των απαντήσεων να πολλαπλασιαστούν με 10, ώστε να κωδικοποιηθούν στο εύρος από 0 έως 100. Στην ερώτηση 23 οι πιθανές απαντήσεις κυμαίνονται στο εύρος 1-7. Για να κωδικοποιήσουμε τις απαντήσεις αυτής της ερώτησης αφαιρούμε το 1 (η ελάχιστη τιμή) από όλες τις τιμές, διαιρούμε τη διαφορά με 6 (τη διαφορά μεταξύ πιθανής μέγιστης και ελάχιστης τιμής) και πολλαπλασιάζουμε με 100(Hays RD., et al, 1995).

6.2.3.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Πρέπει εδώ να επισημάνουμε ότι για την διαδικασία κωδικοποίησης των ερωτήσεων, τον υπολογισμό των κλιμάκων μέτρησης και τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS v. 17.0.

Αρχικά γίνεται μια απλή περιγραφική στατιστική επεξεργασία των κλιμάκων μέτρησης (Πίνακας 23). Κατά την επεξεργασία αυτή γίνεται μια καταγραφή της μέσης τιμής, τυπικής απόκλισης, του διαστήματος εμπιστοσύνης 95% της μέσης τιμής, ποσοστό ελάχιστης βαθμολογίας και μέγιστης βαθμολογίας.

Πίνακας 23. Περιγραφική στατιστική ανάλυση κλιμάκων του KDQOL-SF

Ειδικό Μέρος	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Δ. Ε. 95%	Ελάχιστη βαθμολογία (%)	Μέγιστη βαθμολογία (%)
Συμπτώματα ασθένειας (Σ.Α.)	65,23	19,87	61,97 - 68,49	2,1	3,4
Επιδράσεις ασθένειας (Ε.Α.)	51,12	23,13	47,32 - 54,92	1,4	2,1
Φόρτος ασθένειας (Φ.Α.)	42,50	28,93	37,75 - 47,25	8,3	4,1
Εργασία (Ε.)	22,07	34,80	16,36 - 27,78	67,6	11,7
Γνωστική λειτουργία (Γ.Λ.)	78,90	22,17	75,26 - 82,54	0,7	32,4
Ποιότητα	75,77	21,02	72,32 - 79,22	0,7	18,6

κοινωνικής αλληλεπίδρασης					
Σεξουαλική λειτουργία (ΣΕΞ.Λ.)	41,29	39,54	34,80 - 47,78	35,9	22,1
Ύπνος (Υ.)	58,41	19,46	55,22 - 61,61	1,4	3,4
Κλίμακες Ικανοποίησης					
Κοινωνική υποστήριξη (Κ.Υ.)	83,22	25,42	79,05 - 87,39	4,1	56,6
Ενθάρρυνση προσωπικού (Ε.Π.)	88,36	14,56	85,97 - 90,75	0,7	49,7
Ικανοποίηση ασθενούς (Ι.Α.)	82,64	24,13	78,68 - 86,60	1,4	57,2
Γενικό Μέρος					
Σωματική λειτουργικότητα (Σ.Λ.)	42,45	33,31	36,98 - 47,92	20,0	4,1
Ρόλος σωματικός (Ρ.Σ.)	30,00	40,14	23,41 - 36,59	55,2	20,7
Πόνος (Π.)	58,14	36,76	52,11 - 64,17	13,8	31,7
Γενική υγεία (Γ.Υ.)	39,83	21,77	36,26 - 43,40	2,1	1,4
Ψυχική υγεία (Ψ.Υ.)	60,03	25,55	55,83 - 64,22	2,1	9,7
Ρόλος συναισθηματικός (Ρ.ΣΥΝ.)	39,54	44,27	32,27 - 46,81	48,3	31,7
Κοινωνική λειτουργία (Κ.Λ.)	59,57	32,31	54,27 - 64,87	8,3	24,1
Ενέργεια – Κούραση (Ε.-Κ.)	49,66	26,98	45,23 - 54,10	3,4	5,5

Στη συνέχεια υπολογίζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson's (r) μεταξύ των ομάδων των κλιμάκων του KDQOL-SF(Πίνακας 24).

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ Pearson's (r)

		Συμπτώματα ασθενείας	Επιδράσεις ασθενείας	Φόρτος ασθενείας	Εργασία	Γνωστική λειτουργία	Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	Σεξουαλική ή λειτουργία	Ύπνος
Κλίμακες Ικανοποίησης	Κοινωνική υποστήριξη	0,052	0,013	0,116	-0,154	0,187*	0,198*	-0,001	0,036
	Ενθάρρυνση προσωπικού	0,067	0,027	-0,008	0,039	0,005	0,107	-0,094	-0,006
	Ικανοποίηση ασθενούς	-0,052	0,106	0,063	0,073	0,084	0,154	0,107	0,174*
Γενικές Κλίμακες	Σωματική λειτουργικότητα	0,633**	0,570**	0,600**	0,363**	0,381**	0,312**	0,481**	0,408**
	Ρόλος σωματικός	0,424**	0,456**	0,418**	0,231**	0,292**	0,280**	0,277**	0,219**
	Πόνος	0,522**	0,415**	0,425**	0,250**	0,252**	0,134	0,136	0,301**
	Γενική υγεία	0,560**	0,531**	0,532**	0,145	0,382**	0,325**	0,197*	0,415**
	Ψυχική Υγεία	0,518**	0,586**	0,634**	0,140	0,578**	0,588**	0,202*	0,334**
	Ρόλος συναισθηματικός	0,357**	0,433**	0,452**	0,241**	0,406**	0,348**	0,365**	0,231**
	Κοινωνική λειτουργία	0,598**	0,613**	0,567**	0,263**	0,452**	0,378**	0,242**	0,433**
	Ενέργεια - Κούραση	0,623**	0,629**	0,663**	0,289**	0,458**	0,421**	0,349**	0,428**

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Εδώ πρέπει να σημειώσουμε το εξής: όσες τιμές έχουν 1 αστερίσκο είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας $p=0,05$, ενώ με 2 αστερίσκους είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας $p=0,01$.

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι οι Κλίμακες Ικανοποίησης και οι Εξειδικευμένες Κλίμακες έχουν μικρούς συντελεστές συσχέτισης που κυμαίνονται

μεταξύ των τιμών -0,154 και 0,198. Με εξαίρεση τρεις συντελεστές, που σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 θεωρούνται σημαντικοί, όλοι οι υπόλοιποι μπορούν να θεωρηθούν ίσοι με μηδέν.

Το ίδιο δεν μπορούμε να ισχυριστούμε και για τις Γενικές Κλίμακες με τις Ειδικές Κλίμακες. Οι συντελεστές συσχέτισης είναι μεταξύ 0,134 και 0,663. Με εξαίρεση τρεις συντελεστές συσχέτισης, όλοι οι υπόλοιποι θεωρούνται στατιστικά σημαντικοί για να ληφθούν υπόψη.

Το παραπάνω συμπέρασμα μας δίνει το έναυσμα προκειμένου να αναζητήσουμε το είδος της συσχέτισης που μπορεί να υπάρχει μεταξύ των δύο κατηγοριών κλιμάκων. Εξετάζουμε λοιπόν υποδείγματα γραμμικής παλινδρόμησης, όπου κάθε φορά η εξαρτημένη μεταβλητή ανήκει στην ομάδα των γενικών κλιμάκων και οι ανεξάρτητες από την ομάδα ειδικών κλιμάκων. Εδώ θεωρούμε υποδείγματα χωρίς την παρουσία σταθερού παράγοντα (το μοντέλο είναι $\hat{Y} = \hat{b}_1 X_1 + \hat{b}_2 X_2 + \dots + \hat{b}_n X_n$).

6.2.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ (Pearson's (r)) KDQOL-SF™

Η σωματική λειτουργικότητα των ασθενών έχει θετική συσχέτιση $P < 0,01$ με τα συμπτώματα της ασθένειας με βαθμό σημαντικότητας $P = 0.633$, επίσης με τις επιδράσεις της ασθένειας $P = 0.570$, με το φόρτο της ασθένειας $P = 0.600$, την εργασία $P = 0.363$, τη γνωστική λειτουργία $P = 0.381$, την ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης $P = 0.312$, τη σεξουαλική λειτουργία $P = 0.481$ και τον ύπνο με $P = 0.408$.

Ο σωματικός ρόλος έχει θετική συσχέτιση $P < 0,01$ με τα συμπτώματα της ασθένειας $P = 0,424$, με τις επιδράσεις της ασθένειας $P = 0.456$, το φόρτο της ασθένειας $P = 0.418$, την εργασία $P = 0.231$, τη γνωστική λειτουργία $P = 0.292$, την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης $P = 0.280$, τη σεξουαλική λειτουργία $P = 0.277$ και τον ύπνο $P = 0.219$.

Ο πόνος έχει θετική συσχέτιση $P < 0,01$ με τα συμπτώματα της ασθένειας $P = 0.522$, με τις επιδράσεις της ασθένειας $P = 0.415$, με το φόρτο της ασθένειας $P = 0.425$, με την εργασία $P = 0.250$, τη γνωστική λειτουργία $P = 0.252$ και τον ύπνο $P = 0.301$ ενώ δεν υπήρχε συσχέτιση με την ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης και την σεξουαλική λειτουργία.

Η γενική υγεία έχει θετική συσχέτιση $P < 0,01$ με τα συμπτώματα της ασθένειας $P = 0.560$, της επιδράσεις της ασθένειας $P = 0.531$, το φόρτο της ασθένειας $P = 0.532$, τη

γνωστική λειτουργία $P= 0.382$, την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης $P=0.325$, και τον ύπνο $P= 0.415$ ενώ δεν υπήρχε συσχέτιση με την εργασία.

Η ψυχική υγεία έχει θετική συσχέτιση $P<0.01$ με τα συμπτώματα της ασθένειας $P=0.518$, τις επιδράσεις της ασθένειας $P= 0.586$, το φόρτο της ασθένειας $P=0.634$, τη γνωστική λειτουργία $P= 0.578$, την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης $P= 0.588$ και τον ύπνο $P=0.334$ ενώ δεν υπήρχε συσχέτιση με την εργασία.

Ο συναισθηματικός ρόλος έχει θετική συσχέτιση $P<0,01$ με τα συμπτώματα της ασθένειας $P=0,357$, τις επιδράσεις της ασθένειας $P= 0,433$, το φόρτο της ασθένειας $P=0,452$, την εργασία $P=0,241$, τη γνωστική λειτουργία $P=0.406$, την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης $P=0,348$, τη σεξουαλική λειτουργία $P=0,365$ και τον ύπνο $P=0,231$.

Η κοινωνική λειτουργία έχει θετική συσχέτιση $P<0,01$ με τα συμπτώματα της ασθένειας $P=0,598$, τις επιδράσεις της ασθένειας $P=0,613$, το φόρτο της ασθένειας $P=0,567$, την εργασία $P=0,263$, τη γνωστική λειτουργία $P=0,452$, την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης $P=0.378$, τη σεξουαλική λειτουργία $P=0,242$, και τον ύπνο $P=0,433$.

Η ενέργεια-κούραση έχει θετική συσχέτιση $P<0,01$ με τα συμπτώματα της ασθένειας $P=0,623$, τις επιδράσεις της ασθένειας $P=0,629$, το φόρτο της ασθένειας $P=0,663$, την εργασία $P=0,289$, τη γνωστική λειτουργία $P=0,458$, την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης $P=0,421$, τη σεξουαλική λειτουργία $P=0,349$ και τον ύπνο $P=0,428$.

Μικρότερη συσχέτιση με βαθμό σημαντικότητας $P<0,05$ έχει **η κοινωνική υποστήριξη** με τη γνωστική λειτουργία $P=0,187$, και την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης $P=0,198$.

Η ικανοποίηση του ασθενούς έχει μικρό βαθμό σημαντικότητας $P<0,05$ με τον ύπνο $P=0,174$.

Η γενική υγεία επίσης με μικρό βαθμό σημαντικότητας $P<0,05$ έχει με τη σεξουαλική λειτουργία $P=0,197$

Η ψυχική υγεία με τη σεξουαλική λειτουργία $P=0,202$

Προχωρώντας τη στατιστική ανάλυση ένα βήμα παραπάνω εξετάζουμε τη μεταβλητότητα της επίδρασης των εξειδικευμένων κλιμάκων πάνω στις γενικές κλίμακες.

Το p στην κλίμακα της σωματικής λειτουργίας είναι 0,000 που σημαίνει ότι είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0,01** και τα συμπτώματα της ασθένειας, ο φόρτος ασθένειας, η σεξουαλική λειτουργία και η ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης επηρεάζουν τη σωματική λειτουργία στο $R^2= 83,7\%$ του δείγματος. Αυτό σημαίνει ότι εάν ρωτήσουμε οποιοδήποτε δείγμα είτε είναι 100 άτομα είτε είναι περισσότερα άτομα το 83,7% θα μας απαντήσει ότι τα συμπτώματα της ασθένειας, ο φόρτος ασθένειας, η σεξουαλική λειτουργία και η ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης επηρεάζουν τη σωματική λειτουργία. Η εργασία επηρεάζεται σε $p=0,047$ και είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0,05*. Επομένως επηρεάζει η εργασία την σωματική λειτουργία και το αντίστροφο αλλά όχι σημαντικά. Το ίδιο ισχύει και για τις υπόλοιπες παραμέτρους.

Υπόδειγμα βηματικής πολλαπλής παλινδρόμησης πρόβλεψης των κλιμάκων του KDQOL-SF36

Γενικές Κλίμακες	Εξειδικευμένες Κλίμακες	B	Std. Error	T	p	R Square
Σωματική λειτουργικότητα	Συμπτώματα ασθένειας	0,520	0,096	5,447	0,000	0,837
	Φόρτος ασθένειας	0,408	0,079	5,130	0,000	
	Σεξουαλική λειτουργία	0,221	0,051	4,367	0,000	
	Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	-	0,080	-	0,002	
	Εργασία	0,114	0,057	2,006	0,047*	
Ρόλος σωματικός	Επιδράσεις ασθένειας	0,380	0,120	3,161	0,002	0,503
	Φόρτος ασθένειας	0,294	0,131	2,241	0,027*	
Πόνος	Συμπτώματα ασθένειας	0,712	0,077	9,302	0,000	0,803
	Φόρτος ασθένειας	0,281	0,102	2,769	0,006	
Γενική υγεία	Συμπτώματα ασθένειας	0,349	0,060	5,850	0,000	0,867
	Φόρτος ασθένειας	0,187	0,063	2,970	0,004	
	Επιδράσεις ασθένειας	0,180	0,081	2,226	0,028*	
Ψυχική υγεία	Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	0,256	0,081	3,162	0,002	0,933
	Φόρτος ασθένειας	0,325	0,058	5,558	0,000	
	Γνωστική λειτουργία	0,205	0,078	2,636	0,009	
	Συμπτώματα ασθένειας	0,169	0,077	2,202	0,029*	
Ρόλος συναισθηματικός	Φόρτος ασθένειας	0,426	0,127	3,360	0,001	0,603
	Σεξουαλική λειτουργία	0,250	0,082	3,046	0,003	
	Γνωστική λειτουργία	0,167	0,080	2,088	0,039*	

Κοινωνική λειτουργία	Συμπτώματα ασθένειας	0,447	0,082	5,422	0,000	0,887
	Επιδράσεις ασθένειας	0,393	0,112	3,516	0,001	
	Φόρτος ασθένειας	0,256	0,087	2,955	0,004	
Ενέργεια-Κούραση	Συμπτώματα ασθένειας	0,351	0,063	5,552	0,000	0,904
	Φόρτος ασθένειας	0,350	0,067	5,259	0,000	
	Επιδράσεις ασθένειας	0,243	0,086	2,840	0,005	

*p<0,05

Αν θεωρήσουμε όμως το μοντέλο $\hat{Y} = \hat{b}_0 + \hat{b}_1 X_1 + \hat{b}_2 X_2 + \dots + \hat{b}_n X_n$ τότε ο αντίστοιχος πίνακας διαφοροποιείται όχι ιδιαίτερα σημαντικά. Προσεγγίζει όμως αρκετά τα αποτελέσματα των Κοντοδημόπουλου Ν., Νιάκα Δ.,

Παρακάτω η βηματική παλινδρόμηση των κλιμάκων KDQOL-SF36 συσχετίζεται με έναν σταθερό παράγοντα και παρατηρούμε ότι το R^2 είναι μικρότερο σε σχέση με το μοντέλο βηματικής παλινδρόμησης χωρίς το σταθερό παράγοντα. Επομένως η μεταβλητότητα της επίδρασης των εξειδικευμένων κλιμάκων πάνω στις γενικές κλίμακες ερμηνεύεται καλύτερα χωρίς το σταθερό παράγοντα επειδή το R^2 είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το σταθερό παράγοντα.

Υπόδειγμα βηματικής πολλαπλής παλινδρόμησης πρόβλεψης των κλιμάκων του SF-36 με σταθερό παράγοντα

Γενικές Κλίμακες	Εξειδικευμένες Κλίμακες	B	Std. Error	t	P	R Square
Σωματική λειτουργικότητα	(Constant)	-25,956	6,193	-4,191	0,000	0,591
	Συμπτώματα ασθένειας	0,656	0,106	6,167	0,000	
	Φόρτος ασθένειας	0,326	0,075	4,328	0,000	
	Σεξουαλική λειτουργία	0,205	0,049	4,173	0,000	
	Εργασία	0,148	0,055	2,684	0,008	
Ρόλος σωματικός	(Constant)	-31,212	10,099	-3,091	0,002	0,252
	Επιδράσεις ασθένειας	0,554	0,151	3,682	0,000	
	Συμπτώματα ασθένειας	0,504	0,175	2,875	0,005	
Πόνος	(Constant)	11,276	11,106	1,015	0,312	0,331
	Συμπτώματα ασθένειας	0,833	0,150	5,541	0,000	
	Φόρτος ασθένειας	0,354	0,107	3,319	0,001	
	Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	-0,297	0,139	-2,145	0,034	
Γενική υγεία	(Constant)	-5,108	5,507	-0,928	0,355	0,420
	Συμπτώματα ασθένειας	0,382	0,084	4,556	0,000	
	Φόρτος ασθένειας	0,224	0,057	3,918	0,000	

	Ύπνος	0,180	0,080	2,239	0,027	
	(Constant)	-8,426	6,624	-	0,205	0,568
				1,272		
Ψυχική υγεία	Φόρτος ασθένειας	0,302	0,061	4,955	0,000	
	Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	0,296	0,087	3,415	0,001	
	Γνωστική λειτουργία	0,241	0,083	2,918	0,004	
	Συμπτώματα ασθένειας	0,216	0,085	2,540	0,012	
Ρόλος συναισθηματικός	(Constant)	-	11,623	-	0,012	0,314
		29,464		2,535		
	Φόρτος ασθένειας	0,394	0,125	3,153	0,002	
	Σεξουαλική λειτουργία	0,288	0,082	3,518	0,001	
	Γνωστική λειτουργία	0,512	0,157	3,260	0,001	
Κοινωνική λειτουργία	(Constant)	-6,724	6,721	-	0,319	0,502
				1,000		
	Επιδράσεις ασθένειας	0,414	0,114	3,642	0,000	
	Συμπτώματα ασθένειας	0,532	0,119	4,481	0,000	
	Φόρτος ασθένειας	0,244	0,088	2,787	0,006	
Ενέργεια - Κούραση	(Constant)	-6,511	5,142	-	0,208	0,582
				1,266		
	Φόρτος ασθένειας	0,338	0,067	5,042	0,000	
	Συμπτώματα ασθένειας	0,434	0,091	4,770	0,000	
	Επιδράσεις ασθένειας	0,264	0,087	3,036	0,003	

5. Συμπεράσματα

Εστιάζοντας την προσοχή μας σε κλίμακες που αναφέρονται στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς θα ασχοληθούμε με τις γενικές κλίμακες 1) ψυχική υγεία, 2) ρόλος συναισθηματικός, 3) Ενέργεια – Κούραση, και τις ειδικές 1) φόρτος ασθένειας, 2) γνωστική λειτουργία και τις κλίμακες που οι απαντήσεις τους πιστεύεται ότι καθορίζονται από την συναισθηματική κατάσταση όπως 1) ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης, 2) σεξουαλική λειτουργία και 3) Ύπνος.

		Εξειδικευμένες Κλίμακες				
		Φόρτος ασθένειας	Γνωστική λειτουργία	Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	Σεξουαλική λειτουργία	Ύπνος
Γενικές Κλίμακες	Ψυχική υγεία	0,634**	0,578**	0,588**	0,202*	0,334*
	Ρόλος συναισθηματικός	0,452**	0,406**	0,348**	0,365**	0,231*
	Ενέργεια - Κούραση	0,663**	0,458**	0,421**	0,349**	0,428*

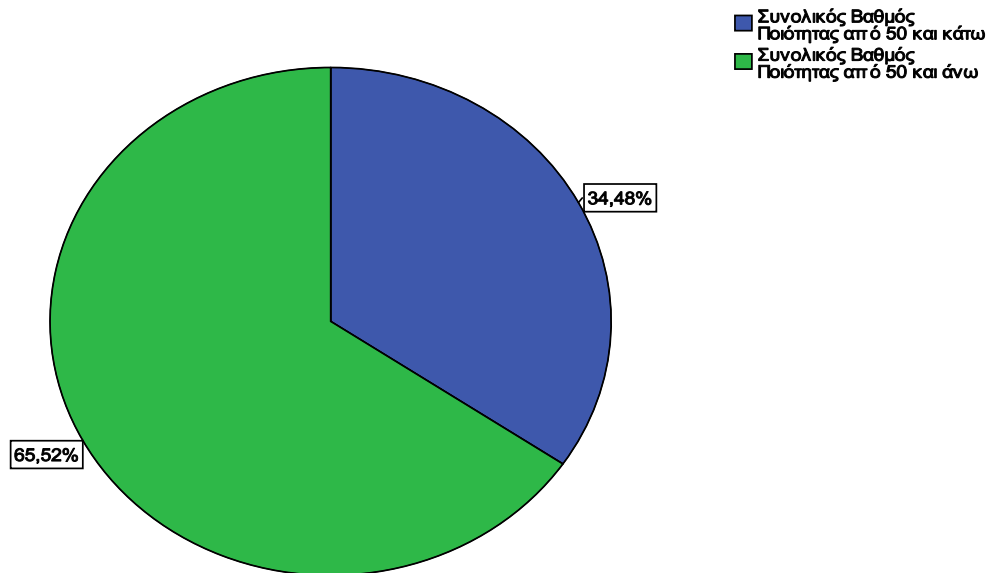
Υπόδειγμα βηματικής πολλαπλής παλινδρόμησης πρόβλεψης

Γενικές Κλίμακες	Εξειδικευμένες Κλίμακες	B	Std. Error	T	p	R Square
Ψυχική υγεία	Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης	0,256	0,081	3,162	0,002	0,933
	Φόρτος ασθένειας	0,325	0,058	5,558	0,000	
	Γνωστική λειτουργία	0,205	0,078	2,636	0,009	
	Συμπτώματα ασθένειας	0,169	0,077	2,202	0,029*	
Ρόλος συναισθηματικός	Φόρτος ασθένειας	0,426	0,127	3,360	0,001	0,603
	Σεξουαλική λειτουργία	0,250	0,082	3,046	0,003	
	Γνωστική λειτουργία	0,167	0,080	2,088	0,039*	
Ενέργεια-Κούραση	Συμπτώματα ασθένειας	0,351	0,063	5,552	0,000	0,904
	Φόρτος ασθένειας	0,350	0,067	5,259	0,000	
	Επιδράσεις ασθένειας	0,243	0,086	2,840	0,005	

Από τον πίνακα των συντελεστών συσχέτισης και τον πίνακα υποδείγματος πολλαπλής παλινδρόμησης συνάγουμε ότι:

1. Η γενική κλίμακα ψυχική υγεία έχει συντελεστές συσχέτισης με τις ειδικές κλίμακες και παρατηρούμε ότι επηρεάζεται από το: 1) Φόρτο ασθένειας, 2) Γνωστική λειτουργία και 3) Ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης, πολύ ισχυρούς, πάνω από το 0,500. Αυτές είναι και τρεις από τις τέσσερις εξειδικευμένες κλίμακες οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να προβλέψουμε σε επίπεδο 93,3% την απάντηση ενός ασθενούς στην βαθμολόγηση της συναισθηματικής του διάθεσης.
2. Η γενική κλίμακα Ρόλος συναισθηματικός έχει συντελεστές συσχέτισης με τις ειδικές κλίμακες 1) Φόρτο ασθένειας (0,452), 2) Γνωστική λειτουργία (0,406) και 3) Σεξουαλική λειτουργία (0,365), αρκετά αυξημένους μαζί με τις Επιδράσεις της ασθένειας (0,433). Το υπόδειγμα όμως πολλαπλής παλινδρόμησης δεν περιλαμβάνει την τελευταία, αλλά μόνον τις τρεις πρώτες εξειδικευμένες κλίμακες. Αυτές μπορούν να ερμηνεύσουν το 60,3% της απάντησης ενός ασθενούς όταν βαθμολογεί τον συναισθηματικό ρόλο.
3. Σε αντίθεση με τις δύο προηγούμενες γενικές κλίμακες, η γενική κλίμακα Ενέργεια - Κούραση έχει υψηλό συντελεστή συσχέτισης με τις ειδικές κλίμακες 1) Φόρτο ασθένειας (0,663), 2) Συμπτώματα Ασθένειας (0,623) και 3) Επίδραση ασθένειας (0,629), οι οποίες και ερμηνεύουν το 90,4% της απάντησης του ασθενούς στην βαθμολόγηση αυτής της γενικής κλίμακας.
4. Η εξειδικευμένη κλίμακα Ύπνος, αν και έχει στατιστικά σημαντικούς συντελεστές συσχέτισης με τις γενικές κλίμακες Συναισθηματική διάθεση (0,334), Ρόλος συναισθηματικός (0,231) και Ενέργεια – Κούραση (0,428), δεν χρησιμοποιείται στα μοντέλα (πρόβλεψης) πολλαπλής παλινδρόμησης αυτών των γενικών κλιμάκων.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΚΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΑΣ



6.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ % ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΥΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Η συντήρηση σε υψηλά επίπεδα του σωματικού βάρους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αυξάνει τα ποσοστά επιβίωσης. Τα άτομα με χαμηλότερο από το 90% του φυσιολογικού σωματικού βάρους έχουν μέτριο έως ήπιο υποσιτισμό. Ασθενείς με λιγότερο από το 70% του φυσιολογικού σωματικού βάρους θεωρούνται σοβαρά υποσιτισμένοι. Ο στόχος είναι το ποσοστό ασφαλούς σωματικού βάρους για τους ασθενείς στην αιμοκάθαρση να είναι το 90-110% (NFK, 2001).

6.3.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην έρευνα μας που πραγματοποιήθηκε σε 5 νοσοκομεία της Αθήνας (Ασκληπιείο Βούλας, Ερυθρός Σταυρός, Ιπποκράτειο, Αττικό και Mediteranneo) και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, συμμετείχαν συνολικά 145 ασθενείς εκ των οποίων οι 90 ήταν άνδρες και οι 55 γυναίκες ηλικίας 18 και άνω που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση 3 φορές την εβδομάδα όπου η κάθε συνεδρία κυμαινόταν ανάλογα την περίπτωση από 3-4 ½ ώρες. Όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα συνεργάστηκαν μαζί μας άριστα κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, όπως επίσης οι περισσότεροι δέχτηκαν να πραγματοποιηθούν οι μετρήσεις του σωματικού λίπους στον τρικέφαλο (στο χέρι όπου δεν υπήρχε φίστουλα) με δερματοπτυχόμετρο και η μέτρηση της περιμέτρου του βραχίονα με ταινία 15min μετά το τέλος της αιμοκάθαρσης. Από τα 145 άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια KDQOL, FFQ και ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο μόνο 129 άτομα δέχτηκαν να γίνουν οι παραπάνω μετρήσεις εκ των οποίων 80 άνδρες και 49 γυναίκες. Το γεγονός αυτό το σεβαστήκαμε απόλυτα καθώς μετά από κάθε συνεδρία τα συγκεκριμένα άτομα είχαν υποτασικά επεισόδια, τάση προς έμετο, ζάλη και υπνηλία.

6.3.2. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Το σωματικό βάρος των ασθενών που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνά μας ήταν το ξηρό σωματικό βάρος το οποίο προκύπτει μετά το τέλος της αιμοκάθαρσης με ζύγιση. Λέγοντας ξηρό βάρος εννοούμε το βάρος που είναι απαλλαγμένο από τα τοξικά απόβλητα όπως η ουρία, κρεατινίνη κ.ά. τα οποία απομακρύνονται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και προσδιορίζεται με τη ζύγιση του ασθενούς στο τέλος της αιμοκάθαρσης. Κάθε νοσοκομείο είχε διαφορετικό τύπο ζυγαριάς.

6.3.3. ΥΨΟΣ

Το ύψος στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση εκτιμήθηκε με αναστημόμετρο που υπήρχε στα νοσοκομεία που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, σε όσους μπορούσαν να σηκωθούν και να σταθούν σε όρθια θέση, ενώ σε ασθενείς που ήταν αδύνατον να σηκωθούν η μέτρηση πραγματοποιήθηκε με μεζούρα έχοντας τα χέρια σε έκταση. Μετρήσαμε από το ένα άκρο του μέσου δακτύλου έως το μέσο του άλλου χεριού περνώντας τη μεζούρα πάνω από την κλείδα.

6.3.4. ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος υπολογίστηκε από τον τύπο $\Delta\text{ΜΣ} = B \cdot Y^2$. Ο ΔΜΣ είναι ένας ανθρωπομετρικός δείκτης ο οποίος χρησιμοποιείται συχνά για την εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Το πάχος των δερματοπτυχών είναι ένας ακόμη ανθρωπομετρικός δείκτης ο οποίος χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του υποσιτισμού.

Η μέτρηση του σωματικού λίπους πραγματοποιήθηκε με το δερματοπτυχόμετρο Harpenden αφού πρώτα μετρήθηκε η απόσταση από το ακρώμιο ως το ωλέκραιο στο χέρι όπου δεν υπήρχε φίστουλα και διαιρώντας διά του δύο την τιμή που βρέθηκε βρήκαμε το σημείο του τρικεφάλου TSF (Triceps Skinfold). Πραγματοποιήθηκαν 4 μετρήσεις 15min μετά το τέλος της αιμοκάθαρσης εκ των οποίων η πιο ακραία τιμή απορρίφθηκε. Υπολογίστηκε ο μέσος όρος των 3 τιμών και αντικαταστάθηκαν στον τύπο των Durnin J.V.& Womersley J. (1974) $\% \text{ fat} = 4,95 / \{ [c \cdot m \cdot \log (TSF)] - 4,5 \} \cdot 100$. Όπου c & m είναι σταθερά νούμερα που βασίζονται στο φύλο και την ηλικία (συγκεκριμένα η τιμή 50 ετών +).

Η περίμετρος του μυ του βραχίονα εκτιμά τη συνολική πρωτεΐνη του μυ στο σώμα. Η περίμετρος βραχίονα (MAC) προσδιορίστηκε από το μέσο του βραχίονα επίσης στο χέρι όπου δεν υπήρχε φίστουλα με μία πλαστική ταινία του μέτρου. Η μυϊκή μάζα του βραχίονα (MAMC) υπολογίστηκε από την εξίσωση $MAMC = MAC - (3,1416 * TSF)$.

6.3.5. ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΤΟΥ ΜΥ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΑ

Η περίμετρος του μυ του βραχίονα εκτιμά τη συνολική πρωτεΐνη του μυ στο σώμα.

Η περίμετρος βραχίονα (MAC) προσδιορίστηκε από το μέσο του βραχίονα επίσης στο χέρι όπου δεν υπήρχε φίστουλα με μία πλαστική ταινία του μέτρου. Η μυϊκή μάζα του βραχίονα (MAMC) υπολογίστηκε από την εξίσωση $MAMC = MAC - (3,1416 * TSF)$, οι τιμές που βρέθηκαν συγκρίθηκαν με τις τιμές από τους πίνακες εκατοστημορίων της μυϊκής περιφέρειας του μέσου βραχίονα (Frisancho A.R., 1981).

6.4.6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

6.4.6. α. Στοιχεία Πληθυσμού

Στους Πίνακες 25 και 26 που ακολουθούν μας δίνεται μια εικόνα του πληθυσμού στον οποίο έγιναν οι μετρήσεις. Το δείγμα που πραγματοποιήθηκαν οι μετρήσεις στο σύνολο ήταν 129 εκ των οποίων 80 άνδρες και 49 γυναίκες και η ηλικία τους ομαδοποιήθηκε σε 18-34 που αντιστοιχεί σε ποσοστό 1,6%, 35-55 με ποσοστό 21,7%, και 55+ με ποσοστό 76%.

Πίνακας 25.

Φύλο			
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Άντρες	80	62,0	62,0
Γυναίκες	49	38,0	100,0
Total	129	100,0	

Πίνακας 26.

Ηλικία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-34	2	1,6	1,6	1,6
	35-55	28	21,7	21,9	23,4
	55+	98	76,0	76,6	100,0
	Total	128	99,2	100,0	
Missing System		1	,8		
Total		129	100,0		

Στους πίνακες που ακολουθούν δίνεται μια στατιστική εικόνα των μετρήσεων των δεικτών.

Πίνακας 27.

Στατιστικά			
	ΔΜΣ (kg/m²)	Εκατοστιαία Θέση MAMC	Λίπος %
Πλήθος	124	125	122
Μέσος	26,1051	61,3600	23,3693
Ελάχιστη τιμή	18,76	5,00	16,10
Μέγιστη τιμή	40,70	95,00	32,40
Εύρος	21,94	90,00	16,30
Τυπική Απόκλιση	4,05528	29,73252	2,83614

Στον Πίνακα 27 ο μέσος όρος του ΔΜΣ ήταν 26,1051kg/m² με ελάχιστη τιμή 18,76 και μέγιστη το 40,70kg/m².

Ο μέσος όρος της εκατοστιαίας θέσης του MAMC ήταν 61,36^η εκατοστιαία θέση τιμή δηλαδή πάνω από την 50^η εκατοστιαία θέση που είναι η φυσιολογική εκατοστιαία θέση με ελάχιστη τιμή 5,00 και μέγιστη την 95,00 εκατοστιαία θέση. Το % λίπος είχε μέσο όρο 23,37 με ελάχιστη τιμή το 16,10 και μέγιστη το 32,40.

Πίνακας 28.

Κατανομή Εκατοστιαίας Θέσης MAMC					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	9	7,0	7,2	7,2
	25,00	19	14,7	15,2	22,4
	50,00	39	30,2	31,2	53,6
	75,00	15	11,6	12,0	65,6
	85,00	1	,8	,8	66,4
	95,00	42	32,6	33,6	100,0
	Total	125	96,9	100,0	
Missing System		4	3,1		
Total		129	100,0		

Στον Πίνακα 28 η κατανομή της εκατοστιαίας θέσης του MAMC έχει ως ελάχιστη τιμή την 5^η εκατοστιαία θέση στην οποία βρέθηκαν 9 ασθενείς και αντιστοιχεί σε ποσοστό 7%, στην 25^η εκατοστιαία θέση όπου βρέθηκαν 19 ασθενείς και ποσοστό 14,7%, την 50^η εκατοστιαία θέση με 39 ασθενείς και ποσοστό 30,2%, την 75^η εκατοστιαία θέση με 15 ασθενείς και ποσοστό 11,6%, την 85^η εκατοστιαία θέση με 1 ασθενή και ποσοστό 0,8%, και την 95^η εκατοστιαία θέση με 42 ασθενείς και ποσοστό 32,6%.

6.4.6.β.Κατηγοριοποίηση των Ανθρωπομετρικών Δεικτών

Για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων έχουμε κατηγοριοποιήσει τα αποτελέσματα των δεικτών με τέτοιο τρόπο ώστε να δούμε σε ποιό επίπεδο οι τιμές των δεικτών αυτών σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας ζωής του KDQOL. Τα κριτήρια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την κατηγοριοποίηση αναφέρονται στην σχετική βιβλιογραφία και είναι τα εξής:

Πίνακας 29.

Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)kg/m²	
18,5-24,9kg/m²	Φυσιολογικοί
25 – 29,9	Υπέρβαροι
30 – 34,9	Παχυσαρκία 1^{ου} βαθμού
35 – 39,9	Παχυσαρκία 2^{ου} βαθμού
≥ 40	Νοσογόνος Παχυσαρκία

(WHO, 2000).

Στον Πίνακα 29 αναφέρονται τα επίπεδα του ΔΜΣ με τιμές 18,5-24,9kg/m² όπου οι ασθενείς χαρακτηρίζονται με φυσιολογικό ΔΜΣ, 25-30kg/m² ως υπέρβαροι, 30,1-34kg/m² με παχυσαρκία 1^{ου} βαθμού, 34,1-40kg/m² με παχυσαρκία 2^{ου} βαθμού, και με τιμές ≥40kg/m² με νοσογόνο παχυσαρκία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2000).

Πίνακας 30. Κατηγοριοποίηση του δείκτη MAMC

Εκατοστιαία Θέση (Δείκτη) MAMC	
≤ 50	Χαμηλό
50 – 75	Φυσιολογικό
≥ 75	Υψηλό

(Frisancho A.R., 1981).

Στον Πίνακα 30 κατηγοριοποιήσαμε τις εκατοστιαίες θέσεις του MAMC σε $\leq 50^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση στην οποία οι ασθενείς χαρακτηρίζονταν με χαμηλά σωματικά πρωτεϊνικά αποθέματα, στην $50^{\text{η}}$ - $75^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση με φυσιολογικά σωματικά πρωτεϊνικά αποθέματα και στην $\geq 75^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση με υψηλά σωματικά πρωτεϊνικά αποθέματα.

Πίνακας 31.

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΑ ΠΟΣΟΣΤΑ BF% ΓΙΑ ΑΝΤΡΕΣ ΜΗ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥΣ

ΗΛΙΚΙΑ	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
(18 – 34)	< 8	(8 – 22)	> 22
(35 – 55)	< 10	(10 – 25)	> 25
55 +	< 10	(10 – 23)	> 23

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΑ ΠΟΣΟΣΤΑ BF% ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΗ ΑΘΛΟΥΜΕΝΕΣ

ΗΛΙΚΙΑ	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
(18 – 34)	< 20	(20 – 35)	> 35
(35 – 55)	< 25	(25 – 38)	> 38
55 +	< 25	(25 – 35)	> 35

Πηγή: Lohman, Houtkooper & Going (1997)

Στον Πίνακα 31., το ποσοστό του σωματικού λίπους κατηγοριοποιήθηκε σύμφωνα με το φύλο και την ηλικία καθώς τα ποσοστά λίπους αλλάζουν με την ηλικία και το φύλο.

Η κατανομή των ανθρωπομετρικών δεικτών με την κατηγοριοποίηση που έγινε σύμφωνα με τους παραπάνω πίνακες είναι:

Πίνακας 32. Δείκτης Μάζας Σώματος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Φυσιολογικό 18,5- 24,9kg/m ²	50	38,8	40,3	40,3
	Υπέρβαρος 25-29,9kg/m ²	56	43,4	45,2	85,5
	Παχυσαρκία 1 ^ο βαθμού 30-34,9kg/m ²	10	7,8	8,1	93,5
	Παχυσαρκία 2 ^ο βαθμού 35-39,9kg/m ²	5	3,9	4,0	97,6
	Νοσογόνος παχυσαρκία ≥40kg/m ²	3	2,3	2,4	100,0
	Total	124	96,1	100,0	
Missing System		5	3,9		
Total		129	100,0		

Στον Πίνακα 32., παρατηρούμε ότι το 40,3% του δείγματος των ασθενών είχε φυσιολογικό ΔΜΣ, το 45,2% ήταν υπέρβαροι, το 8,1% είχε παχυσαρκία 1^ο βαθμού, το 4,0% είχε παχυσαρκία 2^ο βαθμού και μόνο το 2,4% είχε νοσογόνο παχυσαρκία. Η κατηγορία <18,5 kg/m² λιποβαρείς, παραλείφθηκε από την κατηγοριοποίηση καθώς δεν βρέθηκαν αντίστοιχες τιμές.

Πίνακας 33. Κατανομή ΔΜΣ kg/m² ανά Φύλο

			Φύλο		Total
			Άντρες	Γυναίκες	
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικό 18,5-24,9	Count	33	17	50
		% within Φύλο	42,3%	37,0%	40,3%
	Υπέρβαρος 25- 29,9	Count	36	20	56
		% within Φύλο	46,2%	43,5%	45,2%
	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού 30-34,9	Count	5	5	10
		% within Φύλο	6,4%	10,9%	8,1%
	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού 35-39,9	Count	3	2	5
		% within Φύλο	3,8%	4,3%	4,0%
	Νοσογόνος παχυσαρκία ≥40	Count	1	2	3
		% within Φύλο	1,3%	4,3%	2,4%
	Total	Count	78	46	124
		% within Φύλο	100,0 %	100,0%	100,0 %

Στον Πίνακα 33 κατανέμουμε το ΔΜΣ σε άνδρες και γυναίκες όπου από τα 50 άτομα του δείγματος με φυσιολογικό βάρος τα 33 ήταν άνδρες και οι 17 γυναίκες. Από τα 56 άτομα που ήταν υπέρβαρα οι 36 ήταν άνδρες και 20 γυναίκες. Στην παχυσαρκία 1^{ου} βαθμού από τα 10 άτομα οι 5 ήταν άνδρες και οι 5 γυναίκες, στην παχυσαρκία 2^{ου} βαθμού από τα 5 άτομα οι 3 ήταν άνδρες και οι 2 ήταν γυναίκες, και στη νοσογόνο παχυσαρκία από τα 3 άτομα το 1 ήταν άνδρας και οι 2 γυναίκες.

Πίνακας 34. Κατανομή Δείκτη Μάζας Σώματος kg/m ² / Ηλικία							
			Ηλικία			Total	
			18-34	35-55	55+		
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικό 18,5-24,9	Count	0	14	36	50	
		% within Ηλικία	,0%	51,9%	37,9%	40,3%	
	Υπέρβαρος 25-29,9	Count	1	8	47	56	
		% within Ηλικία	50,0%	29,6%	49,5%	45,2%	
	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού 30-34,9	Count	0	2	8	10	
		% within Ηλικία	,0%	7,4%	8,4%	8,1%	
	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού 35-39,9	Count	1	1	3	5	
		% within Ηλικία	50,0%	3,7%	3,2%	4,0%	
	Νοσογόνος Παχυσαρκία ≥40	Count	0	2	1	3	
		% within Ηλικία	,0%	7,4%	1,1%	2,4%	
	Total		Count	2	27	95	124
			% within Ηλικία	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Στον Πίνακα 34 κατανέμεται ο ΔΜΣ /ηλικία όπου χωρίς περιττό βάρος από τα 50 άτομα τα 14 ανήκαν στην κατηγορία 35-55ετών και τα 33 στην ηλικία των 55+. Από τα 56 υπέρβαρα άτομα το 1 ανήκε στην κατηγορία 18-34 ετών, τα 8 άτομα στην κατηγορία 35-55 ετών και τα 47 άτομα στα 55+. Στην παχυσαρκία 1^{ου} βαθμού από τα 10 άτομα τα 2 είναι στην κατηγορία 35-55 ετών και τα 8 άτομα 55+, ενώ στην νοσογόνο παχυσαρκία από τα 3 άτομα τα 2 ήταν στην κατηγορία 35-55ετών και 1 άτομο 55+.

Πίνακας 35. Δείκτης MAMC					
		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλή μυϊκή μάζα $\leq 50^{\text{η}}$	28	21,7	22,4	22,4
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα $50^{\text{η}}$ - $75^{\text{η}}$	54	41,9	43,2	65,6
	Υψηλή μυϊκή μάζα $\geq 75^{\text{η}}$	43	33,3	34,4	100,0
	Total	125	96,9	100,0	
Missing System		4	3,1		
Total		129	100,0		

Στον Πίνακα 35., παρατηρούμε ότι το 22,4% των ασθενών είχε χαμηλή μυϊκή μάζα $\leq 50^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση, το 43,2% είχε φυσιολογική μυϊκή μάζα και το 34,4% είχε υψηλή μυϊκή μάζα.

Πίνακας 36. Κατανομή Δείκτη MAMC ανά Φύλο					
			Φύλο		Total
			Άντρες	Γυναίκες	
Δείκτης MAMC	Χαμηλή μυϊκή μάζα $\leq 50^{\text{η}}$	Count	27	1	28
		% within Φύλο	35,1%	2,1%	22,4%
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα $50^{\text{η}}$ - $75^{\text{η}}$	Count	41	13	54
		% within Φύλο	53,2%	27,1%	43,2%
	Υψηλή μυϊκή μάζα $\geq 75^{\text{η}}$	Count	9	34	43
		% within Φύλο	11,7%	70,8%	34,4%
Total		Count	77	48	125
		% within Φύλο	100,0 %	100,0%	100,0%

Στον Πίνακα 36., της κατανομής /φύλο του δείκτη MAMC από τα 28 άτομα με χαμηλή μυϊκή μάζα οι 27 ήταν άνδρες και η 1 ήταν γυναίκα, με φυσιολογική μυϊκή μάζα από τα 54 άτομα τα 41 ήταν άνδρες και οι 13 ήταν γυναίκες, ενώ με υψηλή μυϊκή μάζα από τα 43 άτομα τα 9 ήταν άνδρες και οι 34 ήταν γυναίκες.

Πίνακας 37. Κατανομή Δείκτη MAMC ανά Ηλικία

			Ηλικία			Total
			18-34	35-55	55+	
Δείκτης MAMC	Χαμηλή μυϊκή μάζα $\leq 50^{\text{η}}$	Count	0	7	21	28
		% within Ηλικία	,0%	25,9%	21,9%	22,4%
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα $50^{\text{η}}$ - $75^{\text{η}}$	Count	1	10	43	54
		% within Ηλικία	50,0%	37,0%	44,8%	43,2%
	Υψηλή μυϊκή μάζα $\geq 75^{\text{η}}$	Count	1	10	32	43
		% within Ηλικία	50,0%	37,0%	33,3%	34,4%
Total		Count	2	27	96	125
		% within Ηλικία	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Στον Πίνακα 37., κατανέμεται ο δείκτης MAMC/ηλικία όπου με χαμηλή μυϊκή μάζα από τα 28 άτομα τα 7 ήταν στην ηλικιακή κατηγορία 35-55ετών και τα 21 στα 55+. Με φυσιολογική μυϊκή μάζα από τα 54 άτομα το 1 άτομο ήταν στην κατηγορία 18-34, τα 10 στα 35-55 ετών και τα 43 στα 55+. Με υψηλή μυϊκή μάζα από τα 43 άτομα το 1 ήταν στα 18-34, τα 10 άτομα 35-55 και τα 32 άτομα 55+.

Πίνακας 38.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ % * ΗΛΙΚΙΑ * ΦΥΛΟ Crosstabulation								
ΦΥΛΟ				ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΒF%			Total	
				(18-34) 8-22%	(35-55) 10- 25%	ΑΝΩ ΤΩΝ 55 10-23%		
ΑΝΤΡΕΣ	ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΛΙΠΟΣ %	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΒF%	Count	0	8	25	33	
			% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	72,7%	40,3%	44,0%	
			% of Total	,0%	10,7%	33,3%	44,0%	
					ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΒF%			
					(18-34) >22%	(35-55) >25%	ΑΝΩ ΤΩΝ 55 >23%	
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΒF%(ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)			Count	2	3	37	42
				% within ΗΛΙΚΙΑ	100,0%	27,3%	59,7%	56,0%
				% of Total	2,7%	4,0%	49,3%	56,0%
	Total			Count	2	11	62	75
				% within ΗΛΙΚΙΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
				% of Total	2,7%	14,7%	82,7%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ				ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΒF%			
				(18-34) <20%	(35-55) <25%	>55 <25%		
	ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΛΙΠΟΣ %	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΒF%	Count		9	18	27	
			% within ΗΛΙΚΙΑ		56,3%	58,1%	57,4%	
			% of Total		19,1%	38,3%	57,4%	
					ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΒF%			
					(18-34) 20-35%	(35-55) 25- 38%	>55ετών 25-35%	
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΒF%			Count		7	13	20
			% within		43,8%	41,9%	42,6%	

			ΗΛΙΚΙΑ				
			% of		14,9%	27,7%	42,6%
			Total				
	Total		Count		16	31	47
			% within		100,0%	100,0%	100,0%
			ΗΛΙΚΙΑ				
			% of		34,0%	66,0%	100,0%
			Total				

Στον Πίνακα 38. εξετάζοντας τον βαθμό παχυσαρκίας του δείγματος μας διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αντρών (56,0%) είναι παχύσαρκοι, ενώ αντίθετα από τις γυναίκες του δείγματός μας δεν είναι καμία παχύσαρκη. Στον αντίποδα όμως μεγάλο ποσοστό των γυναικών (57,4%) έχουν μη συνιστώμενο ποσοστό λίπους. Πιο αναλυτικά όμως το 10% των ανδρών ηλικίας 35-55ετών έχουν φυσιολογικό ποσοστό λίπους 10-25%, καθώς και το 33,3% ηλικίας 55+ έχουν φυσιολογικό ποσοστό λίπους 10-23%.

Το 4,0% των ανδρών ηλικίας 35-55ετών έχει υψηλό ποσοστό λίπους (παχυσαρκία) >25%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας εμφανίζεται στην ηλικία των 55+ με ποσοστό 49,3% και τιμή >25%.

Συνολικά το 56% των ανδρών θεωρούνται παχύσαρκοι, ενώ το 44% έχει φυσιολογικό σωματικό λίπος.

Οι γυναίκες ηλικίας 35-55ετών σε ποσοστό 19,1% εμφανίζουν μη συνιστώμενο ποσοστό σωματικού λίπους <25% και οι γυναίκες ηλικίας 55+ βρίσκονται στην ίδια κατηγορία με ποσοστό 38,3% <25%.

Το 14,9% των γυναικών ηλικίας 35-55 ετών έχουν φυσιολογικό ποσοστό σωματικού λίπους με τιμή 25-38% και το 27,7% ηλικίας 55+ επίσης φυσιολογικό 25-35%.

Συνολικά το 57,4% των γυναικών έχει μη συνιστώμενο ποσοστό σωματικού λίπους, ενώ το 42,6% έχει φυσιολογικό ποσοστό σωματικού λίπους.

6.4.6.γ.Συσχέτιση μεταξύ Ανθρωπομετρικών Δεικτών με την Ηλικία και το Φύλο

Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ανθρωπομετρικών δεικτών και των παραμέτρων του πληθυσμού «Ηλικία» και «Φύλο» θα χρησιμοποιήσουμε το X^2 τεστ. Επίσης για την εκτίμηση της συσχέτισης θα χρησιμοποιήσουμε τη συσχέτιση του Spearman αντί του Pearson. Ο λόγος για τη χρήση της συσχέτισης του Spearman είναι το γεγονός ότι οι μεταβλητές μας (δείκτες και παράμετροι πληθυσμού) έχουν κατηγοριοποιηθεί και επομένως δεν είναι συνεχείς μεταβλητές αλλά διακριτές (στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιούμε Pearson).

Ο πίνακας 39 που ακολουθεί δίνει τα αποτελέσματα των υπολογισμών του X^2 κριτηρίου, όπου σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 5%. (Αυτές είναι σημειωμένες με αστερίσκο).

Πίνακας 39. Υπολογισμός κρίσιμης περιοχής X^2 τεστ			
	Δείκτης Μάζας Σώματος	Δείκτης MAMC	% BF
Φύλο	2,107	49,117*	40,138*
Ηλικία	18,096	1,153	11,494*

Στον Πίνακα 39., παρατηρείται ότι το % BF (body fat) σχετίζεται με το φύλο και την ηλικία, οπότε μπορούμε να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα, καθώς και ο δείκτης MAMC σχετίζεται με το φύλο όχι όμως και με την ηλικία. Ο ΔΜΣ δεν σχετίζεται με το φύλο και την ηλικία.

Να σημειωθεί εδώ ότι για την κατηγοριοποίηση του δείκτη λίπους λαμβάνονται υπόψη τόσο το φύλο όσο και η ηλικία για τον καθορισμό των κριτηρίων. Για τον λόγο αυτό πρέπει να μην λαμβάνουμε υπόψη τα αποτελέσματα των σχετικών ελέγχων.

6.4.6.δ. Βαθμός Συσχέτισης μεταξύ Ανθρωπομετρικών Δεικτών και Γενικών Κλιμάκων KDQOL

Κατηγοριοποιούμε τις βαθμολογίες των γενικών κλιμάκων σε «κακή», αν η βαθμολογία είναι μικρότερη ή ίση του 50, και σε «καλή» αν η βαθμολογία είναι μεγαλύτερη του 50 (Hays RD., et al, 1995).

Με τον τρόπο αυτό μετατρέπουμε τις κλίμακες από συνεχείς μεταβλητές σε διακριτές που παίρνουν δύο τιμές.

Όπως και πριν, με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, θα ελέγξουμε το βαθμό συσχέτισης των ανθρωπομετρικών δεικτών με τις γενικές κλίμακες. Στους πίνακες που ακολουθούν βλέπουμε πως κατανέμονται οι απαντήσεις κάθε γενικής κλίμακας ανά κατηγορία στην οποία έχουν υποδιαιρεθεί οι ανθρωπομετρικοί δείκτες.

Πίνακας 41. Δείκτης Μάζας Σώματος και Σωματική λειτουργικότητα						
		Σωματική λειτουργικότητας		Total		
		ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ			
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικό 18,5- 24,9kg/m ²	Count	29	21	50	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	58,0%	42,0%	100,0%	
	Υπέρβαρος 25-29,9kg/m ²	Count	32	24	56	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	57,1%	42,9%	100,0%	
	Παχυσαρκία 1 ^ο βαθμού 30-34,9kg/m ²	Count	7	3	10	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	70,0%	30,0%	100,0%	
	Παχυσαρκία 2 ^ο βαθμού 35-39,9kg/m ²	Count	3	2	5	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	60,0%	40,0%	100,0%	
	Νοσογόνος παχυσαρκία ≥ 40kg/m ²	Count	1	2	3	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	33,3%	66,7%	100,0%	
	Total		Count	72	52	124
			% Δείκτης Μάζας Σώματος	58,1%	41,9%	100,0%

Στη συσχέτιση ανάμεσα στο ΔΜΣ και τη σωματική λειτουργικότητα (Πίνακας 41), παρατηρείται ότι το 58,1% έχει κακή σωματική λειτουργικότητα και το 41,9% έχει καλή σωματική λειτουργικότητα.

Πίνακας 42. MAMC με σωματική λειτουργικότητα

			Σωματική λειτουργικότητα		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης MAMC	Χαμηλή μυϊκή μάζα $\leq 50^{\text{η}}$	Count	18	10	28
		% Δείκτης MAMC	64,3%	35,7%	100,0%
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα $50^{\text{η}}$ - $75^{\text{η}}$	Count	26	28	54
		% Δείκτης MAMC	48,1%	51,9%	100,0%
	Υψηλή μυϊκή μάζα $\geq 75^{\text{η}}$	Count	28	15	43
		% Δείκτης MAMC	65,1%	34,9%	100,0%
Total	Count	72	53	125	
	% Δείκτης MAMC	57,6%	42,4%	100,0%	

Στη συσχέτιση του δείκτη MAMC των σωματικών μυϊκών αποθεμάτων με τη σωματική λειτουργικότητα παρατηρούμε ότι το 57,6% έχει κακή σωματική λειτουργικότητα και το 42,4% καλή (Πίνακας 42).

Πίνακας 43. %BF ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

			Σωματική λειτουργικότητας		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
% BF	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ	Count	15	11	26
		ΠΟΣΟΣΤΟ % BF	% within Σωματικό λίπος	57,7%	42,3%
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	Count	38	17	55
		ΕΠΙΠΕΔΟ %BF	% within Σωματικό λίπος	69,1%	30,9%
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF (ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)	Count	19	22	41
		% within Σωματικό λίπος	46,3%	53,7%	100,0%
	Total	Count	72	50	122
		% within Σωματικό λίπος	59,0%	41,0%	100,0%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με υψηλό ποσοστό % BF έχουν καλή σωματική λειτουργικότητα σε ποσοστό 53,7%, οι ασθενείς με μη συνιστώμενο ποσοστό %BF έχουν κακή σωματική λειτουργικότητα σε ποσοστό 57,7% όπως και τα άτομα με φυσιολογικό ποσοστό σωματικού λίπους σε ποσοστό 69,1%.

Πίνακας 44. Δείκτης Μάζας Σώματος kg/m² και Ρόλος Σωματικός						
			Ρόλος σωματικός		Total	
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ		
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικό 18,5-24,9	Count	33	17	50	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	66,0%	34,0%	100,0%	
	Υπέρβαρος 25-29,9	Count	47	9	56	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	83,9%	16,1%	100,0%	
	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού 30-34,9	Count	9	1	10	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	90,0%	10,0%	100,0%	
	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού 35-39,9	Count	3	2	5	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	60,0%	40,0%	100,0%	
	Νοσογόνος Παχυσαρκία ≥40	Count	2	1	3	
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	66,7%	33,3%	100,0%	
	Total		Count	94	30	124
			% Δείκτης Μάζας Σώματος	75,8%	24,2%	100,0%

Η συσχέτιση του ΔΜΣ (Πίνακας 44) με το σωματικό ρόλο μας δείχνει ότι το 75,8% έχει κακό σωματικό ρόλο και μόλις το 24,2% εμφανίζεται με καλό σωματικό ρόλο.

Πίνακας 45. Δείκτης MAMC και Ρόλος σωματικός					
		Ρόλος σωματικός			Total
		ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ		
Δείκτης MAMC	Χαμηλή μυϊκή μάζα $\leq 50^{\text{η}}$	Count	19	9	28
		% Δείκτης MAMC	67,9%	32,1%	100,0 %
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα $50^{\text{η}} - 75^{\text{η}}$	Count	41	13	54
		% Δείκτης MAMC	75,9%	24,1%	100,0 %
	Υψηλή μυϊκή μάζα $\geq 75^{\text{η}}$	Count	35	8	43
		% Δείκτης MAMC	81,4%	18,6%	100,0 %
Total		Count	95	30	125
		% Δείκτης MAMC	76,0%	24,0%	100,0 %

Στη συσχέτιση του δείκτη MAMC με το σωματικό ρόλο παρατηρείται ότι οι ασθενείς έχουν κακό σωματικό ρόλο σε ποσοστό 76% ενώ μόλις το 24% των ασθενών έχει καλό σωματικό ρόλο.

Πίνακας 46. % BF ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ					
		Ρόλος σωματικός			Total
		ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ		
%BF	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF	Count	18	8	26
		% within Σωματικό λίπος	69,2%	30,8%	100,0%
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ %BF	Count	43	12	55
		% within Σωματικό λίπος	78,2%	21,8%	100,0%
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF (ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)	Count	31	10	41
		% within Σωματικό λίπος	75,6%	24,4%	100,0%
Total		Count	92	30	122
		% within Σωματικό λίπος	75,4%	24,6%	100,0%

Στο Σωματικό ρόλο παρατηρείται στο υψηλό σωματικό λίπος κακός σωματικός ρόλος σε ποσοστό 75,6%, επίσης κακός σωματικός ρόλος στο φυσιολογικό σωματικό λίπος σε ποσοστό 78,2% και στο μη συνιστώμενο %BF σε ποσοστό 69,2%.

Πίνακας 47. Δείκτης Μάζας Σώματος kg/m ² και Πόνος					
			Πόνος		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικός 18,5-24,9	Count	20	30	50
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	40,0%	60,0%	100,0%
	Υπέρβαρος 25-29,9	Count	26	30	56
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	46,4%	53,6%	100,0%
	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού 30-34,9	Count	4	6	10
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	40,0%	60,0%	100,0%
	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού 35-39,9	Count	2	3	5
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	40,0%	60,0%	100,0%
	Νοσογόνος Παχυσαρκία ≥40	Count	2	1	3
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	66,7%	33,3%	100,0%
	Total	Count	54	70	124
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	43,5%	56,5%	100,0%

Στη συσχέτιση του ΔΜΣ με τον πόνο που αισθάνονται οι ασθενείς, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 56,5% παρατηρείται ότι δεν αισθανόταν πόνο, ενώ το 43,5% εμφάνιζε πόνο.

Πίνακας 48. Δείκτης ΜΑΜC και Πόνος					
			Πόνος		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης ΜΑΜC	Χαμηλή μυϊκή μάζα ≤50 ^η	Count	11	17	28
		% Δείκτης ΜΑΜC	39,3%	60,7%	100,0%
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα 50 ^η -75 ^η	Count	22	32	54
		% Δείκτης ΜΑΜC	40,7%	59,3%	100,0%
	Υψηλή μυϊκή μάζα	Count	21	22	43

	$\geq 75^{\eta}$	% Δείκτης MAMC	48,8%	51,2%	100,0 %
Total		Count	54	71	125
		% Δείκτης MAMC	43,2%	56,8%	100,0 %

Στη συσχέτιση του δείκτη MAMC με τον πόνο παρατηρείται επίσης ότι το 56,8% δεν αισθάνεται πόνο ενώ το 43,2% αισθάνεται πόνο.

Πίνακας 49. %BF ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ					
			Πόνος		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
%BF	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ % BF	Count	8	18	26
		% within Σωματικό λίπος	30,8%	69,2%	100,0%
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ %BF	Count	28	27	55
		% within Σωματικό λίπος	50,9%	49,1%	100,0%
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF (ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)	Count	18	23	41
		% within Σωματικό λίπος	43,9%	56,1%	100,0%
Total		Count	54	68	122
		% within	44,3%	55,7%	100,0%

Το 69,2% με μη συνιστώμενο σωματικό λίπος δεν εμφανίζουν πόνο, με φυσιολογικό σωματικό λίπος το 50,9% αισθάνεται πόνο και με υψηλό σωματικό λίπος δεν εμφανίζει πόνο σε ποσοστό 56,1%.

Πίνακας 50. Δείκτης Μάζας Σώματος kg/m ² και Γενική υγεία					
			Γενική υγεία		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικός 18,5-24,9	Count	39	11	50
		% Μάζας Σώματος	78,0%	22,0%	100,0 %
	Υπέρβαρος 25-29,9	Count	37	19	56
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	66,1%	33,9%	100,0 %
	Παχυσαρκία	Count	6	4	10

1 ^ο βαθμού 30-34,9	% Δείκτης Μάζας Σώματος	60,0%	40,0%	100,0 %
	Count	5	0	5
2 ^ο βαθμού 35-39,9	% Δείκτης Μάζας Σώματος	100,0%	,0%	100,0 %
	Count	2	1	3
Νοσογόνος Παχυσαρκία ≥40	% Δείκτης Μάζας Σώματος	66,7%	33,3%	100,0 %
	Count	2	1	3
Total	Count	89	35	124
	% Δείκτης Μάζας Σώματος	71,8%	28,2%	100,0 %

Ο ΔΜΣ στη συσχέτιση με τη γενική υγεία των ασθενών δείχνει ότι το 71,8% έχει κακή γενική υγεία και μόνο το 28,2% έχει καλή γενική υγεία

Πίνακας 51. Δείκτης MAMC και Γενική υγεία					
			Γενική υγεία		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης MAMC	Χαμηλή μυϊκή μάζα ≤50 ^η	Count	23	5	28
		% Δείκτης MAMC	82,1%	17,9%	100,0 %
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα 50 ^η -75 ^η	Count	36	18	54
		% Δείκτης MAMC	66,7%	33,3%	100,0 %
	Υψηλή μυϊκή μάζα ≥75 ^η	Count	32	11	43
		% Δείκτης MAMC	74,4%	25,6%	100,0 %
Total	Count	91	34	125	
	% Δείκτης MAMC	72,8%	27,2%	100,0 %	

Επίσης στη συσχέτιση του δείκτη MAMC με τη γενική υγεία παρατηρείται ότι το 72,8% έχει κακή γενική υγεία και μόνο το 27,2% έχει καλή υγεία.

Πίνακας 52. % BF ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ					
			Γενική υγεία		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
%BF	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ	Count	17	9	26

	ΠΟΣΟΣΤΟ % BF	% within Σωματικό λίπος	65,4%	34,6%	100,0%
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	Count	46	9	55
	ΕΠΙΠΕΔΟ %BF	% within Σωματικό λίπος	83,6%	16,4%	100,0%
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF (ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)	Count	27	14	41
		% within Σωματικό λίπος	65,9%	34,1%	100,0%
Total		Count	90	32	122
		% within Σωματικό λίπος	73,8%	26,2%	100,0%

Στη Γενική υγεία τα άτομα με φυσιολογικό ποσοστό λίπους έχουν κακή γενική υγεία σε ποσοστό 83,6%, καθώς και τα άτομα με υψηλό %BF σε ποσοστό 65,9% και τα άτομα με μη συνιστώμενο % BF σε ποσοστό 65,4%. (Πίνακας 52)

Πίνακας 53. Δείκτης Μάζας Σώματος kg/m² και Συναισθηματική διάθεση					
			Συναισθηματική διάθεση		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικός 18,5-24,9	Count	20	30	50
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	40,0%	60,0%	100,0%
	Υπέρβαρος 25-29,9	Count	14	42	56
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	25,0%	75,0%	100,0%
	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού 30-34,9	Count	4	6	10
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	40,0%	60,0%	100,0%
	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού 35-39,9	Count	2	3	5
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	40,0%	60,0%	100,0%
	Νοσογόνος Παχυσαρκία ≥40	Count	1	2	3
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	33,3%	66,7%	100,0%
	Total	Count	41	83	124
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	33,1%	66,9%	100,0%

Στη συσχέτιση του ΔΜΣ με τη συναισθηματική διάθεση παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 66,9% είχε καλή συναισθηματική διάθεση ενώ το 33,1% είχε κακή συναισθηματική διάθεση

Πίνακας 54. Δείκτης MAMC και Συναισθηματική διάθεση					
			Συναισθηματική διάθεση		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης MAMC	Χαμηλή μυϊκή μάζα $\leq 50^{\text{η}}$	Count	10	18	28
		% Δείκτης MAMC	35,7%	64,3%	100,0%
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα $50^{\text{η}}$ -75 $^{\text{η}}$	Count	18	36	54
		% Δείκτης MAMC	33,3%	66,7%	100,0%
	Υψηλή μυϊκή μάζα $\geq 75^{\text{η}}$	Count	13	30	43
		% Δείκτης MAMC	30,2%	69,8%	100,0%
Total	Count	41	84	125	
	% Δείκτης MAMC	32,8%	67,2%	100,0%	

Επίσης στη συσχέτιση του δείκτη MAMC με τη συναισθηματική διάθεση παρατηρείται ότι το 67,2% είχε καλή συναισθηματική διάθεση ενώ το 32,8% είχε κακή συναισθηματική διάθεση

Πίνακας 55. %BF ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ					
			Συναισθηματική διάθεση		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
% BF	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF	Count	6	20	26
		% within Σωματικό λίπος	23,1%	76,9%	100,0%
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ %BF	Count	24	31	55
		% within Σωματικό λίπος	43,6%	56,4%	100,0%
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF (ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)	Count	10	31	41
		% within Σωματικό λίπος	24,4%	75,6%	100,0%
Total	Count	40	82	122	
	% within Σωματικό λίπος	32,8%	67,2%	100,0%	

Στη συναισθηματική διάθεση παρατηρούμε ότι τα άτομα με μη συνιστώμενο σωματικό λίπος έχουν καλή συναισθηματική διάθεση σε ποσοστό 76,9%, με υψηλό σωματικό λίπος επίσης καλή συναισθηματική διάθεση σε ποσοστό 75,6%, και με φυσιολογικό σωματικό λίπος καλή συναισθηματική διάθεση σε ποσοστό 56,4% (Πίνακας 55)

Πίνακας 56. Δείκτης Μάζας Σώματοςkg/m² και Ρόλος συναισθηματικός					
			Ρόλος συναισθηματικός		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικός 18,5-24,9	Count	33	17	50
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	66,0%	34,0%	100,0%
	Υπέρβαρος 25-29,9	Count	35	21	56
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	62,5%	37,5%	100,0%
	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού 30-34,9	Count	8	2	10
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	80,0%	20,0%	100,0%
	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού 35-39,9	Count	3	2	5
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	60,0%	40,0%	100,0%
	Νοσογόνος Παχυσαρκία ≥40	Count	2	1	3
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	66,7%	33,3%	100,0%
	Total	Count	81	43	124
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	65,3%	34,7%	100,0%

Η συσχέτιση του ΔΜΣ με το συναισθηματικό ρόλο δείχνει ότι οι ασθενείς έχουν κακό συναισθηματικό ρόλο σε ποσοστό 65,3% και καλό σε ποσοστό 34,7%

Πίνακας 57. Δείκτης ΜΑΜC και Ρόλος συναισθηματικός					
			Ρόλος συναισθηματικός		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης	Χαμηλή	Count	20	8	28

MAMC	μυϊκή μάζα ≤50 ^η	% Δείκτης MAMC	71,4%	28,6%	100,0%
	Φυσιολογική μυϊκή μάζα 50 ^η -75 ^η	Count	31	23	54
		% Δείκτης MAMC	57,4%	42,6%	100,0%
	Υψηλή μυϊκή μάζα ≥75 ^η	Count	31	12	43
% Δείκτης MAMC		72,1%	27,9%	100,0%	
Total	Count		82	43	125
	% Δείκτης MAMC		65,6%	34,4%	100,0%

Επίσης ο δείκτης MAMC σε συσχέτιση με το συναισθηματικό ρόλο των ασθενών δείχνει ότι έχουν κακό συναισθηματικό ρόλο σε ποσοστό 65,6% και καλό το 34,4%.

Πίνακας 58. %BF ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ						
				Ρόλος συναισθηματικός		Total
				ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
% BF	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF	Count	16	10	26	
		% within Σωματικό λίπος	61,5%	38,5%	100,0%	
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ %BF	Count	41	14	55	
		% within Σωματικό λίπος	74,5%	25,5%	100,0%	
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF (ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)	Count	23	18	41	
		% within Σωματικό λίπος	56,1%	43,9%	100,0%	
Total	Count		80	42	122	
	% within Σωματικό λίπος		65,6%	34,4%	100,0%	

Στο συναισθηματικό ρόλο τα άτομα με φυσιολογικό σωματικό λίπος έχουν κακό συναισθηματικό ρόλο σε ποσοστό 74,5%, επίσης τα άτομα με μη συνιστώμενο σωματικό λίπος βιώνουν κακό συναισθηματικό ρόλο σε ποσοστό 61,5% όπως και τα άτομα με υψηλό σωματικό λίπος σε ποσοστό 56,1%. (Πίνακας 58)

Πίνακας 59. Δείκτης Μάζας Σώματος kg/m ² και Κοινωνική λειτουργία					
			Κοινωνική λειτουργία		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικός 18,5-24,9	Count	22	28	50
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	44,0%	56,0%	100,0 %
	Υπέρβαρος 25-29,9	Count	21	35	56
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	37,5%	62,5%	100,0 %
	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού 30-34,9	Count	5	5	10
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	50,0%	50,0%	100,0 %
	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού 35-39,9	Count	2	3	5
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	40,0%	60,0%	100,0 %
	Νοσογόνος Παχυσαρκία ≥40	Count	2	1	3
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	66,7%	33,3%	100,0 %
	Total	Count	52	72	124
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	41,9%	58,1%	100,0 %

Η συσχέτιση του ΔΜΣ με την κοινωνική λειτουργία των ασθενών δείχνει ότι είναι καλή σε ποσοστό 58,1% και κακή στο 41,9%.

Πίνακας 60. Δείκτης ΜΑΜC και Κοινωνική λειτουργία					
			Κοινωνική λειτουργία		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης ΜΑΜC	Χαμηλή μυϊκή μάζα ≤50η	Count	12	16	28
		% Δείκτης ΜΑΜC	42,9%	57,1%	100,0 %
	Φυσιολογικός	Count	23	31	54

	ή μυϊκή μάζα 50 ^η -75 ^η	% Δείκτης MAMC	42,6%	57,4%	100,0 %
	Υψηλή μυϊκή μάζα ≥75 ^η	Count	18	25	43
		% Δείκτης MAMC	41,9%	58,1%	100,0 %
Total	Count		53	72	125
	% Δείκτης MAMC		42,4%	57,6%	100,0 %

Επίσης παρατηρείται καλή κοινωνική λειτουργία των ασθενών σε ποσοστό 57,1% στη συσχέτιση με το δείκτη MAMC και κακή στο 42,4%

Πίνακας 61. %BF ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ					
			Κοινωνική λειτουργία		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
%BF	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF	Count	13	13	26
		% within Σωματικό λίπος	50,0%	50,0%	100,0%
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ %BF	Count	24	31	55
		% within Σωματικό λίπος	43,6%	56,4%	100,0%
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF (ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)	Count	15	26	41
		% within Σωματικό λίπος	36,6%	63,4%	100,0%
Total	Count		52	70	122
	% within Σωματικό λίπος		42,6%	57,4%	100,0%

Στην κοινωνική λειτουργία το 63,4% με υψηλό σωματικό λίπος έχει καλή σωματική λειτουργία, το 56,4% με φυσιολογικό σωματικό λίπος έχει επίσης καλή λειτουργία και στο μη συνιστώμενο σωματικό λίπος τα άτομα βιώνουν και καλή και κακή κοινωνική λειτουργία σε ποσοστό 50%-50% αντίστοιχα.(Πίνακας 61.)

Πίνακας 62. Δείκτης Μάζας Σώματος kg/m ² και Ενέργεια - Κούραση					
			Ενέργεια - Κούραση		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης Μάζας Σώματος	Φυσιολογικός 18,5-24,9	Count	25	25	50
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	50,0%	50,0%	100,0%
	Υπέρβαρος 25-29,9	Count	27	29	56
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	48,2%	51,8%	100,0%
	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού 30-34,9	Count	8	2	10
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	80,0%	20,0%	100,0%
	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού 35-39,9	Count	3	2	5
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	60,0%	40,0%	100,0%
	Παχυσαρκία ≥40	Count	0	3	3
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	,0%	100,0%	100,0%
	Total	Count	63	61	124
		% Δείκτης Μάζας Σώματος	50,8%	49,2%	100,0%

Στη συσχέτιση του ΔΜΣ με την ενέργεια-κούραση που αισθάνονται οι ασθενείς τα αποτελέσματα είναι σχεδόν ισόποσα με το 50,8% να μην έχει καλή ενέργεια και να κουράζεται, και το 49,2% να έχει καλή ενέργεια και να μην κουράζεται

Πίνακας 63. Δείκτης MAMC και Ενέργεια - Κούραση					
			Ενέργεια - Κούραση		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
Δείκτης MAMC	Χαμηλή μυϊκή μάζα ≤50 ^η	Count	11	17	28
		% within Δείκτης MAMC	39,3%	60,7%	100,0%
	Φυσιολογική ή μυϊκή μάζα 50 ^η -	Count	30	24	54
		% within Δείκτης MAMC	55,6%	44,4%	100,0%

	75 ^η				
	Υψηλή μυϊκή μάζα ≥75 ^η	Count	23	20	43
		% within Δείκτης MAMC	53,5%	46,5%	100,0 %
Total		Count	64	61	125
		% within Δείκτης MAMC	51,2%	48,8%	100,0 %

Επίσης στη συσχέτιση του MAMC με την ενέργεια-κούραση το 51,2% των ασθενών αισθάνεται ότι έχει κακή ενέργεια και το 48,8% ότι έχει καλή ενέργεια και δεν κουράζεται.

Πίνακας 64. % BF ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ-ΚΟΥΡΑΣΗ					
			Ενέργεια - Κούραση		Total
			ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	
%BF	ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF	Count	11	15	26
		% within Σωματικό λίπος	42,3%	57,7%	100,0%
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ %BF	Count	32	23	55
		% within Σωματικό λίπος	58,2%	41,8%	100,0%
	ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %BF (ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ)	Count	21	20	41
		% within Σωματικό λίπος	51,2%	48,8%	100,0%
Total		Count	64	58	122
		% within Σωματικό λίπος	52,5%	47,5%	100,0%

Στην ενέργεια-κούραση το 58,2% των ατόμων με φυσιολογικό σωματικό λίπος αισθάνονται μειωμένη ενέργεια και αυξημένη κούραση, το 57,7% με φυσιολογικό σωματικό λίπος αισθάνεται καλή ενέργεια και όχι κούραση, και το 51,2% των ατόμων με υψηλό σωματικό λίπος αισθάνεται επίσης μειωμένη ενέργεια και αυξημένη κούραση.

Ο πίνακας 65. που ακολουθεί δίνει τις τιμές του κριτηρίου X^2 στον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ ανθρωπομετρικών δεικτών και γενικών κλιμάκων. Όσες είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5% σημειώνονται με αστερίσκο.

Πίνακας 65.

Τιμές Κριτηρίου χ^2	Δείκτης Σώματος	Μάζας	Δείκτης MAMC	% BF
Σωματική Λειτουργικότητα	1,366		3,482	5,050*
Ρόλος Σωματικός	6,552		1,704	0,764
Πόνος	1,174		0,865	2,906
Γενική Υγεία	4,545		2,317	5,040*
Συναισθηματική Διάθεση	3,058		0,243	5,362*
Ρόλος Συναισθηματικός	1,223		2,831	3,780
Κοινωνική Λειτουργία	1,568		0,008	1,213
Ενέργεια - Κούραση	6,841		2,091	1,822

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε το εξής γενικό συμπέρασμα: **οι απαντήσεις των ερωτώμενων σε σχέση με τις γενικές κλίμακες βαθμολόγησης διάφορων παραμέτρων της καθημερινότητάς τους σαν ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια δεν σχετίζονται με τους ανθρωπομετρικούς τους δείκτες.**

Εξάιρεση αποτελεί ο Δείκτης του Λίπους με τη Σωματική Λειτουργικότητα, τη Γενική Υγεία και τη Συναισθηματική Διάθεση. Αυτό σημαίνει ότι όσοι είναι παχύσαρκοι σύμφωνα με το % σωματικό λίπος έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να χαρακτηρίσουν τη σωματική τους λειτουργικότητα «καλή» σε αντίθεση με αυτούς που δεν χαρακτηρίζονται παχύσαρκοι και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να διαμαρτυρηθούν για την σωματική τους λειτουργία. Επίσης η Γενική Υγεία των συγκεκριμένων ασθενών με υψηλό % σωματικό λίπος χαρακτηρίζεται ως «κακή», ενώ τα άτομα με αυξημένο % σωματικό λίπος έχουν καλή συναισθηματική διάθεση.

6.5. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (FFQ)

Τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων μας δίνουν πληροφορίες για τις διαιτητικές συνήθειες που ακολουθούν τα άτομα με ένα εύρος από 1 ημέρα-1 χρόνο (Willett, 1998).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη τη λίστα τροφίμων σε ομάδες και τις απαντήσεις που αφορούν την συχνότητα κατανάλωσης των τροφίμων αυτών.

Με το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων επιδιώκουμε τον προσδιορισμό της συχνότητας των τροφίμων και των ποτών που καταναλώνουν τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

6.5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ FFQ

Για την αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών του δείγματος μας χρησιμοποιήθηκε το ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων.

Για την επεξεργασία των δεδομένων έγινε κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου.

Οι συχνότητες έχουν αναχθεί σε φορές ανά εβδομάδα αυτό συνεπάγεται ότι η κωδικοποίηση είναι η εξής:

- ποτέ/σπάνια = 0 φορές/ εβδομάδα
- 1-3 φορές/μήνα = 0.5 φορά/ εβδομάδα
- 1 φορά/ εβδομάδα = 1 φορά/ εβδομάδα
- 2-4 φορές /εβδομάδα= 3 φορές τη εβδομάδα
- 5-6 φορές /εβδομάδα= 5.5 φορές τη εβδομάδα
- 1 φορά την ημέρα= 7 φορές τη εβδομάδα
- 2-3 φορές την ημέρα = 17.5 φορές τη εβδομάδα
- 4-6 φορές την ημέρα= 35 φορές τη εβδομάδα
- 6+ φορές την ημέρα= 42 φορές τη εβδομάδα

Πίνακας 66. Κατανάλωσης γαλακτοκομικών

Γαλακτοκομικά	Μέση κατανάλωση την εβδομάδα	Τυπική απόκλιση	Ποσοστό
Άπαχο Γάλα	4.52	2.86	21,1%
Ημίπαχο Γάλα	3.05	2.25	13,6%
Πλήρες Γάλα	7.94	10.20	21,1%
Ημιαποβουτυρωμένο Γάλα Εβαπορέ	5.00	2.14	5,4%
Πλήρες Γάλα Εβαπορέ	2.83	2.61	6,1%
Σοκολατούχο Γάλα	0.81	.88	5,4%
Άπαχο Γιαούρτι	1.54	1.51	18,4%
Ημιάπαχο Γιαούρτι	1.93	1.79	20,4%
Πλήρες Γιαούρτι	2.21	2.03	31,3%
Τυρί Φέτα	4.05	4.12	57,8%
Τυρί Γραβιέρα	3.35	2.18	38,8%
Τυρί Παρμεζάνα	1.33	.97	6,1%
Τυρί Κασέρι	2.94	2.48	26,5%
Τυρί Gouda	3.09	2.51	27,2%
Τυρί Edam	2.36	2.53	14,3%
Τυρί Ροκφόρ	2.43	2.23	4,8%
Τυρί Μυζήθρα / Ανθότυρο	5.24	8.76	33,3%
Μαργαρίνη	5.63	8.16	32,0%
Κρέμα Γάλακτος	0.54	.14	8,2%
Μαγιονέζα	1.10	.81	10,2%
Παγωτό	1.77	2.09	23,8%

Στα γαλακτοκομικά παρατηρείται υψηλή κατανάλωση πλήρους γάλακτος αφού η εβδομαδιαία κατανάλωση του είναι πάνω από 7 φορές τη βδομάδα στο 21.1% του πληθυσμού. Όσον αφορά τα τυροκομικά υψηλή κατανάλωση παρατηρείται στην φέτα με ποσοστό 57.8% του δείγματος μας να την καταναλώνει τουλάχιστον 4 φορές τη βδομάδα. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 33.3 % του πληθυσμού μας καταναλώνει μυζήθρα/ ανθότυρο με μέση κατανάλωση την εβδομάδα 5.24 φορές.

Πίνακας 67. Κατανάλωσης φρούτων

Φρούτα	Μέση κατανάλωση την εβδομάδα	Τυπική απόκλιση	Ποσοστό
Ροδάκινο	5,27	4,63	43,5%
Πορτοκάλι	4,20	3,43	41,5%
Χυμός Πορτοκαλιού ή Γκρέιπ Φρουτ	2,27	3,37	22,4%
Αχλάδια, Βερίκοκα, Δαμάσκηνα	3,91	2,90	58,5%
Πεπόνι	2,52	2,86	32,7%
Καρπούζι	3,79	3,93	47,6%
Μήλο	4,10	3,59	55,8%
Μπανάνα	3,39	3,01	23,8%
Μανταρίνια	5,94	5,27	51,7%
Σταφύλια	4,24	3,65	46,3%
Κεράσια ή Φράουλες	4,82	5,49	35,4%
Αποξηραμένα Φρούτα, Σταφίδες	1,96	2,37	9,5%
Κονσερβοποιημένα Φρούτα	2,29	3,69	17,7%

Στα φρούτα αυξημένη κατανάλωση παρατηρείται στα αχλάδια, δαμάσκηνα, βερίκοκα σε ποσοστό 58.5 % του δείγματος με μέση κατανάλωση / εβδομάδα 3.91. Σημαντικά είναι τα αποτελέσματα για την κατανάλωση μήλου ,αφού το 55.8% καταναλώνει μήλα 4.1 φορές την εβδομάδα και μανταρινιών με ποσοστό κατανάλωσης 51.7 % με μέση κατανάλωση την εβδομάδα 5.94 φορές.

Πίνακας 68. Κατανάλωσης λαχανικών

Λαχανικά	Μέση κατανάλωση την εβδομάδα	Τυπική απόκλιση	Ποσοστό
Σπανάκι	1,11	1,09	38,8%
Λάχανο	2,15	2,18	48,3%
Ντομάτα	2,57	2,20	70,1%
Αγγούρι	3,32	2,93	48,3%
Καρότο Ωμό	2,71	2,67	17,7%
Καρότα Μαγειρεμένα	1,66	1,51	44,2%
Μαρούλι	2,51	2,08	53,7%
Πιπεριές Ωμές	1,71	2,20	19,0%
Μανιτάρια	1,43	1,68	24,5%

Κουνουπίδι	0,89	,66	35,4%
Μπρόκολο	1,17	1,44	41,5%
Χόρτα	1,53	1,60	54,4%
Φασολάκια	0,84	,39	68,7%
Μπάμιες	0,76	,37	50,3%
Αρακάς	0,81	,47	42,2%
Καλαμπόκι	1,06	,95	11,6%

Στα λαχανικά η ντομάτα καταναλώνεται από το 70.1% του πληθυσμού μας με μέση κατανάλωση την εβδομάδα 2.57 φορές. Το 53.7 % των ατόμων του δείγματος για 2.51 φορές την εβδομάδα χρησιμοποιεί το μαρούλι . Τα φασολάκια και οι μπάμιες καταναλώνονται σε ποσοστό 68.7% και 50.3% του πληθυσμού μας αντίστοιχα.

Πίνακας 69. Κατανάλωση Κρέατος

Είδη κρέατος	Μέση κατανάλωση την εβδομάδα	Τυπική απόκλιση	Ποσοστό
Κοτόπουλο	2,29	2,97	77,6%
Μπιφτέκι	2,72	3,84	83,7%
Μοσχάρι ψητό	1,77	1,67	57,1%
Μοσχάρι Μαγειρευτό	1,72	1,79	53,1%
Χοιρινό Ψητό	1,10	,86	34,7%
Χοιρινό Μαγειρευτό	1,16	,90	19,0%
Σουβλάκι	1,16	1,13	39,5%
Ζαμπόν	5,44	5,52	36,1%
Μπέικον	4,21	5,64	16,3%
Γαλοπούλα	4,00	4,43	41,5%
Σαλάμι	2,55	2,57	26,5%
Οστρακοειδή	0,70	,27	3,4%
Συκώτι	0,95	,88	14,3%
Αρνί	0,89	1,12	19,0%
Κατσίκι	0,87	,95	34,7%
Ψάρι	0,91	,72	67,3%
Καλαμάρια	0,85	,65	28,6%
Αυγά	2,62	2,40	82,3%

Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στην ομάδα του κρέατος αρχικά είναι το μπιφτέκι αφού το 82.3% του πληθυσμού το καταναλώνει 2.72 φορές τη βδομάδα.

Όπως καταγράφεται και παραπάνω στην επόμενη θέση βρίσκεται το αυγό με μέση κατανάλωση ανά εβδομάδα 2.62 φορές από το 82.3% του δείγματος.

Το κοτόπουλο καταναλώνεται από το 77.6% του πληθυσμού με συχνότητα κατανάλωσης 2.29 φορές τη εβδομάδα.

Πίνακας 70. Κατανάλωσης δημητριακών

Δημητριακά	Μέση κατανάλωση την εβδομάδα	Τυπική απόκλιση	Ποσοστό
Ψωμί Λευκό	13,31	9,71	76,9%
Ψωμί Ολικής Άλεσης	9,57	6,76	25,9%
Ψωμί Σίκαλης	9,50	6,31	8,2%
Παξιμάδι	4,78	5,24	46,9%
Δημητριακά Πρωινού	1,79	1,91	17,7%
Ρύζι	1,70	1,22	83,7%
Ζυμαρικά	1,88	1,13	91,2%
Πατάτες Βραστές	1,89	3,37	75,5%
Πατάτες Τηγανιτές	1,47	1,11	44,9%
Πίτα "Σπιτική"	0,97	,85	39,5%
Πίτα "Αγοραστή"	0,80	,72	15,6%
Πίτσα	0,60	,35	42,9%

Στην ομάδα των δημητριακών παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση στα ζυμαρικά με ποσοστό 91.2% του πληθυσμού και μέση κατανάλωση την εβδομάδα 1.88 φορές. Στη συνέχεια ακολουθεί το ρύζι το οποίο καταναλώνεται από το 83.7% του δείγματος κατά μέσο όρο τη εβδομάδα 1.7 φορές. Έπειτα έρχεται το ψωμί με ποσοστό κατανάλωσης 76.9% και μέση κατανάλωση την εβδομάδα 13.31 φορές. Τέλος οι βραστές πατάτες καταναλώνονται από το 75.5% με συχνότητα κατανάλωσης 1.89 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 71. Κατανάλωσης Οσπρίων

Όσπρια	Μέση κατανάλωση την εβδομάδα	Τυπική απόκλιση	Ποσοστό
Όσπρια	0,86	,37	78,2%

Τα όσπρια καταναλώνονται από το 78.2% του πληθυσμού μας με συχνότητα κατανάλωσης 0.86 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 72. Κατανάλωσης ροφημάτων

Ροφήματα	Μέση κατανάλωση την εβδομάδα	Τυπική απόκλιση	Ποσοστό
Νερό	21,48	10,96	86,4%
Καφές με Καφεΐνη	10,82	6,89	72,8%
Καφές χωρίς Καφεΐνη	5,17	2,83	6,1%
Τσάι	4,27	3,43	42,2%
Χυμός Φρούτων	4,24	4,53	28,6%
Αναψυκτικά	3,94	4,22	23,1%
Αναψυκτικά light	5,47	6,30	11,6%
Μπύρα	1,68	1,93	29,9%
Κρασί	2,06	2,26	29,9%
Αλκοολούχα Ποτά	1,65	1,30	8,8%

Όσον αφορά τα ροφήματα η υψηλότερη κατανάλωση παρουσιάζεται στο νερό όπου το 86.4% του πληθυσμού μας για 21.48 φορές την εβδομάδα καταναλώνει νερό. Ο καφές βρίσκεται στη δεύτερη θέση αφού το 72.8% καταναλώνει καφέ με μέση κατανάλωση την εβδομάδα 10.82 φορές.

Πίνακας 73. Ημερήσια κατανάλωση ισοδυνάμων του δείγματός μας (Φορές/ημ)

ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	0.7 Φ/Η
ΦΡΟΥΤΑ	2.8 Φ/Η
ΛΑΧΑΝΙΚΑ	1.5 Φ/Η
ΑΜΥΛΟ	3.5 Φ/Η
ΚΡΕΑΣ	4.0 Φ/Η
ΣΥΝΟΛΟ ΥΓΡΩΝ (Συμπεριλαμβάνεται το νερό και το γάλα, χυμοί κ.λ.π.)	5.0 Φ/Η
ΝΕΡΟ	2.5 Φ/Η

Στον Πίνακα 73. έγινε αναγωγή από την εβδομαδιαία κατανάλωση των τροφίμων στην ημερήσια κατανάλωση για να προσδιορίσουμε τον αριθμό των ισοδυνάμων που καταναλώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι. Συγκεκριμένα από τα γαλακτοκομικά

καταναλώνουν 0,7 ισοδύναμα/ημέρα, φρούτα 2,8 ισοδύναμα/ ημέρα, λαχανικά 1,5 ισοδύναμα/ημέρα, άμυλο 3,5 ισοδύναμα/ημέρα, κρέας 4 ισοδύναμα/ημέρα, το νερό 2,5 ποτήρια/ημέρα, και τα υγρά στο σύνολό τους καταναλώνονται 5 ποτήρια/ημέρα.

Ο πίνακας 74., δημιουργήθηκε με βάση τα ισοδύναμα των νεφροπαθών (Wahl E., et al, 1995) που πρέπει να καταναλώνουν οι νεφροπαθείς του δείγματος μας λαμβάνοντας υπόψη το μέσο ύψος των ασθενών που είναι 1.60cm , το μέσο βάρος τους 54.5 kg και η μέση ηλικία είναι 64.2 έτη. Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ο πίνακας ισοδυνάμων που προτείνονται για τους νεφροπαθείς του δείγματος, ότι με αυτές τις θερμιδικές ανάγκες θα κάλυπταν τις ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά. Ο καταμερισμός των θρεπτικών συστατικών έχει ως εξής: 16.1% πρωτεΐνη, 53.9% υδατάνθρακα και 30 % λίπος

ΠΙΝΑΚΑΣ 74. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΙΣΟΔΥΝΑΜΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΑΣ

ΙΣΟΔ	ΙΣΟΔ	PRO 76.7gr	CHO 256 gr	LIP 63.5 gr	K 2500 mg	P 1100 mg	1907 kcal
ΓΑΛΛΑ	1	4	12	8	185	110	120
ΦΡΟΥΤΑ	2	1	34	-	140	30	140
↓ ΚΑΛΙΟ							
Μέτριο Κάλιο	1	0.5	17	-	150	15	70
↑ ΚΑΛΙΟ	1	0.5	17	-	270	15	70
ΛΑΧΑΝΙΚΑ	1	1	5	-	70	20	25
↓ ΚΑΛΙΟ							
Μέτριο Κάλιο	1	1	5	-	150	20	25
↑ ΚΑΛΙΟ	1	1	5	-	270	20	25
ΑΜΥΛΟ	9	18	161	9	315	315	810
ΚΡΕΑΣ	7	49	-	28	700	455	455
ΛΙΠΟΣ	3.5	-	-	17.5	35	17.5	157.5
ΣΥΝΟΛΟ		76	256	62.5	2260	1175	1897.5

6.5.2.Συσχετίσεις μεταξύ κατανάλωσης τροφών του ερωτηματολογίου FFQ και παραμέτρων που περιγράφονται μέσα από το ερωτηματολόγιο KDQOL

Στην παρούσα ανάλυση γίνεται προσπάθεια να συσχετισθούν οι απαντήσεις που έχουν δοθεί ως προς τον ρυθμό κατανάλωσης διάφορων τροφών, που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο FFQ, ανά εβδομάδα και των απαντήσεων σε ορισμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου KDQOL.

Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η βαθμοτή αποτίμηση της κατανάλωσης τροφίμων ανά εβδομάδα φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 74.

Πίνακας κατανάλωσης στο ερωτηματολόγιο FFQ	Βαθμοτή αποτίμηση κατανάλωσης ανά εβδομάδα
1 έως 3 φορές το μήνα	0,5
1 φορά την εβδομάδα	1
2 έως 4 φορές την εβδομάδα	3
5 έως 6 φορές την εβδομάδα	5,5
1 φορά την ημέρα	7
2 έως 3 φορές την ημέρα	17,5
4 έως 6 φορές την ημέρα	35
6+ φορές την ημέρα	42

Με τον τρόπο αυτό η μεταβλητή «Κατανάλωση σοκολάτας» λειτουργεί είτε σαν διατακτική μεταβλητή, και άλλοτε σαν συνεχής μεταβλητή.

Επίσης οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου του KDQOL έχουν επεξεργαστεί σύμφωνα με τις οδηγίες των (Hays R., et al, 1997).

Εδώ αναφέρονται οι ακριβείς ερωτήσεις από το SF-36 που χρησιμοποιήθηκαν για τη συσχέτιση με τα παρακάτω τρόφιμα:

1. Σοκολάτα με 5α-γ, 6, 9 α-θ, 14ι
2. Ομάδα κρέατος 17 , 18 α, 18β, 18γ
3. γάλα-γιαούρτι- τυριά- ψάρια με 14δ
4. μοσχάρι ψητό ή μαγειρευτό με 14 ζ
5. φρούτα και λαχανικά με 14στ, 14ι, 14β
6. νερό ,τσάι ,αναψυκτικά, χυμοί με 15 α
7. οστρακοειδή με 15ζ, 16 α, 16 β
8. ροδάκινο, μήλο ,γάλα ,ελαιόλαδο με 17, 18 α,18 β,18 γ

6.5.2.α. Συσχέτιση Σοκολάτας και Διάθεση των αιμοκαθαιρόμενων

Εξετάζουμε τη συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης σοκολάτας και των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5 α-γ, 6, 9 α-θ και 14ι. Πριν γίνει όμως η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, θα γίνει μια περιγραφή των μεταβλητών, καθώς και τι ερμηνεύουν η κάθε μία.

Από τα 145 ερωτηματολόγια FFQ που απαντήθηκαν οι 85 ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν καταναλώνουν σοκολάτα. Οι 26 απάντησαν ότι καταναλώνουν 1 έως 3 φορές το μήνα, οι 13 καταναλώνουν 1 φορά την εβδομάδα, 7 νεφροπαθείς 3 φορές την εβδομάδα, 3 νεφροπαθείς 5 έως 6 φορές την εβδομάδα, 10 απάντησαν 1 φορά την ημέρα, ενώ 1 απάντησε πάνω από 6 φορές την ημέρα.

Ο πίνακας 75 που ακολουθεί είναι η κατανομή των απαντήσεων που αφορούν στην κατανάλωση σοκολάτας από το δείγμα των νεφροπαθών.

Πίνακας 75. Κατανάλωση σοκολάτας

Κατανάλωση Σοκολάτας	Συχνότητα
,00	85
,50	26
1,00	13
3,00	7
5,50	3
7,00	10
42,00	1
Total	145

Οι ερωτήσεις 5 α-γ αποτελούν την ομάδα αυτών που καθορίζουν τον παράγοντα «Συναισθηματικός Ρόλος» σύμφωνα με το (KDQOL-SFtm), Version 1.3, (1997). Αντίστοιχα οι ερωτήσεις 9 α, ε, ζ, ι καθορίζουν τον παράγοντα «Ενέργεια- Κούραση» και οι 9 β, γ, δ, στ, η, τη «Συναισθηματική Διάθεση».

Στον Πίνακα 76. Γίνεται συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης σοκολάτας και των παραγόντων «Συναισθηματική Διάθεση», «Συναισθηματικός Ρόλος» και «Ενέργεια – Κούραση».

Πίνακας 76. Συσχέτιση σοκολάτας

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (PEARSON CORRELATION)
Συναισθηματικός Ρόλος	-0,193
Συναισθηματική Διάθεση	-0,252*
Ενέργεια – Κούραση	-0,165

* Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 10%

Παρατηρείται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης σοκολάτας και «Συναισθηματικής Διάθεσης». Αυτή η συσχέτιση είναι αρνητική στο επίπεδο του 25,2% (0,252). Το αρνητικό πρόσημο σημαίνει ότι όσο η «Συναισθηματική διάθεση είναι καλύτερη, τόσο λιγότερη κατανάλωσης σοκολάτας γίνεται.

6.5.2.β. Ομάδα Κρέατος

Στη συνέχεια γίνεται συσχέτιση της κατανάλωσης πρωτεΐνης με τη γενική κατάσταση της υγείας και τον ύπνο.

Στην ενότητα αυτή εξετάζουμε την κατανάλωση κρεάτων σε σχέση με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 1, 17, 18 α, 18β και 18γ του ερωτηματολογίου KDQOL.

Την κατανάλωση κρέατος την προσεγγίζουμε με δύο τρόπους: α) θεωρώντας τη μέση κατανάλωση του ερωτηθέντος ανά είδος κρέατος την εβδομάδα και β) τη συνολική κατανάλωση κρέατος ανά είδος κρέατος την εβδομάδα.

Μέση κατανάλωση ειδών κρεάτων ανά βδομάδα

Ο πίνακας 77 που ακολουθεί δίνει το βαθμό συσχέτισης της μεταβλητής μέση κατανάλωση κρέατος με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 17, 18 α, 18β και 18γ.

Πίνακας 77. Συσχέτιση κατανάλωσης κρέατος με την γενική κατάσταση της υγείας και τον ύπνο

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (PEARSON CORRELATION)
17	-0,119
18 α	0,068
18 β	0,020
18 γ	0,073

Παρατηρείται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων του KDQOL και της κατανάλωσης κρέατος, με εξαίρεση την ερώτηση 17 όπου υπολογίζεται συσχέτιση -0,119 που όμως δεν θεωρείται στατιστικά σημαντική για επίπεδο 10% και 5% ($p\text{-value}=0,163$)

Ανάλογο είναι και το αποτέλεσμα της συσχέτισης με τον παράγοντα «Ύπνος» με τιμή 0,027.

Ο πίνακας που ακολουθεί δίνει το βαθμό συσχέτισης συνολικής κατανάλωσης κρέατος με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις για την γενική κατάσταση της υγείας και τον ύπνο.

Πίνακας 78. Συνολική κατανάλωση ειδών κρεάτων/εβδομάδα

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (PEARSON CORRELATION)
17	-0,066
18 α	0,027
18 β	-0,074
18 γ	0,093

* Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 10%

Δεν παρατηρούμε συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση διαφόρων ειδών κρέατος/εβδομάδα με την γενική κατάσταση της υγείας και τον ύπνο.

6.5.2.γ.Γάλα, Γιαούρτι, Τυρί και Ψάρια

Θα εξετασθεί η συσχέτιση της κατανάλωσης για τα γαλακτοκομικά και τα ψάρια λόγω αυξημένου φωσφόρου με την ερώτηση 14 δ του ερωτηματολογίου KDQOL που αναφέρεται στο αν παρουσίασαν φαγούρα. Και σε αυτή την περίπτωση θα γίνει η ίδια προσέγγιση σχετικά με τα είδη γάλατος, γιαουρτιών και τυριών, όπως έγινε και στην περίπτωση της ομάδας του κρέατος.

6.5.2.δ. Ψάρια

Η συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων της ερώτησης 14 δ για τη φαγούρα και της εβδομαδιαίας κατανάλωσης ψαριών είναι στα επίπεδα της τιμής 0,092, πολύ μικρή ώστε να ισχυριστούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (p -value=0,370).

6.5.2.ε. Μέση κατανάλωση γαλακτοκομικών

Ο πίνακας που ακολουθεί δίνει τον συντελεστή συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων στην ερώτηση 14 δ του KDQOL και της μέσης κατανάλωσης γάλατος, γιαουρτιού και τυριού.

Πίνακας 79. Συσχέτιση γαλακτοκομικών με το σύμπτωμα της φαγούρας

ΤΥΠΟΣ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΟΥ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (PEARSON CORRELATION)
ΓΑΛΑ	-0,313**
ΓΙΑΟΥΡΤΙ	-0,011
ΤΥΡΙ	-0,210**

** Στατιστικά σημαντικό και σε επίπεδο 5%

Το σημείο στο οποίο πρέπει να σταθούμε είναι το γεγονός ότι η μέση κατανάλωση γάλατος και τυριού έχουν αρνητική συσχέτιση, στατιστικά σημαντική ($p\text{-value}=0,004$ και $p\text{-value}=0,020$ αντίστοιχα) με τις απαντήσεις για τη φαγούρα.

Αυτό σημαίνει ότι όσο λιγότερη κατανάλωση γάλακτος και τυριού τόσο περισσότερη φαγούρα.

6.5.2.στ. Κατανάλωση Μοσχαρίσιου κρέατος

Εξετάζεται η σχέση κατανάλωσης μοσχαριού ψητού ή μαγειρευτού με την ερώτηση 14 ζ του ερωτηματολογίου KDQOL που αναφέρεται στον αν ενοχλήθηκαν από ζαλάδα ή λιποθυμία,. Διαλέξαμε τη συσχέτιση αυτή γιατί θέλαμε να αποδείξουμε ότι όσο υψηλότερη κατανάλωση μοσχαριού δηλαδή και σιδήρου τόσο λιγότερη και η τάση της λιποθυμίας.

Πίνακας 80. Συσχέτιση κατανάλωσης μοσχαρίσιου κρέατος με την ζαλάδα ή την λιποθυμία

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (SPEARMAN CORRELATION)	
ΜΟΣΧΑΡΙ(ΨΗΤΟ ΚΑΙ ΜΑΓΕΙΡΕΥΤΟ)	-0,262**

** Στατιστικά σημαντικό και σε επίπεδο 5%

Προκύπτει συσχέτιση των απαντήσεων της ερώτησης 14 ζ με τη κατανάλωση μοσχαριού, όσο περισσότερο μοσχαρίσιο κρέας καταναλώνουν τόσο λιγότερες ζαλάδες και λιποθυμίες θα αισθάνονται.

6.5.2.ζ. Φρούτα και Λαχανικά

Η συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ανά εβδομάδα με τις απαντήσεις των ερωτήσεων 14 β, στ και ι του ερωτηματολογίου KDQOL θα εξετασθεί ως προς τη μέση συχνότητα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, Οι ερωτήσεις αυτές αναφέρονται σε συμπτώματα της ασθένειας που προκαλούνται λόγω έλλειψης ηλεκτρολυτών.

Μέση κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

Ο πίνακας που ακολουθεί δίνει τις ζητούμενες συσχετίσεις κατά Pearson

Πίνακας 81. Συσχέτιση φρούτων και λαχανικών με τα συμπτώματα της ασθένειας

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΡΟΥΤΑ	ΛΑΧΑΝΙΚΑ
14 β	-0,032	-0,035
14 στ	0,025	-0,107
14 ι	-0,130	-0,017

Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση ανάμεσα στους παραπάνω παράγοντες

6.5.2.η.Νερό, Τσάι, Χυμοί, Αναψυκτικά

Οι συσχετίσεις μεταξύ της ερώτησης 15 α , που αναφέρονται στον περιορισμό των υγρών και της συχνότητας κατανάλωσης νερού, τσαγιού, φυσικών χυμών και αναψυκτικών παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 82. Κατανάλωση υγρών και περιορισμός των υγρών

ΕΙΔΟΣ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (SPEARMAN CORRELATION)
ΝΕΡΟ	0,146
ΤΣΑΪ	-0,003
ΦΥΣΙΚΟΙ ΧΥΜΟΙ	0,339**
ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	-0,003

** Στατιστικά σημαντικό και σε επίπεδο 5%

Προκύπτει συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων της ερώτησης 15 α και στην συχνότητα κατανάλωσης φυσικών χυμών που σημαίνει ότι παρόλο που στις διαιτητικές οδηγίες των αιμοκαθαιρόμενων υπάρχει ο περιορισμός των φυσικών χυμών λόγω του καλίου εκείνοι τους καταναλώνουν.

6.5.2.θ. Οστρακοειδή

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προκύπτει ότι μόλις 4 στους 145 καταναλώνουν οστρακοειδή και επομένως δεν μπορούν να προκύψουν ασφαλή συμπεράσματα σε σχέση με την συσχέτιση της κατανάλωσης των οστρακοειδών με τις ερωτήσεις 15 ζ, 16 α-β.

6.5.2.1. Ροδάκινο, Μήλο, Γάλα

Στην τελευταία ενότητα συσχετίσεων συσχετίζεται η συχνότητα κατανάλωσης ροδάκινων, μήλων, μέσης κατανάλωσης γάλατος και συνολικής κατανάλωσης γάλατος με τις απαντήσεις των ερωτήσεων 17, 18 α-γ που αντιστοιχούν στον παράγοντα «Ύπνος» .

Ροδάκινο και μήλο

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει συνοπτικά τους συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman μεταξύ της κατανάλωσης ροδάκινων και μήλων με τις ερωτήσεις 17, 18 α-γ.

Πίνακας 83. Συσχέτιση κατανάλωσης ροδάκινου, μήλου με την ποιότητα του ύπνου

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΡΟΔΑΚΙΝΟ	ΜΗΛΟ
17	0,218*	0,139
18 α	-0,010	-0,071
18 β	-0,016	0,030
18 γ	-0,149	-0,155

* Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 10%

Παρατηρείται θετική συσχέτιση της κατανάλωσης ροδάκινου με την ποιότητα του ύπνου

Μέση και συνολική κατανάλωση γάλατος

Ως προς τον παράγοντα «Ύπνος» και το γάλα έχουμε:

Πίνακας 84. Συσχέτιση μέσης και συνολικής κατανάλωσης γάλακτος με τον ύπνο

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (PEARSON CORRELATION)
ΜΕΣΗ	-0,233**
ΣΥΝΟΛΙΚΗ	-0,212*

*Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 10%

**Στατιστικά σημαντικό και σε επίπεδο 5%

Παρατηρείται ισχυρή αρνητικά συσχέτιση ανάμεσα στη μέση και συνολική κατανάλωση γάλακτος με τον ύπνο. Πιθανόν όσο καλύτερο ύπνο έχει ο ασθενής τόσο λιγότερο γάλα καταναλώνει, κάτι το οποίο δεν ισχύει καθώς οι περισσότεροι ασθενείς μας δήλωναν πολύ κακή ποιότητα ύπνου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έκφραση "ποιότητα ζωής" χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά σχετικά με την οικονομία και την ευημερία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβαίνοντας σε δήλωση το 1948, αναφέρει την υγεία ως στόχο για το μελλοντικό έργο των κοινωνιών. Αυτό σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει τη συναισθηματική, σωματική και κοινωνική ευεξία. Ο όρος "ποιότητα ζωής" χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως ένα σημαντικό εργαλείο στην ιατρική τα τελευταία 30 χρόνια (Horf W., 2004).

Η αυξημένη συνειδητοποίηση των εργαζομένων στις μονάδες αιμοκάθαρσης για τον ασθενή να ζήσει μία ζωή όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά οδήγησε να επικεντρωθούν στα προβλήματα της ποιότητας ζωής τους (Horf W., 2004).

Στην έρευνα μας επιδιώξαμε να προσδιορίσουμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και κατά πόσο αυτές οι δυσκολίες επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, τη διάθεσή τους και τις σχέσεις τους στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε είναι το KDQOL, καθώς και το ερωτηματολόγιο συχνότητας

κατανάλωσης τροφίμων. Οι περιορισμοί που υπάρχουν στο διαιτολόγιο τους αποτελούν έναν από τους σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης πραγματοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις με σκοπό να δούμε εάν το αυξημένο ποσοστό λίπους στους αιμοκαθαιρόμενους σχετίζεται με αυξημένο προσδόκιμο ζωής αλλά και με καλύτερη ποιότητα ζωής.

Στο δείγμα της έρευνά μας το 62,1% ήταν άνδρες και το 37,9% γυναίκες, όλοι ήταν Έλληνες πολίτες για να υπάρχει ομοιογένεια, ηλικίας 18-55+. Η μέση τιμή της ηλικίας τους είναι τα 64,20±13,51 έτη, ενώ η ηλικία έναρξης της αιμοκάθαρσης είναι τα 58,71± 15,31 έτη, ενώ σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2000 σύμφωνα με στοιχεία της European Renal Association (2002), ο μέσος όρος έναρξης της αιμοκάθαρσης ήταν τα 65 έτη (Chambers J., et al, 2004). Αυτό μας δείχνει ότι υπάρχει μείωση της ηλικίας έναρξης της αιμοκάθαρσης σε διάστημα 10 ετών που πιθανόν να οφείλεται στον σύγχρονο τρόπο ζωής ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση πολλών ασθενειών όπως η υπέρταση και ο διαβήτης τύπου II, οι οποίες αποτελούν και τις κύριες αιτίες για την νεφρική ανεπάρκεια.

Πριν το 1972 το ανώτατο όριο ζωής της θεραπείας αιμοκάθαρσης στις ΗΠΑ ήταν τα 50 έτη. Από τότε η ιατρική τεχνολογία έχει συμβάλει στο σημερινό υψηλό επίπεδο επιβίωσης των ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση (Hofl W., 2004).

Οι άγαμοι στην παρούσα έρευνα ήταν περισσότεροι σε ποσοστό 84,1% εκ των οποίων υπήρχαν άτομα που ήταν διαζευγμένα ή είχαν πεθάνει οι σύζυγοι, οι έγγαμοι αιμοκαθαιρόμενοι αποτελούσαν το 15,9%. Εκείνο που παρατηρήθηκε στους άγαμους κυρίως μέσα από τη συνομιλία μαζί τους, είναι ότι υπήρχε μία απαισιοδοξία και θλίψη στα λεγόμενά τους αλλά και στο πρόσωπό τους για την ποιότητα της ζωής τους. Δεν υπήρχε διάθεση για δραστηριότητες (περπάτημα, κοινωνικές επαφές, ταξίδια, φαγητό,) καθώς ένιωθαν τη μοναξιά σε υπερβολικό βαθμό αλλά και το φόβο να κάνουν κάτι περισσότερο εκτός από την αιμοκάθαρση. Από την άλλη πλευρά οι έγγαμοι είχαν καλύτερη ποιότητα στην καθημερινότητα τους, λόγω της συμπαράστασης των συγγενών και των φίλων, και το διαιτολόγιό τους ήταν πιο προσεγμένο.

Υπήρχε όμως και μία περίπτωση έγγαμου αιμοκαθαιρόμενου που ήταν πολύ απογοητευμένος από την οικογένειά του, καθώς δεν υπήρχε συμπαράσταση ούτε προσοχή στο διαιτολόγιό του. Συγκεκριμένα ανέφερε ότι του συμπεριφερόταν « σαν σκυλί», δεν τον πήγαιναν μέχρι το καφεενείο να πει ένα καφέ με τους φίλους του, έγραψε όλη την περιουσία του στα παιδιά του και εκείνα τον αγνοούσαν καθώς και η

σύζυγός του, τον έβριζαν για την κατάστασή του και το μόνο που έλεγε ήταν τότε θα πεθάνει.

Η κύρια αιτία έναρξης της αιμοκάθαρσης στην έρευνά μας είναι η υπέρταση με 29%, ακολουθεί ο διαβήτης με 20,7%, η πολυκυστική νόσος με 17,2% και η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα με 7,6%. Σημαντικό είναι και το υψηλό ποσοστό 19,3% όσων δεν γνώριζαν την αιτία της ΧΝΑ με το μεγαλύτερο ποσοστό 35,7% να παρατηρείται στην ηλικία των >78, και στα άτομα με βασική εκπαίδευση 60,7%.

Η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν τις πρώτες κύριες αιτίες στο μεγαλύτερο ποσοστό. Η υπέρταση στις ΗΠΑ αποτελεί την 2^η κύρια αιτία μετά το διαβήτη και εμφανίζεται στο 80% των ατόμων με μέτρια έως σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (Bomback A, 2011).

Τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη περισσότερο από 10 χρόνια συχνά οδηγούνται στη νεφρική ανεπάρκεια καθώς και στην καρδιακή ανεπάρκεια και σε προβλήματα στα μάτια. Ο διαβήτης αποτελεί την πιο συχνή αιτία της νεφρικής ανεπάρκειας και σε ορισμένα μέρη του κόσμου ανέρχεται στο 40% των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (Stein A., 2002).

Η πολυκυστική νόσος στην έρευνά μας βρίσκεται στην 3^η θέση με 17,2% ενώ στις ΗΠΑ αποτελεί την 4^η κύρια αιτία της νεφρικής ανεπάρκειας (Grantham J., et al, In: Brenner, 2000)

Υπάρχουν αναφορές όπου η άγνωστη αιτία αφορά το 25% των ασθενών με ΤΣΧΝΑ και η αιτία της νεφρικής ανεπάρκειας δεν ανακαλύπτεται ποτέ. Αυτό συμβαίνει επειδή οι νεφροί συχνά εμφανίζονται μικροί και συρρικνωμένοι όταν απεικονίζονται στον υπέρηχο. Για το λόγο αυτό η διάγνωση που γίνεται συχνά είναι για "δύο μικρά νεφρά". Στην πραγματικότητα "δύο μικρά νεφρά" σημαίνει ότι τα νεφρά είναι μικρά αλλά οι γιατροί δεν γνωρίζουν το γιατί. Είναι τεκμηριωμένο ότι "κάτι" συμβαίνει στους νεφρούς χρόνια πριν και αυτοί με την πάροδο του χρόνου συρρικνώνονται (Stein A., 2002).

Επίσης υπήρχαν και ασθενείς στους οποίους συνυπήρχαν σαν κύριες αιτίες η υπέρταση με την χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, ο διαβήτης με την πολυκυστική νόσο, η υπέρταση με το διαβήτη.

Στην έρευνά μας παρατηρήθηκε μείωση της σωματικής λειτουργικότητας των ασθενών όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, τα ψώνια που μεταφέρουν από την

αγορά, το ανέβασμα στις σκάλες, το λύγισμα των γονάτων, το περπάτημα ενός χιλιομέτρου, το μπάνιο ή το ντύσιμο. Επιπρόσθετα μειώθηκε και ο σωματικός ρόλος καθώς μείωσαν το χρόνο που συνήθως ξόδευαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, επιτέλεσαν λιγότερα πράγματα από όσα θα ήθελαν, περιόρισαν τα είδη της δουλειάς και δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν μία δραστηριότητα. Η καθημερινότητα επίσης επηρεάζεται συχνά από την αιμοκάθαρση, όπως ο περιορισμός στην πρόσληψη υγρών και τροφών, μείωση των σωματικών δραστηριοτήτων, λειτουργικές διαταραχές, προβλήματα προγραμματισμού δευτεροβάθμιας συνεδρίας για αιμοκάθαρση, και όσον αφορά την απασχόληση τα προβλήματα κυμαίνονται από την αναστάτωση στο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, αλλαγή εργασίας για να έχουν λιγότερη παραγωγή έργου, δουλεύοντας λιγότερες ώρες ή χάνοντας την ικανότητα εργασίας (Lok, 1996; Baldree, Murphy & Powers, 1982; Bihl, Ferrans & Powers, 1988; Kimmel, 2002). Ένωσαν αρκετό πόνο ο οποίος επηρέασε την συνηθισμένη εργασία τους τόσο έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό, δεν επηρέασε όμως την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης καθώς και τη σεξουαλική λειτουργία. Η γενική υγεία των ασθενών μας αποδείχτηκε ότι σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο είναι σε χειρότερη κατάσταση, πιστεύουν ότι αρρωσταίνουν ευκολότερα από άλλους ανθρώπους, δεν αισθάνονται τόσο υγιείς όσο οι γνωστοί τους, περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερεύσει και γνωρίζουν ότι η υγεία τους δεν είναι εξαιρετική, χωρίς όμως οι παράγοντες αυτοί να επηρεάσουν την εργασία τους. Η συναισθηματική τους διάθεση επίσης είχε επηρεαστεί καθώς αισθανόντουσαν εκνευρισμό, πεσμένοι ψυχολογικά, δεν αισθάνονταν ηρεμία, γαλήνη, ευτυχία αλλά απελπισία και μελαγχολία, βέβαια αυτό δεν επηρέασε την εργασία τους. Ο συναισθηματικός τους ρόλος μειώθηκε καθώς αισθανόντουσαν μελαγχολία ή άγχος με αποτέλεσμα να μειώσουν το χρόνο που συνήθως ξόδευαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, επιτέλεσαν λιγότερα από όσα θα ήθελαν, και έκαναν τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από όσα έκαναν συνήθως. Η αιμοκάθαρση παρουσιάζει έναν αριθμό από κοινωνικές και συναισθηματικές πιέσεις για τα άτομα με ΤΣΧΝΑ όπως αυξημένη εξάρτηση από άλλους, φόβους για έκπτωση της υγείας τους ή και θάνατο, αβεβαιότητα για το μέλλον, συναισθήματα θλίψης και απόγνωσης, μείωση της κοινωνικής ζωής, υπερπροστατευτικότητα της οικογένειας και των φίλων, σημαντικούς περιορισμούς σχετικά με τα ταξίδια και στα σχέδια διακοπών, και δραστικές αλλαγές ή απώλειες στους βασικούς ρόλους των διαπροσωπικών σχέσεων, φιλικές, κοινωνικές και/ή

στον εργασιακό χώρο (Baldree, Murphy & Powers, 1982; Bihl, Ferrans & Powers, 1988; Kimmel, 2002; Buchanan & Abram, 1984; Lok, 1996).

Η κοινωνική λειτουργία τους για δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους ή άλλες κοινωνικές ομάδες επηρεάστηκε από την κατάσταση της σωματικής τους υγείας ή από κάποια συναισθηματικά προβλήματα για αρκετό χρονικό διάστημα. Η ενέργεια και η κούραση επηρέασαν τη διάθεση τους καθώς δεν αισθανόντουσαν γεμάτοι ζωντάνια, δεν είχαν πολύ ενεργητικότητα, αισθανόντουσαν εξάντληση και κούραση.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες σχετίζονται θετικά με τα συμπτώματα της ασθένειας όπως οι πόνοι στους μύες και στο στήθος, κράμπες, φαγούρα στο δέρμα, ξηρό δέρμα, λαχάνιασμα, ζαλάδες ή λιποθυμίες, έλλειψη όρεξης, υπερβολική κόπωση ή εξασθένηση, μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια, ναυτία ή στομαχικές διαταραχές.

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών της αιμοκάθαρσης εκδηλώνονται συμπτώματα στους νεφροπαθείς όπως η υπόταση (20-30%), κράμπες (5-20%), ναυτία και έμετοι (5-15%), πονοκεφάλι (5%), κνησμός (5%), ο προκάρδιος πόνος ο οποίος συμβαίνει συχνά και οφείλεται στην στηθάγχη ή στην περικαρδίτιδα (2,5%), πυρετός και ρίγη (<1%), (Daugirdas J., 1988). Ωστόσο, σύμφωνα με τους Beck A., & Emery G. (1985), οι ασθενείς με διαταραχή πανικού υποφέρουν από κρίσεις διότι ερμηνεύουν λάθος τα συμπτώματα του άγχους όπως τον πόνο στο στήθος ως σημάδι ανησυχίας της επικείμενης νόσου (π.χ. καρδιακής νόσου) (Baines L., & Jindal R. 2003).

Η εμφάνιση χρόνιου πόνου είναι συνήθης στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε ποσοστό 37-50% ενώ το 82% παρουσιάζει μέτριο έως σοβαρό πόνο. Το ρίγος και ο πυρετός είναι δυνατόν να εμφανίζονται σε όλα τα χρονικά στάδια της αιμοκάθαρσης (Richardson Y., 1987).

Από την πλευρά των ιατρικών προβλημάτων, ένα ευρύ φάσμα έχει αναφερθεί ως ιατρογενές αποτέλεσμα της αιμοκάθαρσης, είτε ως παρατεταμένες συνέπειες των εγγενών περιορισμών της αιμοκάθαρσης. Αυτές περιλαμβάνουν αδυναμία, κόπωση, έλλειψη ενέργειας, αϋπνία, απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή σεξουαλική δυσλειτουργία, μυϊκές κράμπες, κατακράτηση υγρών, ναυτία, τρόμο, δυσφορία και πόνο (Baldree, Murphy, and Powers, 1982; Craven, Rodin and Johnson, 1987; Bihl, Ferrans & Powers, 1988; Lok, 1996; Logan, Pelletier-Hibbert & Hodgins, 2006).

Συχνά αναφέρονται από τους ασθενείς αισθήματα κακουχίας και αισθήματα κόπωσης κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και μετά από αυτήν. Είναι πιθανόν τα συμπτώματα αυτά να οφείλονται στην ταχεία αφαίρεση των υγρών ή στο σύνδρομο

διαταραχής της ωσμωτικής πίεσης (Σαρρής Μ., 2001). Το σύνδρομο διαταραχής ισορροπίας της ωσμωτικής πίεσης (Disequilibrium syndrome) εμφανίζει ένα σύνολο συστηματικών και νευρολογικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια ή και αμέσως μετά το τέλος της αιμοκάθαρσης και εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως ναυτία, έμετοι, πονοκέφαλος, κράμπες, κόπωση, θολή όραση, ενώ σε σοβαρότερες περιπτώσεις μπορεί να επακολουθήσει σύγχυση, σπασμοί, κώμα ακόμη και θάνατος (Σαρρής Μ., 2001). Ακραία αγωνία και τα σωματικά συμπτώματα του άγχους όπως δύσπνοια, αίσθημα παλμών, θωρακικό άλγος, εφίδρωση και ο φόβος του θανάτου μπορούν να συμβούν στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης και ένα πλήθος ιατρικών επιπλοκών κάνουν τον ασθενή να ανησυχεί πολύ (Sousa A., 2008). Επίσης η διακοπή του ηλεκτρικού ρεύματος απασχολεί πάντα τον ασθενή και του δημιουργεί ένα ορισμένο άγχος, παρά το γεγονός ότι όλα τα μηχανήματα της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι συνδεδεμένα με τη γεννήτρια του νοσοκομείου (Σαρρής Μ., 2001).

Επίσης παρατηρήθηκε ότι σχετίζονται και με τις επιδράσεις που έχει η ασθένεια στον ασθενή, όπως το έντονο άγχος και η ανησυχία που προκαλούνται από τη νόσο των νεφρών, οι εργασίες σχετικά με το σπίτι, τη σεξουαλική ζωή, και την εξάρτηση από τους γιατρούς και το ιατρικό προσωπικό. Η εικόνα σώματος αποτελεί θέμα ανησυχίας για πολλούς ασθενείς που βρίσκονται στην αιμοκάθαρση. Για παράδειγμα ο μόνιμος καθετήρας, η fistula, η αύξηση του σωματικού βάρους από την κατακράτηση υγρών, η σύνδεση με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης και η διακοπή της ούρησης μπορεί να έχουν δυσμενή επίδραση στη σχέση ενός ασθενούς με το σώμα του. Αυτή η αρνητική εικόνα σώματος μπορεί να μειώσει την αυτοεκτίμησή του και να κάνει τον ασθενή να αισθάνεται λιγότερο επιθυμητός και πιο διστακτικός σε σχέση με την επιθυμία που είχε πριν ξεκινήσει την αιμοκάθαρση, με αποτέλεσμα την αποφυγή της σεξουαλικής δραστηριότητας (Kimmel P., 2001).

Η κατάθλιψη μειώνει την ποιότητα ζωής και έχει αρνητικό αντίκτυπο στους κλινικούς πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένη και της ΤΣΧΝΑ.

Η ΤΣΧΝΑ έχει σημαντική επίπτωση στις ζωές των πασχόντων. Η εμπειρία των πολλαπλών βλαβών, συμπεριλαμβανομένου και της νεφρικής λειτουργίας, ο ρόλος της οικογένειας, της δουλειάς, η σεξουαλική λειτουργία, ο χρόνος και η κινητικότητα, επιδρά σημαντικά στις ζωές των ασθενών. Περαιτέρω πιέσεις συμπεριλαμβανομένων των επιπτώσεων στη φαρμακευτική αγωγή, των διατροφικών περιορισμών, ο φόβος για το θάνατο και η εξάρτηση από τη θεραπεία, ενδέχεται να επηρεάσουν την

ποιότητα της ζωής και να οξύνουν συναισθήματα απώλειας του ελέγχου (Chilcot J, et al 2008).

Τα συμπτώματα του άγχους είναι πολύ διαδεδομένα μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Σύμφωνα με το DSM-IV-R οι αγχώδεις διαταραχές κατατάσσονται σε έναν αριθμό διαφορετικών κατηγοριών. Αυτές περιλαμβάνουν το γενικευμένο άγχος, τη φοβία, το μετα- τραυματικό στρες, την ψυχαναγκαστική διαταραχή, και φοβίες όπως (αγοραφοβία, κοινωνική φοβία και κλειστοφοβία). Τα βασικά στοιχεία που καθορίζουν γιατί κάποια άτομα αναπτύσσουν φοβίες και άλλοι όχι πιστεύεται ότι δεν οφείλεται σε μεμονωμένες και συμπεριφοριστικές διαφορές. Πολλοί ασθενείς οι οποίοι υποφέρουν από αγοραφοβία τείνουν επίσης να εμφανίζουν διαταραχή πανικού, ή τρομακτικές κρίσεις πανικού, που χαρακτηρίζονται από ακραίο φόβο, αισθήματα απώλειας ελέγχου και σωματικά συμπτώματα (πόνος στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή και ζάλη) (Davison & Neale 1990, **In Baines L., & Jindal R. 2003**).

Επιπλέον στρεσογόνοι παράγοντες αναφέρονται από τους ασθενείς η υπερβολική εξάρτηση από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης, η εξάρτηση από τα μέλη της οικογένειά τους καθώς και από άλλα συγγενικά πρόσωπα, ο φόβος για μεταδοτικές ασθένειες, όπως το AIDS, Ηπατίτιδα Β και C, η πιθανή κατάσταση της υγείας τους μετά από πιθανή μεταμόσχευση, η δυσκολία ανεύρεσης νεφρικού μοσχεύματος, η πιθανότητα διακοπής της λειτουργίας της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης και η πιθανότητα ανεξέλεγκτης αφαίρεσης υγρών κατά την αιμοκάθαρση (Γερογιάννη Γ., 2003). Ο φόρτος της ασθένειας σχετίζεται επίσης θετικά με τους παραπάνω παράγοντες καθώς πιστεύουν ότι η νεφροπάθεια τους εμποδίζει τη ζωή σε υπερβολικό βαθμό, καταναλώνουν υπερβολικά πολύ χρόνο στην προσπάθεια να αντιμετωπίσουν την νεφροπάθεια, νευριάζουν συχνά στην προσπάθεια να την αντιμετωπίσουν και νιώθουν πως είναι βάρος στην οικογένειά τους. Πηγαίνοντας διακοπές ή περνώντας χρόνο μακριά με την οικογένεια είναι ανέφικτο. Οι ασθενείς δεν μπορούν καν να υπολογίζουν σε ένα σύντομο διάλειμμα έχοντας επαφή με μία μονάδα αιμοκάθαρσης και δεν έχουν την επιρροή της πορείας της πάθησής τους. Δεν μπορούν να αλλάξουν την κατάστασή τους και επίσης είναι δύσκολο να διατηρήσουν την ισορροπία στον τους. Ο νέος τρόπος ζωής επιβάλλει τη θεραπεία, προκαλεί κόπωση στην αφύσικη κατάσταση, και μετά κάποια στιγμή μια εξέγερση, μια επιθυμία να σταματήσουν τις διαδικασίες και ακόμη απόπειρες αυτοκτονίας ή επιθετικότητα προς το περιβάλλον (Wojtasiak E., 2005).

Η εργασία σχετίζεται με όλους τους παράγοντες, ενώ δεν επηρεάστηκε από την γενική υγεία και την συναισθηματική διάθεση. Επίσης η ανεργία είναι ένας επιπλέον στρεσογόνος παράγοντας καθώς πάνω από το 75% των ασθενών είναι ανίκανοι να διατηρήσουν τη μόνιμη εργασία τους μετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης (Γερογιάννη Γ., 2003).

Ο Levy N.,(1984) υποστηρίζει ότι η εργασία ενός ατόμου έχει στενή σχέση με την προσωπική του ταυτότητα και την ηθική ικανοποίηση του «εγώ» του και γι' αυτό η αδυναμία διατήρησή της προκαλεί απώλεια ενέργειας και πτώση της libido.

Η γνωστική λειτουργία των ασθενών έχει θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες καθώς αντέδρασαν με καθυστέρηση σε λόγια ή πράξεις των γύρων τους, δυσκολεύτηκαν να οργανώσουν τις σκέψεις τους ή να συγκεντρωθούν και ένιωθαν σαστισμένοι συχνά. Η ποιότητα τη κοινωνικής αλληλεπίδρασης επίσης έχει ισχυρή συσχέτιση με τους παραπάνω παράγοντες καθώς αισθάνονταν ότι απομονώθηκαν από τους γύρω τους, συμπεριφέρονταν με εκνευρισμό και δεν είχαν καλές σχέσεις με τους γύρω τους, δεν σχετίζεται όμως με την επίδραση του πόνου. Η σεξουαλική λειτουργία σχετίζεται με όλους τους παράγοντες καθώς δεν αισθάνονται σεξουαλική ευχαρίστηση και διέγερση, παρατηρήσαμε όμως μικρότερη συσχέτιση με την γενική υγεία και τη συναισθηματική διάθεση. Η ανεργία ευθύνεται για ένα σημαντικό αριθμό σεξουαλικών προβλημάτων. Οι άνδρες αδυνατούν να εργαστούν και τότε οι γυναίκες αναλαμβάνουν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις της οικογένειας, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση των συζύγων (Γερογιάννη Γ., 2003).

Ο ύπνος είναι επίσης σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα της ζωής του ασθενούς σχετίζεται ισχυρά με όλους τους παράγοντες δηλώνοντας ότι έχουν ένα πολύ κακό ύπνο, ξυπνούν συνέχεια κατά τη διάρκεια της νύχτας και δυσκολεύονται να ξανακοιμηθούν, δεν κοιμούνται όσο χρειάζονται, και δυσκολεύονται να κρατηθούν ξύπνιοι κατά τη διάρκεια της ημέρας. Στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ οι σωματικές προεκτάσεις της ουραιμίας, συμπεριλαμβανομένων της κόπωσης, διαταραχές ύπνου και μειωμένης όρεξης, είναι επίσης σωματικοί δείκτες της κατάθλιψης. Ο Israel το 1986 αναφέρει ότι η ουραιμία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και προτείνεται μια πιθανή γενετική προδιάθεση στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ.

Ένας ασθενής με σημαντικά ουραιμικά συμπτώματα θα σημειώσει εξαιρετικά υψηλό σκορ των στοιχείων της κατάθλιψης. Η ουραιμία μπορεί να επηρεάσει το

κεντρικό νευρικό σύστημα, επηρεάζοντας τη σύνθεση και το μεταβολισμό βασικών νευροδιαβιβαστών. Αυξανόμενα στοιχεία έχουν υποστηρίξει τα οφέλη της καθημερινής αιμοκάθαρσης στα ουραιμικά συμπτώματα, αν και υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις ότι η καθημερινή αιμοκάθαρση σχετίζεται με μείωση της κατάθλιψης(Chilcot J., et al, 2008).

Μικρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε στην κοινωνική υποστήριξη σχετικά με το χρόνο που μπορούν να περάσουν με την οικογένεια και τους φίλους καθώς και την υποστήριξη που τους προσφέρει η οικογένεια και οι φίλοι και την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Πιθανόν η οικογένεια και οι φίλοι να στηρίζουν τους ασθενείς αλλά εκείνοι να μη μπορούν να το ευχαριστηθούν, να συμπεριφέρονται νευρικά και απότομα με αποτέλεσμα να απομονώνονται. Οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές βρίσκονται αντιμέτωποι με το δύσκολο έργο της μάθησης να λειτουργούν μέσα σε ένα πολυσύχναστο ιατρικό περιβάλλον το οποίο μπορεί να τους προκαλέσει συναισθηματικές αγωνίες. Εάν οι αγχώδεις διαταραχές δεν θεραπευτούν και οι ασθενείς γίνονται υπερ-αδρεναλικοί, εισέρχονται σε μία βιοχημική αντίδραση του παρασυμπαθητικού "fight or flight- πάλη ή φυγή" και εμφανίζονται στο προσωπικό ως απαιτητικοί ή προκαλούν αναστάτωση. Ξαφνικά μπορεί να φανούν ακατάλληλοι ή χρησιμοποιούν βρώμικη ή δυνατή γλώσσα. Αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να είναι ακούσιες και εσωτερικές οι οποίες όμως τους οδηγούν σε μείωση της κατάστασης του ψυχολογικού στρες. Δίνοντας τον επιπολασμό της διαταραχής της προσωπικότητας στις ΗΠΑ (10-15%) των ενηλίκων , υπάρχει υψηλή πιθανότητα να υπάρξουν ασθενείς σε θεραπεία τελικού σταδίου ΧΝΑ με άναρχες προσωπικότητες(Prescott M., 2006).

Οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανόν να έχουν τις περισσότερες δυσκολίες με την προσαρμογή στα νέα πρότυπα και τις προσδοκίες και εμφανίζονται με μία άκαμπτη , βαθιά ριζωμένη συμπεριφορά για την αντιμετώπιση των καταστάσεων. Επεισόδια επιθετικότητας ή ξεσπάσματα θυμού δεν μπορεί να οδηγήσουν μόνο στη δημιουργία φόβου μεταξύ αυτών στην κλινική, αλλά μπορεί να βλάψει τη σχέση ασθενούς – ομάδα. Ακόμη χειρότερα μπορεί να οδηγήσουν σε απομάκρυνση από τις κλινικές αιμοκάθαρσης οι οποίες τελικά εμποδίζουν την πρόσβαση στην περιθαλψη για αυτόν τον εύθραυστο πληθυσμό των ασθενών με ΤΣΧΝΑ (Prescott M., 2006).

Η γνωστική λειτουργία επίσης έχει μικρή συσχέτιση με την κοινωνική υποστήριξη καθώς η υποστήριξη της οικογένειας ή των φίλων δείχνει να μην επηρεάζεται από τη γνωστική λειτουργία των ασθενών. Επίσης μικρή συσχέτιση παρατηρείται στην

ικανοποίηση του ασθενούς με το ιατρικό προσωπικό και τον ύπνο. Η συμπεριφορά του προσωπικού είναι σημαντική αλλά όχι τόσο ώστε να επηρεάζει τον ύπνο των ασθενών. Μικρή συσχέτιση εντοπίζεται στη γενική υγεία και τη συναισθηματική διάθεση με τη σεξουαλική λειτουργία.

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο έχουν μία μείωση στη μέγιστη ικανότητα για άσκηση και η μυϊκή δύναμη καθώς και η νεφρική λειτουργία μειώνονται. Η νεφρική αναιμία, η δυσλειτουργία στους σκελετικούς μύες, το αίσθημα κόπωσης και η αύξηση της αεργίας αποτελούν τις βασικές αιτίες της υποβάθμισης. Η άσκηση θα μπορούσε να βελτιώσει τη μυϊκή δύναμη στους νέους, στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους ασθενείς σε όλα τα στάδια της ΧΝΑ. κατά προτίμηση η άσκηση θα πρέπει να αρχίζει κατά το στάδιο της προ-διάλυσης αλλά είναι εξίσου αποτελεσματική σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Επιπλέον επιδρά θετικά στην λειτουργική ικανότητα και στην ποιότητα της ζωής (Clyne N., 2004).

Επίσης οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση λόγω της χαμηλής συγκέντρωσης της αιμοσφαιρίνης, των συγκεντρώσεων της κρεατινίνης, η μυϊκή δύναμη, το ύψος, το βάρος και η ηλικία αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την σωματική ικανότητα για εργασία (Kettler-Melsheimer A., et al 1987).

Η κυμαινόμενη ουραιμία προκαλεί μείωση της σωματικής ενέργειας, διαρκώς αισθάνονται διάφορα συμπτώματα όπως ναυτία, ζάλη, ανησυχία, διαταραχές στον ύπνο, φαγούρα, κόπωση και αδυναμία συγκέντρωσης (Chambers J., 2004).

Ο πόνος επιδρά στις καθημερινές δραστηριότητες, στο κανονικό βάδισμα, στην εργασία, στην απόλαυση της ζωής και σε άλλες πτυχές της ζωής όπως η ικανότητα για περπάτημα, η διάθεση, ο ύπνος (Brown E., et al., 2007).

Το 1/3 και ήμισυ των ασθενών που βιώνουν πόνο, συμβάλει στη μείωση της ποιότητας της ζωής τους και συνδέεται με την κατάθλιψη (Chambers J., 2004).

Ο κνησμός είναι ένα από τα συχνά συμπτώματα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Ο επιπολασμός του κνησμού ανέρχεται στο 45% των ασθενών και συνδέεται με διαταραχές του ύπνου και υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας (Kawanishi H., et al, 2011). Συνήθως εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ή μετά τη λήξη, σε στιγμές ανάπαυσης του αρρώστου στο κρεβάτι. Ο κνησμός μπορεί να επεκταθεί σε ολόκληρη την επιφάνεια του δέρματος (Daugirdas J., 1988).

Μετά το τέλος της αιμοκάθαρσης αρκετοί ασθενείς συνεχίζουν να έχουν κάποια συμπτώματα από το νευρικό σύστημα όπως μειωμένη συγκέντρωση και ετοιμότητα, γενική αδυναμία και συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας. Επίσης η αδυναμία

μπορεί να οφείλεται και σε μη νευρολογικούς παράγοντες κυρίως εξαιτίας της αναιμίας και στον πρωτεΐνο – ενεργειακό υποσιτισμό). Η πνευματική κατάσταση των αιμοκαθαιρόμενων επηρεάζεται από τις μεταβολικές και τοξικές διαταραχές οι οποίες επίσης προκαλούν κόπωση, αϋπνία, αστάθεια, αλλοιώσεις στο μυϊκό σκελετικό τόνο, ψευδαισθήσεις, ταραχή, υπερπρολακτιναιμία κ..ά. (Lameire N., 2000).

Αναφέρονται εμπειρίες των ασθενών για πνευματική και σωματική φυσική και λειτουργική κόπωση, όσον αφορά την επίδραση στην αντοχή και απόδοση, την έλλειψη χρόνου και ηρεμίας στην καθημερινή τους ζωή (Heiwe S., et al, 2003).

Το 50-70% των χρόνια αιμοκαθαιρόμενων ασθενών αναφέρουν μέτριο έως σοβαρό στρες που σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας, τις κοινωνικές σχέσεις, τη λειτουργικότητα και την επαγγελματική λειτουργία. Στο ψυχολογικό στρες συμπεριλαμβάνεται η χρόνια κόπωση, η υπερβολική εξάρτηση από άλλα άτομα, η απώλεια της προηγούμενης κοινωνικής λειτουργίας και η δυσκολία να διατηρήσουν την ελπίδα αντικρίζοντας το μέλλον. Οι διαταραχές του ύπνου είναι συχνές σε αρκετούς ασθενείς και συχνά οδηγούν σε ημερήσια υπνηλία και μειωμένη πνευματική οξύτητα συμβάλλοντας στην έκπτωση της καθημερινής λειτουργικότητας(Lameire N., 2000).

Ο Williams και συν. (2002) εξέτασε τις σχέσεις ανάμεσα στις διαταραχές του ύπνου και τις γνωστικές, σωματικές, λειτουργικές και εργαστηριακές μεταβλητές σε 242 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και βρήκε ότι η σωματική και γνωστική σωστή λειτουργία σχετιζόταν με τις διαταραχές του ύπνου (Williams S., et al, 2002).

Επίσης η κακή σωματική λειτουργία σχετίζεται με τα συμπτώματα της ασθένειας και τα προβλήματα του ύπνου (Mc Cann K.,2000). Οι διαταραχές του ύπνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην έλευση του ύπνου, από συχνές αφυπνίσεις στη διάρκεια της νύχτας, από σύνδρομο άπνοιας, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, από πρωϊνή υπνηλία, από το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών και από ροχαλητό (Mc Gee H., 1994).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία παρατηρείται συχνά στην νεφρική ανεπάρκεια. Η αιτία δεν είναι γνωστή ωστόσο πολλοί παράγοντες όπως ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, έλλειψη ψευδαργύρου, αυτόνομη νευροπάθεια, δυσκολίες στην παροχή αίματος του πέους, ορμονικές διαταραχές, δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός και η αντιυπερτασική αγωγή μπορούν να συμβάλλουν στη σεξουαλική δυσλειτουργία. Η χρόνια σεξουαλική διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε πολλά συναισθηματικά

προβλήματα, συγκρούσεις στο γάμο και μπορεί να επιδεινώσει την κατάθλιψη και τη συμμόρφωση των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση(Lameire N., 2000).

Η συναισθηματική διάθεση όπως και η σωματική λειτουργικότητα είναι βασικές για την ποιότητα της ζωής. Πολλοί από τους ασθενείς βιώνουν ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων με το πιο κοινό και σημαντικό πρόβλημα την κατάθλιψη. Σύμφωνα με το National Institute of Mental Health (NIMH) η κατάθλιψη είναι η ασθένεια « ολόκληρου του σώματος» καθώς επηρεάζει το σώμα, τη διάθεση και τις σκέψεις. Παρακωλύει την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις καθημερινές καταστάσεις, αισθάνονται λυπημένοι, κενοί ή δυστυχισμένοι έχουν λίγο ή καθόλου ενδιαφέρον/ευχαρίστηση για δραστηριότητες, αϋπνία ή υπερϋπνία, κάνουν αργές ή ανήσυχες κινήσεις, έχουν επίμονη κόπωση ή απώλεια της ενέργειας, αισθήματα ότι δεν αξίζουν ή υπερβολικής ενοχής, δυσκολία στη συγκέντρωση ή να πάρουν αποφάσεις, σημαντική αύξηση ή απώλεια βάρους, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας (DSM-IV, 1994). Επίσης σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο για νοσηλεία και χαμηλά ποσοστά επιβίωσης, διαταράσσει την εύρυθμη λειτουργία της κατάλληλης διατροφής, την επαρκή αιμοκάθαρση και τον έλεγχο της κόπωσης. Επίσης κρατά μακριά τους ασθενείς από τη συμμετοχή σε δραστηριότητες αποκατάστασης όπως η εκπαίδευση, η άσκηση, η απασχόληση, τα χόμπι (Renal Rehabilitation Report, 2000).

Οι συνεχιζόμενες κρίσεις στους ρόλους των ζευγαριών και των γονέων θα κατακρημνίσουν τις ευθύνες της οικογένειας και τις λήψεις των αποφάσεων. Πολλοί ασθενείς πρέπει να αλλάξουν δουλειές, να μειώσουν τις ώρες εργασίας ή να εγκαταλείψουν τις εργασίες τους εντελώς, δίνοντας περισσότερη επιβάρυνση στη σύζυγο και στην οικογένεια. Επίσης υπάρχουν περαιτέρω αλλαγές στις οικιακές εργασίες, τη διατροφή, στην αναψυχή και τις κοινωνικές δραστηριότητες. Η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους αποτελεί έναν από τους βασικούς πόρους που ο αιμοκαθαιρόμενος ασθενής μπορεί να αξιοποιήσει για να τον βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της θεραπείας και των διαταραχών της ΤΣΧΝΑ. Τα πιο συχνά παράπονα αναφέρονται για την εργασία και τα οικιακά (ως επάγγελμα) και τις διακοπές. Επίσης για την κοινωνική ζωή, τα οικονομικά και τα σεξουαλικά προβλήματα είναι κοινά. Οι πρωτοπαθείς ασθένειες που σχετίζονται με το άγχος είναι το αίσθημα αδυναμίας και η κούραση. Στη γενική υγεία αφορούν τη φαγούρα, προβλήματα με την πίεση του αίματος, την κατακράτηση υγρών και τις διαταραχές του ύπνου. Το χειρότερο άγχος είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία, το μέσο επίπεδο

άγχους είναι τα προβλήματα στον ύπνο, να είναι αδύναμοι και κουρασμένοι, ο φόβος του θανάτου, η κατακράτηση υγρών και τα σκαμπανεβάσματα στην υγεία (Henderson L., 1999).

Στο διατροφικό μέρος από τις γενικές συστάσεις του NATIONAL KIDNEY FOUNDATION γνωρίζουμε ότι η κατανάλωση γαλακτοκομικών πρέπει να είναι χαμηλή να μην ξεπερνά το 1 ισοδύναμο γάλακτος ημερησίως λόγω αυξημένου φώσφορου και καλίου. Στην έρευνά μας παρατηρήθηκε κατανάλωση γαλακτοκομικών 0.7 φορές την ημέρα λίγο λιγότερο από τη συνιστώμενη ποσότητα ημερησίως.

Οι οδηγίες για την κατανάλωση φρούτων προτείνουν μέχρι 4 φρούτα ημερησίως 2 χαμηλού καλίου, 1 μέτριου καλίου και 1 υψηλού καλίου. Στην έρευνα μας παρατηρείται μειωμένη κατανάλωση φρούτων καθώς ημερησίως καταναλώνουν λίγο παραπάνω από 2,5 φρούτα. Για τα λαχανικά προτείνεται 1 ισοδύναμο χαμηλού καλίου, 1 ισοδύναμο μέτριου και 1 ισοδύναμο υψηλού καλίου ημερησίως. Είναι φανερό ότι οι ασθενείς είναι πολύ συγκρατημένοι στην κατανάλωση λαχανικών αφού καταναλώνουν τη μισή ποσότητα λαχανικών από την επιτρεπτή. (Wawl E.,1995)

Αξιοσημείωτο είναι ότι η κατανάλωση της ομάδας αμύλου είναι χαμηλή στα 3.5 ισοδύναμα ημερησίως ενώ θα έπρεπε να είναι στα 9 ισοδύναμα ημερησίως .

Η πρωτεΐνη στους νεφροπαθείς πρέπει να είναι αυξημένη από 1 έως 1.2 γρ/κιλό σωματικού βάρους δεδομένου ότι τα ισοδύναμα κρέατος πρέπει να είναι μεγαλύτερα από 6/ ημέρα. Στην έρευνά μας παρατηρείται κατανάλωση 4 ισοδυνάμων ημερησίως, που συνεπάγεται μειωμένη κατανάλωση κρέατος οφειλόμενη στην αυξημένη συγκέντρωση ουρίας στο αίμα που προκαλεί ανορεξία και αλλοίωση της γεύσης (Beto J., 1995) .

Παρατηρούμε αυξημένη κατανάλωση στο ζαμπόν και τη γαλοπούλα αυτό συμβαίνει διότι σε αρκετούς ασθενείς το γεύμα κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ήταν τوست και περιείχε γαλοπούλα ή ζαμπόν. Το αυγό καταναλώνεται από το 82,3% του πληθυσμού 2,62 φορές τη βδομάδα. Το αυγό αποτελεί τρόφιμο υψηλής βιολογικής αξίας και πρέπει να αποτελεί το 50% του συνόλου της προσλαμβανόμενης πρωτεΐνης ημερησίως, για τη διατήρηση της μυϊκής μάζας (Wawl E.,1995)

Τα υγρά που προσλαμβάνει ο ασθενής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση πρέπει να υπολογίζονται σύμφωνα με τα ούρα που αποβάλλει συν 1000 ml προσλαμβανόμενων υγρών . Συνολικά η κατανάλωση υγρών στην έρευνά μας μαζί με χυμούς, γάλα , καφέ και νερό φτάνει τα 5 ποτήρια ημερησίως εκ των οποίων νερό είναι τα 2.5

ποτήρια (NKF K/DOQI , 2000). Η ελλιπής διατροφή ή η μειωμένη θρέψη και η απώλεια βάρους που παρατηρούνται στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς προκαλούν την εκδήλωση αισθημάτων δυσφορίας, κόπωσης και εξάντλησης, περιορίζει την αποκατάστασή τους και δημιουργούν αυξημένη προδιάθεση σε λοιμώξεις. Η μειωμένη πρόσληψη τροφής και η αυξημένη καταβολή δυνάμεων εξαντλούν τα αποθέματα του οργανισμού σε πρωτεΐνες και λίπη. Η αύξηση της συχνότητας των γευμάτων και η σωστή διαιτητική αγωγή (πρωτεϊνική δίαιτα) συμβάλλουν στην πρόληψη των ποικίλων διαταραχών και εξισορροπούν την απώλεια των απαραίτητων θρεπτικών ουσιών κατά την αιμοκάθαρση (Calsyn D., 1981).

Παρατηρήθηκε στην εργασία μας ότι οι ασθενείς που βρίσκονταν σε καλή συναισθηματική κατάσταση κατανάλωναν μικρότερη ποσότητα σοκολάτας σε αντίθεση με εκείνους που είχαν κακή συναισθηματική κατάσταση και κατανάλωναν μεγαλύτερη ποσότητα σοκολάτας.

Σε μία έρευνα 89 επιστήμονες συσχέτισαν την επιθυμία για κατανάλωση σοκολάτας και γλυκών με ερωτήσεις που αφορούσαν αυτοκτονικές και εχθρικές σκέψεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν ότι η κατανάλωση σοκολάτας σχετίζεται μόνο με την κατάθλιψη (Lester D, Bernard D 1991).

Επίσης παρατηρήσαμε ότι όσο αυξάνεται η κατανάλωση μοσχαριού τόσο μειώνονται οι ζαλάδες και οι λιποθυμίες. Αυξάνοντας την κατανάλωση μοσχαριού αυξάνονται και τα ποσοστά σιδήρου στον οργανισμό των αιμοκαθαιρόμενων , έτσι καταπολεμώντας την αναιμία μειώνονται οι λιποθυμίες και οι ζαλάδες.

Η αναιμία και κατ' επέκταση οι ζαλάδες και οι λιποθυμίες στους αιμοκαθαιρόμενους θεραπεύονται με ενέσεις ερυθροποιητίνης και διατροφή τέτοια ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα ερυθρών αιμοσφαιρίων στο αίμα (Brady H., Wilcox C., 1999) .

Επιπρόσθετα βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ αυξημένης κατανάλωσης ροδάκινου και καλής ποιότητας ύπνου. Το ροδάκινο περιέχει φώσφορο και νιασίνη που συμβάλλουν στην καλή ποιότητα ύπνου (Meoli L., et al, 2005).

Από τα αποτελέσματα των ανθρωπομετρικών δεικτών στην έρευνά μας παρατηρήσαμε ότι στο ΔΜΣ η κατηγορία των υπέρβαρων ατόμων υπερτερεί σε ποσοστό 46,2% στους άνδρες, και στις γυναίκες σε ποσοστό 43,5% έναντι των υπόλοιπων κατηγοριών του ΔΜΣ. Επίσης ηλικιακά ο υψηλότερος ΔΜΣ παρατηρείται στην ηλικία των 55+ όπου συμπεριλαμβάνονται και οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι. Σε αντίθεση με τον γενικό πληθυσμό ο αυξημένος ΔΜΣ προσφέρει το

πλεονέκτημα της επιβίωσης στους ασθενείς με ΧΝΑ όπως πρώτος περιέγραψε ο Fleischmann et al, (1999). Στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς ο χαμηλός ΔΜΣ είναι σταθερά προάγγελος της υψηλότερης θνησιμότητας, ενώ υψηλότερος ΔΜΣ ακόμη και στα επίπεδα της παχυσαρκίας φαίνεται να αποφέρει οφέλη επιβίωσης (Noori N., et al. 2010). Σε παλαιότερες έρευνες υπέθεσαν ότι ο προστατευτικός ρόλος του ΔΜΣ στην θνησιμότητα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σχετίζεται με το σωματικό λίπος και όχι με τη μυϊκή μάζα (Noori N., et al. 2010). Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αποδείχθηκε ότι το μεγαλύτερο μέγεθος σώματος ή η περισσότερη μυϊκή μάζα σε συνδυασμό με υψηλή τιμή BMI συνδέεται με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Αυτό ονομάζεται παράδοξο της παχυσαρκίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Kalandar- Zadeh K., et al, 2010). Ο Beddhu S., et al (2003) βρήκε ότι η προστατευτική επίδραση του ΔΜΣ στον πληθυσμό των αιμοκαθαιρόμενων αναγνωρίζεται σε εκείνους τους ασθενείς με αυξημένη μυϊκή μάζα, που αντικατοπτρίζεται από την αύξηση της κρεατινίνης στα ούρα πριν από την έναρξη της θεραπείας με αιμοκάθαρση.

Επομένως με βάση τα αποτελέσματα της παρούσης εργασίας οι ασθενείς μας πιθανόν να έχουν αυξημένα ποσοστά επιβίωσης μακροπρόθεσμα.

Αν και ο ΔΜΣ χρησιμοποιείται συχνά σε διατροφικές έρευνες αξιολόγησης ως υποκατάστατο του μεγέθους του σώματος και της διατροφικής κατάστασης, δεν αντανακλά με ακρίβεια τη σύσταση του σώματος και επιπλέον δεν γίνεται διάκριση μεταξύ των μυών και του λίπους (Noori N., et al. 2010).

Για το λόγο αυτό πραγματοποιήσαμε επιπρόσθετες μετρήσεις για το δείκτη MAMC ο οποίος αντανακλά τα πρωτεϊνικά αποθέματα του σώματος και το % BF (Body fat) για τον υπολογισμό του σωματικού λίπους.

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήσαμε να συσχετίσουμε το ΔΜΣ με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου KDQOL όμως δε βρέθηκε καμία συσχέτιση.

Ο δείκτης MAMC στην παρούσα έρευνα έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 43,2% του δείγματος έχει φυσιολογική μυϊκή μάζα 50^η -75^η εκατοστιαία θέση και το 34,4% έχει υψηλή μυϊκή μάζα >75^η εκατοστιαία θέση. Επίσης ηλικιακά το μεγαλύτερο ποσοστό των υπέρβαρων και των παχύσαρκων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα των 55+. Σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς ο δείκτης MAMC δηλώνει τα πρωτεϊνικά αποθέματα στον οργανισμό και λειτουργεί ως τον δυναμικότερο παράγοντα πρόβλεψης του αυξημένου προσδόκιμου ζωής και της καλύτερης πνευματικής υγείας σε σχέση με τους υπόλοιπους δείκτες της άλιπης

μάζας (Noori N., et al. 2010). Ο Araujo I., et al (2006), βρήκε ότι ο υψηλός δείκτης MAMC αποτελεί πρόγνωση για χαμηλότερη αναλογία θανάτου στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Επίσης ο Honda H., et al (2007), έδειξε ότι η πρωτεΐνο - ενεργειακή σπατάλη, ακόμη και στους υπέρβαρους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σχετίζεται με υψηλή θνησιμότητα. Ο Huang C., et al (2010), βρήκε ότι ο χαμηλός δείκτης MAMC και η χαμηλή λιπώδης μάζα σχετίζονται με υψηλή θνησιμότητα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς από όλα τα αίτια. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που η μυϊκή μάζα μπορεί να συνδέεται με την επιβίωση. Πρώτον, η χαμηλή μυϊκή μάζα μπορεί να αντανακλά την φτωχή διατροφική κατάσταση (Ikizler T., et al, 1999). Στην έρευνά μας οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς σύμφωνα με τα ισοδύναμα που αναγάγαμε στην ημέρα κατανάλωναν λιγότερα από ό,τι προτείνονται για τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς καθημερινά (Πίνακας 73). Δεύτερον, η χαμηλή μυϊκή μάζα αντανακλά υψηλά επίπεδα φλεγμονής, επειδή η μυϊκή μάζα μπορεί να έχει αντι-φλεγμονώδη αποτελέσματα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Honda H., et al, 2007). Τρίτον, τα τοξικά της ουραιμίας μπορεί να διαχέονται στα διαμερίσματα της μυϊκής μάζας (Huang C., et al, 2010). Υψηλή μυϊκή μάζα σχετίζεται με υψηλά μη οιδηματικό νερό σώματος (Gotch F., 2000), η οποία μπορεί να αποδυναμώσει την κυκλοφορία των τοξινών και των κυτοκινών, για το λόγο αυτό οι ασθενείς με χαμηλή μυϊκή μάζα μπορεί να έχουν υψηλή συγκέντρωση από τοξικά απόβλητα. Τέταρτον αυξημένη μυϊκή μάζα σχετίζεται με την σωματική ικανότητα και την άσκηση (Horber F., et al, 1996). Η άσκηση μπορεί να βελτιώσει την αρτηριακή ακαμψία στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Mustata S., et al, 2004). Συνάμα η άσκηση μπορεί να βελτιώσει την αντίσταση της ινσουλίνης, η οποία αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα την θνησιμότητας στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Shinohara K., et al, 2002). Ο Beddhu S., et al (2003) αναφέρει ότι η μυϊκή μάζα μπορεί να είναι πιο σημαντική από ό,τι το περιφερικό σωματικό λίπος στην πρόβλεψη της επιβίωσης, με συνέπεια στην υπόθεση του ότι «το λίπος είναι καλό, αλλά η μυϊκή μάζα είναι καλύτερη».

Στην έρευνα μας δε βγήκε κάποια συσχέτιση μεταξύ του δείκτη MAMC και των παραγόντων του Kidney Disease Quality of Life. Ο δείκτης MAMC ως αυτόνομος παράγοντας δεν είναι σίγουρο πως αποτελεί δείκτη καλής ποιότητας ζωής (Noori N., et al. 2010). Για το λόγο αυτό ίσως και να μην αποδείχτηκε η συσχέτιση αυτή. Στο % σωματικό λίπος το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ηλικίας 55+ συνολικά έχουν υψηλό ποσοστό σωματικού λίπους που δηλώνει παχυσαρκία, και η μεγάλη μας

έκπληξη είναι στις γυναίκες οι οποίες συνολικά έχουν μη συνιστώμενο % σωματικό λίπος. Σχεδόν όλες οι επιδημιολογικές έρευνες που διεξάγονται στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένης της μελέτης του Beddhu S., et al, (2003), επανειλημμένα έχουν δείξει ότι οι παχύσαρκοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έχουν σημαντικά καλύτερο προσδόκιμο ζωής από ότι οι μη παχύσαρκοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς. Πολύ πρόσφατη μελέτη του Feroze U., et al,(2011), απέδειξε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με υψηλό ποσοστό σωματικού λίπους ή χαμηλή αλβουμίνη ορού βιώνουν υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής. Φτωχή συναισθηματική υγεία, φτωχή σωματική υγεία σε μη Αφρο-αμερικανούς ασθενείς σχετίζονται τη θνησιμότητα. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής με παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν τη διατροφική κατάσταση χωρίς την αύξηση του σωματικού λίπους.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο ποσοστό του σωματικού λίπους με τη σωματική λειτουργία, τη γενική υγεία και τη συναισθηματική κατάσταση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο % σωματικό λίπος και το σωματικό ρόλο, με τον πόνο, το συναισθηματικό ρόλο, την κοινωνική λειτουργία και την ενέργεια-κούραση.

Ο (Kakiya R., et al, 2006), αποδεικνύουν ότι αυξημένο ποσοστό λίπους και αυξημένο ποσοστό άλιπης μάζας συσχετίζονται με καλύτερη σωματική λειτουργία σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς Σε ακόμα μια έρευνα που έχει διεξαχθεί αποδείχθηκε ότι οι σωματομετρικοί δείκτες όπως το ποσοστό λίπους και ο δείκτης MAMC είναι οι πιο ευαίσθητοι δείκτες συσχέτισης μεταξύ σωματικής λειτουργίας και σωματικής δραστηριότητας (Johansen K., et al 2003). Στην έρευνα όμως των Kalantar-Zadeh K., et al, (2006) βρέθηκε ότι υπήρχε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην λιπώδη μάζα και με το σκορ της ποιότητας ζωής. Η αυξημένη λιπώδης μάζα δεν είναι αναμενόμενο ότι θα βελτιώσει τη σωματική λειτουργικότητα και μπορεί στην πραγματικότητα να έχει άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην λειτουργία. Είναι δυνατόν τα πρόσθετα αποθέματα λίπους να προστατεύουν τον καταβολισμό και τη φλεγμονή που σχετίζονται με την ΤΣΧΝΑ. όταν τα άτομα υπόκεινται στις ειδικές πιέσεις που έχουν συσχετισθεί με την ΤΣΧΝΑ, η προστατευτική επίδραση των αποθεμάτων του λίπους μπορεί να ξεπεράσει τη χειρότερη σωματική λειτουργία και την αυξημένη επίπτωση του διαβήτη. (Johansen K., et al 2006).

Η γενική υγεία από τον πίνακα συσχετίσεων στην έρευνα μας φαίνεται ότι συσχετίζεται με το ποσοστό λίπους. Αυξημένο ποσοστό λίπους παρουσιάζεται σαν ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για υποβαθμισμένη επιβίωση. Οι ασθενείς με αυξημένο ποσοστό λίπους είναι συχνότερα άρρωστοι, παρουσιάζουν πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη και καρδιαγγειακών νοσημάτων σε αντίθεση με ασθενείς με χαμηλότερο ποσοστό λίπους. (Kalandar-Zadeh K ., et al 2006). Η συσχέτιση της παχυσαρκίας με την κακή κατάσταση της υγείας και η πιθανότητα να χειροτερέψει η έκβαση της μεταμόσχευσης αποτελεί έναν κύριο λόγο για να συμβουλευτούν αυτοί οι ασθενείς να μειώσουν το σωματικό λίπος (Johansen K., et al 2006).

Επίσης συσχέτιση βρέθηκε και με την συναισθηματική διάθεση και το % σωματικό λίπος χαρακτηρίζοντάς την ως καλή. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι σχετίζονται με μειωμένα επίπεδα σωματικής και καλής συναισθηματικής διάθεσης. Μία πιθανή εξήγηση που δίνεται είναι ότι το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας οι οποίοι αναζητούσαν θεραπείες για το υπερβολικό βάρος και κατά συνέπεια ενδέχεται να έχουν ομοιογενή επίπεδα των συναισθηματικών προβλημάτων, επίπεδα τα οποία είναι υψηλότερα σε σχέση με τους υπέρβαρους του γενικού πληθυσμού. Επίσης ο Wadden & Stunkard προτείνουν ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με μειωμένη συναισθηματική διάθεση σε ορισμένους παχύσαρκους ασθενείς, ειδικά σε αυτούς που έχουν συνοδά χρόνια νοσήματα (Doll E., et al, 2000). Στην παρούσα μελέτη η συναισθηματική διάθεση βρέθηκε να σχετίζεται με το σωματικό λίπος πιθανόν γιατί η συνολική ποιότητα ζωής ήταν αυξημένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών προκύπτει ότι το 65.52 % του πληθυσμού μας παρουσιάζει καλή ποιότητα ζωής.

Ο δείκτης MAMC, που αξιολογεί τα πρωτεϊνικά αποθέματα στο σώμα στο δείγμα μας βρίσκεται στα φυσιολογικά επίπεδα ανάμεσα στην 50^η και 75^η εκατοστιαία θέση. Ο υψηλός δείκτης MAMC σχετίζεται με αυξημένο προσδόκιμο ζωής και καλύτερη πνευματική υγεία . Δεν υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα στον δείκτη MAMC και στο ερωτηματολόγιο KDQOL-SF36 .

Η μέση τιμή του ΔΜΣ στο δείγμα μας είναι $26,1\text{kg/m}^2$ και ταξινομείται με βάση την κατανομή που έχει ορίσει ο WHO στην ομάδα των υπέρβαρων. Σύμφωνα με το παράδοξο της παχυσαρκίας για τους νεφροπαθείς ο αυξημένος ΔΜΣ συσχετίζεται με το αυξημένο προσδόκιμο ζωής και τη χαμηλή θνησιμότητα.

Στους άντρες το 56% του συνόλου των ασθενών το ποσοστό σωματικού λίπους βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα και στο 44% είναι σε υψηλά επίπεδα. Στις γυναίκες το 57,4% του συνόλου των ασθενών έχει μη συνιστώμενο ποσοστό σωματικού λίπους ενώ το 42.6% βρίσκεται στα φυσιολογικά όρια

Στο σύνολο του πληθυσμού το 50% βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα σωματικού λίπους. Το 26.6 % του πληθυσμού έχει αυξημένο ποσοστό σωματικού λίπους και το 23.4% έχει μη συνιστώμενο δηλαδή κατατάσσεται στους λιποβαρείς.

Το ποσοστό σωματικού λίπους δεν αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με όλους τους παράγοντες του KDQOL-SF36. Υπήρχε όμως συσχέτιση με τον παράγοντα της σωματικής λειτουργίας, της γενικής υγείας, και της συναισθηματικής διάθεσης.

Από τα αποτελέσματα όμως που έχουν προκύψει διακρίνουμε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι καλή. Η καλή ποιότητα συνδυάζεται μαζί και με ένα προφίλ μη λιποβαρών ασθενών. Επομένως καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι πιθανόν το φυσιολογικό επίπεδο σωματικής μάζας σε συνδυασμό με το αυξημένο ποσοστό λίπους προσφέρουν μια καλή ποιότητα ζωής στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

Στο διαιτολογικό μέρος της εργασίας βρέθηκε ότι οι ασθενείς κατανάλωναν λιγότερες ποσότητες από όλες τις ομάδες των τροφίμων σε σχέση με αυτά που προτείνονται για τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς ημερησίως. Στη συσχέτιση ορισμένων τροφίμων με τις κλίμακες του KDQOL-SF36 βρέθηκε ότι οι ασθενείς που κατανάλωναν περισσότερες ποσότητες σοκολάτας είχαν κακή συναισθηματική διάθεση. Επίσης ότι η αυξημένη ποσότητα μοσχαρίσιου κρέατος μειώνει τις ζαλάδες και τις λιποθυμίες καθώς βελτιώνεται η αναιμία. Επίσης η αυξημένη κατανάλωση ροδάκινου οδηγεί σε καλής ποιότητας ύπνο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Acchiardo S., Moore L., Burk L. Morbidity and mortality in hemodialysis patients. *ASAIO Trans.* 1990; 46: 148-151

Ahmed K., Kopple J. *Nutrition in maintenance hemodialysis patients.* In **Kopple J., Massry S., eds.** *Nutritional Management of Renal Disease.* Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1997: 563-600

Alvarez-Conrad L., Strunk D., Furst J., DeRubies R., (2001). *Mechanisms of relapse prevention in cognitive therapy for depression: investigating schema change and compensatory skills.* Poster session presented at World Congress of the Association of the Advancement of Behavior Therapy, Vancouver

American Psychological Association (1956). Division of Counseling Psychology, Committee of Definition. Counseling Psychology as a Specialty. *American Psychologist*, 11, 282-285

American Society of Nephrology(2008): *Behavioral Therapy Helps Overcome Depression in Kidney Disease Patients on Dialysis.* Health & Medicine. Available in: www.esncenews.com

Amos A., McCarty D., Zimmet P.: The rising global burden of diabetes and its complications: Estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med* 1997, 14:7-85

Andreoli T. (1988). Approach to the patient with renal disease. In J.B. Wyngaarden & L. H Smith (Eds), *Cecil textbook of medicine* . Philadelphia , Saunders pp. 502-508

Aoki K. & Muraoka K. : Continuous ambulatory peritoneal dialysis patients and adaptation to everyday life. *Kango Kenkyu (1993); 26: 553-562*

Araujo I., Kamimura M., Draibe S., Canziani M., Manfredi S., Avesani C., Sesso R., Cuppari L. Nutritional parameters and mortality in incident hemodialysis patients. *J Nutr*, 2006; 16: 27-35

Archer R.,(2006). *Dual Realities : the search for meaning: psychodynamic therapy with Physically ill People.* London, Karnac Books, pp 11

Arnetz Judith E. , Bengt B. Arnetz: Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine* 52 (2001) 417±427

Arora P, Verrelli : Chronic Renal Failure. *Medscape.com* 2009

Auslander G., Buchs A. Evaluating an activity intervention with hemodialysis patients in Israel. *Soc Work Health Care* 35: 407-423, 2002. In Levenson J.,(2005). *Textbook of Psychosomatic Medicine.* American Psychiatric Publishing, Inc

Bakewell Anne B., Rob M. Higgins and Mair E. Edmunds: Does ethnicity influence perceived quality of life of patients on dialysis and following renal transplant. *Nephrol Dial Transplant* 2001 16: 1395-1401

Balasubramanian Bijal A., Deborah J. Cohen, Elizabeth C. Clark, Nicole F. Isaacson: Practice-Level Approaches for Behavioral Counseling and Patient Health Behaviors. *Am J Prev Med* 2008;35(5S):S407–S413

Baldree, K., Murphy S., Powers M. : Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research* (1982), 31, 107-112

Barsoum S.: End-stage renal disease in the developing world. *Artificial Organs* 2002, 26:737-746

Baxter: Understanding Treatment Options For Renal Therapy. *Baxter Helthcare Corporation, 2006*

Beck J. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press

Beck A., Rush A., Shaw B and Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*.
New York: Guilford Press

Beck A., Steer R., Brown G.(1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*, 2nd
ed. San Antonio: the Psychological Corporation

Beck A., Emery G.(1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*.
New York : Basic Books. **In Baines L., & Jindal R.(2003).** *The struggle for life: A
Psychological Perspective of Kidney Disease and Transplantation*. USA, Praeger
Publishers

Beder, J.: Evaluation research on the effectiveness of social work intervention on
dialysis patients: The first three months. *Social Work in Health Care*, (1999), 30,
15-30

Beddhu S., Pappas L., Ramkumar N., Samore M. Effects of body size and body
composition on survival in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 2003; 14 : 2366-
2372

Beddhu S., Pappas L., Ramkumar N., Samore M. Malnutrition and atherosclerosis
in dialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 2004; 15: 733-43

Beer J.: Body- image of patients with ESRD and following renal transplantation.
British Journal of Nursing, (1995); 4(10): 591-598

Belar, C. & Tovian S. (2002). Genitourinary Disease In T.J. Boll, S.B. Johnson,
N.W. Perry, Jr., & R.H. Rozensky (Eds). *Medical Disorders and Behavioral
Applications: Handbook of Clinical Health Psychology* (pp.307-344). Washington,
D.C: APA

Beto J. Which diet for which renal failure: Making sense of the options. *Journal of
the American Dietetic Association*, 1995; 95(8)

Bharita Harilall: Experiences of patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis in end stage renal disease: An exploratory study at a tertiary hospital in Kwazulu- Natal. *Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Masters, in the Graduate Programme in Social Work, University of KwaZulu- Natal, Durban, South Africa, (2008).*

Bihl M., Ferrans C., Powers M. : Comparing stressors and quality of life of dialysis patients. *American Nephrology Nurses Association (1988), 15, 27-37*

Bilgic A., Akgul A., Sezer S., Arat Z., Ozdemir F., Haberal M. Nutritional status and depression, sleep disorder and quality of life in hemodialysis patients. *J Ren Nutr 2007; 17: 381-388*

Blankstein K., Segal Z. (2001). Cognitive assessment: issues and methods. In: Dobson K., ed. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press

Boden J., Maronitis M., (2003). *Professional Issues In Counselling I.*, Hull University Press, Hull

Bomback A., Bakris G., (2011). *Chronic Kidney Disease (CKD) and Hypertension Essentials.* Jones & Bartlett Learning International USA

Brady H., Wilcox C., (1999). *Therapy in Nephrology and Hypertension (1st ed).* WB Saunders an imprint of Elsevier Science Limited

Broome A., Llewelyn S., (1995). *Health psychology: process and applications (2nd ed).* London, Chapman & Hall UK

Brown E., Chambers J., Eggeling C., (2007). *End of Life Care in Nephrology.* New York, Oxford University Press, USA

Buchanan D., Abram H. : Psychological adaptation to hemodialysis In: R.H. Moos (Ed). *Coping with Physical Illness: 2: New Perspectives* (pp. 273-281). New York: Plenum Medical

Bullinger M., Alonso J., Apolone G., Leplege A., Sullivan M., Wood-Dauphinee S., et al.: Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. *J Clin Epidemiol* 1998, 51: 913-923

Bushinsky D, Monk R: Calcium. *The Lancet* 1998; 352: 306-311

Butler A., Chapman J., Forman E., et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 2006, 26:17-31

Byham –Gray L., Wiesen K., (2004). *A clinical guide to nutrition care in kidney disease 1st eds.* American Dietetic Association and the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation

Γερογιάννη Γ.: Στρεσογόνοι παράγοντες των ατόμων που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση. *Νοσηλευτική* 2003, 42(2): 228-246

Caglar K., Fedje L., Dimmitt R., Hakim R., Shyr Yu, Ikizler T. Therapeutic effects of oral nutritional supplementation during hemodialysis. *Kidney International*, Vol. 62 (2002), pp. 1054-1059

Calsyn D. Rehabilitation of dialysis patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 1981, 62(10): 483-485

Cameron J., Whiteside C., Katz J., Devins G. Differences in quality of life across renal replacement therapies: a meta-analytic comparison. *Am J Kidney Dis* 2000,35:629-637

Cano N., Fiaccadori E., Tesinsky P., et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: adult renal failure. *Clin Nutr*, 2006;25:295-310

Carr A.(2006): Goals of family therapy across the lifecycle. *In Family Therapy, concepts, progress and practice (2nd ed.)* (pp. 3-47). John Wiley & Sons, Ltd

Cash T. & Fleming E.: Body image and social relations. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body Images: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp.277-286). NY: Guilford Press

Cash T., Melnyk S. & Hrabosky J.: The Assessment of Body Image Investment: An Extensive Revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, (2004); 35: 305-316

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

Chan F., Berven N., Thomas K.(2004): *Counselling Theories and Techniques for Rehabilitation Health Professionals*. New York, Springer Publishing Company, Inc.

Charmaz K., (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Soc Health Illness*, 5: 169-195 **In Krepsi M., Bone M., et al .** Hemodialysis Patients' evaluation of their lives. *Turkish Journal of Psychiatry* 2008; 19 (4)

Chilcot J., Wellsted D., Da Silva- Gane M., Farrington K: Depression on Dialysis. *Nephron Clin Pract* 2008; 108:c256-c264

Christensen A., Smith T., Turner C., et al (1992). Family support, physical impairment and adherence in hemodialysis: an investigation of main and buffering effects. *J Behav Med*, 15: 313-325 **In Krepsi M., Bone M., et al .** Hemodialysis Patients' evaluation of their lives. *Turkish Journal of Psychiatry* 2008; 19 (4)

Clyne N. Physical working capacity on muscle strength in chronic renal failure are improved by exercise. *Lartidningen*, 2004, 101 (50): 4111-5 on Pub-med

Cochran C., & Kent P. *Nutrition Management of the Adult Renal Transplant Patient.* In: **Gray L., Wiesen K. (2004).** *A clinical guide to Nutrition Care in Kidney Disease.* American Dietetic Association, Renal Practice Group, NKF, Council on Renal Nutrition. USA, Publisher Faulhaber Diana p.p 71

Cogan M. *Fluid and electrolytes: Physiology and Pathophysiology.* 1st ed
Connecticut Appleton & Lange, 1991; 198-224

Coresh J., Selvin E, et al . Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States *JAMA, 2007— Vol 298, No 17*

Corey G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (6th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing Company. In: Chan F., et al (2004). *Counseling Theories and Techniques for Rehabilitation Health Professionals.* New York, Springer Publishing Company, Inc.

Corey G. (2005). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (7th ed.). USA, Brooks/Cole-Thomson Learning, Inc.

Corsini R., Wedding D., Dumont F., (2008). *Current psychotherapies* (8th ed). USA: Thompson Higher Education

Craighead E., Craighead I., and Ilardi S. (1995). Behavior therapies in historical perspective. In **Bongar B., & Beutler I.,** ed. *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice.* New York: Oxford University Press

Craven J., Rodin G., Johnson L., & Kennedy S. The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosomatic Medicine* (1987), 49, 482-492

Creed F., Fernandes L., Guthrie E., et al. (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology, 124:303-317*

Daugirdas J., Todd S., (1988). *Handbook of Dialysis.* Boston, USA, Little Brown

Daugirdas J., Van Stone J., Boag J. *Hemodialysis apparatus*. In: **Daugirdas J., Blake P., Ing T,** eds. *Handbook of Dialysis, 3rd ed.* Philadelphia Pa: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001:46-66

Davison G., Neale J.(1990) *Abnormal psychology: An experimental clinical approach*. Chichester, Wiley. In **Baines L., & Jindal R.(2003)**. *The struggle for life: A Psychological Perspective of Kidney Disease and Transplantation*. USA, Praeger Publishers

Davison A., Cameron S., et al (2005) *Psychological aspects of treatment for renal failure*. In: Oxford Textbook of Clinical Nephrology (3rd eds Vol. 2). New York, Oxford University Press Inc. p. 2029-2035

DeRubies R., Tang T., Beck A. (2001). Cognitive therapy. In: Dobson K., ed. *Handbook of cognitive- behavioral therapies*. New York: Guilford Press

Devins, G.M., Mann, J., Mandin, H., Paul, L.C. et al . Psychosocial predictors in survival in end- stage renal disease. *The Journal Of Nervous and Mental Disease, 1990, 127-133*

Doll E., Petersen S., Stewart-Brown S. Obesity and Physical and Emotional Well-Being: Associations between Body Mass Index , Chronic Illness and the Physical and Mental Components of the SF-36 Questionnaire. *Obes Res, 2000; 8: 160-170*

Donnelly S: Why is erythropoietin made in the kidney? The kidney functions as a critmeter. *Am J Kidney Dis 2001; 38: 415-425*

Dottilio F., Jongsma A., Davis S.,(2010): Life-Threatening/Chronic Illness. In: *The Family Therapy Treatment Planner (2nd ed)*. Published by John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey, USA

Duarte P., Miyazaki M., Blay S., Sesso R.: Cognitive- behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients CBT for ESRD patients with depression. *Kidney International* (2009) 76: 414-421

Durnin J., & Womersley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16-72 years. *Br J Nutr.* (1974), 32: 77

D' Zurilla T., Goldfried M. . Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* (1971) 78, 107-126

D' Zurilla T., Nezu A. A study of the generation of alternatives process in social problem solving. *Cognitive Therapy and Research* (1980), 4, 73-81

D' Zurilla T., Nezu A. (2001). In: Dobson K., ed. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press

Ellis T., & Newman C., (1996). *Choosing to live: How to defeat suicide through cognitive therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc

Eysenck M. (1994). *Individual differences: Normal and abnormal*. Hove: Psychology Press Limited. **In Baines L., & Jindal R.(2003).** *The struggle for life: A Psychological Perspective of Kidney Disease and Transplantation*. USA, Praeger Publishers

Falvo D., (2005): *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability, (3rd ed.)*. USA: Jones and Bartlett Publishers, Inc. pp382

Feest T : Epidemiology and causes of chronic renal failure. *Medicine* 2007 35:8, p.p. 438-441

Feltham C., Horton I., (2000). *Handbook of Counseling and Psychotherapy*, Sage Publications, London

Ferose U., Noori N., Kovesdy C., Molnar M., Martin D., Patton A., Benner D., Bross R., Norris K., Kopple J., KalantarZadeh K. Quality of Life and Mortality in Hemodialysis Patients. Roles of Race and Nutritional Status. *Clin J of American Society of Nephrology*, 2011, 6(5):1100-11

Field M et al : *Regulation of renal potassium metabolism*. In **Nerins RG**, ed .*Clinical Disorders of fluid and electrolyte metabolism*, 5th ed. New York: Mc Graw-Hill, 1994: 147-173

Fleischmann E., Teal N., Ducley J., May W., Bower J., Salahucleen A. Influence of excess weight on mortality and hospital stay in 1346 hemodialysis patients. *Kidney Int*, 1999; 55: 1560-1567

Foley R., Parfrey P., Sarnak M. Clinical epidemiology of cardiovascular disease. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: S112-S119

Foster F., Cohn T., & McKegey F.: Psychobiologic factors and individual survival on chronic renal hemodialysis- a two year follow –up: part 1. *Psychosomatic Medicine*. (1973); 35(1): 64-82

(Freud S., 1955). “ *The Interpretation of dreams*”. London: Hogarth Press. In Corey Gerald (1996). “*Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*”. Fifth Edition. Usa: Brooks/Cole Publishing Company.

Freyberger H. Six years as a psychosomaticist in a hemodialysis unit. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22: 226

Friend R., Singletery Y., Mendell N., et al. Group participation and survival among patients with end-stage renal disease. *Am J Public Health* 76: 670-672, 1986. . In **Levenson J.,(2005).** *Textbook of Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing, Inc

Frisancho A.R. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am. J. Clin. Nutr.* 1981, 34: 2540-2545

Fouque D., Kopple J. *Malnutrition and Dialysis*. In: **Horl W., Koch K., Lindsay R., Ronco C., Winchester J. (2004).** *Replacement of Renal Function by Dialysis (5th ed)*. The Netherlands, Kluwer Academic Publishers BV. pp 1018

Gabbard G., Beck J., Holmes J. (2005). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. New York. Oxford University Press Inc

Gabriel R.(1990): *A patient's guide to dialysis and transplantation (4th eds)*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers

Goreczny A. (1995). *Hanbook of Health and Rehabilitation Psychology*. New York, Plenum Press

Gotch F. Kt/V is the best dialysis dose parameter. *Blood Purif*, 2000; 18:276-285

Grantham J., Nair V., Winklhofer F. Cystic diseases of the kidney. In: Brenner BM, ed. *Brenner & Rector's The Kidney*. Vol. 2. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000: pp, 1699-1730

Grant P., Young P., DeRubies R. *Cognitive and behavioral therapies*. In: **Gabbard G., Beck J., Holmes J. (2005).** *Oxford Textbook of Psychotherapy*. New York. Oxford University Press Inc

Gudex C. Health –related quality of life in endstage renal failure. *Qual Life Res* 1995; 4:359-366

Guillemin F., Bombardier C., Beaton D.: Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993, 46:1417-1432

Guthrie E., Creed F., Dawson D., and Tomenson B., (1991). A controlled trial of psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100: 450-457

Gusman S.(1998): *Biopsychosocial model for depression in people with ESRD.*
Unpublished dissertation, School of professional psychology, University of Sandiego

Hampton P., Graham K., Millar M., McCluskey S., Goodship T.: Anodipsia nervosa a variant of anorexia in patients with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant* (2002)17: 943

Haley H., Kutscher A., and the Editors of the American Institute of Life-Threatening Illness and Loss (2004): *the Challenge of Chronic Renal Failure.* In : Living Under the Sword Recurrent and Progressive Life- Threatening Illness. Published in the USA by Scarecrow Press, Inc. pp 86

Harris E., Noyes R., Crowe R., Chaudhry D. Family study of agoraphobia: Report of a pilot study. *Arch Gen Psych* 1983:49: 1061. **In Baines L., & Jindal R.(2003).** *The struggle for life: A Psychological Perspective of Kidney Disease and Transplantation.* USA, Praeger Publishers

Hartman P., & Becker M. Noncompliance with prescribed regimen among chronic hemodialysis patients. A method of prediction and educational diagnosis. *Dialysis and Transplantation*, 1978, 7: 978-989

Hawton K., Kirk J. (1989). Problem-solving. **In: Hawton K., Salkovskis P., Kirk J., Clark D., ed.** *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide.* New York: Oxford University Press

Hawton K., Salkovskis P., Kirk J., and Clark D., (1989). The development and principles of cognitive-behavioral treatments. **In: Hawton K., Salkovskis P., Kirk J., and Clark D., ed.** *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide.* New York: Oxford University Press

Hays R. D., Kallich J. D., Mapes D. L., Coons S.L., & Carter W. B.: Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™) Instrument . *Quality of Life Research, 1994, 3: 329-338*

Hays R. D., Kallich J. D., Mapes D. L., Coons S.L., & Carter W. B.: Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) *Santa Monica, CA: Rand; 1995*

Hazlett-Stevens H, Craske M. (2002): *Brief cognitive-behavioral therapy: Definition and scientific foundations.* In: **Bond F., Dryden W.** *Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy.* John Wiley and Sons, Ltd. pp.1-20

Heiwe S., Clyne N., Dahlgren M. Living with chronic renal failure: patient's experiences of their physical and functional capacity. *Physiother Res Int, 2003; 8(4):167-177*

Henderson L., Thuma R., (1999). *Quality assurance in dialysis, 2nd ed.* Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, The Netherlands

Heng A., Cano N.: Nutritional problems in adult patients with stage 5 chronic kidney disease on dialysis (both haemodialysis and peritoneal dialysis). *NDT Plus (2009) 10f 9*

Hibbert G. Ideational components of anxiety: their origin and content. *Br J Psych 1984: 144:618.* In **Baines L., & Jindal R.(2003).** *The struggle for life: A Psychological Perspective of Kidney Disease and Transplantation.* USA, Praeger Publishers

Honda H., Qureshi A., Axalsson J., Heimburger O., Suliman M., Barany P., Stenvinkel P., Lindholm B. Obese sarcopenia in patients with end-stage renal disease is associated with inflammation and increased mortality. *Am J Clin Nutr, 2007; 86: 633-638*

Hong B., Smith M., Robson A., & Wietzel R. Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychological Medicine*, 1987, 17: 185-190

Horber F., Kohler S., Lippuner K., Jaeger P. Effect of regular physical training on age-associated alteration of body composition in men. *Eur J Clin Invest*, 1996; 26: 279-285

Horl W., Koch K., Lindsay R., Ronco C., Winchester J.(2004): *Replacement of Renal Function by Dialysis (4th ed.)*. USA, Kluwer Academic Publishers, pp1556

Howard S.(2006). *Psychodynamic Counseling in a nutshell*. London, Sage Publications Ltd, pp 14

Huang C., Tighiouart H., Beddhu S., Cheung A., Dwyer J., Eknoyan G., Beck G., Levey A., Sarnak M. Both low muscle mass and low fat are associated with higher all-cause mortality in hemodialysis patients. *Kidney Int*, 2010; 77: 624-629

Hwang Ji-Yun, Cho Ju-Hyun, Yoon Jung Lee, Sang Pil Jang and Wha Young Kim: Family history of chronic renal failure is associated with malnutrition in Korean hemodialysis patients. *Nutrition Research and Practice* (2009), 3(3), 247-252

Ikizler T., Wingard R., Hrvell J., Shyr Y., Hakim R. Association of morbidity with markers of nutrition and inflammation in chronic hemodialysis patients. A prospective study. *Kidney Int*, 1999; 55: 1945-1951

Ikizler T.: *Nutrition and kidney disease*; **In Greenberg A., Cheung A., Coffman T., Jennetic J., Falk R., (eds):** *Primer on Kidney Diseases, (4th ed)* Philadelphia, Elsevier Sanders, 2005 pp. 495-501

Israel M.: Depression in dialysis patients: a review of psychological factors. *Can J Psychiatry* 1986; 31: 445-451

Ιωαννίδης Γ., Παπαδάκη Ο., Τσακίρης Δ.: Στατιστικά και επιδημιολογικά δεδομένα θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας στην Ελλάδα, 1986-2000. *Ελλην Νεφρολ* 2002, 14: 525-548

Jackson J., O'Malley P., Kroenke K. Antidepressants and cognitive-behavioral therapy for symptom syndromes. *CNS Spectr.* 2006, 11(3): 212-222

Johansen K., Kaysen G., Young B., Hung A., Da Silva M., and Chertow G. Longitudinal study of nutritional status, body composition, and physical function in hemodialysis patients. *Am J Clin Nutr* 2003; 77:842–6.

Johansen K., Kutner N., Young B., Chertow G. Association of body size with health status in patients beginning dialysis. *Am J Clin Nutr*, 2006; 83: 543-9

Kahan K. (2000) *Psychiatric Considerations*. In: **Kahan K, Ponticelli C .(2000)** *Principles and Practice of Renal Transplantation*. London NW1 0AE, Martin Dunitz Ltd. P. 767-794

Kaitelidou D., Ziroyannis P., Maniadakis N., Liaropoulos L.: Economic evaluation of haemodialysis: Implications for technology assessment in Greece. *Int J Technol Assess Health Care* 2006, 21 : 40-46

Kakiya R., Shoji T., Tsujimoto Y., Tatsumi N., Hatsuda S., Shinohara K., Kimoto E., Tahara H., Koyama H., Emoto M., Ishimura E., Miki T., Tabata T. and Nishizawa Y. Body fat mass and lean mass as predictors of survival in hemodialysis patients. *Kidney International* (2006) 70, 549–556

Kalantar-Zadeh K., Kuwae N., Y Wu D., Shantouf R., Fouque D., Anker S., Block G., Kopple J. Associations of body fat and its changes over time with quality of life and prospective mortality in hemodialysis patients. *Am J Clin Nutr* 2006; 83:202–10

Kalantar –Zadeh K., Ikizler T., Block G, Avram M., Kopple J: Malnutrition – inflammation complex syndrome in dialysis patients: causes and consequences. *Am J Kidney Dis* 2003; 42: 864-881. **In Suzuki H., Kimmel P. eds (2007).** *Nutrition and kidney disease: a new era.* Switzerland, Karger AG, P.O.Box

Kalantar Zadeh K., Streja E., Kovesdy C., Oreopoulos A., Noori N., Jing J., Nissenson A., Krishnan M., Kopple J., Mehrotra R., Anker S. The Obesity Paradox and Mortality Associated With Surrogates of Body Size And Muscle Mass in Patients Receiving Hemodialysis. *Mayo Clin Proc.*, 2010;85(11): 991-1001

Kalender O., Ozdemir A., Dervisoglou E., Ozdemir O. Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Int J Clin Pract* 2007; 61: 569-576

Kambham N., Markowitz GS., Valeri AM., Lin J., D' Agati VD.: Obesity-related glomerulopathy: an emerging epidemic. *Kidney Int.* 2001; 59(4): 1498-1509

Karaminia R., Tavallaii M., Lorgard-Dezfuli-Nejad M., Moghani Lankarani M., Hadavand Mirzaie H., Einollahi B., and Firoozan A.: Anxiety and Depression: A comparison Between Renal Transplant Recipients and Hemodialysis Patients. *Transplantation Proceedings* 2007 39, 1082-1084

Καραγάλιος Γ. (Επιμ.). (1996). *Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος (3rd ed)* Περιστέρι: Έλλην. Keir L.et al (1993). *Medical Assisting, (3rd ed)*. Delmar Publishers, Inc.

Kawanishi H., Yamashita A., (2011). *Hemodiafiltration- A New Era.* Basel, Karger AG, Switzerland

Kelly M., Kight M., Migliore V. The nutritional cost of hospitalization and time needed to achieve nutritional resiliency for hemodialysis patients. *J Ren Nutr*, 1991;4: 183-191

Kessler R., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K., Rush A., Walters E., Wang P: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289:3095-3105

Kettler-Melsheimer A., Weiss M., Huber W. Physical work capacity in chronic renal disease. *Int J Artif Organs*, 1987,10 (1): 23-30.

Kimmel P., Peterson R., Weihs K., et al (1995b). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 6:1418-1426 **In Krepsi M., Bone M., et al** . Hemodialysis Patients' evaluation of their lives. *Turkish Journal of Psychiatry* 2008; 19 (4)

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

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

Kimmel P., Weihs K., Peterson R: Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993;4:12-27

Koo J., Yoon j., Kim s., Lee Y., Oh K., Kim G., Kim H., Chae D., Noh J., Lee S., Son B. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2003; 41: 1037-1042

Kopple J. National Kidney Foundation K/DOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. *Am J Kidney Dis*. 2001; 37(suppl): 66-70

Kopple J., Massry S., (2004). *Nutrition Management of Renal Disease 2nd ed.* USA, Lippincott Williams & Wilkins

Kossoris P.: Family Therapy. *American Journal of Nursing* 1970; pp1730-1733

Kottler J., Shepard D, (2008). *Introduction to Counseling Voices from the Field*, 6th ed. USA, Thomson Brooks/Cole. pp 33

Κωπτάκη Βενετία: Τα στοιχεία που συνθέτουν μια καλή θεραπευτική σχέση στη Συμβουλευτική: Σύγκριση μεταξύ του πελατο-κεντρικού μοντέλου του Rogers και του μοντέλου επίλυσης προβλημάτων του Egan. *Επιστημονικό περιοδικό κοινωνικών λειτουργών της Ελλάδος* 79, Αθήνα 2005

Kramer H: Wolf G (ed): Obesity and the Kidney. *Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2006, vol 151, pp1-18 (DOI: 10. 1159/000095315)*

Kumar S, Berl T: Sodium. *Lancet* 1998; 352: 220-228

Lameire N., Mehta R., (2000). *Complications of dialysis*. New York, Marcel Dekker, Ink, USA

Lester D., Bernard D. Liking for chocolate depression and suicidal preoccupation. *Psychological Reports, 1991; 69(2)*

Levenson J.,(2005). *Textbook of Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing, Inc

Levenson J., & Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease: A review. *Psychosomatics* 1991, 32(4): 382-389

Levy NB.: Psychological complications of dialysis. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1984, 48(3):237-250

Levy N., Mirot A.(2008): General Issues in Renal Palliative Care. In Leigh H., Streltzer J. (eds) *Handbook of Consulation –Liaison Psychiatry*. New York, USA, Springer, p.p. 212-213

Levy N. (1999). *Renal failure, dialysis and transplantation, in Psychiatric Treatment of the Medically ill*. Edited by Robinson R. New York, Marcel Dekker, pp.141-153.

Lewinsohn P., (1974). A behavioral approach to depression. In: Friedman R., Katz M., ed. *The psychology of depression: contemporary theory and research*. New York: John Wiley and Sons Inc

Lichtenstein A., Appel L., et al: Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. *Circulation Journal of the American Heart Association* 2006;114;82-96

Llach F., Bover J. Renal osteodystrophies (2000). In Brenner B., ed. *The Kidney*, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders Co; 2013-2186

Lindsay R.(2004): *Daily and Nocturnal Hemodialysis (eds)*. Basel(Switzerland), Karger AG. pp. 33-38

Logan S., Pelletier-Hibbert M., &Hodgins M. Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *Journal of Advanced Nursing* (2006), 56, 382-391

Lok P.: Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing* (1996), 23, 873-881

Lowrie E., Huang W., Lew N. Death risk predictors among peritoneal dialysis and hemodialysis patients: a preliminary comparison. *Am J Kidney dis.* 1995; 26: 220-228

Low J., Smith G., Burns A., Jones L. The impact of end-stage kidney disease (ESKD) on close persons: a literature review. *NDT(Nephrology Dialysis Transplantation Plus)* (2008) 2:67-79

Lutz W., Qiang R.: Determinants of human population growth. *Philos Trans R Soc Lond Biol Sci* 2002, 357:1197-1210

Mac Cann K., Boore J. Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis. *J Nurs Adv* 2000; 32(5): 1132-1142

Mc Gee H., Bradley C., (1994). *Quality of life following renal failure.* Chur, Harwood Academic Publishers, 275-299

Madsen K., Tisher C.C (2004): *Anatomy of the Kidney.* In: Breuner B.M (ed) Breuner & Rector's the kidney (7th ed). Philadelphia: Saunders, p.3-75.

Maisiak R., Austin J., West S., Heck L. The effect of person-centered counselling on the psychological status of persons with systemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis. A randomized, controlled trial. *Arthritis & Rheumatism* 1996; 9 (1): pp.60-66

Mafra D., Guebre – Egziabher F., Fouque D. Body mass index, muscle and fat in chronic kidney disease: questions about survival. *Nephrol Dial Transplant* (2008)23: 2461-2466

Mallet G., Young E. Nutrition Education for Health Care Professionals: *J. Am Diet Assoc* 1998; 98: 343-346

Marlatt G., Gordon J., ed.(1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours.* New York: Guilford Press

Martinez I., Saracho R., Montenegro J., Llach F. Deficit of calcitriol synthesis may not be the initial factor in the pathogenesis of secondary hyperparathyroidism. *Nephrol Dial Transplant.* 1996;11(3): 22-28

Massy Z., Keane W. Management of lipid abnormalities in the patient with renal disease. In: **Mitch W., Klahr S., (eds)** *Handbook of Nutrition and the Kidney*, 4th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2002: 126-134.

Meichenbaum D., (1995). Cognitive-behavioral therapies in historical perspective. In: **Bongar B., and Beutler L.** ed. *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice.* New York: Oxford University Press

Meoli L., et al. Oral Non- Prescription Treatment for insomnia: An Evaluation of products with limited evidence. *Journal of clinical sleep medicine*, 2005;1(2)

Merck Manual online medical library: Chronic Renal Failure. In *www.merck.com*

Molaison E., Yadrick M: Stages of change and fluid intake in dialysis patients. *Patient Education and Counseling* 49(2003) 5-12

Mustata S., Chan C., Lai V., Miller J. Impact of an exercise program on arterial stiffness and insulin resistance in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 2004; 15: 2713-2718

National Kidney Foundation: K-DOQI. Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. *Am J Kidney Dis*, 2000;35: 1-140

National Kidney Foundation: K/DOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 2001; 37 (2): S66-S70

National Kindey Foundation. Kindey Disease Outcomes Quality Initiative. Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. *Am J Kidney Dis*. 2000; 35(suppl): S40-41

National Kidney Foundation KDOQI Clinical Practice Guidelines for CKD
Evaluation, classification, and stratification.
Am J Kidney Dis 2002;39 (2suppl 1): S51

National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2003; 42(4): 63-68

National Kidney Foundation (2010). Nutrition and Diet Potassium and Your CKD Diet.

NICE clinical guideline 73 Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic Kidney Disease: Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. *NHS (National Institute for Health and Clinical Excellence) 2008*

Nichols K., & Springford, V., (1984). The psycho-social stressors associated with survival by dialysis. *Behav Res Ther, 22: 63-74*

Nikhilesh S. Compositions and Methods for treating middle of the night insomnia. *Sathasiram Pather, 2010*

Noble H.; Meyer J.; Bridges J.; Kelly D.; Johnson B.: Reasons Renal Patients Give for Deciding Not to Dialyze: A prospective Qualitative Interview Study. *Dialysis & Tranplantation, 2009*

Noles S., Cash T., & Winstead B.: Body image, physical attractiveness, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, (1985); 53(1):88-94*

Noori N., Kopple J., Kovesdy C., Feroze U., Sim J., Murali S., Luna A., Gomez M., Luna C., Bross R., Nissenson A., Kalantar-Zadeh K. Mid-Arm Muscle Circumference and Quality of Life and Survival in Maintenance Hemodialysis Patients. *Clin J Am Nephrol 5: 2010*

O' Hare A., Tawney K., Bacchetti P., Johansen K. Decreased survival among sedentary patients undergoing dialysis: results from the dialysis morbidity and mortality study wave 2. *Am J Kidney Dis. 2003; 41: 447-454*

Oh-Park M., Fast A., Gopal S., Lynn R., Frei G., Drenth R., Zohman L. Exercise for the dialyzed: aerobic and strength training during hemodialysis. *Am J Phys Med Rehabit, 2002; 81:814-821*

Oreopoulos D. (1986). *Geriatric Nephrology. The medical, psychosocial, nursing, financial and ethical issues of treating End-Stage Renal Disease in the Elderly.* Boston, Martinus Nijhoff Publishing

Overholser J. (1993a). Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. *Psychotherapy, 30, 67-74*

Overholser J. (1993b). Elements of the Socratic method II: Inductive reasoning. *Psychotherapy, 30, 75-85*

Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Α.: Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Qual Life Res, 2005* (in press)

Partridge K.: *an investigation into body-image disturbance in adult end-stage renal failure patients undergoing dialysis.* Thesis submitted for the degree of Doctor of Clinical Psychology at the University of Leicester (2008)

Parving, Mauer, and Ritz (2004): *Diabetic Nephropathy.* In: Breuner B.M (ed) Breuner & Rector's the kidney (7th ed). Philadelphia: Saunders, p.1791

Peitzman S.(2007): *Dropsy, dialysis, transplant: a short history of failing kidneys.* Baltimore, USA: The John Hopkins University Press, pp.177

Petrie K. (1989): Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients. *British Journal of Medical Psychology, 62, 91-96*

Prescott Megan: *Managing mental illness in the dialysis treatment environment : A team approach.* Nephrology News & Issues, 2006: In www.nephronlife.com

Proctor R., Kumar n., Stein A., Moles D., and Porter S.: Oral and Dental Aspects of Chronic Renal Failure. *J Dent Res 84 (3):199-208,2005*

Pupim L., Flakoll P., and Ikizler T. Nutritional Supplementation Acutely Increases Albumin Fractional Synthetic Rate in Chronic Hemodialysis Patients. *J Am Soc Nephrol*, 15: 1920-1926, 2004

Ranjan Roy (2008). *Psychosocial Interventions for Chronic Pain*. Springer Science + Business Media, LLC, pp 110

Renal Rehabilitation Report- Emotional Wellness is a key to Renal Rehabilitation, 2000, Vol 8(2): In www.Lifeoptions.org

Renal Resource Center (2007). *Επιλογές Θεραπείας Νεφρικής Ανεπάρκειας: Κάνοντας τη σωστή επιλογή (Διατίθεται και στα Ελληνικά)*. Publications of the Renal Resource Center by the Australian and New Zealand Society of Nephrology and Transplant Australia. In: www.renalresource.com

Richard Nelson-Jones (2002). *Essential Counselling and Therapy Skills*. London: SAGE Publications Ltd

Richardson Y. The rehabilitation of dialysis and transplant patients. *Transplant Proc* 1987, 19(2): 11-14

Ritholz M., Smaldone A., Lee J., Castillo A., Wolpert H. & Weinger K.: Perceptions of psychosocial factors and the insulin pump. *Diabetes Care*, (2007); 30 (3): 549-554

Rocco M., Paranalidi L., Burrowes J., Cockram D., Dwyer J., Kusek J., Leung j., Makoff R., Maroni B., Poole D. Nutritional status in the HEMO study cohort at baseline. *Hemodialysis, Am J Kidney Dis*. 2002; 39: 245-256

Rogers Carl, (1942a). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Co.

Rogers C., (1961). *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*, Constable, London

Rogers C., (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin, p. 60

Rogers C: *Person- Centered Theory and Therapy*. In: **Flanagan-Sommers J.(2004):** *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice*. John Wiley & Sons, New Jersey, pp. 174-213

Rozensky R., Sweet J., and Tovian S. (1997): *Psychosomatic and Somatoform Disorders Chapter 4*. In: *Psychological Assessment in Medical Settings*. Plenum Press, New York, pp. 79

Saltissi D., Morgan C., Knight B., Chang W., Rigby R., Westhuyzen J. Effect of lipid-lowering dietary recommendations on the nutritional intake and lipid profiles of chronic peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*, 2001; 37: 1209-1215

Sagawa M., Oka M., Chaboyer W. The utility of cognitive behavioural therapy on chronic haemodialysis patients fluid intake: a preliminary examination. *Int J Nurs Stud* 40: 367-373, 2003

Σαρρής Μ., (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Παπαζήσης, Αθήνα

Σαρρής Μ., Γούλα Α., Σούλης Σ., Σταυροπούλου Α.: Επισκόπηση υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών λόγω τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2008, 25(2): 177-183

Sasatomi Y., Tada M., Uesugi N., Hisano S., Takebayashi S.: Obesity associated with hypertension or hyperlipidemia accelerates renal damage. *Pathobiology*, 2001;69(2):113-118

Schiro –Harvey K. National Renal Diet: A Healthy Food Guide for People on Dialysis. 2nd ed. Chicago. American Dietetic Association, 2002

Severino S. : Body image changes in hemodialysis and renal transplant. *Psychosomatics*, (1980); 21(6): 509-512

Schlebusch L.(1990): *Clinical Health Psychology a behavioural medicine perspective.* Half way House: Southern Book Publishers

Schrier RW (1990) : *Manual of Nephrology- Diagnosis and Therapy.* 3rd ed Little Brown

Shinohara K., Shoji T., Emoto M., Tahara H., Koyama H., Ishimura E., Miki T., Tabata T., Nishizawa Y. Insulin resistance as an independent predictor of cardiovascular mortality in patients with end-stage renal disease. *J Am Soc Nephrol*, 2002; 13: 1894-1900

Sinton M. & Birch L. : Individual and sociocultural influences on preadolescent girls appearance schemas and body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, (2006); 35(2): 165-175

Snively Catherine S. M.D., and Gutierrez Cecilia, M.D: Chronic Kidney Disease: Prevention and Treatment of Common Complications. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1921-8

Sorter M., Strife F., Bissler J., & Breen M.: A comparison of body image, depression and psychosocial functioning in adolescents on renal dialysis and transplant recipients. *Pediatric Research* (1994); 35(4): A374

Σουλιώτης Κ., Παπαβασιλοπούλου Μ., Κωνσταντινίδου Χ., Σπανάκη Α., Αποστολάκη Μ., Ιατρού Χ.: Ασφαλιστική κάλυψη θεραπείας ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο. Υιοθέτηση της οικονομικής αξιολόγησης από το ΙΚΑ. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2009, 26(5):668-677

Sousa A De. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 2008, 18(2): 47-50

Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π.: Η αύξηση των ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, Παγκόσμιο φαινόμενο με σοβαρές επιπτώσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2005, 22(6):528-534

Sqalli-Houssaini T., Ramouz I., Zahra Fahi , Tahiri A., et al: Effects of anxiety and depression on haemodialysis adequacy. *Nephrologie & Therapeutique 1* (2005) 31-37

Stack AG: Impact of timing of nephrology referral and pre-ESRD care on mortality risk among new ESRD patients in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2003 Feb;41(2):310-8.

Steffle B., (1970): *Counseling in the total society: A Primer.* In W. Van Hoose and J., Pietrofesa, (eds), *Counseling and guidance in the twentieth century.* Boston: Houghton Mifflin, pp. 251-265

Stein A., (2002): *Kidney Failure Explained* (2nd ed). Class Publishing, Barb House, Barb Mews, London, UK, pp. 5

Stricker G., Widiger T., Weiner I.(2003): *Handbook of Psychology: Clinical psychology.* New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc pp.367-368

Stuart J. Shankland and Gunter Wolf: Cell cycle regulatory proteins in renal disease: role in hypertrophy, proliferation, and apoptosis. *Am J Physiol Renal Physiol* 278: F515-F529, 2000

Sumsion T., Craik C., Glossop J (2006). *Client-centred practice in occupational therapy: a guide to implementation.* China: Churchill Livingstone Elsevier

Surman O., Tolkoff-Rubin N. Use of hypnosis in patients receiving haemodialysis for end stage renal disease. *Gen Hosp Psychiatry* 6(1): 31-35, 1984

Suzuki H., Kimmel P. eds (2007). *Nutrition and kidney disease: a new era.* Switzerland, Karger AG, P.O.Box

Taleporos G, & McCabe: Body image and physical disability: personal perspectives. *Social Science & Medicine*, (2002),54, 971-980

Tolbert E. L.(1959). *Introduction to Counseling.* New York: McGraw-Hill

Τσακίρης Δ.: Το πρόβλημα της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου. Επιδημιολογία, αντιμετώπιση, κόστος. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://health.in.gr/news/article.asp? IngArticle ID=136412](http://health.in.gr/news/article.asp?IngArticleID=136412) (ημερομηνία ανάκτησης: Μάιος 2008)

Tyler L., (1958). Theoretical principles underlying the counseling process. *Journal of Counseling Psychology*, 5, 3-10

USRDS. Excerpts from United States Renal Data System 1991 annual data report. *Am J Kidney Dis* 1991; 18: 1-127

Vassalotti , J. A, et al: Testing for Chronic Kidney Disease: A Position Statement From the National Kidney Foundation. *American Journal of Kidney Diseases* 2007, Vol 50, No 2,p.p. 171

Veeneman J., Kingma H., Boer T., Stellaard F., De Jong P., Reijngoud D., and Huisman R. Protein intake during hemodialysis maintains a positive whole body protein balance in chronic hemodialysis patients. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, 284:E 954-E965, 2003

Velasquez M., Maurer G., Crouch C., DiClemente C.(2001). *How People Change: The Transtheoretical Model. In Group Treatment for Substance Abuse, A stages of Change Therapy Manual.* New York, The Guilford Press. Pp.7

Vilsteren M., Greef M., Huisman R. The effects of a low-to-moderate intensity pre-conditioning exercise programme linked with exercise counseling for sedentary haemodialysis patients in the Netherlands: results of a randomized clinical trial. *Nephrol. Dial. Transplant.* (2005) 20 (1): 141-146

Viswanathan R.(1991): *Helping patients cope with the Loss of a Renal Transplant.* In Hardy M. et al (eds) *Psychosocial Aspects of End-Stage Renal Disease.* London The Haworth Press, inc. p.p 103-105

Virzi A., Signorelli M., Veroux M., Giammarresi G., Maugeri S., Nicoletti A., Veroux P.: Depression and Quality of Life in Living Related Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings* , 39, 1791-1793, (2007)

Voiculescu A., Ivens K., et al: Kidney transplantation from related and unrelated living donors in a single German centre. *Nephrol Dial Transplant* (2003), 18:418-425

Vupputuri S., Sandler D.: Lifestyle Risk Factors and Chronic Kidney Disease. *Ann Epidemiol* 2003; 13: 712-720

Wai L., Richmond J., Burton H., & Lindsay R.: The influence of psychosocial factors upon the survival of home dialysis patients. *Lancet* (1981) 1155-1156

Walbaum D., Cluth D. Clinical assessment of renal disease. *Medicine* 35:7, pp 353-358 (2007)

Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J: The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis.* 2003 Jan;41(1):105-10

Wahl E., Scanlon M. Using your personal computer to calculate renal diets. *Journal of the American Dietetic Association*, 1995; 95(4), 487-488

Weisinger JR., Kempson RL., Eldridge FL., Swenson RS. The nephrotic syndrome: a complication of massive obesity. *Ann Intern Med.* 1974; 81 (4): 440-447

Wesolowski Tomasz, Szyber Piotr: A Trial of Objective Comparison of Quality of Life Between Chronic Renal Failure Patients Treated with Hemodialysis and Renal Transplantation Wojciech Rowinski. *Annals of Transplantation*, Vol. 8, No. 2, 2003, pp. 48-54

WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. *Technical report 894.* Geneva: World Health Organization, 2000

Wiggins K., & Renal Dieticians Dietetic Practice Group (2000). *Guidelines for Nutrition Care of Renal Patients*, (3rd ed.). American Dietetic Association, Chicago-Illinois

Williams S., Tell G., Zheng B., Shumaker S., Rocco M., Sevick M. Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients. *Am J Nephrol* 2002; 22: 18-28

Wing A., Brunner F., Brynger H., Jacobs C., Kramer P.: Comparative review between dialysis and transplantation. In: Drukker W., Parsons F., Maher J. (2nd eds) *Replacement of renal function by dialysis*. Boston, Martinus-Nijhoff, 1983: 850-871

Wojtasiak E.: How patients with end-stage renal disease manage their condition. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku, Vol. 50, 2005, Suppl !*

Wolf G.: After all those fat years: Renal consequences of obesity. *Nephrol Dial Transplant* 2003, 18: 2471-2474

Wuerth D., Finkelstein S., Schwetz O., Carrey H., Klinger A., Finkelstein F: Patients' descriptions of specific factors leading to modality selection of chronic peritoneal dialysis or hemodialysis. *Perit Dial Int* 2002; 22: 184-190

Wulsin L., Vaillant G., Wells V. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med* 1999; 61: 6-17

Young P., Grant P., DeRubies R. Some lessons from group supervision of cognitive therapy for depression. *Cognitive and Behavioral Practice, (2003), 10, 30-40*

Zoccali C.: Arrest renal disease progression aim (ARPA): A cutting edge clinical trial of the ERA-EDTA. Available In: <http://www.era-edta.org/followus3.htm>.2008

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Κατά τη διάρκεια της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποια προβλήματα που μας δυσκόλεψαν. Οι ασθενείς ήταν αρχικά διστακτικοί μέχρι να αποφασίσουν αν θα λάβουν μέρος ή όχι στην έρευνα. Κάποιοι στο παρελθόν είχαν συμμετάσχει και σε άλλες έρευνες, κάποιοι δεν είχαν τη διάθεση διότι πίστευαν πως η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν θα τους προσφέρει καμία θετική εξέλιξη στην ασθένεια τους και κάποιοι άλλοι ένιωθαν πολύ εξαντλημένοι και κουρασμένοι για να αφιερώσουν χρόνο στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Μαζί με τη βοήθεια του ιατρικού προσωπικού όμως η πλειοψηφία των ασθενών δεχόντουσαν να πάρουν μέρος στην έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο του KDQOL που χρησιμοποιήσαμε αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εγχειρίδιο κατάλληλο να χρησιμοποιηθεί στην κλινική αξιολόγηση των ασθενών και μας έδωσε όλες τις πληροφορίες που χρειαζόμασταν για την έρευνα. Η μοναδική δυσκολία που παρουσιάστηκε ήταν η δυσανασχέτηση ορισμένων ασθενών για την έκτασή του, αλλά το συμπλήρωναν στο σπίτι μόνοι τους ή με τη βοήθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος ή τους βοηθήσαμε εμείς κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

Το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων που χρησιμοποιήσαμε δεν μας βοήθησε όσο θα θέλαμε για την εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης των ασθενών, λόγω των πολλών τροφίμων που περιείχε. Θα ήταν καλύτερο να είχε χρησιμοποιηθεί το SGA ή μια ανάκληση 24ωρου που έχει αποδειχθεί ότι ενδείκνυται για την αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης των ασθενών. Η καλύτερη μέθοδος είναι μία 3ήμερη καταγραφή των ποσοτήτων που καταναλώνουν αλλά πιστεύουμε ότι δεν θα το δεχόντουσαν γιατί οι περισσότεροι ασθενείς έδειχναν ότι δεν θέλουν να πιέζονται.

Το επόμενο πρόβλημα που παρουσιάστηκε ήταν στη μέτρηση των σωματομετρικών δεικτών. Η μέτρηση βάρους, μέτρηση ύψους, η δερματοπτυχομέτρηση και η μέτρηση περιμέτρου βραχίονα έπρεπε να γίνει μέσα στο πρώτο εικοσόλεπτο μετά το τέλος της αιμοκάθαρσης. Κάποιοι ασθενείς όμως έφευγαν αμέσως γιατί τους περίμεναν, κάποιοι άλλοι είτε λόγω της χαμηλής πίεσης, είτε λόγω της άσχημης συναισθηματικής και σωματικής κατάστασης που βρισκόντουσαν μετά την

αιμοκάθαρση δεν ήθελαν να κάνουν τις μετρήσεις. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι από κάποιους ασθενείς δεν είχαμε σωματομετρικά στοιχεία .

Μια δυσκολία επίσης που αντιμετωπίσαμε με τη δερματοπτυχομέτρηση ήταν ότι αρκετοί ασθενείς είχαν μοσχεύματα ή φίστουλες και στα δύο χέρια και δεν ήταν εύκολος ο διαχωρισμός του λιπώδους ιστού με τον μυ του βραχίονα αφού ενδιάμεσα υπήρχε το μόσχευμα και πιθανόν κάποιες τιμές να είναι λίγο υπερτιμημένες αν και προσπαθήσαμε να είμαστε πολύ προσεκτικές στις μετρήσεις μας λαμβάνοντας πάντα από 3 μετρήσεις και βγάζοντας το μέσο όρο των τιμών. Υπάρχει βέβαια και το ποσοστό του σφάλματος του οργάνου που είναι 0,2. Μία παράλειψη δική μας είναι ότι δεν υπολογίστηκε το σφάλμα ανάμεσα στους δύο εξεταστές.

Οι συσχετίσεις που ορίσαμε όπως τους δείκτες BMI , MAMC και %BF με τους παράγοντες της ποιότητας ζωής του KDQOL , ορισμένοι δεν αποδείχτηκαν ότι συσχετίζονται μεταξύ τους. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο μικρό δείγμα που είχαμε. Προτείνουμε να γίνουν μελέτες αντίστοιχες για την επαλήθευση ή μη των αποτελεσμάτων.

Οι ασθενείς δεν έδειχναν εξοικειωμένοι με τον τρόπο διατροφής τους γιατί είχαν σημαντικά κενά στις γνώσεις πάνω στο αντικείμενο αφού η ενημέρωση ήταν ελλιπής. Σε όλες τις μονάδες υπήρχαν γενικές κατευθυντήριες οδηγίες όμως σε κανέναν ασθενή δεν υπήρχε εξατομικευμένο διαιτολόγιο. Παρατηρήθηκαν ακραίες συμπεριφορές ως προς τον τρόπο διατροφής των ασθενών είτε είχαν αποκλείσει τελείως τρόφιμα που ήταν ωφέλιμα για την γενική τους υγεία (π.χ. λαχανικά) είτε καταναλώναν μεγάλες ποσότητες συγκεκριμένων τροφίμων που επιβάρυναν τη νεφρική τους λειτουργία ενώ οι ίδιοι δεν τον γνώριζαν (π.χ κρίθινο παξιμάδι) Καμία από τις μονάδες που επισκεφθήκαμε για την έρευνα δεν είχε διαιτολόγο. Το ρόλο του διαιτολόγου τον αναλάμβαναν άλλες ειδικότητες όπως νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται αυτή η σύγχυση στον τομέα της διατροφής. Πρότασή μας είναι η ύπαρξη διαιτολόγου σε τέτοιες μονάδες που η διατροφή παίζει τον σημαντικότερο ρόλο στην επιβίωση του ασθενή. Στο εξωτερικό στον τομέα των νεφρολογικών τμημάτων οι διαιτολόγοι ασχολούνται αποκλειστικά με το τμήμα αυτό και ονομάζονται νεφρικοί διαιτολόγοι.

Θα αναφερθούμε σε μία προσωπική εμπειρία από νοσοκομείο της Αθήνας, γυναίκα 32 ετών, η οποία υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για 6 χρόνια και στη συνέχεια υποβλήθηκε σε ανεπιτυχή μεταμόσχευση νεφρού και αναγκαστικά επέστρεψε στην

αιμοκάθαρση. Όλο αυτό την επηρέασε αρνητικά και παρουσίαζε επιθετικές συμπεριφορές σε συνεργάτες και έβγαζε μία ζήλια πιστεύοντας ότι εκείνοι μπορούσαν να εξελιχθούν επαγγελματικά ενώ εκείνη όχι, κάνοντας παρατηρήσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό με επιθετικό ύφος ,αφήνοντας να εννοηθεί ότι δεν κάνουν σωστά τη δουλειά τους, αμφισβητώντας την επάρκεια των γνώσεών τους, αλλά και στις προσωπικές της σχέσεις πιστεύοντας ότι οι δικοί της άνθρωποι δεν της στάθηκαν όπως έπρεπε κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης, κάτι το οποίο δεν υφίσταται καθώς οι νοσηλευτές μας είπαν ότι οι δικοί της άνθρωποι ήταν δίπλα της. Προσπαθούσε να κρύψει την αποτυχημένη μεταμόσχευση από το περιβάλλον της και συμπεριφερόταν σαν να μην την είχε επηρεάσει καθόλου. Όμως η αρνητική στάση και ο θυμός που έβγαζε αποδείκνυε ακριβώς το αντίθετο.

Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ευγενικοί, ορισμένοι πολύ απότομοι, καχύποπτοι γιατί πίστευαν ότι θα χρησιμοποιήσουμε τις απαντήσεις τους για να τους εκθέσουμε παρόλο που τους εξηγούσαμε ότι θα είναι ανώνυμα. Θα αναφερθώ σε ένα τραγελαφικό περιστατικό όπου ένας ασθενής ενώ στην αρχή ήταν θετικός να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια στο σπίτι, την επόμενη φορά που πήγα να τα πάρω μου είπε ότι δεν το συμπλήρωσε γιατί μπορεί να χρησιμοποιούσαμε τα στοιχεία του εναντίον του και να τον φακελώσουμε ως «κομμουνιστή» όπως γινόταν παλαιότερα. Δεν ασχοληθήκαμε περαιτέρω.

Επίσης για την ενδυνάμωση της μυϊκής μάζας προτείνουμε να πραγματοποιούν κάποιου είδους άσκηση στο στάδιο της προ-διάλυσης αλλά και όταν αρχίζουν τις συνεδρίες. συγκεκριμένα μπορούν να δοκιμάσουν μία χαμηλή έως μέτριας έντασης άσκηση όπως ποδηλασία είτε έξω είτε σε στατικό ποδήλατο και βάρη. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς τα συγκεκριμένα αθλήματα βοήθησαν πολύ τους ασθενείς σε συνδυασμό με συμβουλευτική της άσκησης να αποκτήσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, βελτίωση της εικόνας του εαυτού τους και καλύτερη σωματική λειτουργία.

Παράλληλα πιστεύουμε ότι θα πρέπει να υπάρχει στις μονάδες αιμοκάθαρσης και συμβουλευτικός ψυχολόγος για την αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων που παρουσιάζονται στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Για μελλοντικές έρευνες προτείνεται η επανάληψη της συσχέτισης ανάμεσα στον δείκτη MAMC και τον ΔΜΣ με τις κλίμακες της ποιότητα ζωής σε συνδυασμό με αιματολογικές εξετάσεις για τον προσδιορισμό της αλβουμίνης.

Παραθέτουμε ένα ενδεικτικό εβδομαδιαίο διαιτολόγιο 2000kcal το οποίο είχε σχεδιαστεί κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης στο Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας για άνδρα ο οποίος υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση 3 φορές/εβδομάδα, και συγκεκριμένα Δευτέρα- Τετάρτη- Παρασκευή από τις 8:00π.μ- 11:30 π.μ. Το διαιτολόγιο περιλαμβάνει το μενού της αιμοκάθαρσης που δίνεται από το νοσοκομείο καθώς και των υπόλοιπων ημερών στο σπίτι. Είναι προσαρμοσμένο σύμφωνα με τις διαιτητικές συνήθειες του ασθενούς αλλά και με τις διαιτητικές οδηγίες της αιμοκάθαρσης.

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ 2000 Kcal

Καταμερισμός των θερμίδων

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ: 15,6% →78γρ.

ΥΔΑΤ/ΚΕΣ : 54,4% →272 γρ.

ΛΙΠΙΔΙΑ: 30% →66,6 γρ.

ΔΕΥΤΕΡΑ



ΝΑΤΡΙΟ : 1,33γρ.

ΚΑΛΙΟ: 1,70γρ.

ΦΩΣΦΟΡΟΣ:1,2γρ.

ΝΕΡΟ: 638,2γρ.

ΠΡΩΪΝΟ: Καφέ , 2 φρυγανιές

ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ: 1 φέτα ψωμί του τόστ (150mg Na, 29,7mg K, 29,1mg P, 12gr νερό)
με 1 φέτα ζαμπόν και 2 λεπτές φέτες τυρί (588mg Na, 96mg K, 312mg P, 26,22gr
νερό) 2 αυγά (μόνο τα ασπράδια) (140mg Na, 140mg K, 220mg P, 74,8gr νερό) 1
μήλο (6 mg P, 2mg Na, 92mg K, 64,9gr νερό),

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ: αραβική πίτα με 50γρ. τυρί cottage(225mg Na, 27mg K, 70mg
P, 39,4gr. νερό), 1 φλιτζ. μαρούλι (57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P) , 3
κουτ. γλυκού ελαιόλαδο

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ:

2 φρυγανιές, 100γρ. γιαούρτι (76mg Na, 240mg K, 140mg P, 85,7gr. νερό)

ΒΡΑΔΙΝΟ: 2 σουβλάκια κοτόπουλο (142mg Na, 660mg K, 440mg P, 137gr. νερό),
1 φλιτζ. μαρούλι (57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P) με 2κ.γ. ελαιόλαδο, 1
αραβική πίτα αλάδωτη

ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ: 1 μήλο (2mg Na, 130mg K, 10 mg P, 83,2 gr. νερό)

ΤΡΙΤΗ

ΦΩΣΦΟΡΟΣ: 0,65γρ.

ΝΑΤΡΙΟ: 0,45γρ

ΚΑΛΙΟ: 1,7γρ.

ΝΕΡΟ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ: 488ml

ΠΡΩΪΝΟ: Καφέ , 2 φρυγανιές 30γρ.(69mg P, 66mg K, 162mg Na, 12gr νερό) 30γρ.
τυρί ανθότυρο Κρήτης (212mg P, 75mg K, 58mg Na, 34,35gr. Νερό)

ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ: 1 μήλο (6 mg P, 2mg Na, 92mg K, 64,9gr νερό), 1 κουλούρι μεγάλο

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ: 100γρ. αρνί στήθος ψητό (73mg Na, 250mg K, 150mg P, 43,6g
νερό), 100γρ. πατάτες βρασμένες (2-3 φορές αλλαγή του νερού 3 mg Na, 330mg K,
29mg P, 80,5 gr νερό), 1 φλιτζ. μαρούλι (57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg
P)

2 κουτ. γλυκού ελαιόλαδο για τη σαλάτα, 1 ποτηράκι κόκκινο κρασί 100ml (10mg
Na, 130mg K, 14mg P), αραβική πίτα.

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ: 30γρ. κέικ απλό (80mg Na, 80mg K, 35mg P), 6 αμύγδαλα
8γρ. ανάλατα (0,48mg Na, 68,8mg K, 35,2mg P, 0,37γρ. νερό)

ΒΡΑΔΙΝΟ: 120gr μακαρόνια (16mg Na, 80,4mg K, 56,4mg P), 1 φλιτζ. μαρούλι (57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P) , 2 κουτ. γλυκού ελαιόλαδο για τη σαλάτα

ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ: 1 αχλάδι μέτριο (2mg Na, 130mg K, 10mg P), 1 ρυζόγαλο (36mg Na, 108mg K, 75mg P, 77,7gr. Νερό)

ΤΕΤΑΡΤΗ

ΝΑΤΡΙΟ: 1,22γρ.

ΚΑΛΙΟ: 1,18γρ.

ΦΩΣΦΟΡΟΣ: 0,97γρ.

ΝΕΡΟ: 629γρ.

ΠΡΩΪΝΟ: Καφέ, 2 φρυγανιές

ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ: 1 φέτα ψωμί του τόστ (150mg Na, 29,7mg K, 29,1mg P, 12gr νερό) με 1 φέτα ζαμπόν και 2 λεπτές φέτες τυρί(588mg Na, 96mg K, 312mg P, 26,22gr νερό), 2 αυγά (μόνο τα ασπράδια) (140mg Na, 140mg K, 220mg P, 74,8gr νερό) 1 μήλο (6 mg P, 2mg Na, 92mg K, 64,9gr νερό)

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ: Αραβική πίτα με 50γρ. τυρί cottage(225mg Na, 27mg K, 70mg P, 39,4gr. νερό) και 1 φλιτζ. μαρούλι (57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P) 2 κουτ. γλυκού ελαιόλαδο για τη σαλάτα

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ: 1 μικρό σοκολατάκι υγείας (2,2mg Na,60mg K, 28mg P, 0,12gr. νερό), 2 φρυγανιές

ΒΡΑΔΙΝΟ: 100γρ. αγγουράκι (13mg Na, 140mg K, 24mg P, 96,4gr. νερό) , 2 φλιτζ. μακαρόνια 240γρ. (19,2mg Na, 160,8mg K, 112,8mg P, 171,6gr. νερό), 2 κ.γλ. ελαιόλαδο για τα μακαρόνια

ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ: 100γρ. γιαούρτι άπαχο (76mg Na, 240mg K, 140mg P, 85,7gr. νερό),, 6 αμύγδαλα ανάλατα(0,48mg Na, 51,6mg K, 35,2mg P, 0,37γρ. νερό),,

ΠΕΜΠΤΗ

ΝΑΤΡΙΟ: 0,428γρ.

ΚΑΛΙΟ: 1,58γρ.

ΦΩΣΦΟΡΟΣ: 0,70γρ.

ΝΕΡΟ: 805ml

ΠΡΩΪΝΟ: Καφέ , 1 φλιτζ. δημητριακά corn -flakes(52mg K, 30mg P) με 100γρ. γιαούρτι άπαχο (76mg Na, 240mg K, 140mg P, 85,7gr. νερό),

ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ: 1 μήλο (6 mg P, 2mg Na, 92mg K, 64,9gr νερό),, 1 κουλούρι

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ: 120γρ. γαρίδες ψητές (75γρ. νερό, 222mg Na, 416mg K, 300mg P)με 3 κουτ. γλ. ελαιόλαδο και λεμόνι, 1 φλιτζ. μαρούλι 60γρ. (57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P) και 100γρ. αγγουράκι (13mg Na, 140mg K, 24mg P, 96,4gr. νερό) με 2 κουτ. γλ. ελαιόλαδο, 180γρ. ρύζι (3,6mg Na, 68,4mg K, 61,2mg P, 125,82gr. νερό), με 2 κουτ. ελαιόλαδο, αραβική πίτα
1 ποτηράκι κόκκινο κρασί 100ml (10mg Na, 130mg K, 14mg P)

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ: 1 σοκολατάκι υγείας (2,2mg Na,60mg K, 28mg P, 0,12gr. νερό), 2 φρυγανιές

ΒΡΑΔΙΝΟ: 90γρ. κολοκυθάκια βραστά (90mg Na, 75,6mg K, 11,7mg P, 88gr. νερό) 180γρ. ρύζι(3,6mg Na, 68,4mg K, 61,2mg P, 125,82gr. νερό), αραβική πίτα, 3 κουτ. γλ. ελαιόλαδο

ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ: 100γρ. ανανά κονσέρβα(1 mg Na, 94mg K, 5 mg P, 86,1gr. νερό)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΝΑΤΡΙΟ: 1,18γρ.

ΚΑΛΙΟ: 1,05γρ.

ΦΩΣΦΟΡΟΣ: 0,90γρ.

ΝΕΡΟ: 553 ml

ΠΡΩΪΝΟ: Καφέ, 2 φρυγανιές

ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ: 1 φέτα ψωμί του τόστ (150mg Na, 29,7mg K, 29,1mg P, 12gr νερό)
με 1 φέτα ζαμπόν και 2 λεπτές φέτες τυρί, (588mg Na, 96mg K, 312mg P, 26,22gr
νερό), 2 αυγά (μόνο τα ασπράδια) (140mg Na, 140mg K, 220mg P, 74,8gr νερό), 1
μήλο (6 mg P, 2mg Na, 92mg K, 64,9gr νερό)

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ: Αραβική πίτα με 50gr. τυρί cottage (225mg Na, 27mg K, 70mg
P, 39,4gr. νερό) και 1 φλιτζ. μαρούλι (57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P)
2 κουτ. γλυκού ελαιόλαδο για τη σαλάτα

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ: 1 ρυζόγαλο(36mg Na, 108mg K, 75mg P, 77,7gr. Νερό)

ΒΡΑΔΙΝΟ: 100gr. κοτόσουπα αυγολέμονο (37mg Na, 126mg K, 93mg P, 57,2gr
νερό), 1 φλιτζ. μαρούλι (57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P) 3 κουτ. γλ.
ελαιόλαδο,

ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ: 100gr. ανανά κονσέρβα 1 mg Na, 94mg K, 5 mg P, 86,1gr. νερό)
6 αμύγδαλα(0,48mg Na, 51,6mg K, 35,2mg P, 0,37gr. νερό)

ΣΑΒΒΑΤΟ

ΝΑΤΡΙΟ: 0,30gr.

ΚΑΛΙΟ: 1,35gr.

ΦΩΣΦΟΡΟΣ: 0,70gr.

ΝΕΡΟ: 455ml

ΠΡΩΪΝΟ: Καφέ, 1 φλιτζ. δημητριακά corn -flakes(52mg K, 30mg P) με 100gr.
γιαούρτι άπαχο (76mg Na, 240mg K, 140mg P, 85,7gr. νερό)

ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ:

2 φρυγανιές

1 κ. σούπας μέλι 20gr.(4,6mg νερό, 2,2mg Na, 10,2mg K, 3,4mgP)

6 αμύγδαλα ανάλατα(0,48mg Na, 51,6mg K, 35,2mg P, 0,37gr. νερό)

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ: 2 φλιτζ. μακαρόνια 240γρ.(19,2mg Na, 160,8mg K, 112,8mg P, 171,6gr. νερό)με 1 αυγό τηγανητό (70mg Na, 70mg K, 110mg P,32,4gr. νερό) 1

φλιτζ. μαρούλι(57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P) 3 κουτ. γλ. ελαιόλαδο

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ: 1 σοκολατάκι υγείας(2,2mg Na,60mg K, 28mg P, 0,12gr.

νερό), 6 αμύγδαλα ανάλατα(0,48mg Na, 51,6mg K, 35,2mg P, 0,37gr. νερό)

ΒΡΑΔΙΝΟ: 90 γρ. ψαρονέφρι ψητό (85,5mg Na, 279mg K, 153mg P, 38,7gr. νερό)

1 φλιτζ. μαρούλι(57,5gr. νερό, 5,4mg Na, 144mg K, 16,2mg P) ,3 κουτ. γλ.

ελαιόλαδο, αραβική πίτα

ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ: 1 μήλο(6 mg P, 2mg Na, 92mg K, 64,9gr νερό)

ΚΥΡΙΑΚΗ

ΝΑΤΡΙΟ: 0,42γρ.

ΚΑΛΙΟ: 1,96γρ.

ΦΩΣΦΟΡΟΣ: 0,63γρ.

ΝΕΡΟ: 696ml

ΠΡΩΪΝΟ: Καφέ , 1 αυγό (70mg Na, 70mg K, 110mg P, 37,4gr νερό), 2 φρυγανιές

ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ: 100γρ. ανανά κονσέρβα (1 mg Na, 94mg K, 5 mg P, 86,1gr. νερό)

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ: 2 μπιφτέκια μοσχαρίσια με κιμά από κρέας άπαχο 90γρ. (75mg Na, 300mg K, 195mg P, 52,29gr. Νερό), 180γρ. πατάτες πουρέ(2-3 φορές αλλαγή

του νερού 70,2mg Na, 493,2mg K, 79,2mg P, 144,5gr. νερό), 2 κουτ. γλ. ελαιόλαδο,

1 ποτηράκι 100γρ. κόκκινο κρασί(10mg Na, 130mg K, 14mg P), αραβική πίτα

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ: 1 μικρό σοκολατάκι υγείας(2,2mg Na,60mg K, 28mg P,

0,12gr. νερό)), 6 αμύγδαλα(0,48mg Na, 51,6mg K, 35,2mg P, 0,37gr. νερό)

ΒΡΑΔΙΝΟ: 180γρ. πατάτες πουρέ(70,2mg Na, 493,2mg K, 79,2mg P, 144,5gr. νερό),

90γρ. κολοκυθάκια βραστά(90mg Na, 75,6mg K, 11,7mg P, 88gr. νερό), 3 κουτ. γλ.

ελαιόλαδο, αραβική πίτα

ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ: 1 ρυζόγαλο (36mg Na, 108mg K, 75mg P, 77,7gr. Νερό)

1 μήλο(6 mg P, 2mg Na, 92mg K, 64,9gr νερό)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ερωτηματολόγιο KDQOL-SF36 Greek Version available here

(www.gim.med.ucla.edu/kdqol)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

ΚΩΔΙΚΟΣ:.....

Για κάθε ένα από τα παρακάτω τρόφιμα και φαγητά, σημειώστε (✓) στο αντίστοιχο κουτί πόσο συχνά, κατά μέσο όρο, έχετε καταναλώσει την ποσότητα που προσδιορίζεται τον τελευταίο χρόνο.

Σημείωση: Βάλτε έναν **ΑΣΤΕΡΙΣΚΟ** (*) μπροστά από τα τρόφιμα που **ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΝΤΑΙ ΕΠΟΧΙΑΚΑ** (μόνο καλοκαίρι ή χειμώνα)

ΤΡΟΦΙΜΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ	Κατά μέσον όρο κατανάλωση τον τελευταίο 1 χρόνο								
	6+ φορές την ημέρα	4-6 φορές την ημέρα	2-3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	5-6 φορές την εβδομάδα	2-4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1-3 φορές το μήνα	Λίγες Φορές το χρόνο ή ποτέ
ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ									
Άπαχο γάλα (1 φλιτζ. 250ml)									
Ημίπαχο γάλα (1 φλιτζ. 250ml)									
Πλήρες γάλα (1 φλιτζ. 250ml)									
Ημιαποβουτυρωμένο γάλα Εβαπορέ (1 φλιτζ. 250ml)									
Πλήρες γάλα Εβαπορέ (1 φλιτζ. 250ml)									
Σοκολατούχο γάλα 250ml									
Άπαχο γιαούρτι (1 κεσεδάκι, 200gr)									
Ημίπαχο γιαούρτι (1 κεσεδάκι, 200gr)									
Πλήρες γιαούρτι (1 κεσεδάκι, 200gr)									

Τυρί φέτα (30gr.)									
Τυρί γραβιέρα (1 κομμάτι – 30gr)									
Παρμεζάνα (30gr.)									
Τυρί κασέρι (30gr.)									
Τυρί Gouda (30gr.)									
Τυρί edam (30gr.)									
Τυρί ροκφόρ (30gr.)									
Μυζήθρα /ανθότυρο (30gr.)									
Μαργαρίνη (1 κ. γλυκού)									
Κρέμα γάλακτος ή σαντιγί (1 κ.σούπας)									
Κατά μέσον όρο κατανάλωση τον τελευταίο 1 χρόνο									
ΤΡΟΦΙΜΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ	6+	4-6	2-3	1	5-6	2-4	1	1-3	Λίγες Φορές το χρόνο ή ποτέ
	φορές την ημέρα	φορές την ημέρα	φορές την ημέρα	φορά την ημέρα	φορές την εβδομάδα	φορές την εβδομάδα	φορά την εβδομάδα	φορές το μήνα	
Μαγιονέζα (1 κ. σούπας)									
Παγωτό (1 μπαλάκι)									
ΦΡΟΥΤΑ									
Φοδάκινο (1)									
Πορτοκάλι (1)									
Χυμός πορτοκάλι ή γκρέιπ-φρουτ (1/2 φλιτζ.)									
Αχλάδια, βερίκοκα, δαμάσκηνα φρέσκα (1)									
Πεπόνι (1 φέτα)									
Καρπούζι (1 φέτα)									
Μήλο (1)									
Μπανάνα (1)									
Μανταρίνια (2 μικρά)									
Σταφύλια (1 μικρό τσαμπι περίπου 17 ρόγες)									
Κεράσια/ φράουλες (1 φλιτζ.)									
Αποξηραμένα φρούτα / σταφίδες									

(30gr.)									
Κρουσερβοποιημένα φρούτα (½ φλιτζ)									
ΛΑΧΑΝΙΚΑ									
Σπανάκι (1/2 φλιτζ)									
Λάχανο (½ φλιτζ)									
Ντομάτες (1 φλιτζ.)									
Αγγούρι (1 φλιτζ.)									
Καρότο ωμό (1/2 φλιτζ. ή 1 ολόκληρη)									
Καρότα μαγειρεμένα (½ φλιτζ.)									
Μαρούλι (1 φλιτζ.)									
Πίπεριές ωμές(1/2 φλιτζ.)									
Μαυιτάρια μαγειρεμένα (1/2 φλιτζ.)									
Κουνουπίδι (1/2 φλιτζ.)									
Κατά μέσον όρο κατανάλωση τον τελευταίο 1 χρόνο									
ΤΡΟΦΙΜΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ	6+ φορές την ημέρα	4-6 φορές την ημέρα	2-3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	5-6 φορές την εβδομάδα	2-4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1-3 φορές το μήνα	Λίγες φορές το χρόνο ή ποτέ
Μπρόκολο (1/2 φλιτζ.)									
Χόρτα (1φλιτζ.)									
Φασολάκια									
Μπάμιες									
Αρακάς									
Καλαμπόκι									
ΟΣΠΙΡΙΑ									
Φασόλια, φακές ή άλλα (½ φλιτζ)									

ΚΡΕΑΤΑ									
Ψοτόπουλο (170-220gr.)									
Μπιφτέκια (150gr.)									
Μοσχάρι ψητό (170-220gr.)									
Μοσχάρι μαγειρεμένο(170-220gr.)									
Ψορινό ψητό (170-220gr.)									
Ψορινό μαγειρεμένο (170-220gr.)									
Σουβλάκια (40-50gr)									
Σαμπόν (1 φέτα ή 1 κομμάτι)									

Μπέικον (1 φέτα)									
Γαλοπούλα (1 φέτα)									
Σαλάμι (1 φέτα)									
Δοτρακοειδή (150gr.)									
Συκώτι ή άλλα εντόσθια (170-220gr)									
Άρνι (170-220gr.)									
Χατσίκι (170-220gr)									
Φάρι ψητό ή βραστό (170-220gr)									
Χαλαμάρι/ χταπόδι (150gr.)									
Άυγά (1)									
ΙΣΤΗΜΗΤΡΙΑΚΑ, ΑΡΤΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ									
Ψωμί άσπρο (1 φέτα)									
Ψωμί ολικής άλεσης (1 φέτα)									
Ψωμί σίκαλης /καλαμποκιού (1φέτα)									
Κατά μέσον όρο κατανάλωση του τελευταίο 1 χρόνο									
ΠΡΟΦΙΜΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ	6+	4-6	2-3	1	5-6	2-4	1	1-3	Λίγες Φορές το χρόνο ή ποτέ
	φορές την ημέρα	φορές την ημέρα	φορές την ημέρα	φορά την ημέρα	φορές την εβδομάδα	φορές την εβδομάδα	φορά την εβδομάδα	φορές το μήνα	
Ταξιμάδι-κουλούρα (1)									
Ιημητριακά πρωινού (½ φλιτζ)									
Ρύζι (½ φλιτζ)									
Ζυμαρικά (½ φλιτζ)									
Τατάτες, πουρέ (½ φλιτζ) ή βραστάτες/ψητές (1)									
Τατάτες τηγανητές (1 φλιτζ.)									
Τίτες «οπιτικές» (1 κομμάτι)									
Τίτες «αγοραστές» (1 κομμάτι)									
Τίτσες (1 κομμάτι)									
ΓΛΥΚΑ									
Ψέικ (1 φέτα)									
Μπισκότα (1)									
Ζαχαρωτά, χωρίς σοκολάτα (30gr)									
Σοκολάτα (1 μικρή)									
Γλυκά του κουταλιού (30gr.)									
Γούρτες / πάστες (1 κομμάτι)									

ΠΙΑΦΟΡΑ									
Τατατάκια (1 σακουλάκι)									
Ξηροί καρποί (½ φλιτζ)									

ΤΡΟΦΙΜΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ	Κατά μέσον όρο κατανάλωση τον τελευταίο 1 χρόνο								
	6+ φορές την ημέρα	4-6 φορές την ημέρα	2-3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	5-6 φορές την εβδομάδα	2-4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1-3 φορές το μήνα	Λίγες φορές το χρόνο ή ποτέ
Τηγανητό φαγητό (1 μερίδα)									
Ζάχαρη, ως υλκαυτικό (1 κ.γλιτ)									
Μέλι (1 κ.γλιτζ)									
ΡΟΦΗΜΑΤΑ									
Νερό (1 ποτήρι)									
Καφέ με καφεΐνη (1 φλιτζ)									
Καφέ χωρίς καφεΐνη (1 φλιτζ)									
Τσάι (1 φλιτζ)									
Χυμός φρούτων (1 ποτήρι)									
Αναψυκτικά (1 ποτήρι)									
Αναψυκτικά light (1 ποτήρι)									
Μπόρα (1 ποτήρι)									
Κρασί (1 ποτήρι)									
Αλκοολούχα ποτά (τύπου Martin Ursus, κλπ) (1 μερίδα)									

Αλκοολούχα ποτά (τύπου βότκα, Ουίσκι, τζιν, κλπ) (1 μερίδα)									
Άλλα τρόφιμα που δεν αναφέρθηκαν παραπάνω									

7 είδους λίπους συνήθως χρησιμοποιείτε στο μαγείρεμα και ψήσιμο;

βούτυρο

μαργαρίνη, φυτικό λίπος

ελαιόλαδο

άλλο φυτικό λίπος

7 είδους λίπους συνήθως χρησιμοποιείτε στη σαλάτα:

ελαιόλαδο

σπορέλαιο

dressing με μαγιονέζα

την τρώω σκέτη

Ευχαριστούμε που απαντήσατε στις ερωτήσεις!

Γενικό ερωτηματολόγιο

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

2. ΦΥΛΟ

ΑΡΡΕΝ

ΘΗΛΥ

3. ΗΛΙΚΙΑ

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΓΓΑΜΟΣ

ΑΓΑΜΟΣ

4.1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

5. ΑΙΤΙΑ Χ.Ν.Α. (Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας).....

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

ΥΠΕΡΤΑΣΗ

ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ

ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

ΧΡΟΝΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

ΆΛΛΟ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ).....

.....

6. ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΞΕΚΙΝΗΣΑΤΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.....

7. ΑΛΛΑΞΑΤΕ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ Χ.Ν.Α.;

ΝΑΙ ΟΧΙ

7.1. ΜΕΤΑΚΟΜΙΣΑΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΠΙΟ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

9. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΑΣ;

ΒΑΣΙΚΗ

ΜΕΣΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ

Σας ευχαριστούμε που απαντήσατε στις παραπάνω ερωτήσεις!

