

Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας

Παρασκευή Θεοφίλου,¹ Ελένη Παναγιωτάκη²

Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure

Abstract at the end of the article

¹Κοινωνική Λειτουργός – Ψυχολόγος
(MSc), Απόφοιτη Εθνικής Σχολής Δημόσιας
Διοίκησης, Διδάκτωρ Ψυχολογίας της
Υγείας, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο
Πανεπιστήμιο, Αθήνα

²Νοσηλεύτρια Παθολογίας – Νεφρολογίας,
Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων «Α. Φλέμιγκ»,
Αθήνα

Υποβλήθηκε: 7.2.2010
Επανυποβλήθηκε: 9.6.2010
Εγκρίθηκε: 6.7.2010

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Παρασκευή Θεοφίλου
Ερατούς 12, 145 68 Κρουονέρι
Τηλ.: 6977 441 502
e-mail: theofi@otenet.gr

Εισαγωγή: Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί μια χρόνια νόσο που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών και ειδικότερα στην κοινωνική, την οικονομική και την ψυχολογική τους ευημερία. Συνεπακόλουθα, γι' αυτούς τους ασθενείς παρατηρείται ένα αυξημένο ενδιαφέρον σε θέματα ΠΖ στο πλαίσιο της θεραπευτικής τους αγωγής. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των διαφορών αναφορικά με την ΠΖ, την ψυχική υγεία και τις πεποιθήσεις για την υγεία μεταξύ ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) και ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ). Ειδικότερα, μελετήθηκαν οι διαφορές μεταξύ ασθενών που πρόσφατα άρχισαν να υπόκεινται σε θεραπεία και ασθενών με πολλά χρόνια θεραπείας. **Υλικό-Μέθοδος:** Συμμετείχαν 144 ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών από το Μάρτιο του 2005 έως το Φεβρουάριο του 2006. Από τον παραπάνω πληθυσμό, επιλέχθηκαν 135 άτομα που αποτελούνταν από 77 ασθενείς (57,0%), οι οποίοι υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο και 58 ασθενείς (43,0%) που υποβάλλονταν σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ/ΠΚ). Το σύνολο του δείγματος κατηγοριοποιήθηκε σε δύο ομάδες: (α) ασθενείς που πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία τους (<4 χρόνια) και (β) ασθενείς με πολλά χρόνια θεραπείας (>4 χρόνια). Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν περιελάμβαναν: WHOQOL-BREF, GHQ-28, CES-D, STAI και MHLC, το οποίο αξιολογεί την εστίαση ελέγχου για την υγεία. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$. **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς σε ΑΚ με >4 χρόνια θεραπείας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά από τις άλλες ομάδες ασθενών παρουσιάζοντας χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα στις ενότητες του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF που εξετάζουν τη *σωματική υγεία* ($11,95 \pm 3,76$, $p=0,03$), τις *κοινωνικές σχέσεις* ($11,77 \pm 4,05$, $p=0,00$) και το *περιβάλλον* ($12,65 \pm 2,82$, $p=0,00$), καθώς και στη συνολική ψυχική υγεία ($1,95 \pm 0,50$, $p=0,04$). Οι διαφορές στην ομάδα των ασθενών σε ΠΚ, μεταξύ εκείνων με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας, δεν ήταν μεγάλες και στατιστικά σημαντικές. Αναφορικά με τις πεποιθήσεις για

την υγεία, οι ασθενείς που υπόκειντο σε ΑΚ, οι οποίοι πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου ($27,82 \pm 6,20$, $p=0,04$), ενώ οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΠΚ με πολλά χρόνια θεραπείας παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στη διάσταση της τύχης ($28,40 \pm 7,90$, $p=0,01$). **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς σε ΑΚ, ιδίως εκείνοι που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πολλά χρόνια, εμφάνισαν περιορισμένη ΠΖ σε σύγκριση με τους ασθενείς σε ΠΚ.

Λέξεις ευρετηρίου: Αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση, ποιότητα ζωής

Εισαγωγή

Οι ασθενείς με νεφρολογικά νοσήματα αποτελούν μια ειδική κατηγορία χρονίως πασχόντων ασθενών, οι οποίοι, εκτός από τα προβλήματα που αφορούν σε αυτή καθαυτή τη νόσο τους, βρίσκονται αντιμέτωποι με τη νέα κατάσταση που δημιουργεί η ένταξή τους στο πρόγραμμα της αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό ή της περιτοναϊκής κάθαρσης και η υλικοτεχνική εξάρτησή τους.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων διερεύνησης και παρεμβάσεων από την πλευρά των ειδικών σε θέματα ποιότητας ζωής (ΠΖ) των ασθενών. Στην κατεύθυνση αυτή έχει συμβάλει η προοδευτική επικράτηση της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και της αντίληψης ότι ο ασθενής πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της ιατρικής πράξης (patient-centered medicine).¹ Ως εκ τούτου, σε αρκετές μελέτες εξετάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων που αφορούν στη θεραπευτική αγωγή και των επιπτώσεων στην ΠΖ των ασθενών με χρόνια νοσήματα, όπως των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ).²⁻⁴

Όσον αφορά στην ψυχική υγεία, σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση.^{3,5-8} Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ότι σχετίζεται με την ιατρική διαδικασία της αιμοκάθαρσης, εφόσον οι ασθενείς χρειάζεται να είναι συνεχώς συνδεδεμένοι με το μηχάνημα τεχνητού νεφρού, συνθήκη, η οποία συμβάλει στην ύπαρξη σοβαρών περιορισμών στην αυτόνομη διαβίωση.^{3,5} Επίσης, το ποσοστό των αυτοκτονιών στους ασθενείς που υπόκειντο σε αιμοκάθαρση είναι υψηλότερο, στο οποίο θα μπορούσε να συυπολογιστεί το ποσοστό των θανάτων που προέρχονται από διαιτολογικές παραβιάσεις.⁹ Αντίθετα, οι ασθενείς που υπόκειντο σε περιτοναϊκή κάθαρση φαίνεται να βιώνουν καλύτερη ΠΖ και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.^{10,11}

Σκοπός

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η σύγκριση μεταξύ ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και σε περιτοναϊκή κάθαρση αναφορικά με την αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής, καθώς και ορισμένες ψυχολογικές διαστάσεις που ενδέχεται να επηρεάζουν και να επηρεάζονται από την κατάσταση υγείας του ασθενούς, όπως οι πεποιθήσεις για την εστίαση ελέγχου της υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος. Ειδικότερα, μελετώνται (α) η σωματική και η ψυχολογική ευεξία, η κοινωνική δραστηριότητα και η διάσταση του περιβάλλοντος, (β) οι παράγοντες ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, καθώς και (γ) η εστίαση ελέγχου για την υγεία στις συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Μελετήθηκαν επιπρόσθετα οι διαφορές μεταξύ ασθενών που πρόσφατα άρχισαν να υποβάλλονται σε θεραπεία και ασθενών με πολλά χρόνια θεραπείας. Η κύρια *ερευνητική υπόθεση* της μελέτης ήταν ότι τα αυξημένα έτη θεραπείας σε ασθενείς με ΧΝΑ ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία.

Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα αποτέλεσαν 144 ασθενείς από τρία Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών. Συγκεκριμένα, περιελάμβανε 84 νεφροπαθείς (58,3%) σε μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης και 60 ασθενείς (41,7%) που υποβάλλονταν σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ). Η συννοσηρότητα με άλλες οργανικές παθήσεις ήταν περιορισμένη και ο βαθμός ανταπόκρισης υψηλός, φθάνοντας το 99%.

Από τον παραπάνω πληθυσμό, επιλέχθηκαν 135 ασθενείς, οι οποίοι παρείχαν ολοκληρωμένα δεδομένα αναφορικά με τις μεταβλητές της μελέτης, ενώ οι υπόλοιποι 9 ασθενείς δεν συμπεριελήφθησαν τελικά στο δείγμα εμφανίζοντας ελλιπή δεδομένα, στοιχείο που θα μπορούσε να εξηγηθεί λόγω της προχωρημένης ηλικίας των ερωτηθέντων (μέση ηλικία 67,16 έτη). Το δείγμα των

135 ατόμων που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη μελέτη αποτελείτο από (α) 77 ασθενείς (57,0%) που υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο (ΑΚ) και (β) 58 ασθενείς (43,0%) που υποβάλλονταν σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ/ΠΚ) (ο όρος ΠΚ θα χρησιμοποιείται στο υπόλοιπο του κειμένου). Λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς συμμετείχαν σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης για μικρότερο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες, έχοντας υπόψη τα χρόνια της θεραπείας, στην οποία υποβάλλονταν: (α) ασθενείς σε ΑΚ που πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία τους (<4 χρόνια), (β) ασθενείς σε ΑΚ με πολλά χρόνια θεραπείας (>4), (γ) ασθενείς σε ΠΚ που πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία (<4 χρόνια) και (δ) ασθενείς σε ΠΚ με πολλά χρόνια θεραπείας (>4). Επιλέχθηκε ο συγκεκριμένος διαχωρισμός στα έτη θεραπείας (<4, >4) για το λόγο ότι θεωρήθηκε πως μια περίοδος 3–4 ετών απαιτείται για την προσαρμογή του ασθενούς στη διάγνωση και τη θεραπεία της χρόνιας νόσου.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από το Μάρτιο 2005 έως και το Φεβρουάριο 2006. Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων ήταν τα εξής:

- Ηλικία >18 ετών
- Ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα
- Διάγνωση ΧΝΑ τελικού σταδίου
- Παρακολούθηση προγράμματος αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης τουλάχιστον για 1 έτος
- Ικανοποιητικό επίπεδο συνεργασίας και αντιληπτικής ικανότητας.

Στους ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη δόθηκε το έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης. Η διεξαγωγή της μελέτης είχε την έγκριση των επιστημονικών συμβουλίων και των επιτροπών δεοντολογίας των νοσοκομειακών μονάδων που συμμετείχαν. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες έδειξαν θετική στάση και απάντησαν με προθυμία στις ερωτήσεις.

Οι μετρήσεις διεξήχθησαν με τα ακόλουθα εργαλεία:

- World Health Organization Quality of Life. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), αποτελείται από 26 ερωτήσεις και αφορά στη μέτρηση της αυτοαναφερόμενης ΠΖ.¹² Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε μια δομή τεσσάρων διαστάσεων: (α) *σωματική υγεία*, (β) *ψυχολογική υγεία*, (γ) *κοινωνικές σχέσεις* και (δ) *περιβάλλον*. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες προσφέρουν μια *συνολική εκτίμηση της ΠΖ και της κατάστασης της υγείας*. Η ελληνική εκδοχή αποτελείται από τις 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες

προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται στα εξής θέματα: (1) *διατροφή*, (2) *ικανοποίηση από την εργασία*, (3) *οικογενειακή-οικιακή ζωή* και (4) *κοινωνική ζωή*.¹³ Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ΠΖ. Ο έλεγχος των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων περιέλαβε την εννοιολογική εγκυρότητα της δομής, τη διακριτική εγκυρότητα-αξιοπιστία επανελέγχου, την κλινική ευαισθησία κ.ά. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.¹³

- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, οι ερωτήσεις του οποίου μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις υποκλίμακες: (α) *σωματικά συμπτώματα*, (β) *άγχος/αϋπνία*, (γ) *κοινωνική δυσλειτουργία* και (δ) *σοβαρή κατάθλιψη*.^{14,15} Κάθε ερώτηση απαντάται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη χειρότερης ψυχικής υγείας. Υπάρχουν όμως και σημεία-ουδοί ή σημεία διαχωρισμού (cut-off points) για την εκτίμηση της ύπαρξης ή όχι ψυχικής διαταραχής. Τα σημεία-ουδοί για το GHQ-28 είναι 4/5, δηλαδή για συνολική βαθμολογία ≤ 4 εκτιμάται ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα ενώ για συνολική βαθμολογία ≥ 5 εκτιμάται ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα. Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ειδικότερα, αναφορικά με την εγκυρότητα, οι συντελεστές συνάφειας με την PSE είναι 0,77 για το GHQ-28, 0,77 για το GHQ-30 και 0,78 για το GHQ-60. Η ευαισθησία, η εξειδίκευση και η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας στα παραπάνω σημεία-ουδούς είναι οι ακόλουθες:¹⁴
 - Ευαισθησία: GHQ-28=89%, GHQ-30=80%, GHQ-60=87%
 - Εξειδίκευση: GHQ-28=81%, GHQ-30=91%, GHQ-60=85%
 - Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας: GHQ-28=0,93, GHQ-30=0,94, GHQ-60=0,96.
- Πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου Υγείας (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC). Η κλίμακα δημιουργήθηκε με σκοπό να αξιολογήσει την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το ίδιο το άτομο (εσωτερική εστίαση ελέγχου) ή από εξωτερικούς παράγοντες. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 18 προτάσεων, οι οποίες

απαντώνται σε μια κλίμακα έξι διαβαθμίσεων.^{16,17} Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε τέσσερις υποκλίμακες: (α) *εσωτερική εστίαση* (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι μπορεί το ίδιο να έχει τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του), (β) *τύχη* (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η βελτίωση ή η επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του είναι θέμα τύχης), (γ) *ιατρικό προσωπικό* (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι οι θεράποντες ιατροί είναι αυτοί που έχουν τον έλεγχο σε ό,τι αφορά στην υγεία του) και (δ) *σημαντικοί άλλοι* (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του έχουν τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του). Η υψηλότερη βαθμολογία σε μια υποκλίμακα του ερωτηματολογίου υποδηλώνει την τάση του ατόμου να επιλέγει σε μεγαλύτερο βαθμό το περιεχόμενο των πεποιθήσεων που αναφέρεται στη συγκεκριμένη υποκλίμακα. Οι συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές και η ανάλυση παραγόντων υποδεικνύουν ότι οι υποκλίμακες έχουν επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής.

- Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger. Η κλίμακα διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (state) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait). Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν στο πώς αισθάνεται κάποιος τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση), ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πώς το άτομο αισθάνεται γενικά (χαρακτηριολογικό άγχος).^{18,19} Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου αυτοαναφερόμενου άγχους. Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 73 τελειόφοιτων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η μέση τιμή για το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ήταν 35,54 για τους άνδρες και 37,47 για τις γυναίκες. Η μέση τιμή για το άγχος ως κατάσταση ήταν 35,11 για τους άνδρες και 37,34 για τις γυναίκες.¹⁸ Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Επιπρόσθετα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων θεωρούνται ικανοποιητικές.¹⁸
- Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις, το οποίο μετρά το επίπεδο της αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης.^{20,21} Για τον ελληνικό πληθυσμό, μια τιμή >9,03 είναι εν-

δεικτική της ύπαρξης κατάθλιψης.²² Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Επιπρόσθετα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας εμφανίζεται υψηλή (τιμές εύρους 0,84–0,90).²¹

Όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, εξαιρουμένου του MHLIC, έχουν σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό επιδεικνύοντας ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.13 για ηλεκτρονικό υπολογιστή. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov προκειμένου να ελεγχθεί εάν οι ποσοτικές μεταβλητές του δείγματος ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Κατόπιν, οι αναλύσεις που εφαρμόστηκαν είχαν ως σκοπό τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ ασθενών που είχαν αρχίσει πρόσφατα τη θεραπεία και εκείνων των ασθενών με πολλά χρόνια θεραπείας και στις δύο ομάδες. Συνεπώς, εφαρμόστηκε η one-way ANOVA ανάλυση, έτσι ώστε να μελετηθούν οι διαφορές στους ασθενείς που εμπίπτουν στις τέσσερις κατηγορίες βάσει του είδους της θεραπείας και της διάρκειας αυτής. Η διερεύνηση των διαφορών περιελάμβανε τις ενότητες της ποιότητας ζωής, την ψυχική υγεία, καθώς και τις πεποιθήσεις για την υγεία σε σχέση με την εστίαση ελέγχου υγείας. Στη συνέχεια εκτελέστηκαν T-tests για ανεξάρτητα δείγματα, προκειμένου να ελεγχθούν οι διαφορές ανάμεσα σε ασθενείς με περισσότερα και σε ασθενείς με λιγότερα χρόνια θεραπείας στην κάθε ομάδα ασθενών ξεχωριστά. Επίσης, εφαρμόστηκε η ANCOVA ανάλυση, ελέγχοντας τη διάρκεια της θεραπείας στους ασθενείς σε ΑΚ και ΠΚ. Προκειμένου να μελετηθεί η επίδραση κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση στην ποιότητα ζωής, την ψυχική υγεία και τις πεποιθήσεις για την υγεία των ασθενών εφαρμόστηκε ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα

Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών των ομάδων παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η ομάδα των ασθενών που υπόκειντο σε ΑΚ με >4 χρόνια θεραπείας περιέλαβε άτομα με μεγαλύτερη μέση διάρκεια θεραπείας σε χρόνια (12,65±6,64) σε σύγκριση με την ομάδα των ασθενών σε ΠΚ (5,82±1,13).

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά στους ΑΚ και ΠΚ ασθενείς με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας (n=135).

	ΑΚ <4 έτη θεραπείας (n=39)	ΑΚ >4 έτη θεραπείας (n=38)	ΠΚ <4 έτη θεραπείας (n=41)	ΠΚ >4 έτη θεραπείας (n=17)
<i>Ηλικία (έτη)</i>				
21–40	10 (25,6%)	5 (13,1%)	3 (7,3%)	0 (0%)
41–60	14 (35,8%)	9 (23,6%)	13 (31,7%)	6 (35,2%)
>60	15 (38,4%)	24 (63,1%)	25 (60,9%)	11 (64,7%)
Σύνολο	39 (100,0%)	38 (100,0%)	41 (100,0%)	17 (100,0%)
Μέση τιμή±τυπική απόκλιση	52,95±16,66	60,53±13,59	62,71±13,37	67,06±9,21
<i>Φύλο</i>				
Άνδρας	29 (74,3%)	22 (57,8%)	22 (53,6%)	7 (41,1%)
Γυναίκα	10 (25,6%)	16 (42,1%)	19 (46,3%)	10 (58,8%)
Σύνολο	39 (100,0%)	38 (100,0%)	41 (100,0%)	17 (100,0%)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>				
Άγαμος(η)	11 (28,2%)	8 (21,0%)	5 (12,1%)	1 (5,8%)
Έγγαμος(η)	26 (66,6%)	26 (68,4%)	34 (82,9%)	13 (76,4%)
Δ/Χ/Σ	2 (5,1%)	4 (10,5%)	2 (4,8%)	3 (17,6%)
Σύνολο	39 (100,0%)	38 (100,0%)	41 (100,0%)	17 (100,0%)
<i>Εκπαίδευση</i>				
Πρωτοβάθμια	17 (43,5%)	21 (55,2%)	12 (29,2%)	8 (47,0%)
Δευτεροβάθμια	17 (43,5%)	8 (21,0%)	20 (48,7%)	9 (52,9%)
Τριτοβάθμια	5 (12,8%)	9 (23,6%)	9 (21,9%)	0 (0%)
Σύνολο	39 (100,0%)	38 (100,0%)	41 (100,0%)	17 (100,0%)
<i>Διάρκεια θεραπείας (έτη)</i>				
Μέση τιμή±τυπική απόκλιση	2,10±1,16	12,65±6,64	2,17±1,13	5,82±1,13

ΑΚ: Αιμοκάθαρση, ΠΚ: Περιτοναϊκή κάθαρση, Δ/Χ/Σ: Διαζευγμένος/χήρος/συγκάτοικος

Οι ποσοτικές μεταβλητές του δείγματος ακολούθησαν την κανονική κατανομή. Σχετικά με τις διαφορές που υπήρχαν στις τέσσερις ομάδες των ασθενών σε ΑΚ και ΠΚ, οι οποίοι πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία και εκείνων που υποβάλλονταν σε θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα (λιγότερα/περισσότερα χρόνια θεραπείας), διενεργήθηκε η one-way ANOVA ανάλυση. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης δοκιμής κατέδειξαν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ με >4 χρόνια θεραπείας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά από τις άλλες ομάδες ασθενών, παρουσιάζοντας χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα στις ενότητες του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF: *σωματική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον* (πίν. 2).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου GHQ-28, η ομάδα των ασθενών σε ΑΚ με <4 χρόνια θεραπείας παρουσίασε το υψηλότερο επίπεδο *άγχους* και *αϋπνίας*, ενώ εκείνοι με >4 χρόνια θεραπείας εμφάνισαν τον υψηλότερο μέσο όρο

στη συνολική βαθμολογία του GHQ-28, καταδεικνύοντας με αυτόν τον τρόπο «πτωχή» ψυχική υγεία (πίν. 2).

Στη συνέχεια, μια σειρά από δοκιμές που αφορούσαν σε ανεξάρτητα δείγματα διενεργήθηκαν μεταξύ της ομάδας ασθενών που πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία τους και των ασθενών με πολλά χρόνια θεραπείας, καθώς και στην κάθε ομάδα ασθενών ξεχωριστά. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στις ομάδες ασθενών που υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Ειδικότερα, οι ασθενείς σε ΑΚ με πολλά χρόνια θεραπείας είχαν χαμηλότερα ποσοστά στις ενότητες που σχετίζονταν με τη *σωματική, την ψυχολογική και την κοινωνική υγεία*. Από την άλλη πλευρά, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών που υποβάλλονταν σε ΠΚ. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι διαφορές στη διάρκεια θεραπείας μεταξύ των ομάδων ασθενών σε ΠΚ δεν ήταν τόσο μεγάλες όσο στις ομάδες των ασθενών σε ΑΚ (περίπου 3,5 έτη και 10 έτη,

Πίνακας 2. WHOQOL-BREF, GHQ-28 και MHLC στους ΑΚ και ΠΚ ασθενείς με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας.

Ενότητες WHOQOL-BREF	ΑΚ <4 έτη θεραπείας	ΑΚ >4 έτη θεραπείας	ΠΚ <4 έτη θεραπείας	ΠΚ >4 έτη θεραπείας	Τιμή p
	(n=39) M±SD	(n=38) M±SD	(n=41) M±SD	(n=17) M±SD	
Σωματική υγεία	13,86±3,16	11,95±3,76	13,92±2,87	13,07±2,80	0,03
Ψυχολογική υγεία	14,34±3,02	12,29±3,96	13,23±3,01	13,64±3,35	>0,05
Κοινωνικές σχέσεις	13,88±2,86	11,77±4,05	14,13±2,33	13,56±2,54	<0,00
Περιβάλλον	13,05±2,64	12,65±2,82	14,69±1,76	14,05±1,82	<0,00
Συνολική ΠΖ/υγεία	3,10±0,97	2,88±1,18	3,16±0,79	3,11±0,91	>0,05
<i>Υποκλίμακες GHQ-28</i>					
Σωματικά συμπτώματα	1,76±0,52	1,94±0,54	1,66±0,52	1,78±0,54	>0,05
Άγχος/αϋπνία	1,95±0,68	1,87±0,62	1,49±0,54	1,49±0,72	<0,00
Κοινωνική δυσλειτουργία	2,22±0,51	2,35±0,43	2,17±0,31	2,20±0,47	>0,05
Σοβαρή κατάθλιψη	1,46±0,64	1,64±0,80	1,28±0,53	1,32±0,63	>0,05
Σύνολο	1,85±0,45	1,95±0,50	1,65±0,42	1,80±0,48	0,04
<i>Παράγοντες MHLC</i>					
Εσωτερική εστίαση	27,82±6,20	25,67±7,33	25,10±8,03	21,46±8,41	0,04
Τύχη	25,15±8,33	23,59±7,63	20,94±8,87	28,40±7,90	0,01
Γιατροί	162,3±2,42	15,43±2,84	17,25±1,35	16,26±2,08	<0,00
Σημαντικοί άλλοι	12,38±4,21	11,64±4,43	12,51±4,31	11,06±5,76	>0,05

ΑΚ: Αιμοκάθαρση, ΠΚ: Περιτοναϊκή κάθαρση, ΠΖ: Ποιότητα ζωής
M±SD: Μέση±σταθερή απόκλιση

αντίστοιχα), όπως προαναφέρθηκε και παρουσιάζεται στον πίνακα 1.

Αναφορικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, η ομάδα των ασθενών που υπόκειντο σε ΑΚ και οι οποίοι πρόσφατα είχαν αρχίσει θεραπεία παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τους ασθενείς των άλλων κατηγοριών, έχοντας τις υψηλότερες μέσες τιμές στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου (πίν. 2). Όσον αφορά στην ομάδα των ασθενών που υπόκειντο σε ΠΚ, εκείνοι με >4 χρόνια θεραπείας εμφάνισαν το υψηλότερο ποσοστό στη διάσταση της τύχης. Σχετικά με τη διάσταση των γιατρών, στατιστικά σημαντικές διαφορές σημειώθηκαν μεταξύ των τεσσάρων ομάδων. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς σε ΑΚ με >4 χρόνια θεραπείας είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο ενώ οι ασθενείς σε ΠΚ που πρόσφατα συμμετείχαν σε πρόγραμμα περιτοναϊκής κάθαρσης εμφάνισαν τον υψηλότερο μέσο όρο στη συγκεκριμένη διάσταση.

Η ANCOVA ανάλυση εφαρμόστηκε, έτσι ώστε να ελεγχθεί η επίδραση της διάρκειας θεραπείας σε όλο το δείγμα. Η επίδραση παρατηρήθηκε στην ενότητα του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF που αφορά στο περιβάλλον, στις υποκλίμακες του GHQ-28 σχετικά με το άγχος/αϋπνία

και τη σοβαρή κατάθλιψη, καθώς και στις διαστάσεις της εσωτερικής εστίασης ελέγχου και των γιατρών αναφορικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία.

Η έως τώρα ανάλυση κατέδειξε ότι η μεταβλητή της διάρκειας θεραπείας διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Αναφορικά με την επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών στην ΠΖ των ασθενών, η εφαρμογή των μοντέλων παλινδρόμησης έδειξε ότι η μεγαλύτερη ηλικία είχε συνάφεια με την ΠΖ, και πιο συγκεκριμένα, επηρέαζε αρνητικά τους τομείς της σωματικής και της ψυχολογικής υγείας στο ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF. Επιπλέον, το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσίασε θετική συνάφεια με τον τομέα του περιβάλλοντος, ενώ το φύλο συνδέθηκε αρνητικά με τους τομείς της ψυχολογικής υγείας και του περιβάλλοντος.

Όσον αφορά στην ψυχική υγεία των ασθενών, όπως αυτή μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο GHQ-28, το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίστηκε να έχει αρνητική συσχέτιση με το άγχος/αϋπνία ενώ η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση επηρέασαν θετικά την κοινωνική δυσλειτουργία και τη σοβαρή κατάθλιψη, αντίστοιχα.

Αναφορικά με την επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων στις πεποιθήσεις για την υγεία, η αντίληψη που αφορά στην *τύχη* βρέθηκε να επηρεάζεται αρνητικά από το εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ η αντίληψη που αφορά στους *γιατρούς* επηρεάστηκε θετικά από τη μεταβλητή της ηλικίας.

Συζήτηση

Χαμηλότερη ποιότητα ζωής παρατηρείται ιδιαίτερα στην ομάδα των ασθενών σε ΑΚ, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοδιάλυση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι περισσότερες ενότητες που αφορούσαν στην ποιότητα ζωής φάνηκε να επηρεάζονται, περιλαμβανομένης και της συνολικής ψυχικής υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα ελλείμματα στην ποιότητα ζωής παρουσιάστηκαν περισσότερο στους συγκεκριμένους ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία για μεγάλη χρονική περίοδο, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αυτοί οι ασθενείς βίωναν σημαντικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής τους με την πάροδο του χρόνου, όπως επιδείνωση στη *σωματική*, την *κοινωνική* και την *περιβαλλοντική υγεία*, καθώς και στη συνολική ψυχική υγεία. Στη σχετική βιβλιογραφία έχει προταθεί ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ήταν περισσότερο περιορισμένη στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ,²³⁻²⁷ στοιχείο που μπορεί να γίνει εμφανές μόνο καθώς αυξάνει ο χρόνος θεραπείας.²⁸

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς σε ΑΚ φάνηκε να βιώνουν ένα υψηλότερο επίπεδο δυσμενών συμπτωμάτων, όπως *άγχος* και *αϋπνία* κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων θεραπείας, γεγονός που μπορεί να αντικατοπτρίζει το συναισθηματικό βάρος του ασθενούς στο να πρέπει να παραμείνει σε ένα ακριβές θεραπευτικό σχήμα. Εκτιμάται ότι οι μακροπρόθεσμες μελέτες που χρησιμοποιούν δείγματα διαθέσιμα στην πάροδο του χρόνου, μπορούν να είναι χρήσιμες, έτσι ώστε να υπερβούν τους διατομικούς περιορισμούς παρέχοντας ισχυρές επιστημονικές ενδείξεις αναφορικά με τις διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών για μια χρονική περίοδο.²⁹ Αυτό είναι ένα ζήτημα μεγάλου ενδιαφέροντος καθώς υπάρχουν στοιχεία για αλλαγές στην ποιότητα ζωής, περιλαμβάνοντας μια πιο ευνοϊκή επίδραση της αιμοκάθαρσης στη σωματική ευεξία των ασθενών κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου.²⁹ Ωστόσο, δεν είναι γνωστό αν η εν λόγω βελτίωση διατηρείται και στα επόμενα χρόνια, καθότι δεν υπάρχουν αντίστοιχες έρευνες.

Σχετικά με την ομάδα των ασθενών που υποβάλλονταν σε ΠΚ, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία μεταξύ

των ασθενών που πρόσφατα άρχισαν την περιτοναϊκή κάθαρση και εκείνων με περισσότερα χρόνια θεραπείας. Ωστόσο, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς αυτού του δείγματος δεν είχαν μεγάλη διαφορά από την άποψη της διάρκειας θεραπείας, όπως ήταν στην περίπτωση των ασθενών σε ΑΚ. Επομένως, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι διαφορές στην ποιότητα ζωής που συνδέονται με το είδος της θεραπείας, χωρίς να ληφθεί υπόψη ο παράγοντας του χρόνου, μπορεί να περιορίσει την κατανόηση αναφορικά με τις διαφορές και τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής με την πάροδο του χρόνου.

Με βάση το παραπάνω σκεπτικό, μελετήθηκε η ποιότητα ζωής ελέγχοντας την επίδραση της διάρκειας θεραπείας (ANCOVA). Παρατηρήθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάστηκε μόνο στην ενότητα του *περιβάλλοντος*, καθώς και στη διάσταση της ψυχικής υγείας που αφορά στο *άγχος/αϋπνία*.

Σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΠΚ με πολλά χρόνια θεραπείας προτίμησαν τη διάσταση της *τύχης* στην εστίαση ελέγχου της υγείας. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι όσο αυξάνει ο χρόνος θεραπείας, αυτοί οι ασθενείς φαίνεται να αλλάζουν τις πεποιθήσεις για την υγεία τους και να στηρίζονται λιγότερο στις ανθρωπίνες και τις επαγγελματικές πτυχές σχετικά με την ιατρική τους φροντίδα. Αντίθετα, στρέφονται σε πεποιθήσεις που προέρχονται από απροσδόκητους εξωτερικούς παράγοντες, όπως η *τύχη*. Αυτό το εύρημα μπορεί να μεταφραστεί ως η επιθυμία των ασθενών να κρατήσουν τις αποστάσεις από το ιατρικό προσωπικό. Εάν αυτό συμβαίνει, πρέπει να εξεταστεί κατάλληλα από τους επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται με τη θεραπεία της περιτοναϊκής κάθαρσης των μονάδων, οι οποίες συμμετείχαν στη μελέτη.

Επιπρόσθετα, βασιζόμενοι στους μέσους όρους των ομάδων που παρουσιάζονται στην ANOVA, οι ασθενείς σε ΠΚ στο αρχικό στάδιο θεραπείας φάνηκε να στηρίζονται περισσότερο στο *ιατρικό προσωπικό σε σύγκριση με τους ασθενείς στις άλλες κατηγορίες*. Αυτό το εύρημα ενδέχεται να εκφράζει την ανάγκη τους να στηριχθούν σε μεγαλύτερο βαθμό στη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας, έτσι ώστε να λάβουν την απαιτούμενη εκπαίδευση όσον αφορά στη διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς σε ΑΚ φάνηκε να υποστηρίζουν ένα περισσότερο σταθερό σχέδιο πεποιθήσεων υγείας με την πάροδο του χρόνου, καθώς τόσο αυτοί που άρχισαν πρόσφατα τη θεραπεία όσο και εκείνοι με περισσότερα χρόνια θεραπείας εμφανίζονταν

να τηρούν μια παρόμοια στάθμιση στις διαστάσεις της εστίασης ελέγχου υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ευρήματα στον τομέα των πεποιθήσεων υγείας είναι πολύ περιορισμένα. Τα αποτελέσματα μελέτης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, δεν έδειξαν διαφορές στην εστίαση ελέγχου υγείας μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.³⁰ Η συγκεκριμένη ψυχολογική διάσταση έχει εξεταστεί επαρκώς στους ασθενείς που υπόκειντο σε ΑΚ σε σχέση με την προσκόλληση.³¹ Είναι αναγκαίο, ωστόσο, να ληφθεί υπόψη ότι μεθοδολογικά ζητήματα μπορούν να εξηγήσουν τα διαφορετικά ευρήματα, ένα από τα οποία είναι οι πιθανές πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των δειγμάτων των ασθενών. Εκτιμάται ότι η διερεύνηση των διαπολιτισμικών διαφορών σχετικά με τις πεποιθήσεις υγείας και τις συμπεριφορές στους ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου μπορεί να δώσει απαντήσεις σε μερικά από αυτά τα ερωτήματα.

Επίσης, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, η ΠΖ των ασθενών φαίνεται να σχετίζεται με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες. Συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση μπορούν να επηρεάσουν είτε ευνοϊκά είτε δυσμενώς την ΠΖ και την ψυχική υγεία των ασθενών.

Ειδικότερα, οι γυναίκες ασθενείς έδειξαν να αξιολογούν πιο αρνητικά την ψυχολογική τους υγεία, καθώς και το περιβάλλον τους. Η πάροδος της ηλικίας φαίνεται ότι επιδρά αρνητικά στο πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τη σωματική και την ψυχολογική τους υγεία. Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση φάνηκε να έχει επίδραση στο πώς αξιολογούν οι ασθενείς το περιβάλλον τους και τις διάφορες πλευρές που το συνθέτουν, υποδηλώνοντας ότι τα λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης προδιαθέτουν τους ασθενείς στο να διατυπώνουν μια περισσότερο αρνητική αντίληψη σχετικά με το περιβάλλον, στο οποίο διαβιών. Όσον αφορά στην παράμετρο της οικογενειακής κατάστασης, φάνηκε ότι επιδρά στην ψυχική υγεία αυτών των ασθενών και πιο συγκεκριμένα στην εμφάνιση *σοβαρής κατάθλιψης*, υποδηλώνοντας ότι η συνθήκη του ασθενούς που είναι χήρος ή διαζευγμένος προδιαθέτει σε μια πολύ πιο αρνητική αξιολόγηση της ψυχολογικής του υγείας.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αναφορικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, οι ασθενείς με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης εστίασαν λιγότερο στη διάσταση της *τύχης*, ως παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς εστίασαν περισσότερο στη διάσταση των *γιατρών*.

Συμπεράσματα

Αυτή η μελέτη έδειξε ότι διαφορετικές δυσκολίες στην ποιότητα ζωής, προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και διαφορετικές πεποιθήσεις υγείας μπορούν να χαρακτηρίζουν τους ασθενείς σε ΑΚ και ΠΚ. Τα ευρήματά της θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών παροχής ιατρικής φροντίδας, καθώς και στη διαχείριση του ασθενούς. Ειδικότερα, ο ρόλος των πεποιθήσεων υγείας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια των αποτελεσμάτων της νόσου και της θεραπείας και θα μπορούσε, επομένως, να αναγνωριστεί ως μια νέα περιοχή για ψυχολογική παρέμβαση στα άτομα με ΧΝΑ τελικού σταδίου.^{32,33}

Αναφορικά με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, σημειώνεται ότι οι ασθενείς της μελέτης αποτέλεσαν κλινικό δείγμα, το οποίο ήταν διαθέσιμο, δηλαδή πρόκειται για ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία σε μονάδες με πολυετή λειτουργία στο πλαίσιο δημόσιων γενικών νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, δεν είναι δυνατόν να υπάρξει γενίκευση σε όλον τον πληθυσμό των νεφροπαθών παρά μόνο σε αντίστοιχους πληθυσμούς. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη μπορούν να διερευνηθούν περαιτέρω σε δείγματα από άλλα νοσηλευτικά πλαίσια, ιδιωτικά ή και σε μονάδες της περιφέρειας, παρέχοντας τη δυνατότητα ελέγχου των υπό μελέτη μεταβλητών, σύγκρισης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε να μπορούν να προκύψουν γενικότερα συμπεράσματα.

Οι περιορισμοί της μελέτης περιλαμβάνουν την έλλειψη διερεύνησης της επίδρασης κλινικών παραγόντων, όπως είναι η επάρκεια της θεραπείας, το επίπεδο αιμοσφαιρίνης ή άλλες κλινικές παράμετροι αναφορικά με τις αντιλήψεις του ασθενούς για την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία. Ωστόσο, η μελέτη εστιάζει στις διαφορές αναφορικά με την ποιότητα ζωής, καθώς και στα δυσμενή συμπτώματα στις δύο ομάδες ασθενών, οι οποίοι πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία τους αλλά και εκείνοι που είναι σε θεραπεία πολλά χρόνια.

Ευχαριστίες

Οι συγγραφείς θα ήθελαν να ευχαριστήσουν τους ασθενείς για τη συνεργασία τους και το ενδιαφέρον τους για τη μελέτη. Θα ήθελαν επίσης να αναγνωρίσουν την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και του διοικητικού προσωπικού των μονάδων αιμοκάθαρσης και περιτοναικής κάθαρσης που συμμετείχαν στη μελέτη.

ABSTRACT

Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure: Differences between the Early and Later Years of Current Treatment

Paraskevi Theofilou,¹ Helen Panagiotaki²

¹Social Worker – Psychologist (MSc), Graduate of the National School of Public Administration, PhD in Health Psychology, Department of Psychology, University of Panteion, Athens, ²Pathology – Nephrology Nursing, “A. Fleming” General Hospital, Melissa, Athens, Greece

Background: Renal disease is a chronic disease that can have serious effects on the quality of life (QoL) of patients and particularly on their social, economic and psychological well-being. Consequently, increased interest is observed in QoL issues in the context of the treatment of patients with renal disease. **Aim:** The study aimed to explore differences regarding QoL, mental health and illness beliefs between patients undergoing in-centre haemodialysis (HD) and patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD/PD). Differences were also examined between patients who had recently commenced treatment and those on long term treatment. **Method:** Patients with end-stage renal disease (ESRD) were recruited from three treatment units, 144 in total, of whom 135 provided complete data on the variables studied (March 2005 - February 2006). These patients consisted of 77 patients receiving HD and 58 patients on CAPD/PD, who had been treated by dialysis for varied lengths of time. They were sub-grouped into those who had recently commenced treatment (<4 years) and those on long term treatment (>4 years). The patient-reported assessment instruments included: WHOQOL-BREF, GHQ-28, CES-D, STAI, and the MHLC, which is a health locus of control inventory. The statistical significance level adopted was $p < 0.05$. **Results:** Differences in mean scores were mainly observed in patients undergoing HD with >4 years of treatment, who provided lower mean scores in the QoL domains of physical health (11.95 ± 3.76 , $p = 0.03$), social relationships (11.77 ± 4.05 , $p = 0.00$) and environment (12.65 ± 2.82 , $p = 0.00$), as well as in overall mental health (1.95 ± 0.50 , $p = 0.04$). The differences between the sub-groups on the CAPD/PD treatment modality in the early and the later years of treatment were not found to be large and were non significant. With regards to illness beliefs, the patients undergoing HD who had recently commenced treatment provided higher mean scores in the dimension of internal health locus of control (27.82 ± 6.20 , $p = 0.04$), while patients undergoing CAPD/PD in the later stage of treatment indicated higher mean scores in the dimension of chance (28.40 ± 7.90 , $p = 0.01$). **Conclusions:** The findings provide evidence that the QoL of patients with ESRD on the HD treatment modality, particularly those with many years of treatment, was compromised to a greater degree than that of patients on the CAPD/PD treatment modality. **NOSILEFTIKI 2010, 49 (3): 295-304.**

Key-words: haemodialysis, peritoneal dialysis, quality of life

✉ **Corresponding Author:** Paraskevi Theofilou, 12 Eratous street, GR-145 68 Kryoneri, Greece, tel.: +30 6977 441 502
e-mail: theofi@otenet.gr

Βιβλιογραφία

- Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA* 1996, 275:152–156
- Gokal R. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney Int Suppl* 1993, 40:S23–S27
- Kimmel P, Peterson AA, Weihs KI. Aspects of quality of life in haemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1995, 6:1418–1425
- Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res* 2004, 13:883–896
- Μοσχοπούλου Ε, Σαββιδάκη Ε. Ψυχοκοινωνική εικόνα ασθενών σε χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Προσέγγιση – Παρέμβαση. *Dialysis Living* 2003, 7:1–5
- Θεοφίλου Π. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Dialysis Living* 2008, 21:42–50
- Θεοφίλου Π, Συνοδινού Κ, Τζιλιέρη-Κοκκώση Μ. Ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας. Αθήνα, 2006, Περίληψη 40
- Karamanidou C, Theofilou P, Ginieri-Coccosis M, Synodinou C, Papadimitriou G. Anxiety, depression and health beliefs in end-stage renal disease (ESRD) patients. 17th European Congress of Psychiatry. Lisbon, 2009, Abstract R38
- Οικονομίδου Γ, Ζλατάνος Δ, Βαϊόπουλος Χ, Χατζηδημητρίου Χ. Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Dialysis Living* 2005, 14:22–32
- Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol* 2008, 9:14

11. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P. Quality of life and health locus of control in renal disease: Comparison of haemodialysis versus peritoneal dialysis patients. Conference on Patient Reported Outcomes in Clinical Practice. Budapest, 2007, Abstract R1232
12. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004, 13:299–310
13. Τζιλιέρη-Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Αντωνοπούλου Β, Τομαράς Β, Χριστοδούλου ΓΝ. *Εγχειρίδιο ποιότητας ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2003:43–47
14. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D et al. Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84:371–378
15. Goldberg DP. *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor, 1978
16. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978, 6:160–170
17. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. The development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol* 1976, 44:580–585
18. Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 1984, 21:71–76
19. Spielberger CD, Gorsuch RI, Lushene RE. *The State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1970
20. Hann D, Winter K, Jacobsen P. Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *J Psychosom Res* 1999, 46:437–443
21. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol Measurement* 1977, 1:385–401
22. Fountoulakis K, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Kaprinis SG, Sitzoglou K. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry* 2001, 1:3
23. Gayle F, Soyibo AK, Gilbert DT, Manzanares J, Barton EN. Quality of life in end stage renal disease: A multicentre comparative study. *West Indian Med J* 2009, 58:235–242
24. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): A cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *Am J Kidney Dis* 2005, 45:658–666
25. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Does ethnicity influence perceived quality of life of patients on dialysis and following renal transplant? *Nephrol Dial Transplant* 2001, 16:1395–1401
26. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *Am J Kidney Dis* 2003, 42:713–721
27. Morsch CM, Gonçalves LF, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients – relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs* 2006, 15:498–504
28. Simmons RG, Abress LK. Quality-of-life issues for end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 1990, 15:201–208
29. Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM et al. Changes in quality of life during haemodialysis and peritoneal dialysis treatment: Generic and disease specific measures. *J Am Soc Nephrol* 2004, 15:743–753
30. Wolcott DL, Nissenson AR. Quality of life in chronic dialysis patients: A critical comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 1988, 11:402–412
31. Christensen A, Turner CW, Smith TW, Holman JM Jr, Gregory MC. Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *J Consult Clin Psychol* 1991, 59:419–424
32. Ελληνικού ΜΙ, Ζήση Α. Ποιότητα ζωής και χρόνιες νόσοι. Προγνωστικές μεταβλητές για την ψυχική και κοινωνική προσαρμογή των πασχόντων με χρόνια ασθένεια. *Ιατρική* 2002, 82:124–131
33. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Díaz-Corte C, Navascués RA, Naves M. Health-related quality of life (HRQL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years. *Geriatr Nephrol Urol* 1998, 8:85–94