

Παράγοντες Επίδρασης στην Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου

Παρασκευή Θεοφίλου,¹ Ελένη Παναγιωτάκη²

Quality of Life and Renal Disease

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
«Αμαλία Φλέμινγκ», Μελίσσια

Υποβλήθηκε: 6.4.2009
Επανυποβλήθηκε: 12.12.2009
Εγκρίθηκε: 12.1.2010

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 με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών και ειδικότερα στην κοινωνική, την οικονομική και την ψυχολογική τους ευημερία. **Σκοπός:** Διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ μιας σειράς παραγόντων και της ΠΖ σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ). Ειδικότερα, εξετάστηκε κατά πόσο δημογραφικοί παράγοντες, αντιλήψεις για την υγεία και ψυχοπαθολογικές διαστάσεις σχετίζονταν με ορισμένες διαστάσεις της ΠΖ. **Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα αποτελείτο από 144 ασθενείς (βαθμός ανταπόκρισης 99%), οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε 3 Γενικά Νοσοκομεία της Αθήνας, με τεχνητό νεφρό (ΤΝ) ή σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ). Στο πλαίσιο της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες ειδικές κλίμακες: (α) WHOQOL-BREF, (β) ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28), (γ) πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου Υγείας (MHLC), (δ) ερωτηματολόγιο Άγχους (STAI 2) και (ε) ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης (CES-D). Η συλλογή των δεδομένων έγινε από το Μάρτιο του 2005 έως το Φεβρουάριο του 2006. **Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία συσχετιζόταν αρνητικά με την αντίληψη των ασθενών για τη σωματική τους υγεία ($p=0,00$) και τις κοινωνικές σχέσεις ($p=0,01$). Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την αντίληψη και την αξιολόγηση που διατύπωναν οι ασθενείς για το περιβάλλον τους ($p=0,01$). Το υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης συσχετιζόταν αρνητικά με την αντίληψη που είχαν οι ασθενείς για τη σωματική ($p=0,02$) και την ψυχολογική υγεία ($p=0,00$), τις κοινωνικές σχέσεις ($p=0,00$) και το περιβάλλον ($p=0,04$). Τέλος, οι αντιλήψεις ως προς την εσωτερική εστίαση της υγείας βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά με τη συνολική εκτίμηση της ΠΖ ($p=0,00$). **Συμπεράσματα:** Συγκεκριμένες μεταβλητές όπως είναι η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών.

Λέξεις ευρετηρίου: Άγχος, εστίαση ελέγχου υγείας, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Εισαγωγή

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) αποτελεί μια χρόνια νόσο με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών και ειδικότερα στην κοινωνική, οικονομική και ψυχολογική τους ευημερία.^{1,2} Το μοντέλο για τη φροντίδα υγείας είναι ασθενοκεντρικό (patient-centered). Σήμερα, παρατηρείται αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις επιπτώσεις των μεθόδων υποστήριξης της νεφρικής λειτουργίας στην ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ.^{3,4}

Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν τη συσχέτιση της ΠΖ και της ψυχικής υγείας των ασθενών με ΧΝΑ. Φαίνεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σε συνδυασμό με μειωμένα θετικά συναισθήματα.⁵⁻⁸ Αντίθετα, οι άνδρες ασθενείς εμφανίζονται να έχουν περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες και να δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.⁸⁻¹⁰

Επιπλέον, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς με ΧΝΑ δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής ευεξίας και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης,¹¹⁻¹⁸ ενώ άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν χειρότερη ψυχοσωματική υγεία αλλά και χαμηλότερη κοινωνική ευημερία.^{19,20} Αντίθετα, το υψηλότερο οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο συνδέονται με υψηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ.^{10,21} Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, η έγγαμη οικογενειακή ζωή φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερη σωματική υγεία και ευεξία.¹²

Μελέτες σχετικές με την ψυχική υγεία υποστηρίζουν ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης συγκριτικά με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση.^{4,16} Σε αυτό φαίνεται ότι συμβάλλει η ίδια η θεραπευτική διαδικασία της αιμοκάθαρσης, καθώς οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να βρίσκονται στο νοσοκομείο για 4 ώρες στην αυτόνομη διαβίωση.^{4,16} Επιπλέον, το ποσοστό των αυτοκτονιών στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι υψηλότερο, περιλαμβανομένου και του ποσοστού των θανάτων που προέρχονται από διαιτολογικές παραβιάσεις.⁷

Ωστόσο, τα ευρήματα στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την εσωτερική/εξωτερική εστίαση ελέγχου για την υγεία είναι περιορισμένα.²²

Τέλος, παρά το γεγονός ότι έχουν δημοσιευτεί αρκετές μελέτες σχετικά με την ΠΖ των πασχόντων του τελικού σταδίου ΧΝΑ, πάντοτε είναι αναγκαίο να διεξάγονται μελέτες, προκειμένου να διερευνάται ο ρόλος των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών καθώς και άλλων παραμέτρων

σε συνάρτηση με ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο, καθώς τα ευρήματα μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με την κοινωνική και την πολιτισμική ομάδα.

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των συσχετίσεων της ΠΖ με:

- Δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες
- Αντιλήψεις για την υγεία
- Αυτοαναφερόμενες ψυχοπαθολογικές διαστάσεις και συναφείς εκδηλώσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία ασθενών με ΧΝΑ.

Ειδικότερα, διερευνήθηκε μέσω της ιεραρχικής ανάλυσης παλινδρόμησης, κατά πόσο δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση), αντιλήψεις για την υγεία (εσωτερική εστίαση ελέγχου) και ψυχοπαθολογικές διαστάσεις (άγχος, κατάθλιψη) σχετίζονται με ορισμένες πλευρές της ΠΖ, όπως είναι η σωματική υγεία, η ψυχολογική υγεία, οι κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον και η συνολική ΠΖ.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 13.

Βασικές υποθέσεις της μελέτης ήταν (α) η μεγαλύτερη ηλικία του ασθενούς με ΧΝΑ, τα λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης και η απουσία της οικογένειας μπορεί να επηρεάζαν αρνητικά την υποκειμενική αξιολόγησή του όσον αφορά στην ΠΖ του και τους βασικούς τομείς της, (β) η παρουσία συμπτωματολογίας κατάθλιψης και άγχους μπορεί να επηρεάζει αρνητικά την αντίληψη του ασθενούς σχετικά με την ΠΖ του.

Υλικό-Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 144 χρόνιοι νεφροπαθείς, τριών Γενικών Νοσοκομείων της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών. Η επιλογή των νοσοκομείων έγινε με βασικό κριτήριο τη λειτουργία μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης σε αυτά. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 84 αιμοκαθαιρόμενοι (ΑΚ) ασθενείς (58,3%) σε μονάδες τεχνητού νεφρού (MTN) και 60 ασθενείς (41,7%) που υποβάλλονταν σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ). Ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν υψηλός (99%). Η συλλογή των δεδομένων έγινε από το Μάρτιο του 2005 έως και το Φεβρουάριο του 2006. Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων ήταν τα ακόλουθα:

- Ηλικία >18 ετών
- Διάγνωση ΧΝΑ τελικού σταδίου

- Παρακολούθηση προγράμματος αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης τουλάχιστον για 1 έτος
- Ικανοποιητικό επίπεδο συνεργασίας και ικανότητας αντίληψης.

Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ελληνικής καταγωγής και συμπλήρωσαν πληροφορημένη συναίνεση για τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Είχαν ενημερωθεί για τα δικαιώματά τους να αρνηθούν ή να διακόψουν τη συμμετοχή τους, οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν. Η διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε μετά από την έγκρισή της από το Επιστημονικό Συμβούλιο ή και την Επιτροπή Δεοντολογίας των παραπάνω υγειονομικών μονάδων.

Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία:

- World Health Organization Quality of Life. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και αποτελεί τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100, αφορά στη μέτρηση της αυτοαναφερόμενης ΠΖ και αποτελείται από 26 ερωτήσεις.²³ Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε τέσσερις διαστάσεις: (α) σωματική υγεία, (β) ψυχολογική υγεία, (γ) κοινωνικές σχέσεις και (δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες εκτιμούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ (ΣΥΠΖ). Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 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: (α) στη διατροφή, (β) στην ικανοποίηση από την εργασία, (γ) στην οικιακή ζωή και (δ) στην κοινωνική ζωή.²⁴ Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ΠΖ. Ο έλεγχος των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων συμπεριέλαβε εννοιολογική εγκυρότητα της δομής, διακριτική εγκυρότητα, αξιοπιστία επανελέγχου, κλινική ευαισθησία κ.ά. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.²⁴
- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο συναποτελούν τέσσερις υποκλίμακες: (α) σωματικά συμπτώματα, (β) άγχος/αϋπνία, (γ) κοινωνική δυσλειτουργία και (δ) σοβαρή κατάθλιψη.^{25,26} Κάθε ερώτηση απαντάται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη διαταραχής της ψυχικής υγείας. Αρχικά, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και συμπληρώθηκε τόσο στην αγγλική όσο και στην ελληνική εκδοχή, από 50 δίγλωσσους. Η προσαρμογή βασίστηκε σε 100 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν διαδοχικά σε

εξωτερικά ιατρεία παθολογικής κλινικής. Η σύγκριση έγινε με την εκτίμηση των ίδιων ατόμων με την PSE (Present State Examination), η οποία έχει ήδη σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό.²⁵ Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει 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:²⁵

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 εστίαση ελέγχου του πάσχοντος ατόμου σχετικά με θέματα που αφορούν στην κατάσταση της υγείας του. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 18 προτάσεων. Οι ερωτώμενοι δίνουν, σε μια κλίμακα έξι διαβαθμίσεων, το βαθμό, στον οποίο η κάθε πρόταση τους αντιπροσωπεύει.^{27,28} Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τέσσερις υποκλίμακες: (α) Εσωτερική εστίαση (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο της υγείας του), (β) τύχη (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο θεωρεί ότι η βελτίωση ή η επιδείνωση της υγείας του είναι θέμα τύχης), (γ) ιατρικό προσωπικό (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι οι θεράποντες ιατροί ελέγχουν την υγεία του) και (δ) σημαντικοί άλλοι (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο νιώθει ότι τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του ελέγχουν την κατάσταση της υγείας του). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη μεγαλύτερης προτίμησης για το χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης υποκλίμακας. 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 νιώθει 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 (χαρακτηριστικό άγχος).^{29,30} Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου άγχους. Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 73 τελειοφοίτων 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.²⁹ Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Επιπρόσθετα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων θεωρούνται ικανοποιητικές.²⁹

- Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις, το οποίο μετρά το επίπεδο της κατάθλιψης.^{31,32} Για τον ελληνικό πληθυσμό, μια τιμή >9,03 είναι ενδεικτική της κατάθλιψης του ατόμου.³³ 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).³²

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

Αποτελέσματα

Το σύνολο των συμμετεχόντων αποτελείτο από όλους σχεδόν τους ασθενείς των υγειονομικών μονάδων που επιλέχθηκαν. Συγκεκριμένα από 86 άνδρες (59,7%) και 58 γυναίκες (40,3%), με μέση ηλικία τα 60,6 έτη ± 14,9. Τα πλήρη περιγραφικά στοιχεία των ασθενών απεικονίζονται στον πίνακα 1.

Προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών επί των τεσσάρων επιμέρους παραγόντων ΠΖ, πραγματοποιήθηκε ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης. Τα κυριότερα ευρήματα παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Η εφαρμογή των μοντέλων παλινδρόμησης υπέδειξε ότι η μεγαλύτερη ηλικία είχε συνάφεια με την ΠΖ, και πιο συγκεκριμένα, επηρέαζε αρνητικά τους τομείς της *σωματικής υγείας* και των *κοινωνικών σχέσεων* στο WHOQOL-BREF. Επιπλέον, το υψηλό

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (n=144).

	Άνδρες n=86 (59,7%)	Γυναίκες n=58 (40,3%)
<i>Ηλικία (έτη)</i>		
Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	59,90 (1,82)	61,84 (1,53)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
Άγαμος(η)	18 (20,9%)	7 (12,1%)
Έγγαμος(η)	65 (75,6%)	42 (72,4%)
Δ/Χ/Σ*	3 (3,5%)	9 (15,5%)
Σύνολο	86 (100,0%)	58 (100,0%)
<i>Εκπαίδευση</i>		
Στοιχειώδης	29 (33,7%)	33 (56,9%)
Δευτεροβάθμια	35 (40,7%)	21 (36,2%)
Τριτοβάθμια	22 (25,6%)	4 (6,9%)
Σύνολο	86 (100,0%)	58 (100,0%)

*Διαζευγμένος/Χήρος/Συγκάτοικος

εκπαιδευτικό επίπεδο είχε θετική συνάφεια με τον τομέα του *περιβάλλοντος*, ενώ η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση με τους τομείς της *ψυχολογικής υγείας* και των *κοινωνικών σχέσεων*.

Αναφορικά με τις συσχετίσεις μεταξύ της ΠΖ και των αντιλήψεων για την υγεία, καθώς και των ψυχοπαθολογικών διαστάσεων, η αντίληψη που αφορά στην εσωτερική εστίαση ελέγχου της υγείας βρέθηκε να επιδρά θετικά στη *συνολική ΠΖ* του WHOQOL-BREF, ενώ η κατάθλιψη βρέθηκε να επηρεάζει αρνητικά τη *συνολική ΠΖ*, καθώς και τους τομείς της *σωματικής* και της *ψυχολογικής υγείας*, *περιβάλλοντος* και *κοινωνικών σχέσεων*. Επίσης, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του άγχους και των τομέων ΠΖ στο WHOQOL-BREF, οι οποίοι αφορούσαν στην *ψυχολογική υγεία* και το *περιβάλλον*. Τέλος, η συνολική εκτίμηση των ασθενών όσον αφορά στην ψυχική υγεία στο GHQ-28 βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τον τομέα της *σωματικής υγείας* του WHOQOL-BREF (πίν. 2).

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, η ΠΖ των ασθενών φάνηκε να σχετίζεται με τους ανωτέρω παράγοντες. Συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να επηρεάσουν είτε ευνοϊκά είτε δυσμενώς την ΠΖ των ασθενών.

Ειδικότερα, διερευνώντας την επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, η ηλικία φάνηκε ότι επιδρούσε αρνητικά στο πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τη *σωματική* τους *υγεία* και τις *κοινωνικές σχέσεις*,

Πίνακας 2. Ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, αντιλήψεων για την υγεία και ψυχοπαθολογικών διαστάσεων επί των ενοτήτων της ΠΖ.

Εξαρτημένες μεταβλητές	Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	t	R	R ²	F	p
<i>Σωματική υγεία</i>				0,79	0,62	15,64	
	Φύλο	-0,05	-0,11				NS
	Ηλικία	-0,08	-4,05				0,00*
	Εκπαίδευση	0,40	1,15				NS
	Οικογενειακή κατάσταση	0,14	0,25				NS
	GHQ-28 (συνολική βαθμολογία)	-2,26	-2,33				0,02*
	MHLC (εσωτερική εστίαση ελέγχου)	-0,02	-0,74				NS
	CES-D (κατάθλιψη)	-0,09	-2,45				0,02*
	STAI 2 (άγχος)	-0,03	-0,81				NS
<i>Ψυχολογική υγεία</i>				0,86	0,75	28,53	
	Φύλο	-0,72	-1,78				NS
	Ηλικία	-0,02	-1,16				NS
	Εκπαίδευση	0,49	1,75				NS
	Οικογενειακή κατάσταση	0,99	2,20				0,03
	GHQ-28 (συνολική βαθμολογία)	-1,48	-1,93				NS
	MHLC (εσωτερική εστίαση ελέγχου)	0,03	1,36				NS
	CES-D (κατάθλιψη)	-0,12	-4,17				0,00*
	STAI 2 (άγχος)	-0,07	-2,28				0,03*
<i>Κοινωνικές σχέσεις</i>				0,60	0,36	5,51	
	Φύλο	0,15	0,27				NS
	Ηλικία	-0,06	-2,82				0,01*
	Εκπαίδευση	0,70	1,79				NS
	Οικογενειακή κατάσταση	1,49	2,37				0,02*
	GHQ-28 (συνολική βαθμολογία)	1,56	1,46				NS
	MHLC (εσωτερική εστίαση ελέγχου)	0,01	0,26				NS
	CES-D (κατάθλιψη)	-0,13	-3,16				0,00*
	STAI 2 (άγχος)	-0,06	-1,39				NS
<i>Περιβάλλον</i>				0,60	0,36	5,51	
	Φύλο	-0,53	-1,46				NS
	Ηλικία	-0,00	-0,10				NS
	Εκπαίδευση	0,66	2,68				0,01*
	Οικογενειακή κατάσταση	-0,36	-0,90				NS
	GHQ-28 (συνολική βαθμολογία)	1,38	1,98				NS
	MHLC (εσωτερική εστίαση ελέγχου)	0,02	0,85				NS
	CES-D (κατάθλιψη)	-0,05	-2,05				0,04*
	STAI 2 (άγχος)	-0,08	-2,84				0,01*
<i>Σφαιρική ΠΖ/υγεία</i>				0,68	0,46	8,41	
	Φύλο	0,11	0,66				NS
	Ηλικία	3,64E-005	0,00				NS
	Εκπαίδευση	0,22	1,91				NS
	Οικογενειακή κατάσταση	0,17	0,93				NS
	GHQ-28 (συνολική βαθμολογία)	-0,26	-0,82				NS
	MHLC (εσωτερική εστίαση ελέγχου)	0,04	3,70				0,00*
	CES-D (κατάθλιψη)	-0,03	-2,12				0,04*
	STAI 2 (άγχος)	-0,01	-0,94				NS

* $p < 0,05$, $n = 144$, ΠΖ: Ποιότητα ζωής, NS: Μη σημαντικό,

GHQ-28: Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, MHLC: Πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου Υγείας

CES-D: Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης, STAI 2: Ερωτηματολόγιο Άγχους

αναδεικνύοντας την αρνητική επίδραση της μεγαλύτερης ηλικίας σε σημαντικούς τομείς της ΠΖ. Τα αποτελέσματα αυτά αφορούσαν σε ασθενείς με σοβαρή επιβάρυνση εξαιτίας της νόσου και της χρονιότητας.

Επίσης, η εκπαίδευση φάνηκε ότι είχε επίδραση στο πώς αξιολογούσαν οι ασθενείς το *περιβάλλον* τους και τις διάφορες πλευρές που το συνθέτουν, υποδηλώνοντας ότι τα περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης προδιέθεταν τους ασθενείς να διατυπώνουν μια περισσότερο θετική αντίληψη και αξιολόγηση σχετικά με το *περιβάλλον*, στο οποίο ζούσαν. Η εκπαίδευση μπορεί να αποτελεί πλεονέκτημα για το άτομο, προσφέροντας τη δυνατότητα να διαχειρίζεται αποτελεσματικότερα τις καταστάσεις της εξωτερικής πραγματικότητας, οδηγώντας συνεπακόλουθα σε μια περισσότερο θετική αξιολόγησή της. Όσον αφορά στην παράμετρο της οικογενειακής κατάστασης, φάνηκε ότι επιδρούσε θετικά στην ψυχολογική και την κοινωνική διάσταση της ΠΖ των συγκεκριμένων ασθενών, υποδηλώνοντας ότι η συνθήκη του να ζει ο ασθενής σε πλαίσιο οικογένειας ή να συμβιώνει με ένα σύντροφο προδιέθετε σε μια περισσότερο θετική αξιολόγηση της υποκειμενικής *ψυχολογικής ευεξίας* και *κοινωνικής ευημερίας*.¹²

Τα αποτελέσματα αυτά προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες αναφορικά με το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ του ασθενούς και τη συσχέτιση με την ΠΖ του. Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι ο ασθενής που είναι μεγαλύτερος σε ηλικία, λιγότερο μορφωμένος και ζει χωρίς σύντροφο σχετίζεται με χαμηλότερη ΠΖ. Τα ευρήματα συμφωνούν με τα στοιχεία της διεθνούς βιβλιογραφίας που δείχνουν ότι οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες μπορούν έως ένα βαθμό να συμβάλλουν στην εξήγηση της συνολικής ΠΖ.^{34,35}

Εκτός από τις δημογραφικές μεταβλητές, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η ψυχική υγεία και, συγκεκριμένα, η κατάθλιψη επηρεάζει την ΠΖ. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη βρέθηκε να επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ΠΖ, ήτοι τη *σωματική υγεία*, την *ψυχολογική υγεία*, την *κοινωνική ευημερία*, καθώς και την αξιολόγηση του *περιβάλλοντος*, στο οποίο ζει ο ασθενής. Επίσης, η παρουσία άγχους φάνηκε να επηρεάζει αρνητικά την αξιολόγηση που έκαναν οι ασθενείς ως προς την *ψυχολογική* τους *υγεία*, καθώς και ως προς το *περιβάλλον* τους.

Συμπεράσματα

Συνολικά, τα ευρήματα παρέχουν στοιχεία που μπορούν να φανούν χρήσιμα στους επαγγελματίες υγείας, ιατρούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές καθώς και στους διοικητές υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίοι προσφέρουν υποστηρικτική θεραπεία σε πάσχοντες του τελικού σταδίου ΧΝΑ. Ως εκ τούτου, προτείνεται η ανάπτυξη ειδικών παρεμβάσεων με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων που είναι ηλικιακά μεγαλύτεροι, λιγότερο μορφωμένοι, που ζουν μόνοι και οι οποίοι αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Επίσης, προτείνεται η ανάπτυξη ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε νεφροπαθείς, καθώς και εκπαιδευτικών προγραμμάτων προαγωγής της υγείας, τα οποία θα εστιάζουν σε συγκεκριμένες συνιστώσες της ψυχικής υγείας, όπως τα καταθλιπτικά στοιχεία αλλά και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της μελέτης όσον αφορά στην υποβάθμιση της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ, προτείνεται η δημιουργία θεραπευτικής ατζέντας με άξονες τη στήριξη και τη συμβουλευτική σε άτομα που υποβάλλονται σε διαδικασία εξωνεφρικής κάθαρσης.

Όσον αφορά στους περιορισμούς της έρευνας, σημειώνεται ότι οι ασθενείς της μελέτης αποτέλεσαν κλινικό δείγμα, το οποίο ήταν διαθέσιμο, δηλαδή πρόκειται για ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία στις εν λόγω μονάδες. Συνεπώς, δεν ήταν δυνατό να υπάρξει επαρκής έλεγχος επί των δημογραφικών ή των κλινικών μεταβλητών. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη μπορούν να επεκταθούν περαιτέρω σε μεγαλύτερα δείγματα, παρέχοντας τη δυνατότητα ελέγχου των παραπάνω μεταβλητών.

Ευχαριστίες

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

ABSTRACT

Factors influencing the Quality of Life of Individuals with End-Stage Renal Disease

Paraskevi Theofilou,¹ Helen Panagiotaki²¹*Social Worker - Psychologist (MSc), PhD in Health Psychology, Department of Psychology, University of Panteion, Athens,*²*Nurse of Pathology - Nephrology, "A. Fleming" General Hospital of Melissia, Melissia, 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, there is increased concern about QoL issues in the context of the treatment of these patients. **Aim:** To investigate in a group of patients with end-stage renal disease the effects on their QoL of gender, age, education, marital status, self-reported depression and anxiety, and their perceptions of health locus of control. **Method:** The sample consisted of 144 patients (99% response rate) undergoing in-centre haemodialysis (HD) and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) in three General Hospitals in Athens. Measurements were made using the following instruments: (a) WHOQOL-BREF, (b) General Health Questionnaire (GHQ-28), (c) Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), (d) Trait Anxiety Inventory (STAI 2) and (e) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). The samples were collected between March 2005 and February 2006. The effects of gender, age, education and marital status on the WHOQOL scale were examined through a series of regression analysis models. Further regression analyses were conducted in order to investigate the possible relationship of mental health variables with QoL. **Results:** Increase in age was found to have a negative effect on the *physical health* ($p=0.00$) and *social relationships* ($p=0.01$) domains of QoL. Higher levels of education had a positive impact on the *environmental* domain of QoL ($p=0.01$). A higher level of depression had a negative effect on the patients' self-assessment of *physical health* ($p=0.02$), *psychological health* ($p=0.00$), *social relationships* ($p=0.00$) and *environment* ($p=0.04$). Finally, perceptions of the internal locus of control were found to have a positive association with the patients' self-assessment of *overall QoL* ($p=0.00$). **Conclusions:** Specific variables, including age, education, marital status, internal health locus of control, depression and anxiety can affect either favourably or adversely the QoL of patients with end-stage renal disease. **NOSILEFTIKI 2010, 49 (2): 174-181.**

Key-words: anxiety, chronic renal failure, depression, health locus of control, quality of life

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

Βιβλιογραφία

- Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:712-724
- Griffin KW. Comparison of quality of life in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. In: Khanna R (ed) *Advances in peritoneal dialysis*. Peritoneal Dialysis Publications, Toronto, 1994:104-108
- Gokal R. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney Int Suppl* 1993, 40:S23-S27
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Cruz I et al. Aspects of quality of life in haemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1995, 6:1418-1426
- Di Marco F, Verga M, Reggente M, Casanova F, Santus P, Blasi F et al. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respir Med* 2006, 100:1767-1774
- Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004, 43:1542-1549
- Οικονομίδου Γ, Ζλατάνος Δ, Βαϊόπουλος Χ, Χατζηδημητρίου Χ. Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Dialysis Living* 2005, 14:22-32
- Vazquez I, Valderrabano F, Fort I, Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F. Differences in health-related quality of life between male and female haemodialysis patients. *Nefrologia* 2004, 24:167-178
- Gil Cunqueiro JM, García Cortés MJ, Foronda J, Borrego JF, Sánchez Perales MC, Pérez del Barrio P et al. Health-related quality of life in elderly patients in haemodialysis. *Nefrologia* 2003, 23:528-537
- Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Diaz-Corte C, Navascues RA, Naves M et al. Health-related quality of life (HRQOL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years. *Geriatr Nephrol Urol* 1998, 8:85-94
- Apostolou T, Gokal R. Quality of life after peritoneal dialysis. In: Gokal R, Khanna RTH, Krediet R, Nolph KD (eds) *Textbook of peritoneal dialysis*. Kluwer Academic Publishers, the Netherlands, 2000:709-735
- Chiang CK, Peng YS, Chiang SS, Yang CS, He YH, Hung KY et al.

- Health-related quality of life of hemodialysis patients in Taiwan: A multicenter study. *Blood Purif* 2004, 22:490–498
13. Dimkovic N, Oreopoulos DG. Chronic peritoneal dialysis in the elderly. *Semin Dialysis* 2002, 15:94–97
14. Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E, Manika A, Markopoulou M, Kaprinis G et al. Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Aging Clin Exp Res* 2002, 14:354–360
15. Kutner NG, Jassal SV. Quality of life and rehabilitation of elderly dialysis patients. *Semin Dial* 2002, 15:107–112
16. Μοσχοπούλου Ε, Σαββιδάκη Ε. Ψυχοκοινωνική εικόνα ασθενών σε χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Προσέγγιση – Παρέμβαση. *Dialysis Living* 2003, 7:1–5
17. Tyrrell J, Paturel L, Cadec B, Capezzali E, Poussin G. Older patients undergoing dialysis treatment: Cognitive functioning, depressive mood and health-related quality of life. *Aging Ment Health* 2005, 9:374–379
18. Vasilieva IA. Quality of life in chronic hemodialysis patients in Russia. *Hemodial Int* 2006, 10:274–278
19. 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
20. Sesso R, Rodrigues-Netto JF, Ferraz MB. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. *Am J Kidney Dis* 2003, 41:186–195
21. Vázquez I, Valderrábano F, Jofré R, Fort J, López-Gómez JM, Moreno F et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol* 2003, 16:886–894
22. Ginieri-Coccossis 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
23. 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
24. Τζινιέρη-Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Αντωνοπούλου Β, Τομαράς Β, Χριστιδούλου ΓΝ. *Εγχειρίδιο ποιότητα ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2003
25. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala O et al. Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84:371–378
26. Goldberg DP. *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson, 1978
27. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978, 6:160–170
28. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol* 1976, 44:580–585
29. Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 1984, 21:71–76
30. Spielberger CD. *The state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press, California, 1970
31. 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
32. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Meas* 1977, 1:385–401
33. Fountoulakis K, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Kaprinis S, Sitzoglou K et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale. *BMC Psychiatry* 2001, 1:3
34. Arnold R, Ranchor AV, Sanderma 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
35. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000, 53:895–907