

Επίπτωση της Κατάθλιψης σε Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς

Χριστίνα - Μπρικένα Κάτση¹, Λορένα Γκράμο¹, Δημήτριος - Έργκεστ Μπομπάι², Ρενάτο Τριφόνη³, Ιωάννα Χριστοπούλου⁴

Incidence of Depression in Hemodialysis Patients

Abstract at the end of the article

¹ Απόφοιτος Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ Αθήνας

² Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc(c), ΜΕΘ/ΧΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα

³ Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Χειρουργικό Τμήμα, ΝΕΟ ΑΘΗΝΑΙΟΝ MD Hospital, Αθήνα

⁴ Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας

Τμήμα Νοσηλευτική Α', ΤΕΙ Αθήνας

Υποβλήθηκε: 24/7/2012

Επανυποβλήθηκε: 11/12/2012

Εγκρίθηκε: 23/1/2013

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Ρενάτο Τριφόνη

Χάλκης 49B, 14233 Νέα Ιωνία

Τηλ.: 6947 092 673

e-mail: renato_trifoni@yahoo.gr

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη αναφέρεται ως η δεύτερη πιο συχνή χρόνια πάθηση και οικονομικά επιζήμια, που θα επηρεάσει στις επόμενες δεκαετίες τον πληθυσμό που δεν έχει σωματική ή ψυχική πάθηση. Στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια τελικού σταδίου έχει βρεθεί ότι το 20-30% πάσχει από κατάθλιψη. **Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίπτωσης της κατάθλιψης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, καθώς και η συσχέτισή της με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη με 78 ασθενείς από κέντρα αιμοκάθαρσης δημόσιων νοσοκομείων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω προσωπικής συνέντευξης και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Major Depression Inventory, ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε μέσω μη παραμετρικών δοκιμασιών. **Αποτελέσματα:** Το 62,8% ήταν άνδρες, η μέση ηλικία ήταν 59±15,7 έτη και τα μέση έτη προϋπηρεσίας ήταν 25,3±15,5 έτη. Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ήταν 20±9,8, το 53,8% δεν εμφάνιζε κατάθλιψη, το 19,1% εμφάνιζε ήπιας μορφής, το 6,5% μέτριας μορφής και το 20,6% βαριάς μορφής. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου, ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, επαγγέλματος, ωραρίου, ετών εργασίας, εισοδήματος, χρόνιας αιμοκάθαρσης και περιβάλλοντος νοσοκομείου. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στα άτομα που έπασχαν ή όχι και από άλλη πάθηση ($p=0,027$). Οι ασθενείς οι οποίοι δεν πραγματοποιούσαν συνεδρίες στο ίδιο νοσοκομείο είχαν μέτρια κατάθλιψη, ενώ όσοι πήγαιναν στο ίδιο νοσοκομείο δεν εμφάνιζαν κατάθλιψη ($p=0,003$). Αυτοί που έκαναν <3 συνεδρίες εμφάνιζαν ήπιας μορφής κατάθλιψη, ενώ αυτοί που έκαναν >3 δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη ($p=0,043$). Οι ασθενείς με ανώτατη ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη ($p=0,042$) και όσοι ανέφεραν πολύ καλή σχέση με το προσωπικό δεν εμφάνιζαν κατάθλιψη, ενώ όσοι ανέφεραν καλή ή μέτρια εμφάνιζαν ήπια μορφή ($p=0,016$). **Συμπεράσματα:** Η κατάθλιψη αποτελεί μείζων πρόβλημα για τους νεφροπαθείς διότι οδηγεί σε αυξημένες επανεισαγωγές, αυξάνει την θνητότητα και την οικειοθελή απόσυρση από την αιμοκάθαρση.

Λέξεις Ευρετηρίου: κατάθλιψη, αιμοκάθαρση, νεφρική ανεπάρκεια, επίπτωση

Εισαγωγή

Μία από τις πιο δύσκολες ομάδες ασθενών με τις οποίες καλείται ο νοσηλευτής να εργαστεί, ειδικότερα στο πλαίσιο της διεπιστημονικής συνεργασίας, είναι οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, λόγω της πολυπλοκότητας και της πολυδιάστατης φύσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Εκτός από τις διάφορες βιολογικές διαταραχές, κυρίως μεταβολικού τύπου, που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική κατάσταση, τα θεραπευτικά προγράμματα όπως η εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση) επιβαρύνουν την είδη επηρεασμένη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική του οντότητα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει την κατάθλιψη ως τη δεύτερη πιο συχνή χρόνια πάθηση και οικονομικά επιζήμια, η οποία θα επηρεάσει στις επόμενες δεκαετίες τον πληθυσμό που δεν έχει κάποια διαγνωσμένη σωματική ή ψυχική πάθηση.¹ Σε ασθενείς με σωματική ή ψυχιατρική ασθένεια, η κατάθλιψη εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση, ενώ είναι δυσκολότερο να θεραπευτεί σε σχέση με τους ασθενείς που πάσχουν μόνο από κατάθλιψη.²⁻⁵ Στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ) τελικού σταδίου η κατάθλιψη αποτελεί συχνό φαινόμενο,^{3,5,6} που είναι αποτέλεσμα όλων των επιπτώσεων που έχει η πάθηση στη ζωή του ασθενή περιλαμβάνοντας την απώλεια των νεφρών, της σεξουαλικής δραστηριότητας, του οικογενειακού ρόλου και της σωματικής κινητικότητας.^{3,5}

Έχει βρεθεί ότι περίπου το 20-30% των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου, που υπόκειται σε αιμοκάθαρση πάσχει από κατάθλιψη.^{3,7-9} Η διακύμανση αυτή οφείλεται στο ότι η κάθε μελέτη χρησιμοποιεί διαφορετικά όργανα μέτρησης της κατάθλιψης ή ακόμα και όταν χρησιμοποιείται το ίδιο όργανο εξαρτάται πάντα πού θα τεθεί το όριο για την διάγνωση της κατάθλιψης. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα και σε μελέτη των Martin et al.,¹⁰ όπου χρησιμοποιήθηκε το HADS (Hospital Anxiety Depression Rating Scale) και ανάλογα αν είχε τεθεί ως όριο για διάγνωση κατάθλιψης βαθμολογία ≥ 8 τότε το 34,4% εμφάνιζε την πάθηση, ενώ αν το όριο ήταν ≥ 11 τότε μόλις το 6,3% εμφάνιζε την πάθηση.

Η κατάθλιψη σε ασθενείς με ΧΝΑ, που υπόκεινται σε αιμοκάθαρση έχει συσχετιστεί θετικά με αυξημένη θνητότητα,^{3,5,11-15} είναι παράγοντας που επηρεάζει τη σεξουαλική δυσλειτουργία σε άρρενες ασθενείς,¹⁶ είναι αιτία για μείωση των κινήτρων για αυτοσυντήρηση, ευθύνεται για τις αυξημένες επανεισαγωγές σε νοσηλευτικά ιδρύματα¹² και είναι παράγοντας ο οποίος αυξάνει τις πιθανότητες για οικιοθελή απόσυρση από την αιμοκάθαρση ή την πε-

ριτοναϊκή διύληση.¹⁷ Επίσης είναι αποδεδειγμένο ότι η κατάθλιψη αποτελεί αιτία για αυτοκτονικές τάσεις¹⁸ και οι αιμοκαθαιρόμενοι που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν 84% μεγαλύτερη πιθανότητα να διαπράξουν αυτοχειρία από ότι ο γενικός πληθυσμός.¹⁹

Σκοπός

Ο σκοπός της μελέτης ήταν η μέτρηση του επίπεδου κατάθλιψης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, η διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της κατάθλιψης και των ετών που οι ασθενείς υπόκεινται σε αιμοκάθαρση, καθώς και η σύγκρισή της με τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία των ασθενών.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε από 01/06/2010 έως 31/08/2010 σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (MTN) δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Αττικής, μετά από έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του κάθε ιδρύματος. Ο αριθμός των ασθενών που δέχτηκαν να υποβληθούν σε συνέντευξη ήταν 78 σε σύνολο 90 ατόμων που αρχικά επιλέχτηκαν.

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη και η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposive sampling). Η ερευνητική ομάδα πραγματοποίησε προσωπική συνέντευξη σε κάθε ασθενή μεμονωμένα με ειδικό ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του επίπεδου κατάθλιψης σε εξωτερικούς ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη ήταν το Major Depression Inventory (MDI), το οποίο έχει ευρεία χρήση για την αξιολόγηση του επίπεδου κατάθλιψης σε εξωτερικούς και νοσηλευόμενους ασθενείς. Το πλεονέκτημα στην χρήση αυτού του οργάνου έγκειται στο ότι η εσωτερική του δομή βασίζεται στο σύστημα διάγνωσης ψυχικών ασθενειών DSM-IV αλλά και ICD-10. Περιλαμβάνει όλα τα συμπτώματα αυτών των δύο συστημάτων διάγνωσης και η κάθε ερώτηση αξιολογείται σε κλίμακα 6 σημείων δίνοντας έτσι έμφαση στην ένταση με την οποία εμφανίζονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα.²⁰ Η ευαισθησία, η ειδικότητα, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του οργάνου είναι καλή και έχει διερευνηθεί σε εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς, αλλά και σε νοσηλευόμενους.^{21,22} Το ερωτηματολόγιο λαμβάνει τιμές από 0 έως 50. Ο βαθμός της κατάθλιψης βάσει του παρόντος ερωτηματολογίου διαιρείται σε τρεις κατηγορίες:²³

- Ήπια καταθλιπτική συνδρομή: βαθμολογία μεταξύ 20-24
- Μέτρια καταθλιπτική συνδρομή: βαθμολογία μεταξύ 25-29
- Βαρεία καταθλιπτική συνδρομή: βαθμολογία ≥ 30

Η αξιοπιστία του MDI έχει αξιολογηθεί τόσο σε διεθνείς μελέτες^{21,23} όσο και σε ελληνική μελέτη²² εμφανίζοντας υψηλή εσωτερική συνοχή με Cronbach alpha ίσο με 0,89 αναδεικνύοντας έτσι ότι η κλίμακα MDI αντανακλά μια καλή δομή οργάνου στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Στην παρούσα μελέτη η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής βασίστηκε επίσης στον συντελεστή Cronbach alpha. Στο σύνολο του ερωτηματολογίου ο συντελεστής ήταν ίσος με 0,83 γεγονός που δηλώνει αρκετά καλή εσωτερική συνέπεια.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης, εκτός από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μέτρησης της κατάθλιψης, ζητήθηκαν και τα εξής δημογραφικά και ατομικού ιστορικού στοιχεία: φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, άτομα συμβίωσης, επάγγελμα, χρόνια εργασίας, ωράριο εργασίας, μορφωτικό επίπεδο, μηνιαίο εισόδημα, χρόνια από την έναρξη αιμοκάθαρσης, συνυπάρχουσες παθήσεις, μηνιαίος αριθμός αιμοκαθάρσεων και διάρκεια συνεδρίας. Επιπλέον κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό ικανοποίησης για τις εξής ερωτήσεις:

1. Πώς θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με το προσωπικό του τμήματος;
2. Πώς θα χαρακτηρίζατε το περιβάλλον του τμήματος;

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Κατά τον έλεγχο κανονικότητας μέσω Shapiro-Wilk βρέθηκε μη κανονική κατανομή ($p < 0,05$), οπότε έγινε χρήση μη παραμετρικών δοκιμασιών. Για τη σύγκριση δυο ανεξάρτητων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney U και για > 2 μεταβλητές ο έλεγχος Kruskal-Wallis, ενώ όταν το δείγμα ήταν < 5 άτομα χρησιμοποιήθηκε το Fisher's exact test.

Αποτελέσματα

Το 62,8% (N=49) ήταν άνδρες και το 37,2% (N=29) γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν 59 έτη (TA=15,7 έτη).

Ο ΜΟ της βαθμολογίας του δείγματος στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της κατάθλιψης ήταν 20 (TA=9,8). Το 53,8% δεν εμφάνιζε κατάθλιψη με βαθμολογία < 20 , το 19,1% εμφάνιζε ήπιας μορφής κατάθλιψη και η βαθμολογία τους κυμαίνονταν 20-24, το 6,5% έχει μέτριου βαθμού κατάθλιψη με βαθμολογία 25-29 και το 20,6% είχε βαθμολογία ≥ 30 και εμφάνιζε βαριά μορφή κατάθλιψης.

Πίνακας 1. Βαθμολογίες και ποσοστά του δείγματος στο MDI με αύξουσα σειρά.

Βαθμολογία MDI	N	%	Βαθμολογία MDI	N	%
2	1	1,3	22	3	3,8
6	4	5,1	23	4	5,1
7	2	2,6	24	1	1,3
8	2	2,6	25	2	2,6
9	3	3,8	27	1	1,3
10	2	2,6	28	1	1,3
11	1	1,3	29	1	1,3
12	4	5,1	30	2	2,6
13	3	3,8	32	2	2,6
14	4	5,1	33	3	3,8
15	2	2,6	34	3	3,8
16	4	5,1	35	1	1,3
17	1	1,3	38	1	1,3
18	4	5,1	40	1	1,3
19	5	6,4	41	2	2,6
20	3	3,8	45	1	1,3
21	4	5,1			

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά οι βαθμολογίες του δείγματος στο MDI, καθώς και τα ποσοστά και ο αριθμός των ατόμων στην κάθε βαθμολογία. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Όλοι οι ασθενείς του δείγματός έκαναν πάντα αιμοκάθαρση πάνω από 3 ώρες. Όσον αφορά στις δύο ερωτήσεις που διερευνούσαν το βαθμό ικανοποίησης από το περιβάλλον και το προσωπικό του τμήματος, οι ασθενείς ανέφεραν κατά κύριο λόγο θετική στάση (Πίνακας 3).

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$) στους μέσους όρους στο MDI μεταξύ: φύλου, τόπου κατοικίας, οικογενειακής κατάστασης, αριθμού παιδιών, συμβίωσης, επαγγέλματος, ωραρίου εργασίας, εισοδήματος, ετών αιμοκάθαρσης και περιβάλλοντος του νοσοκομείου. Επίσης οι συνεχείς μεταβλητές της ηλικίας και των ετών εργασίας δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται με το επίπεδο κατάθλιψης των ασθενών σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p > 0,05$).

Παρατηρώντας το μέσο όρο στο MDI για το φύλο, παρόλο που δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα, οι γυναίκες εμφάνιζαν ήπια μορφή κατάθλιψης κατά μέσο όρο (ΜΟ=22,

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ - ORIGINAL PAPER

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Δημογραφικά	%	Δημογραφικά	%
Τόπος Κατοικίας		Μηνιαίο Εισόδημα	
Πρωτεύουσα Αττικής	81	< 700 €	21
Μικρή πόλη	4	700-1000 €	26
Ύπαιθρος	5	1000-1500 €	24
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	10	1500-2000 €	10
Οικογενειακή κατάσταση		>2000 €	10
Άγαμος/η	27	Δξ/Δα	9
Έγγαμος/η	60	Άλλο	25
Διαζευγμένος/η	7	Χρόνια αιμοκάθαρσης	
Χήρος/α	6	<1 έτος	27
Αριθμός παιδιών		1-2 έτη	16
Κανένα	32	3-5 έτη	24
Ένα	10	6-10 έτη	15
Δύο	44	>10 έτη	18
Τρία	10	Έχετε άλλη πάθηση	
Πάνω από τρία	4	Ναι	67
Με ποιόν μένετε		Όχι	33
Μόνος/η	19	ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
Σύζυγο	33	Ναι	81
Σύζυγο & παιδιά	23	Όχι	19
Άλλο	25	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΚΑΝΕΤΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	
Επάγγελμα		1-3 φορές	56
Δημόσιος Υπάλληλος	6	Πάνω από 3 φορές	44
Ιδιωτικός Υπάλληλος	8	Η Σχέση σας με το προσωπικό	
Ελεύθερος Επαγγελματίας	13	Μέτρια	0
Οικιακά	9	Καλή	44
Άνεργος	6	Πολή καλή	56
Συνταξιούχος	55	ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	
Δξ/Δα	3	Μέτριο	3
Μορφωτικό επίπεδο		Καλό	49
Ανώτατης Εκπαίδευσης	24	Πολύ Καλό	49
Μέσης Εκπαίδευσης	47		
Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	25		
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	3		
Δξ/Δα	1		

Πίνακας 3. Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών και MDI.

		M.O. MDI score	Τυπική Απόκλιση	Τιμή p
Φύλο	Άνδρες	19	10	0,10
	Γυναίκες	22	9	
Άλλη Πάθηση	Ναι	22	9	0,027
	Όχι	17	10	
Ίδιο Νοσοκομείο	Ναι	18	9	0,003
	Όχι	27	10	
Αριθμός Αιμοκάθαρσης	1-3	22	11	0.043
	> 3	17	7	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Υποχρεωτική	24	10	0,042
	Μέση	20	9	
	Ανώτατη	17	10	
	Μεταπτυχιακή	8	8	
Σχέση με Προσωπικό	Μέτρια	-	-	0,016
	Καλή	23	10	
	Πολύ Καλή	17	9	

TA=9), ενώ οι άνδρες βρίσκονταν κάτω από το όριο εμφάνισης κατάθλιψης (MO=19, TA=10). Επίσης, όσον αφορά τα έτη που οι ασθενείς υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση βρέθηκε ότι όσοι έκαναν αιμοκάθαρση <1 χρόνο είχαν MO=19 (TA=9), 1-2 έτη MO=21 (TA=14), 3-5 έτη MO=19 (TA=10), 6-10 έτη MO=22 (TA=8) και >10 έτη MO=20 (TA=8).

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ατόμων που έπασχαν και από κάποια άλλη πάθηση μαζί με την ΧΝΑ και αυτών που δεν έπασχαν (αντίστοιχα MO=22, TA=9 και MO=17, TA=10, p=0,027). Όσοι δεν έκαναν τις συνεδρίες στο ίδιο νοσοκομείο είχαν κατά μέσο όρο μέτρια μορφή κατάθλιψης, ενώ αυτοί που πήγαιναν στο ίδιο νοσοκομείο δεν εμφάνιζαν κατάθλιψη (αντίστοιχα MO=27, TA=10 και MO=18, TA=9, p=0,003).

Ο αριθμός των συνεδριών επηρέαζε όσους έκαναν λιγότερο από 3 φορές συνεδρίες, οι οποίοι είχαν ήπια μορφή κατάθλιψης κατά μέσο όρο, ενώ όσοι έκαναν >3 δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη (αντίστοιχα MO=22, TA=11 και MO=17, TA=7, p=0,043).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο εμφάνισε στατιστικά σημαντική σχέση με την εμφάνιση κατάθλιψης (p=0,042), καθώς τα άτομα με υποχρεωτική ή μέση εκπαίδευση εμφάνιζαν κατά μέσο όρο ήπιας μορφής κατάθλιψη (αντίστοιχα MO=24, TA=10 και MO=20, TA=9), ενώ όσοι είχαν ανώτατη ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη (αντί-

στοιχα MO=17, TA=10 και MO=8, TA=8). Τέλος, όσοι ανέφεραν πολύ καλή σχέση με το προσωπικό του τμήματος δεν εμφάνιζαν κατάθλιψη (MO=17, TA=9), ενώ όσοι ανέφεραν καλή ή μέτρια εμφάνιζαν ήπια μορφή (MO=23, TA=10) με στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,016).

Συζήτηση

Στο σύνολο των παθολογικών ασθενών υπάρχει μια ευρεία διακύμανση των ποσοστών κατάθλιψης που κυμαίνεται από 15-61%²⁴, ενώ στους ασθενείς με ΧΝΑ κυμαίνεται από 20-30%.⁷⁻⁹ Όπως έχει προαναφερθεί αυτό εξαρτάται και από το όριο που τίθεται στη διάγνωση της κατάθλιψης.¹⁰ Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι αν το όριο τεθεί στο ≥ 30 τότε το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη ήταν 20,6%, ενώ αν τεθεί στο ≥ 20 τότε ανέρχονταν στο 46,2%.

Τα έτη που ένας ασθενής υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση δεν βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην εμφάνιση κατάθλιψης, παρόλο που οι μέσοι όροι αναδεικνύουν μια ήπιας μορφής καταθλιπτική συνδρομή στον 1^ο με 2^ο χρόνο και στα 6-10 χρόνια αιμοκάθαρσης. Επίσης, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση δεν είχαν στατιστικά σημαντικά ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης, κάτι που έχει παρατηρηθεί σε άλλες μελέτες.^{25,26} Σε

μελέτες των Lopez et al.^{12,27} όμως αναφέρεται ότι το φύλο αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου και αυξάνει 0,8 φορές την πιθανότητα για εμφάνιση κατάθλιψης στο γυναικείο φύλο. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στις μελέτες αυτές δεν χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερευνητικό όργανο με την παρούσα.

Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και έχουν συνυπάρχουσα ασθένεια, εκτός από ΧΝΑ, βρέθηκε ότι έχουν κατά μέσο όρο ήπια καταθλιπτική συνδρομή (MO=22), ενώ οι ασθενείς που δεν ανέφεραν συνύπαρξη άλλης πάθησης έχουν MO=17, κάτω από το όριο του 20, που αντιστοιχεί σε ήπιας μορφής κατάθλιψη. Η αρνητική επίδραση της συνύπαρξης άλλων παθήσεων στην κατάθλιψη επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες^{12,27,28}. Οι Lopes et al.²⁷ ανέφεραν ότι οι ασθενείς είχαν τουλάχιστον 1,3 φορές πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη αν συνυπήρχε μαζί με την ΧΝΑ περιφερική αγγειοπάθεια, γαστρεντερική αιμορραγία ή νευρολογική πάθηση και τουλάχιστον 1,1 φορές αν συνυπάρχει σακχαρώδης διαβήτης, πνευμονοπάθεια ή καρδιακή ανεπάρκεια. Δεν βρέθηκε να επηρεάζεται η επίπτωση της κατάθλιψης στους ασθενείς όταν συνυπήρχε υπέρταση, καρκίνος (εκτός καρκίνου του δέρματος) ή AIDS/HIV. Οι Bouliware et al.²⁸ στα συμπεράσματα τους τονίζουν ότι η κατάθλιψη είναι επακόλουθο των συνυπαρχουσών παθήσεων, παρά αιτία που οδηγεί σε θάνατο ή καρδιαγγειακά συμβάματα.

Στη βιβλιογραφία δεν βρέθηκαν μελέτες να διερευνούν τον παράγοντα του χώρου διεξαγωγής των συνεδριών. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών που έκαναν τις συνεδρίες τους στο ίδιο νοσοκομείο (MO=18) και αυτών που έκαναν σε διαφορετικά νοσοκομεία (MO=27). Αυτή η μεγάλη διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από ψυχολογικής απόψεως λόγω της σιγουριάς και της βεβαιότητας που προσφέρει η γνώση ότι η MTN και το προσωπικό γνωρίζουν κάθε φορά και με λεπτομέρεια τον ασθενή και τις προσωπικές του ανάγκες. Από την άλλη η αβεβαιότητα και η εκ νέου γνωριμία με το προσωπικό της κάθε MTN που πηγαίνει ο ασθενής μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και άγχος.

Ένας άλλος παράγοντας που βρέθηκε να διαφοροποιεί την επίπτωση της κατάθλιψης στο δείγμα της μελέτης είναι ο αριθμός των αιμοκαθάρσεων. Οι ασθενείς που έκαναν πάνω από 3 φορές τη βδομάδα αιμοκάθαρση δεν είχαν κάποια μορφή καταθλιπτικής συνδρομής (MO=17), ενώ όσοι έκαναν λιγότερο από 3 είχαν κατά μέσο όρο ήπια καταθλιπτική συνδρομή (MO=22). Αυτό επιβεβαιώνεται από μια πρόσφατη μελέτη, τη FREEDOM Study Group²⁹, όπου βρέθηκε ότι η καθημερινή αιμοκάθαρση (6 φορές τη βδομάδα) σε σύγκριση με το συνηθισμένο σχήμα συνεδριών

(3 φορές τη βδομάδα) μειώνει κατά 30% τα συμπτώματα κατάθλιψης και κατά 87% τον χρόνο ανάρρωσης από τις συνεδρίες σε χρονικό διάστημα 12 μηνών.

Το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικό και οι ασθενείς που είχαν λάβει ανώτατη εκπαίδευση να μην εμφανίζουν καμία μορφή καταθλιπτικής συνδρομής, ενώ όσοι είχαν μόνο υποχρεωτική ή μέση εκπαίδευση να εμφανίζουν ήπιας μορφής κατάθλιψη. Η καλύτερη εκπαίδευση δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να αποκτήσει καλύτερες ψυχολογικές άμυνες κατά της κατάθλιψης. Οι Lopes et al.²⁷ αναφέρουν στη μελέτη τους πως όσοι ασθενείς δεν είχαν τελειώσει το Λύκειο ή κάποια ανωτάτη σχολή είχαν αντίστοιχα 0,8 και 0,73 μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη από αυτούς που ήταν απόφοιτοι λυκείου ή ανώτατης σχολής.

Τέλος, στη μελέτη παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που δήλωναν καλύτερη σχέση με το προσωπικό του τμήματος εμφανίζουν χαμηλότερο μέσο όρο κατάθλιψης στο ερωτηματολόγιο MDI, εύρημα το οποίο υποδηλώνει ότι η καλή σχέση με το προσωπικό έχει ευεργετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών. Βέβαια λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει την σχέση των ασθενών με το προσωπικό των MTN για να μπορέσει να γίνει σύγκριση. Σε μια μεγάλη διεθνή μελέτη οι Saran et al.³⁰ αναφέρουν στα αποτελέσματα τους ότι η συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες είναι χειρότερη σε μεγάλες MTN, υποθέτοντας ότι η σχέση ασθενή-προσωπικού είναι δευτερεύουσας σημασίας. Όμως η μελέτη αυτή δεν έκανε καμία αναφορά σε θέματα κοινωνικής υποστήριξης ή ψυχικής υγείας γενικά.

Οι νοσηλευτές νεφρολογίας μπορεί να αποτελέσουν τον κρίκο που θα βοηθήσει στην έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης. Αυτό απέδειξαν και στην έρευνα τους οι Wilson et al.,³¹ στην οποία αναφέρεται επιτυχής διάγνωση της κατάθλιψης μέσω ερωτηματολογίου στο 38,7% των ασθενών, από νοσηλευτές στο 41,9% και από νεφρολόγους στο 24,3%. Έχοντας ως χρυσό κανόνα το ερωτηματολόγιο και συνδυάζοντας το με την νοσηλευτική διάγνωση έχουμε επιτυχία 74,6%, ενώ συνδυάζοντας το με των νεφρολόγων 63%. Το MDI ως αποδεδειγμένα αξιόπιστο όργανο διάγνωσης της κατάθλιψης σε αιμοκαθαίρομενους ασθενείς, αποτελεί σημαντικό εργαλείο στα χέρια του προσωπικού της MTN, είτε αυτοί είναι νεφρολόγοι είτε νοσηλευτές νεφρολογίας.

Περιορισμοί Μελέτης

Βασικοί περιορισμοί της μελέτης υπήρξαν το μικρό δείγμα και ο γεωγραφικός περιορισμός στο Νομό Αττι-

κής, που μπορεί να μην επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Συμπεράσματα

Η κατάθλιψη αποτελεί μείζον πρόβλημα για τους νεφροπαθείς διότι αποδεδειγμένα οδηγεί σε αυξημένες επανεισαγωγές σε νοσοκομεία, αυξάνει τη θνητότητα, μειώνει τη σεξουαλική λειτουργία και αυξάνει την πιθανότητα για οικειοθελή απόσυρση από την αιμοκάθαρση. Οι ασθενείς με ΧΝΑ στους οποίους συνυπάρχει και άλλη πάθηση έχουν

υψηλότερο δείκτη κατάθλιψης, οπότε η έγκαιρη και σωστή θεραπεία και η καλή φροντίδα των συνυπαρχουσών παθήσεων μπορεί να μειώσει την πιθανότητα ο ασθενής να εμφανίσει κατάθλιψη. Ενώ όσοι κάνουν τις συνεδρίες πάντα στο ίδιο νοσοκομείο, έχουν υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, κάνουν πιο συχνά συνεδρίες ή έχουν καλύτερη σχέση με το προσωπικό του τμήματος παρουσιάζουν κατά μέσο όρο καλύτερο δείκτη κατάθλιψης.

Βασική πρόταση αποτελεί η τακτική χρήση ερωτηματολογίου ως εργαλείο διάγνωσης από το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό, με σκοπό την έγκαιρη και καλύτερη πρόληψη της κατάθλιψης.

ABSTRACT

Incidence of Depression in Hemodialysis Patients

Christine – Brikena Kaci,¹ Lorena Gramo,¹ Dimitrios – Ergest Bombaj,² Renato Trifoni,³ Ioanna Christopoulou⁴

¹Graduate of Nursing Department A, TEI of Athens, ²RN, MSc(c), Surgery ICU, General Chest Diseases Hospital "SOTIRIA", Athens, ³RN, MSc, Surgical Department, NEO ATHINEON MD Hospital, Athens, ⁴RN, PhD, Professor, Nursing Department, TEI of Athens

Background: Depression is considered as the second most common chronic disease and economically damaging, which will affect the next decades the healthy population. For patients on hemodialysis, with an final stage Chronic Kidney Failure (CKF), 20-30% of them will suffer from depression. **Aim:** To investigate the incidence of depression in hemodialysis patients. **Method:** A cross-sectional study with 78 hemodialysis patients, from public dialysis centers, was conducted. By a personal interview the Major Depression Inventory questionnaire was used to measure depression and the statistical tests were non-parametric. **Results:** 62.8% of sample was male; the mean age was 59±15.7 years and the average years of work 25.3±15.5 years. The mean score on the questionnaire was 20±9.8, 53.8% had no depression, 19.1% had mild, 6.5% moderate and 20.6% severe depression. There weren't any statistically significant differences between gender, age, marital status, occupation, hours or years of work, income, years of dialysis and hospital environment. Statistically significant differences were found for individuals with or without other physical condition (p=0.027). Those who had sessions in the same hospital had moderate depression, while those going to the same hospital showed no depression (p=0.003). Those who did less than 3 sessions had mild depression, while those who did more than 3 showed no depression (p=0.043). Patients with a university or postgraduate education showed no depression (p=0.042) and those who reported a very good relationship with the staff had no depression, while those who reported good or bad relationship had a mild depression (p=0.016). **Conclusions:** Depression is a major problem for CKF patients because it leads to increased hospital readmissions, high mortality and voluntary withdrawal from dialysis.

Key-words: depression, hemodialysis, renal failure, kidney failure, incidence



Corresponding Author: Renato Trifoni, 49B Halkis street, Gr-142 33 Nea Ionia, Greece, Tel.: +30 6947 092 673
e-mail: renato_trifoni@yahoo.gr

Βιβλιογραφία

- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depression disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004, 184:386-392.
- Iosifescu DV, Nierenberg AA, Alpert LE, Smith M, Bitran S, Dording C et al. The impact of medical co-morbidity on acute treatment in major depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2003, 160:2122-2127.
- Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001, 59:1599-1613.
- Franco-Bronson K. The management of treatment-resistant depression in the medically ill. *Psychiatry Clin North Am* 1996, 19:329-350.
- Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993, 4:12-27.
- Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med* 1985, 79:160-166.
- Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000, 15:1911-1913.
- Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF III, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry* 2006, 28:306-312.
- Kim JA, Lee YK, Huh WS, Kim YG, Kim DJ, Oh HY et al. Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *J Korean Med Sci* 2002, 17:790-794.
- Martin CR, Tweed AE, Metcalfe MS. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients diagnosed with end-stage renal disease. *Br J Clin Psychology* 2004, 43:51-64.
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 2000, 57:2093-2098.
- Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002, 62:199-207.
- Juergensen PH, Wuerth DB, Juergensen DM, Finkelstein SH, Steele TE, Klinger AS et al. Psychosocial factors and clinical outcome on CAPD. *Adv Perit Dial* 1997, 13:121-124.
- Troidle L, Watnick S, Wuerth DB, Gorban-Brennan N, Klinger AS, Finkelstein FO. Depression and its association with peritonitis in long-term peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2003, 42:350-354.
- Einwohner R, Bernardini J, Fried L, Piraino B. The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2004, 24:256-263.
- Peng YS, Chiang CK, Hung KY, Chiang SS, Lu CS, Yang CS et al. The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2007, 22:857-861.
- McDale-Montez EA, Christensen AJ, Cvengros JA, Lawton WJ. The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. *Health Psychol* 2006, 25:198-204.
- Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *J Affect Disord* 1999, 55:171-178.
- Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States end-stage renal disease program. *J Am Soc Nephrol* 2005, 16: 774-781.
- Bech P, Rasmussen N-A, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001, 66: 159-164.
- Bech P, Wermuth L. Applicability and validity of Major Depression Inventory in patients with Parkinson's Disease. *Nord J Psychiatry* 1998, 52:305-309.
- Fountoulakis KN, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Gougoulas K, Tsiptsios I et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Major Depression Inventory. *BMC Psychiatry* 2003, 3:2.
- Olsen LR, Jensen DV, Noerholm V, Martiny K, Bech P. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychol Med* 2003, 33: 351-356.
- Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L et al. Evaluating psychiatric morbidity in general hospital: two face epidemiological survey. *Psychol Med* 1999, 29:823-832.
- Cengić B, Resić H. Depression in hemodialysis patients. *Bosn J Basic Med Sci* 2010, 10 Suppl 1:573-78.
- Klarić M, Letica I, Petrov B, Tomić M, Klarić B, Letica L et al. Depression and anxiety in patients on chronic hemodialysis in University Clinical Hospital. Mostar Coll Antropol 2009, 33 Suppl 2:153-158.
- Lopes AA, Albert JM, Young WE, Satayathum S, Pisoni LR, Andreucci EV et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the doppps. *Kidney Int* 2004, 66:2047-2053.
- Boulware LE, Liu Y, Fink EN, Coresh J, Ford ED, Klag JM et al. Temporal Relation among Depression Symptoms, Cardiovascular Disease Events, and Mortality in End-Stage Renal Disease: Contribution of Reverse Causality. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006, 1:496-504.
- Jaber LB, Lee Y, Collins JA, Hull RA, Kraus AM, McCarthy J et al. Effect of Daily Hemodialysis on Depressive Symptoms and Post-dialysis Recovery Time: Interim Report from the FREEDOM (Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome Measurements) Study. *Am J Kidney Dis* 2010, 56:531-539.
- Saran R, Bragg-Gresham J, Rayner H, Goodkin D, Keen M, Van Dijn P et al. Non-adherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization and practice patterns in the DOPPS study. *Kidney Int* 2003, 64:254-262.
- Wilson B, Spittal J, Heidenheim P, Herman M, Leonard M, Johnston A et al. Screening for depression in chronic hemodialysis patients: Comparison of the Beck Depression Inventory, primary nurse and nephrology team. *Hemodial Int* 2006, 10:35-41.