

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ:
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ: ΚΑΤΣΑΛΗ ΕΙΡΗΝΗ, ΤΣΙΤΣΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Dr ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

ΤΙΤΛΟΣ:
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΨΗ: Dr Ευγενία Μηνασίδου, Καθηγήτρια εφαρμογών
(Επιβλέπουσα)
Dr Θάλεια Μπελάλη, επίκουρη Καθηγήτρια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	σελ.4
1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.6
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο . ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	σελ.10
1.1 ΧΝΑ ΚΑΙ ΟΝΑ	σελ.10
1.2 ΑΙΤΙΑ	σελ.11
1.3 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	σελ.12
1.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	σελ.14
1.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗ ΧΝΑ	σελ.15
Ηλεκτρολυτικές διαταραχές	σελ.15
Νεφρική οστεοδυστροφία	σελ.17
Μεταβολικές διαταραχές	σελ.18
Διαταραχές των ενδοκρινών αδένων	σελ.19
Επιπτώσεις της ουραιμίας	σελ.21
Δερματολογικές εκδηλώσεις	σελ.21
Αιματολογικές διαταραχές	σελ.22
Εκδηλώσεις από το κυκλοφορικό	σελ.23
Εκδηλώσεις από το αναπνευστικό	σελ.25
Εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα	σελ.25
Γαστρεντερικές εκδηλώσεις της ουραιμίας	σελ.26
1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ, ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	σελ.27
1.7 ΒΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	σελ.30
1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	σελ.34
1.9 ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: ΤΕΧΝΗΤΟΣ ΝΕΦΡΟΣ, ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ	σελ.35
1.10 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΘΕ ΜΕΘΟΔΟΥ	σελ.37
1.11 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	σελ.39
1.12 ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	σελ.40
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο :ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	σελ.41
2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	σελ.41
2.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	σελ.42
2.3 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ	σελ.45
2.4 ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ- ΣΤΟΧΟΙ	σελ.47
2.5 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	σελ.49
2.6 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ	σελ.49

2.7 ΘΕΩΡΙΑ- ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	σελ.53
2.8 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	σελ.53
2.9 ΑΡΧΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ	σελ.54
2.10 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)	σελ.56
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο :ΜΕΛΕΤΕΣ	σελ.61
3.1 ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ	σελ.61
3.2 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΕΘΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΝΑ	σελ.64
3.3 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΝΑ	σελ.68
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.73

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εργασία μας αυτή, η οποία εντάσσεται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας που είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση των σπουδών μας στο τμήμα της Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Το θέμα που θα μας απασχολήσει είναι «Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια».

Με την εξέλιξη της νεφρικής βλάβης σε τελικό στάδιο ΧΝΑ και την ένταξη των ασθενών σε πρόγραμμα αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, οι ασθενείς αναπτύσσουν συμπτώματα και καταστάσεις που επηρεάζουν την καθημερινή τους ζωή. Έτσι έχουμε ραγδαίες αλλαγές στη συναισθηματική τους κατάσταση, στην εργασία τους και στη κοινωνική τους ζωή. Επομένως η επίπτωση της νόσου στην ποιότητα ζωής τους είναι πολύ σημαντική γι' αυτό απασχόλησε και πολλούς μελετητές μέχρι σήμερα. Υπάρχουν βέβαια δυσκολίες στην προσέγγιση των προβλημάτων τους και αυτό γιατί υπάρχει διαφορά έκφρασης των προβλημάτων που εξαρτάται από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου και τη βιοκοινωνική του κατάσταση.

Οι μελέτες για την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών άρχισαν από την περίοδο 1966- 1972 όπου πρωτοξεκινά η εξωνεφρική κάθαρση. Ακολούθησε η περίοδος 1973- 1980 όπου αναπτύχτηκε με γοργούς ρυθμούς και όλο περισσότεροι εντάσσονται στην αιμοκάθαρση και τέλος φτάνουμε στην περίοδο 1980 μέχρι σήμερα όπου οι συνθήκες αιμοκάθαρσης είναι πολύ καλές γιατί υπάρχουν καλύτερα μηχανήματα και φίλτρα αιμοκάθαρσης. έχει εξελιχθεί η περιτοναϊκή κάθαρση και έχουμε μεγάλη προσέλευση ασθενών για μεταμόσχευση.

Σε αναζήτηση στο διαδίκτυο για την ποιότητα ζωής θα εμφανίσει 40.000 αναφορές. Οι αναφορές όμως σε μελέτες ποιότητας ζωής ασθενών με ΧΝΑ είναι ένα μικρό ποσοστό στη διεθνή βιβλιογραφία (μικρότερο του 5%). Λέξεις κλειδιά σε αυτή μας την αναζήτηση είναι: ποιότητα ζωής, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μελέτη για την ποιότητα ζωής σε άτομα με ΧΝΑ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πολυπλοκότητα των προβλημάτων που προκαλεί η ΧΝΑ δεν εστιάζεται μόνο σε αποσταθεροποίηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού αλλά έχει και βαθύτερες προεκτάσεις στο συναισθηματικό κοινωνικό και επαγγελματικό γίνεσθαι του αρρώστου. επομένως επηρεάζεται η ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων.

Η ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη έννοια και δύσκολα μπορεί να οριστεί. Η λέξη ποιότητα ορίζει το βαθμό τελειότητας ενός πράγματος, ενώ ζωή ορίζεται η ικανότητα λειτουργίας και ανάπτυξης των οργανισμών.

Σαν ΧΝΑ χαρακτηρίζεται η προοδευτική και μη αναστρέψιμη μείωση νεφρικής λειτουργίας με συνέπεια τον περιορισμό του αποβαλλόμενου όγκου των ούρων.

Στην εργασία μας αυτή θα κάνουμε μια ανασκόπηση τόσο της ελληνικής όσο και της διεθνούς βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΧΝΑ. Σκοπός μας είναι να μελετήσουμε τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς και που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους γιατί με τη γνώση μπορούμε να προλάβουμε και να αντιμετωπίσουμε τα διάφορα προβλήματα.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στο τι είναι η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, στην παθογένεια της, στα αίτια που την προκαλούν, στην κλινική της εικόνα, τις διαταραχές που προκαλεί η νόσος στους νεφροπαθείς, στις μεθόδους υποκατάστασης που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπισή της, στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου και τέλος στις λοιμώξεις που είναι επικίνδυνες για τους νεφροπαθείς και πως συνδέεται η ποιότητα ζωής με άτομα με ΧΝΑ.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα προσπαθήσουμε να ορίσουμε την ποιότητα ζωής, θα αναφερθούμε στην ποιότητα ζωής και υγεία, θα παρουσιάσουμε τα

εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής καθώς και τις θεωρίες που έχουν σχέση με τη ποιότητα ζωής και υγεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε σε μελέτες που υπάρχουν στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία για την ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΧΝΑ ΚΑΙ ΟΝΑ

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι πάθηση του ουροποιητικού συστήματος με έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και διακρίνεται σε οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) είναι κλινικό σύνδρομο χαρακτηριζόμενο από ραγδαία ελάττωση της νεφρικής διηθήσεως με συνέπεια τον περιορισμό του αποβαλλόμενου όγκου των ούρων. Από τις πρώτες διαταραχές που εμφανίζονται είναι η υπερκαλιαιμία, η υπονατριαιμία και η οξέωση.

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) χαρακτηρίζεται η προοδευτική και μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας που προκαλείται από βλάβη του νεφρού ποικίλης αιτιολογίας. Ο οργανισμός αδυνατεί να διατηρήσει τη μεταβολική και υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία με αποτέλεσμα την ουραιμία.

Η μείωση της νεφρικής λειτουργίας μπορεί να προσδιοριστεί ως ελάττωση του ρυθμού σπειραματικής διηθήσεως (GFR) δηλαδή του συνόλου του υπερδιηθήματος που περνά από το αίμα στον αυλό των σωληναρίων στη μονάδα του χρόνου. Οι φυσιολογικές τιμές του GFR, όπως μετράται με τις συνήθεις μεθόδους καθάρσεως της κρεατινίνης είναι για τους άνδρες 85-125 ml/min/1,73m² και για τις γυναίκες 75-115 ml/min/1,73m². Η προοδευτική μείωση της νεφρικής λειτουργίας δίνει τη δυνατότητα στο νεφρώνα να προχωρήσει σε προσαρμοστικές μεταβολές του νεφρώνα και έτσι η ΧΝΑ μπορεί να διαδράμει για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς ιδιαίτερα συμπτώματα. (Αντωνοπούλου 1994, http://www.medlook.net/article.asp?item_id=742)

Οι νεφροί βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκώς στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης στο ύψος της οσφυϊκής μοίρας και αποτελούν τα σπουδαιότερα όργανα του ουροποιητικού μας συστήματος. Γιατί:

- παράγουν και αποβάλλουν ούρα
- διατηρούν την ομοιοστασία και το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών
- συμβάλουν στη διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας
- αποβάλλουν τα άχρηστα προϊόντα

([Http://neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html](http://neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html))

ΑΙΤΙΑ

Παθήσεις που μπορούν να προκαλούν ΧΝΑ είναι:

- τα πρωτοπαθή νεφρικά νοσήματα (σπειραματοπάθειες, διάμεσες νεφροπάθειες)
- οι συστηματικές παθήσεις (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, κολλαγονώσεις, ουρική αρθρίτιδα κ.λπ.)
- οι συγγενείς νεφρικές παθήσεις (πολυκυστική νόσος των νεφρών, σύνδρομο Alport κ.λπ.).
- αποφρακτικές νεφροπάθειες όπως η απόφραξη του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος (υπερτροφία προστάτη) ή η απόφραξη του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος (υδρονέφρωση). (Αντωνοπούλου 1994)

Άλλοι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν προοδευτική νεφρική βλάβη είναι: η συστηματική και η ενδοσπειραματική υπέρταση, η πρωτεϊνουρία, η φλεγμονή του διάμεσου ιστού, η αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών και φωσφόρου, η υπερλιπιδαιμία, νεφροτοξικές ουσίες και μειωμένα επίπεδα νιτρώδους οξειδίου κ.α. Η κύρια παθολογοανατομική εκδήλωση της δράσεως αυτών των παραγόντων είναι η εστιακή σπειραματοσκλήρυνση. Εξαιτίας της απώλειας των νεφρώνων έχουμε υπερλειτουργία των υπολοίπων, λόγω μεγαλύτερης ελαττώσεως του τόνου του προσαγωγού αρτηριδίου, με αποτέλεσμα την αύξηση της ενδοσπειραματικής πίεσεως και του ποσού του υπερδιηθήματος που παράγεται από τους υγιείς νεφρώνες. Η αντιρροπιστική αυτή υπερλειτουργία τείνει να μειώσει την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, αλλά τελικά είναι βλαπτική για τους υγιείς νεφρώνες που μένουν, σύμφωνα με στοιχεία που μας δίνει η Νεφρολογική

Εταιρία, αφού οδηγεί σε υπερτροφία του σπειράματος, προοδευτική πρωτεϊνουρία, υπερπλασία του μεσαγγείου και τελικά σπειραματοσκλήρυνση (http://www.medlook.net.cy/printarticle.asp?item_id=1437).

Σύμφωνα με στοιχεία της νεφρολογικής εταιρίας η αναλογία διαφόρων παθήσεων που προκαλούν ΧΝΑ στις χώρες της Ευρώπης είναι η σπειραματονεφρίτιδα με 31%, αγνώστου αιτιολογίας 10%, κυστικές παθήσεις νεφρών 9% κλπ (http://www.medlook.net/asp?item_id=1903).

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο κύρια λειτουργία των νεφρών είναι η ρύθμιση του ενδοκυττάριου και του εξωκυττάριου περιβάλλοντος και η νεφρική νόσος μπορεί να προκαλέσει σημαντικές διαταραχές, αποδιοργανώνοντας κάθε ζωντανό κύτταρο του σώματος. Ο νεφρός όχι μόνο διηθεί τα άχρηστα προϊόντα αλλά ρυθμίζει επίσης το νερό και την ηλεκτρολυτική σύνθεση του εξωκυττάριου υγρού. Ο νεφρός ενεργεί ακόμα και ως ενδοκρινές όργανο, συμμετέχοντας στη ρύθμιση των ερυθροκυττάρων με την ερυθροποιητίνη και στην ρύθμιση του μεταβολισμού του ασβεστίου με την καλσιτριόλη, ενώ στην εκκριτική του λειτουργία συμπεριλαμβάνονται η ρενίνη, οι προσταγλανδίνες και οι κινίνες. Παρά την ποικιλία των αιτίων που προκαλούν ΧΝΑ, το τελικό αποτέλεσμα είναι το ίδιο, δηλαδή η ανάπτυξη του ουραιμικού συνδρόμου. Αρχικά το ουραιμικό σύνδρομο είχε θεωρηθεί αποτέλεσμα απεκκριτικής ανεπάρκειας. Νεώτερες απόψεις έδωσαν έμφαση στον ρόλο της ρυθμιστικής και της βιοσυνθετικής ανεπάρκειας (περιλαμβάνει και ανεπάρκεια ενδοκρινικής εκκρίσεως). Έτσι, ενώ η απεκκριτική ανεπάρκεια χαρακτηρίζει την οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η ρυθμιστική και βιοσυνθετική ανεπάρκεια έχουν μεγάλη σημασία για την κατανόηση της

ΧΝΑ(http://www.epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&hemid=53&func=view&catid=13&id=42,

<http://www.lexrites.com/forum/index.php?showtopic=20900&mode=threaded>).

Η παθογένεια του ουραιμικού συνδρόμου δεν έχει επακριβώς προσδιορισθεί, αλλά είναι βέβαιο ότι δεν έχει μόνο ένα αίτιο. Η ουρία αποτελεί το κύριο

προϊόν του πρωτεϊνικού καταβολισμού έτσι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν δείκτης ισοζυγίου αζώτου και κατ'έκταση της πρωτεϊνικής διαιτητικής πρόσληψης. Αυτή καθ' εαυτή είναι σχετικά μη τοξική, αλλά ο προσδιορισμός της στο αίμα θεωρείται ο καλύτερος απλός εργαστηριακός δείκτης για την πιθανότητα ορισμένα συμπτώματα να έχουν ουραιμική προέλευση, αφού τα επίπεδα της σχετίζονται με την ουραιμική συμπτωματολογία. Έτσι η μείωση των πρωτεϊνών της τροφής, σε συνδυασμό με την επαρκή θερμιδική πρόσληψη για να αποφευχθεί η νεογλυκογένεση, συχνά βελτιώνει τα ουραιμικά συμπτώματα. Η αιμοκάθαρση, που απομακρύνει ικανοποιητικά πολλές ουσίες μικρού μοριακού βάρους και διορθώνει τις μεγάλες κλινικές εκδηλώσεις της ουραιμίας

http://www.epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&hemid=53&func=view&catid=13&id=42,

<http://www.lexrites.com/forum/index.php?showtopic=20900&mode=threaded>).

Το ουραιμικό σύνδρομο δημιουργείται με τους εξής μηχανισμούς:

1. Η συσσώρευση διαφόρων τοξικών ουσιών. Ουσίες μικρού μοριακού βάρους (π.χ. ουρία, ουρικό, θειικά, φωσφορικά, που προέρχονται από την αδυναμία απεκκρίσεως των τελικών προϊόντων μεταβολισμού του αζώτου). Επίσης οι φαινόλες, οι γουανιδίνες και διάφορα χαμηλού μοριακού βάρους πολυπεπτίδια, αν και δεν έχει αποδειχθεί ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μιας συγκεκριμένης ουσίας και κάποιας ουραιμικής εκδήλωσεως ή δυσλειτουργίας οργάνου.
2. Οι ενδοκυττάρειες και εξωκυττάρειες διαταραχές των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας που συμπεριλαμβάνουν, το νάτριο, το κάλιο, το μαγνήσιο και το ασβέστιο.
3. Η συσσώρευση των διαφόρων ορμονών λόγω διαταραχής της νεφρικής αποδομήσεως (αυξητική ορμόνη, γλυκαγόνη), ανταποκρίσεως στην κατακράτηση διαλυτών ουσιών (νατριουρητικός παράγοντας, παραθορμόνη) και διαταραχών στην ανταπόκριση οργάνων στόχων (θυλακιοτρόπος και ωχρινοτρόπος ορμόνη).
4. Οι διαταραχές της παραγωγής των νεφρικών ορμονών (π.χ. ερυθροποιητίνη, καλσιτριόλη). Είναι πιθανόν αυτοί οι μηχανισμοί να οδηγούν σε διάχυτες

διαταραχές της κυτταρικής λειτουργίας και του μεταβολισμού γενικότερα, που συμπεριλαμβάνουν την παραγωγή ενέργειας, τη λειτουργία της κυτταρικής μεμβράνης και των αντλιών των ιόντων (http://www.epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&hemid=53&func=view&catid=13&id=42, <http://www.lexrites.com/forum/index.php?showtopic=20900&mode=threaded>).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Οι κλινικές εκδηλώσεις που μπορεί να μας δώσει η αρχική βλάβη, μπορεί να είναι ασυμπτωματική ουραιμία μέχρι και νεφρική ανεπάρκεια. Τα συμπτώματα των ασθενών με ουραιμία εξαρτώνται από το μέγεθος της μείωσης της νεφρικής μάζας, όπως επίσης και από την ταχύτητα με την οποία χάνεται η νεφρική μάζα.

Στα αρχικά στάδια της ΧΝΑ, όταν ο GFR μειώνεται μέχρι το 35 με 50% του φυσιολογικού, η νεφρική λειτουργία που παραμένει αρκεί για να διατηρήσει τον ασθενή χωρίς συμπτώματα, αν και οι νεφρικές εφεδρείες έχουν μειωθεί. Σ' αυτό το στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας οι βασικές απεκκριτικές, βιοσυνθετικές και ρυθμιστικές λειτουργίες του νεφρού διατηρούνται γενικά καλά

(http://www.epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&hemid=53&func=view&catid=13&id=42).

Στο επόμενο στάδιο εξέλιξης της ΧΝΑ (GFR περίπου 20 με 35% του φυσιολογικού) παρουσιάζεται αζωθαιμία και οι πρώτες εκδηλώσεις της ΧΝΑ. Αν και οι ασθενείς είναι σχετικά ασυμπτωματικοί σε αυτό το στάδιο, οι νεφρικές εφεδρείες έχουν μειωθεί ουσιαστικά και αν προκύψουν έκτακτες καταστάσεις, όπως λοίμωξη, αφυδάτωση ή χορηγηθούν νεφροτοξικά φάρμακα, η νεφρική λειτουργία μπορεί να επηρεαστεί ακόμα περισσότερο και να παρουσιάσουν συμπτώματα και σημεία ουραιμίας. Στις εκδηλώσεις αυτού του σταδίου, εκτός από την ήπια αζωθαιμία, συμπεριλαμβάνονται η νυκτουρία και η ήπια αναιμία.

Στο στάδιο της έκδηλης νεφρικής ανεπάρκειας παρατηρείται σημαντική αναιμία, υπερφωσφαταιμία και υπασβεστιαίμια, όμως η υπερκαλιαιμία δεν είναι συνήθης.

Το τελευταίο στάδιο είναι το στάδιο του ουραιμικού συνδρόμου, με συμπτωματολογία από τα διάφορα συστήματα, γαστρεντερικό, καρδιαγγειακό, νευρικό, αιμοποιητικό, το δέρμα κ.λπ., με κατάληξη το στάδιο της τελικής νεφρικής ανεπάρκειας, όπου η διατήρηση του ασθενή στην ζωή είναι αδύνατη χωρίς υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας (http://www.epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&hemid=53&func=view&catid=13&id=42)

Κλινικά η ΧΝΑ μπορεί να παρουσιαστεί με χιλιάδες μορφές και συχνά οι δευτερογενείς εκδηλώσεις της θεωρούνται λανθασμένα ως πρωτογενή προβλήματα των συστημάτων που επηρεάζονται. Συνήθη παραδείγματα είναι, η νεφροπαρεγχυματική υπέρταση να θεωρείται ιδιοπαθής, τα γαστρεντερικά συμπτώματα της ουραιμίας να αποδίδονται σε ελκοπάθεια και η αναιμία σε άλλα αίτια. Η αδυναμία των νεφρών στην προχωρημένη ΧΝΑ να διατηρήσουν σταθερό το εσωτερικό περιβάλλον, προκαλεί αναπόφευκτα σημεία και συμπτώματα από όλα τα συστήματα, συχνά όμως σε άλλοτε άλλο βαθμό στους διάφορους ασθενείς. Είναι αξιοσημείωτο ότι μια μικρή μόνο μειοψηφία των ασθενών με ΧΝΑ παρουσιάζεται με συγκεκριμένα νεφρικά ενοχλήματα, ενώ αντίθετα η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με συγκεκριμένα ενοχλήματα από το ουροποιητικό σύστημα δεν έχει χρόνια νεφρική νόσο. Όταν οι ασθενείς με ΧΝΑ παρουσιάσουν γενικά συμπτώματα στα διάφορα συστήματα και συγκεκριμένες εξωνεφρικές διαταραχές συνήθως έχει χαθεί τουλάχιστον το 75% της νεφρικής λειτουργίας (http://www.epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&hemid=53&func=view&catid=13&id=42).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗ ΧΝΑ

Ηλεκτρολυτικές Διαταραχές:

Οι ασθενείς με ΧΝΑ μπορεί να έχουν γενικά συμπτώματα όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ανορεξία και απώλεια βάρους, ενώ τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν καθυστέρηση της σωματικής αναπτύξεως. Από τις πρώτες εκδηλώσεις είναι η νυκτουρία και η πολυουρία. Με την εξέλιξη της νεφρικής νόσου υπάρχει προοδευτική διαταραχή της συμπτωκνωτικής ικανότητας των νεφρών. Με την πρόοδο της νεφρικής ανεπάρκειας το ανώτερο όριο αποβολής νερού μειώνεται, αν και η αραιωτική ικανότητα διατηρείται ικανοποιητικά. Οι διαταραχές του ύδατος και των ηλεκτρολυτών ευθύνονται για ποικίλες εκδηλώσεις, που συνήθως είναι μη ειδικές. Στους περισσότερους ασθενείς με σταθεροποιημένη ΧΝΑ παρατηρείται αύξηση του ολικού νατρίου και νερού του σώματος, αν και μπορεί να μην υπάρχουν αντικειμενικά σημεία αυξήσεως του όγκου του εξωκυτταρίου υγρού. Η αυξημένη πρόσληψη νατρίου συμβάλλει στην δημιουργία ή την επιδείνωση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, αρτηριακής υπερέτασεως, ασκίτη ή οιδήματος. Από την άλλη πλευρά, η υπονατριαιμία και η αύξηση του σωματικού βάρους είναι τα αποτελέσματα της αυξημένης προσλήψεως νερού, διαταραχές που στους περισσότερους ασθενείς είναι ήπιες και ασυμπτωματικές. Η υπονατριαιμία μπορεί να εκδηλωθεί κλινικά με ναυτία, εμετούς, ανορεξία, σύγχυση, σπασμούς και κώμα. Η υπερνατριαιμία είναι ασυνήθης. Επειδή οι ασθενείς με ΧΝΑ έχουν διαταραχές στους μηχανισμούς κατακρατήσεως νατρίου και νερού, όταν παρουσιάσουν αυξημένες εξωνεφρικές απώλειες υγρών (εμετοί, διάρροιες, πυρετός) είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη συμπτωματικής υποογκαιμίας.

Η υποογκαιμία χαρακτηριστικά προκαλεί επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα ένας σταθεροποιημένος και ασυμπτωματικός ασθενής με μέτρια νεφρική ανεπάρκεια να αναπτύξει συμπτωματολογία προχωρημένης ουραιμίας. Στους ασθενείς με ΧΝΑ μπορεί να παρουσιαστεί υπερκαλιαιμία (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Υπερκαλιαιμία μπορεί να προκληθεί, στους ασθενείς με ΧΝΑ, και από την αιφνίδια πτώση του pH του αρτηριακού αίματος, αφού η οξέωση συνοδεύεται από μετακίνηση καλίου από το ενδοκυττάριο στο εξωκυττάριο υγρό. Η υποκαλιαιμία είναι ασυνήθης στους ασθενείς με ΧΝΑ, ενώ παρατηρείται σε

πάσχοντες από διαμεσοσωληναριακές νεφροπάθειες μετά από έντονη θεραπεία με διουρητικά ή σε περιπτώσεις εξωνεφρικών απωλειών καλίου και χαρακτηρίζεται από μυϊκή αδυναμία, ανορεξία, εμετούς, ταχυκαρδία και συγχυτική κατάσταση (Ulrich, Canale, Wendell, 1997).

Νεφρική Οστεοδυστροφία

Σε ασθενείς με ΧΝΑ παρατηρείται υπασβεστιαμία σαν αποτέλεσμα της αδυναμίας του νεφρού να συνθέσει καλσιτριόλη και ανεπαρκή παραγωγή βιταμίνης D3. Έτσι, όταν τα επίπεδα της καλσιτριόλης είναι χαμηλά στο αίμα, μειώνεται η απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο. Επίσης, με την πρόοδο της νεφρικής ανεπάρκειας αυξάνουν τα επίπεδα του φωσφόρου, λόγω μειωμένης αποβολής του από τους νεφρούς. Παρουσία υπερφωσφαταιμίας το ασβέστιο, που προέρχεται από τα οστά, σχηματίζει συμπλοκές ενώσεις και δημιουργείται παροδική μείωση του ιονισμένου ασβεστίου, με αποτέλεσμα την έκκριση παραθορμόνης και την δημιουργία δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Η μειωμένη νεφρική αποδόμηση της παραθορμόνης και η αντίσταση του σκελετού στην δράση της θα προκαλέσουν περαιτέρω αύξηση της εκκρίσεως της και άνοδο των επιπέδων της στο αίμα. Τα αυξημένα επίπεδα της παραθορμόνης στο αίμα προκαλούν τελικά κυστική ινώδη οστείτιδα. Επίσης, η κατακράτηση του φωσφόρου εμποδίζει την δράση του νεφρικού ενζύμου 1α-υδροξυλάση, με αποτέλεσμα την περαιτέρω μείωση της παραγωγής της καλσιτριόλης και της εντερικής απορροφήσεως του ασβεστίου και επιδείνωση της υπασβεστιαμίας. Όμως, παρά την υπασβεστιαμία, τα συμπτώματα τετανίας είναι σπάνια, εκτός εάν ο ασθενής λάβει μεγάλη ποσότητα αλκάλειος. Η μεταβολική οστική νόσος των ασθενών με ΧΝΑ ονομάζεται νεφρική οστεοδυστροφία και διακρίνεται σε νεφρική οστεοδυστροφία με αυξημένο οστικό μεταβολισμό και νεφρική οστεοδυστροφία με μειωμένο οστικό μεταβολισμό (οστεομαλακία και αδυναμική οστική νόσος). Στην οστεομαλακία, η διαταραχή του ρυθμού εναποθέσεως αλάτων ασβεστίου είναι πιο έκδηλη από τη μείωση του ρυθμού παραγωγής οστού, ενώ στην αδυναμική οστική νόσο η κύρια διαταραχή είναι η

μεγάλη μείωση του ρυθμού παραγωγής οστού, που συνοδεύεται από μείωση του ρυθμού εναποθέσεως αλάτων ασβεστίου. Η ανάπτυξη της οστεοδυστροφίας εμπλέκει τη συνδυασμένη δράση της υπερφωσφαταιμίας, της μεταβολικής οξέωσης, της υπασβεστιαϊμίας, του δευτεροπαθούς υπερπαραθυροειδισμού και του μειωμένου αριθμού των υποδοχέων της καλσιτριόλης, σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα της ορμόνης στο αίμα. Η θεραπεία της υπερφωσφαταιμίας με αντιόξινα που περιέχουν αργίλιο έχει αποδειχθεί ότι συμβάλει στην οστεομαλακία. Η αντιμετώπιση γίνεται με:

Χορήγηση βιταμίνης D3

Δεσμευτικά φωσφόρου

Αποφυγή πηγών Al

Χορήγηση ασβεστίου (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Μεταβολικές Διαταραχές:

Οι ασθενείς με ουραιμία εμφανίζουν υποθερμία. Αφού, η ενεργός μεταφορά του νατρίου διαμέσου της κυτταρικής μεμβράνης συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στην παραγωγή βασικής ενέργειας, η αντίστροφη σχέση μεταξύ της θερμοκρασίας του σώματος και του βαθμού της αζωθαιμίας οφείλεται πιθανώς κατά ένα μέρος στην παρεμπόδιση της λειτουργίας της αντλίας νατρίου από ορισμένες τοξικές ουσίες που κατακρατούνται. Υπάρχουν τρεις πρωτεύοντες διαταραχές:

Διαταραχές μεταβολισμού υδατανθράκων:

Τα μη διαβητικά άτομα παρουσιάζουν παθολογικές μεταβολές της γλυκόζης. Παρατηρείται βραδεία επιστροφή του σακχάρου αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από φόρτιση με γλυκόζη, ενώ οι τιμές σακχάρου αίματος νηστείας είναι φυσιολογικές ή λίγο αυξημένες. Σοβαρή υπεργλυκαιμία ή κέτωση είναι σπάνια. Επειδή η ινσουλίνη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον νεφρό για την απομάκρυνσή της από το πλάσμα και τον καταβολισμό της, τα επίπεδα της στο αίμα τείνουν να είναι αυξημένα στην ουραιμία. Η δυσανεξία στη γλυκόζη οφείλεται κυρίως στην αντίσταση των ιστών στη δράση της ινσουλίνης (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Άλλοι πιθανοί μηχανισμοί είναι, το ενδοκυττάριο έλλειμμα καλίου, η μεταβολική οξέωση, τα αυξημένα επίπεδα της γλυκαγόνης και διαφόρων άλλων ορμονών (παραθορμόνη, κατεχολαμίνες, αυξητική ορμόνη, προλακτίνη), όπως επίσης και οι χιλιάδες τοξικοί μεταβολίτες που κατακρατούνται στη ΧΝΑ. Η πλειοψηφία των ασθενών με προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια είναι σε καταβολισμό και ευρίσκεται σε αρνητικό ισοζύγιο αζώτου.

Διαταραχές μεταβολισμού των πρωτεϊνών:

Η σύνθεση των πρωτεϊνών διατηρείται σχεδόν φυσιολογική στα αρχικά στάδια της ΧΝΑ, αλλά όσο εξελίσσεται η νεφρική ανεπάρκεια προοδευτικά μειώνεται. Το πρωτεϊνικό περιεχόμενο των μυών μπορεί να είναι κατώτερο του φυσιολογικού, ενώ η αλβουμίνη, η τρανσφερίνη και το συστατικό C3 του συμπληρώματος, που είναι αξιόπιστοι δείκτες της καταστάσεως θρέψεως, είναι συχνά χαμηλά. Η κακή διατροφή, η αντίσταση στην ινσουλίνη, η μεταβολική οξέωση και η μειωμένη ανταπόκριση στην αυξητική ορμόνη έχουν ενοχοποιηθεί για τις διαταραχές του μεταβολισμού των πρωτεϊνών.

Διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων:

Παρατηρούνται από τα αρχικά στάδια της εξελισσόμενης νεφρικής νόσου, παραμένουν σε όλη τη διάρκεια της νεφρικής ανεπάρκειας και έχουν μέτρια μόνο συσχέτιση με τη βαρύτητα της. Η υπερλιποπρωτεϊναιμία τύπου 4 είναι συχνή. Η χαρακτηριστική διαταραχή είναι κυρίως η αύξηση των τριγλυκεριδίων, ενώ παρατηρείται και ήπια αύξηση της ολικής χοληστερόλης. Η υπερτριγλυκεριδαιμία είναι αποτέλεσμα μάλλον του μειωμένου καταβολισμού των VLDL παρά της αύξησεως της συνθέσεως τους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ανεπάρκεια ή η αντίσταση στην ινσουλίνη συμβάλλει στη μειωμένη λιπολυτική δράση, ενώ τα αυξημένα επίπεδα παραθορμόνης και η ανεπάρκεια της καρνιτίνης έχουν ενοχοποιηθεί επίσης για τις διαταραχές των λιπιδίων. Η κατακράτηση ουρικού οξέος είναι συνήθης στους ασθενείς με ΧΝΑ, αλλά σπανίως προκαλεί συμπτώματα ουρικής αρθρίτιδας (Urich, Canale, Wendell, 1997).

Διαταραχές των Ενδοκρινών Αδένων

Τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης στο πλάσμα είναι αυξημένα ενώ τα επίπεδα της επινεφρίνης ποικίλουν. Από τις διαταραχές της λειτουργίας των ενδοκρινών αδένων, η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι από τις πλέον ενοχλητικές στους ασθενείς με ΧΝΑ. Οι διαταραχές των ενδοκρινών αδένων προκαλούνται από διαταραχές του άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - αδένες και χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα θυλακιοτρόπου, ωχρινοτρόπου, προλακτίνης LHRH και από μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης στους άνδρες και προγεστερόνης στις γυναίκες. Έχουν ενοχοποιηθεί στην παθογένεια αυτών των διαταραχών, η αναιμία, η έλλειψη ψευδάργυρου, η παραθορμόνη κ.α. Η σεξουαλική δυσλειτουργία εκδηλώνεται κλινικά με ανικανότητα, μείωση της libido, ατροφία των όρχεων και μείωση των σπερματοζωαρίων στον άνδρα και αμηνόρροια, δυσμηνόρροια και μείωση της libido στις γυναίκες. Όταν οφείλονται μόνο στην ουραιμία συνήθως εμφανίζονται σε προχωρημένη ΧΝΑ, αλλά μπορούν επίσης να είναι εκδηλώσεις της πρωτοπαθούς νόσου ή να αποτελούν ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Οι ασθενείς με ΧΝΑ έχουν στο αίμα υψηλά επίπεδα αυξητικής ορμόνης, που οφείλονται κυρίως σε υπερέκκριση της (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Οι τιμές της γλυκαγόνης και τις γαστρίνης είναι αυξημένες. Η δράση της αυξητικής ορμόνης επιτυγχάνεται με τη μεσολάβηση των σωματομεδινών, η δραστηριότητα των οποίων είναι μειωμένη στην ΧΝΑ λόγω αυξημένης συνδέσεως τους με τις πρωτεΐνες και την παρουσία ουσιών που αναστέλλουν τη δράση τους. Έτσι, δικαιολογείται σε ένα βαθμό η μείωση της αναπτύξεως που παρατηρείται στα παιδιά με ουραιμία και η ανταπόκριση τους στις φαρμακολογικές δόσεις της εξωγενώς χορηγούμενης ορμόνης. Οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς είναι συχνή. Η ελεύθερη θυροξίνη είναι συνήθως φυσιολογική, αν και η ενσωμάτωση του ιωδίου από τον θυρεοειδή μπορεί να είναι ελαττωματική. Η τριωδοθυρονίνη είναι μειωμένη, όπως συμβαίνει χαρακτηριστικά και σε άλλα χρόνια νοσήματα. Η TSH είναι φυσιολογική, αλλά η ανταπόκριση στην TRH είναι παθολογική. Η παρουσία

βρογχοκήλης είναι αυξημένη, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Τα ευρήματα αυτά, αν και συνιστούν μια κατάσταση σχετικού υποθυρεοειδισμού δεν συνοδεύονται από την αναμενόμενη μείωση του βασικού μεταβολισμού, που είναι φυσιολογικός στους ασθενείς με ΧΝΑ (Ulrich, Canale, Wendell, 1997).

Επιπτώσεις της ουραιμίας στο νευρικό σύστημα:

Διαταραχές από το κεντρικό νευρικό σύστημα (ουραιμική εγκεφαλοπάθεια) εμφανίζονται σε προχωρημένη ΧΝΑ. Οι πρώιμες εκδηλώσεις σχετίζονται με μείωση γενικά των εγκεφαλικών λειτουργιών και εκδηλώνονται ως διαταραχές της νοήσεως και της γνώσεως. Τα πρώτα συμπτώματα είναι απάθεια, εύκολη κόπωση, σύγχυση, μείωση της διάρκειας της προσοχής, διαταραχές της μνήμης και μειωμένη ικανότητα για παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, έχουμε διαταραχές του προσανατολισμού, ευερεθιστικότητα και διαταραχές της συμπεριφοράς που μπορούν να εκφραστούν ως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, άγχος, κατάθλιψη, μανία, παράνοια, ακόμα και ως σχιζοφρένια. Στη συνέχεια εμφανίζεται λήθαργος, stupor και τελικά κώμα. Παρουσιάζονται επίσης δυσαρθρία τρόμος, μυοκλονίες, ενώ οι γενικευμένοι τονικοκλωνικοί σπασμοί αποτελούν προχωρημένη εκδήλωση, μαζί με το stupor και το κώμα. Ο φυσιολογικός κύκλος του ύπνου διαταράσσεται επίσης και οι ασθενείς με ΧΝΑ παραπονούνται για εφιάλτες και αϋπνίες. Η παθογένεια της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας στην ουραιμία παραμένει σκοτεινή. Η περιφερική νευροπάθεια είναι συχνή επιπλοκή της προχωρημένης ΧΝΑ. Εκδηλώνεται κλινικά με παραισθησίες, αδυναμία, διαταραχές της παλαισθησίας, κατάργηση των εν τω βάθει αντανακλαστικών, υπαισθησία και το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών. Μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα παραπάρεση με πλήρη αδυναμία μετακινήσεως. Επίσης έχουμε διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που εκδηλώνεται με ορθοστατική υπόταση, μειωμένη παραγωγή ιδρώτα και ανικανότητα στους άνδρες (Ulrich, Canale, Wendell, 1997).

Δερματολογικές Εκδηλώσεις:

Οι διαταραχές στο δέρμα οφείλονται στο συνδυασμό της αναιμίας, των διαταραχών της αιμοστάσεως (εκχυμώσεις και αιματώματα), των εναποθέσεων ασβεστίου και του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (κνησμός, εκδορές), την αφυδάτωση και γενικά τα αποτελέσματα της κακής διατροφής. Η χαρακτηριστική ωχροκιτρίνη χροιά του δέρματος των ουραιμικών αντικατοπτρίζει το συνδυασμό της επιδράσεως της αναιμίας και της εναποθέσεως ποικίλων χρωστικών μεταβολιτών, των ουροχρωμάτων. Στην προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια, η συγκέντρωση της ουρίας στον ιδρώτα μπορεί να φτάσει σε υψηλά επίπεδα και έτσι μετά την εξάτμιση είναι δυνατόν να παραμείνει μία λεπτή άσπρη σκόνη, ο ονομαζόμενος "ουραιμικός πάγος". Εναποθέσεις ασβεστίου παρουσιάζονται στον κερατοειδή και προκαλούν ταινιοειδή κερατοπάθεια ή στον επιπεφυκότα, με αποτέλεσμα υπεραιμία και ερυθρότητα των οφθαλμών (Ulrich, Canale, Wendell, 1997).

Αιματολογικές Διαταραχές:

Ασθενείς με προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζουν αιμορραγική προδιάθεση. Η εκτίμησή της γίνεται με την εξέταση του χρόνου ροής όπου μπορεί να υπάρχει ήπια θρομβοπενία. Διαταραχές στο χρόνο προθρομβίνης και στο χρόνο μερικής θρομβοπλαστίνης είναι σπάνιες και όταν υπάρχουν συνήθως υποδηλώνουν τη συνύπαρξη άλλων προβλημάτων. Η ανεπάρκεια της αιμοστάσεως στους ουραιμικούς ασθενείς είναι πολυπαραγοντική διαταραχή. Ορισμένες από τις ανωμαλίες που έχουν προσδιοριστεί αφορούν στα αιμοπετάλια, στο τοίχωμα των αγγείων, στην αλληλοεπίδραση μεταξύ αιμοπεταλίων και αγγειακού τοιχώματος και στην πρόσθετη επίδραση της αναιμίας στην πρωτοπαθή αιμόσταση. Η αναιμία αναπτύσσεται σχετικά νωρίς στην πορεία της ΧΝΑ και γίνεται κυρίαρχο στοιχείο όσο η νόσος εξελίσσεται, συμβάλλοντας σημαντικά στη συμπτωματολογία των ασθενών. Κλασικά η αναιμία είναι ορθόχρωμη και ορθοκυτταρική, εκτός εάν επιπλέκεται από συνυπάρχοντα προβλήματα όπως η έλλειψη σιδήρου, η έλλειψη φυλλικού ή η

τοξική δράση του αργιλίου λόγω χορηγήσεως δεσμευτικών του φωσφόρου που περιέχουν αργίλιο (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Η αναιμία είναι η πιο συχνή και σοβαρή αιματολογική διαταραχή. Ο βασικός παράγοντας στην αναιμία των ασθενών με ΧΝΑ είναι η μειωμένη παραγωγή ερυθροκυττάρων λόγω ανεπαρκούς παραγωγής ερυθροποιητίνης από τον πάσχοντα νεφρό. Συμβάλλουν ακόμα η παρουσία κυκλοφορούντων αναστολέων της ερυθροποίησης και η μειωμένη επιβίωση των ερυθροκυττάρων. Μεταβολές της κυτταρικής μεμβράνης και των ενδοκυτταρικών ενζύμων, που ανευρίσκονται στους ουραιμικούς, ευθύνονται για τη μειωμένη επιβίωση. Ο αριθμός των λευκοκυττάρων είναι φυσιολογικός και αυξάνει ανάλογα στις λοιμώξεις. Εν τούτοις, η φαγοκυτταρική ικανότητα των λευκοκυττάρων είναι διαταραγμένη. Ήπια λεμφοπενία παρατηρείται στους ασθενείς με ΧΝΑ και ο αριθμός των κυκλοφορούντων Τ κυττάρων είναι μειωμένος. Η δραστηριότητα των κατασταλτικών κυττάρων φαίνεται να είναι αυξημένη, ενώ των βοηθητικών είναι μειωμένη. Ο λόγος των T4 προς T8 λεμφοκυττάρων μπορεί να είναι μειωμένος. Τα αίτια αυτών των αλλαγών δεν είναι σαφή. Στους ασθενείς με ΧΝΑ έχουν βρεθεί διαταραχές και της χυμικής και της κυτταρικής ανοσίας, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ευαισθησία σε λοιμώξεις (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Εκδηλώσεις από το Κυκλοφορικό

Οι σοβαρότερες επιπλοκές της ΧΝΑ είναι η αρτηριακή υπέρταση. Παρατηρείται σε περισσότερο από το 80% των ασθενών με ΤΣΧΝΑ και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου, συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Αρκετοί παράγοντες προκαλούν αρτηριακή υπέρταση των ουραιμικών ασθενών και συμπεριλαμβάνουν:

- την κατακράτηση νατρίου και νερού,
- την αυξημένη δραστηριότητα του συστήματος ρενίνης - αγγειοτασίνης,
- την υπερβολική έκκριση αλδοστερόνης,
- τον αυξημένο τόνο του συμπαθητικού,

τη μειωμένη παραγωγή των αγγειοδιασταλτικών ορμονών και την υπερβολική απελευθέρωση του νατριουρητικού παράγοντα.

Ο παράγοντας που συμβάλει περισσότερο στην αρτηριακή υπέρταση των ουραιμικών είναι η κατακράτηση νατρίου και νερού (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια παρατηρείται συχνά στους ουραιμικούς ασθενείς. Η υπερφόρτωση με υγρά και ο αυξημένος ενδαγγειακός όγκος, που αποδίδονται στην κανονική διαιτητική πρόσληψη νατρίου και νερού σε έδαφος μειωμένης απεκκριτικής ικανότητας είναι χωρίς αμφιβολία η κύρια αιτία, αλλά η συσχέτιση της με την καρδιακή ανεπάρκεια δεν είναι απόλυτη. Συνηθέστερα τα αίτια είναι πολυπαραγοντικής προελεύσεως και η καρδιακή ανεπάρκεια είναι συνέπεια της αρτηριακής υπερτάσεως, της αναιμίας, των ηλεκτρολυτικών διαταραχών (υπερκαλιαιμία, υπασβεστιαίμια) και της οξέωσης. Έτσι, αν και η καρδιακή ανεπάρκεια ανταποκρίνεται στον διαιτητικό περιορισμό του νατρίου και τα διουρητικά, ο ρόλος των άλλων παραγόντων δεν πρέπει να υποεκτιμάται. Η μείωση της αρτηριακής πίεσεως και η διόρθωση της οξέωσης και της υπερκαλιαιμίας μπορεί να έχουν εντυπωσιακά ευεργετική δράση στη γενική κατάσταση των ασθενών, όπως και στην καρδιακή λειτουργία. Συχνά εμφανίζονται σημαντικές ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού, που είναι αποτέλεσμα των ηλεκτρολυτικών διαταραχών ή/και της στεφανιαίας νόσου. Η υπερκαλιαιμία, η υπομαγνησισαιμία, η υπασβεστιαίμια και η σοβαρή οξέωση είναι συνήθεις επιπλοκές της νεφρικής ανεπάρκειας και μπορεί να έχουν αιτιολογικό ρόλο στην γένεση των ανωμαλιών του καρδιακού ρυθμού (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Μετά τη χορήγηση διουρητικών μπορεί να εμφανιστεί υπομαγνησισαιμία και υποκαλιαιμία, που προδιαθέτουν σε τοξική δράση της δακτυλίτιδας. Η συχνότητα των αρρυθμιών αυξάνει με την παρουσία δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας ή στεφανιαίας νόσου. Στους ασθενείς με ΧΝΑ υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες αθηρωμάτωσης, όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία. Επίσης ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός με

εναποθέσεις ασβεστίου στα αγγεία μπορεί να συμβάλει στη διάχυτη αγγειακή νόσο σ' αυτούς τους ασθενείς (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Η ουραιμική περικαρδίτιδα σχετίζεται με την προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια και παρατηρείτο περίπου στους μισούς ασθενείς που πέθαιναν από ουραιμία πριν την εφαρμογή της εξωνεφρικής καθάρσεως. Είναι μια άσηπτη φλεγμονή με μικρή σχετικά ποσότητα υγρού με ινική. Παρουσιάζεται συχνά πόνος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και η περικαρδιακή τριβή μπορεί να προηγείται του πόνου, αλλά και να επιμένει μετά την υποχώρηση του (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Εκδηλώσεις από το Αναπνευστικό

Οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά πνευμονικό οίδημα, λόγω συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας και υπερφορτώσεως με υγρά. Στην ακτινογραφία εμφανίζονται ακτινολογικές σκιάσεις, που έχουν τη μορφή των πνευμονικών κυψελίδων. Δεν είναι ασύνηθες η ακτινολογική εικόνα να είναι πολύ περισσότερο έντονη από τα ευρήματα από την κλινική εξέταση και τα συμπτώματα του ασθενή. Ο δεξιός καθετηριασμός έχει δείξει ότι οι πιέσεις στα πνευμονικά αγγεία μπορεί να είναι φυσιολογικές και χαμηλότερες απ' ότι στις περιπτώσεις πνευμονικού οιδήματος από βαλβιδοπάθεια, γεγονός που οδηγεί στην υπόθεση της αυξημένης διαπερατότητας των πνευμονικών τριχοειδών στην νεφρική ανεπάρκεια. Επίσης, έχει βρεθεί και αυξημένη διαπερατότητα στο νάτριο. Τα δύο αυτά στοιχεία δείχνουν ότι η αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών των πνευμόνων συμβάλει στην ανάπτυξη του πνευμονικού οιδήματος (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Ο υπεραερισμός λόγω της οξέωσης ανοίγει κατά προτίμηση τις περιφερικές κυψελίδες και προλαμβάνει τη συγκέντρωση του υγρού περιφερικά. Επίσης, η οξέωση προκαλεί σύσπαση των περιφερικών αρτηριολίων του πνεύμονα και μπορεί έτσι να συμβάλει στις χαρακτηριστικές κεντρικές σκιάσεις. Ινώδης πλευρίτιδα, πλευριτικός πόνος και ήχος τριβής έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με ΧΝΑ. Όπως και στην περικαρδίτιδα, το υγρό μπορεί να είναι αιμορραγικό. Συνήθως η πλευρίτιδα και η περικαρδίτιδα συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή

(Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Εκδηλώσεις από τη Στοματική Κοιλότητα:

Οι ουραιμικοί ασθενείς εμφανίζουν ξηρότητα του στόματος, μεταλλική γεύση και απόπνοια ουρίας ή αμμωνίας υπάρχουν σχεδόν πάντα στην προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια. Αλλά και στοματίτιδα, ελκωτική ή μη ελκωτική, μπορεί επίσης να παρατηρηθεί, ιδίως σε παραμελημένες περιπτώσεις. Στην πρώτη τα έλκη, συνήθως διαμέτρου μικρότερης του ενός εκατοστού, ανευρίσκονται στο βλεννογόνο των ούλων, της μαλθακής υπερώας και στο φάρυγγα, είναι συνήθως επώδυνα και ενίοτε συνυπάρχουν με ουλορραγίες, ενώ στη μη ελκωτική μορφή ένα γκριζωπό εξίδρωμα καλύπτει τον υπεραϊμικό και ξηρό βλεννογόνο του στόματος. Και οι δύο αποδίδονται στο χημικό ερεθισμό από την αμμωνία και τα άλλα προϊόντα διασπάσεως της ουρίας του σιέλου από την ουρεάση. Επίσης λοιμώξεις από *Candida Albicans* ή άλλους μύκητες, καθώς και ιογενείς λοιμώξεις (π.χ. απλός έρπης), παρατηρούνται αρκετά συχνά. Οι στοματίτιδες από αυτούς τους λοιμογόνους παράγοντες μπορεί να επεκταθούν από την στοματική κοιλότητα προς το φάρυγγα και τον οισοφάγο. Στα παιδιά που εμφανίζουν νεφρική ανεπάρκεια πριν την ανάπτυξη της οδοντοφυΐας, η ουραιμία έχει ενοχοποιηθεί για υποπλασία της αδαμαντίνης και αποχρωματισμό των οδόντων (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Γαστρεντερικές Εκδηλώσεις της ουραιμίας:

Οι επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα είναι συνήθεις στη ΧΝΑ και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσουν την πρώτη ή τη μόνη διαταραχή. Η ανορεξία είναι συχνά το πρώτο και περισσότερο επίμονο σύμπτωμα και σύντομα ακολουθούν η ναυτία και οι εμετοί. Οι εμετοί παρουσιάζονται νωρίς το πρωί και είναι το περισσότερο επιβαρυντικό από αυτά τα συμπτώματα. Μπορεί να είναι τόσο σοβαροί, που να προκαλέσουν αιμορραγίες κάτω από τον επιπεφυκότα. Τα πρώιμα αυτά συμπτώματα φαίνεται να προέρχονται από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Με την εξέλιξη

της νεφρικής ανεπάρκειας, οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν γαστρίτιδα, δωδεκαδακτυλίτιδα, ειλεΐτιδα, κολίτιδα ή πρωκτίτιδα (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

Στις περισσότερες περιπτώσεις η παθολογοανατομική εξέταση του γαστρεντερικού συστήματος αποκαλύπτει ανωμαλίες του βλεννογόνου, που χαρακτηρίζονται από οίδημα, υπεραϊμία των τριχοειδών, αγγειοδυσπλασίες, πολλαπλές αβαθείς επιφανειακές εξελκώσεις και αιμορραγικές και νεκρωτικές βλάβες. Η αιμορραγική διάθεση της ουραιμίας και η παρουσία των εστιακών βλαβών ευθύνονται για τις αιμορραγίες από το γαστρεντερικό σύστημα που παρατηρούνται στους ουραιμικούς. Αν και η παθογένεια αυτών των βλαβών δεν έχει επακριβώς προσδιοριστεί, φαίνεται να σχετίζονται με τα επίπεδα της ουρίας στο αίμα. Η παγκρεατίτιδα που συχνά ανευρίσκεται στις νεκροτομές είναι σπάνια σημαντικό κλινικό πρόβλημα. Μέτρια αύξηση της αμυλάσης παρατηρείται συχνά στους ασθενείς με ΧΝΑ και θεωρείται δευτεροπαθής, λόγω της μειωμένης αποβολής της με τα ούρα (Urlich, Canale, Wendell, 1997).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ, ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζουν αυξημένη τιμή κρεατινίνης ορού ή τις διαταραχές στην εξέταση των ούρων, απευθύνονται πρώτα στον παθολόγο ή στο γενικό γιατρό. Το στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας και η έκταση της διερευνήσεως που έχει προηγηθεί ποικίλουν σημαντικά σ' αυτή τη φάση. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι σε σταθερή κατάσταση, γεγονός που επιτρέπει να ληφθεί λεπτομερές ιστορικό, να ακολουθήσει καλή κλινική εξέταση και να μελετηθούν προσεκτικά τα δεδομένα. Επιπρόσθετος έλεγχος μπορεί να απαιτηθεί για να καλυφθούν τα κενά και να τεκμηριωθεί η διάγνωση, ώστε να ληφθούν αποφάσεις για τη θεραπεία και την παρακολούθηση του ασθενή (Urlich, Canale, Wendell 1997).

Όταν ο κλινικός γιατρός θεωρεί πιθανή την ύπαρξη χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας θα πρέπει:

(α) να αποκλείσει την οξεία νεφρική ανεπάρκεια,

(β) να αναζητήσει την παρουσία αναστρέψιμων νεφρικών ή εξωνεφρικών

αιτίων που συμβάλλουν στη νεφρική βλάβη και είναι ανεξάρτητα της υποκείμενης νεφρικής νόσου και (γ) να διαγνώσει τη συγκεκριμένη νόσο. Ένδειξη χρονιότητας αποτελεί η διάρκεια των συμπτωμάτων για μήνες. Άλλοι παράγοντες που υποδηλώνουν χρονιότητα είναι:

- η νυκτουρία,
- η απουσία οξείας νοσήσεως παρά την παρουσία υψηλών τιμών ουρίας και κρεατινίνης,
- η αναιμία του τύπου της χρόνιας νόσου,
- η οστική νόσος,
- οι σεξουαλικές διαταραχές,
- η ωχροκίτρινη χροιά και η ξηρότητα του δέρματος,
- ο κνησμός,
- αλλοιώσεις στα νύχια,
- νευρολογικές διαταραχές και το μικρό μέγεθος των νεφρών στο υπερηχογράφημα.

Δυνητικά αναστρέψιμα αίτια επιδεινώσεως της νεφρικής λειτουργίας είναι μεταξύ άλλων η υποογκαιμία και ειδικότερα, η μείωση του δραστικού όγκου αίματος, οι λοιμώξεις, διάφορα φάρμακα, η υπερασβεστιαμία και η υπερουριχαιμία. Ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο οξείας επιδεινώσεως της νεφρικής λειτουργίας είναι οι ηλικιωμένοι και όσοι έχουν ιστορικό οξείας νεφρικής ανεπάρκειας ή προϋπάρχουσας χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Στους τελευταίους, ο κίνδυνος συσχετίζεται με τα επίπεδα της κρεατινίνης ορού, δηλαδή όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος. Παράγοντες κινδύνου είναι, επίσης, η αφυδάτωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, το πολλαπλούν μυέλωμα και η υπερχολερυθριναιμία (Urlich, Canale, Wendell 1997).

Μετά την αντιμετώπιση των δυνητικά αναστρέψιμων παραγόντων και τον προσδιορισμό της σταθερής νεφρικής ανεπάρκειας, ακολουθεί λεπτομερής διαγνωστική προσέγγιση του ασθενούς. Το ιστορικό μπορεί να αποκαλύψει συγγενή νεφρική πάθηση, που συμπεριλαμβάνει την ανάγκη θεραπείας υποκαταστάσεως της νεφρικής λειτουργίας σε μέλη της οικογένειας ή

συστηματικό νόσημα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια σπειραματονεφρίτιδα δεν έχουν ιστορικό οξέος νεφριτιδικού συνδρόμου, ενώ η νεφρική νόσος ως πρώτη εκδήλωση του σακχαρώδους διαβήτη είναι σπάνια. Οι πλειοψηφία των ασθενών με σπειραματικού επιπέδου πρωτεϊνουρία συνεχίζει να αποβάλλει μεγάλα ποσά πρωτεΐνης και σε προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια, αλλά η πρωτεϊνουρία μειώνεται σημαντικά στα τελικά στάδια (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1903).

Ασθενείς με εξελισσόμενη πρωτοπαθή διαμεσοσωληναριακή νεφρική νόσο, ειδικά κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση και νεφροπάθεια από αναλγητικά, μπορούν να αναπτύξουν δευτεροπαθή εστιακή σπειραματοσκλήρυνση με συνοδό σπειραματικού επιπέδου πρωτεϊνουρία, ως μέρος του συνδρόμου της προσαρμογής του νεφρώνα. Το υπερηχογράφημα των νεφρών είναι μια απλή και ασφαλής εξέταση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο βασικό έλεγχο. Όμως, σε ορισμένους ασθενείς, στους οποίους για την ειδική διάγνωση είναι αναγκαία η απεικόνιση των λεπτομερειών του πυελοκαλυκτικού συστήματος μπορεί να απαιτηθεί η διενέργεια ενδοφλέβιας πυελογραφίας και τότε θα πρέπει να συνεκτιμηθούν τα μειονεκτήματα της μεθόδου συμπεριλαμβανομένης και της νεφροτοξικότητας των σκιαγραφικών. Οι νεφρικοί λίθοι συνήθως αποκαλύπτονται με την απλή ακτινογραφία νεφρών - ουρητήρων - κύστεως ή το υπερηχογράφημα. Η νεφραγγειακής αιτιολογίας χρόνια νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζεται σε αυξανόμενο ποσοστό στους ηλικιωμένους ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση, διάχυτη αθηρωμάτωση και νεφρική ανεπάρκεια. Τέλος, η βιοψία νεφρού ενδείκνυται σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν το μέγεθος των νεφρών διατηρείται ικανοποιητικό.

Σκοπός της παρακολούθησής των ασθενών με ΧΝΑ είναι ο έλεγχος της εξέλιξής της προς το ΤΣΧΝΑ και η επιβράδυνση ή η αναστολή της, όπου είναι δυνατόν. Επίσης, επιβάλλεται η ανακάλυψη και η θεραπεία των επιπλοκών της ΧΝΑ και της πρωτοπαθούς νόσου, αλλά και η ανίχνευση της ενάρξεως των συμπτωμάτων της ουραιμίας για να προετοιμαστεί ο ασθενής για την εφαρμογή της θεραπείας υποκαταστάσεως της νεφρικής λειτουργίας, όταν αυτό κριθεί απαραίτητο. Η γνώση της φυσικής πορείας της υποκείμενης νόσου

θα επιτρέψει στις περισσότερες περιπτώσεις τη σωστή και αξιόπιστη πρόβλεψη της προσεγγίσεως του ΤΣΧΝΑ. Απ' όλες τις μορφές ΧΝΑ, η εξέλιξη είναι ταχύτερη στις περιπτώσεις με τη μικρότερη κάθαρση κρεατινίνης κατά τη διάγνωση και όταν υπάρχει βαρεία πρωτεϊνουρία. Η κρεατινίνη και η ουρία ως δείκτες της νεφρικής λειτουργίας είναι αυξημένες στην ΧΝΑ. (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1903)

ΒΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η θεραπεία της ΧΝΑ περιλαμβάνει:

- τη συντηρητική αντιμετώπιση
- την αντιμετώπιση των αναστρέψιμων αιτιών της νεφρικής λειτουργίας
- παρεμπόδιση ή επιβράδυνση της προόδου της νεφρικής ασθένειας
- επεξεργασία των επιπλοκών της νεφρικής δυσλειτουργίας
- και την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) ή μεταμόσχευση νεφρού (http://www.neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html).

Η συντηρητική αντιμετώπιση της ΧΝΑ ενδείκνυται σε ασθενείς που διατηρούν σχετικά ικανοποιητικό βαθμό νεφρικής λειτουργίας και περιλαμβάνει την εφαρμογή ειδικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς αιτίας, την ανεύρεση και αποκατάσταση των δυνητικά αναστρέψιμων αιτιών επιδεινώσεως της νεφρικής λειτουργίας, τον έλεγχο του ρυθμού εξελίξεως της νεφρικής βλάβης, και την αντιμετώπιση των επιπλοκών της ουραιμίας. Σε αναπτυγμένες χώρες, στις περισσότερες περιπτώσεις αναστρέψιμης επιδεινώσεως της νεφρικής λειτουργίας, η νεφρική βλάβη συσχετίζεται με τη χρήση νεφροτοξικών φαρμάκων (αμινογλυκοσίδες, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα κ.α.) και σκιαγραφικών μέσων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αφυδάτωση μπορεί να συνυπάρχει ως υποβοηθητικός παράγοντας, ενώ ο ειδικός νεφρολόγος συνήθως ενημερώνεται με σημαντική καθυστέρηση. Η καλύτερη μέθοδος για την πρόληψη αυτών των καταστάσεων είναι η σωστή εκπαίδευση των γιατρών στη ρύθμιση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών

και η ενημέρωση τους για τους κινδύνους από τη χρήση διαφόρων φαρμάκων και τις ομάδες των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο οξείας επιδεινώσεως της νεφρικής λειτουργίας. Βασικές αρχές πρόληψης είναι οι εξής:

-Πρώτον, κατά το δυνατόν πρέπει να αποφεύγεται η συνταγογράφηση νεφροτοξικών φαρμάκων, ιδίως στους ηλικιωμένους και τους πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

-Δεύτερον, θα πρέπει να μεσολαβεί σημαντικό χρονικό διάστημα μεταξύ των διαφόρων επιβαρύνσεων.

-Τρίτον, η ενυδάτωση του ασθενή θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα και το ενδεχόμενο της αφυδατώσεως δεν πρέπει να αγνοείται, ιδίως στους ηλικιωμένους. Τέλος, συνιστάται παρακολούθηση του σωματικού βάρους και του ημερήσιου ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών (http://www.neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html).

Η γνήσια υποογκαιμία χαρακτηρίζεται από απώλεια ενδαγγειακού και εξωκυπαρίου υγρού και έχει ως αποτέλεσμα δίψα, φυσικά σημεία αφυδατώσεως και μείωση του ρυθμού σπειραματικής διηθήσεως. Η άμεση διόρθωση του όγκου, είτε από το στόμα, είτε ενδοφλεβίως, είναι αναγκαία για την αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και την πρόληψη νεφρικής βλάβης. Η μείωση του δραστικού όγκου αίματος μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας λόγω ανεπαρκούς σπειραματικής διηθήσεως. Ο εξωκυττάριος όγκος μπορεί να είναι φυσιολογικός ή και αυξημένος. Στα αίτια μείωσης του δραστικού όγκου αίματος περιλαμβάνονται η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και υπολευκωματιναιμικές καταστάσεις (κίρρωση του ήπατος, νεφρωσικό σύνδρομο) (http://www.neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html).

Η θεραπεία των ασθενών με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει να έχει συγκεκριμένους στόχους. Πρώτος στόχος είναι η βελτίωση της λειτουργίας των κοιλιών είτε με ινότροπη διέγερση, είτε με τροποποίηση του προφορτίου και του μεταφορτίου, προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποιητικό κλάσμα εξωθήσεως. Ο δεύτερος στόχος είναι η μείωση της πίεσεως

πληρώσεως της καρδιάς, ώστε να βελτιωθεί η λειτουργική ικανότητα του ασθενή και η ποιότητα ζωής. Ο τρίτος στόχος, ο οποίος επιτυγχάνεται μέσω ορισμένων νέων θεραπευτικών τεχνικών, είναι η βελτίωση της επιβιώσεως του ασθενή. Η ακριβής προσέγγιση στη θεραπεία κάθε συγκεκριμένου ατόμου εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από τα ειδικά αίτια και τα παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά (http://www.neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html).

Οι ουρολοιμώξεις αποτελούν σπανία αιτία επιδεινώσεως της νεφρικής λειτουργίας, όταν δεν συνοδεύονται από κώλυμα στη ροή των ούρων λόγω ουρολογικών ή νευρολογικών αιτιών, με εξαίρεση τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Εάν υπάρχει υποψία ουρολοιμώξεως, θα πρέπει να γίνεται μικροσκοπική εξέταση των ούρων και να λαμβάνεται ουροκαλλιέργεια από το μέσο της ουρήσεως. Θα πρέπει, επίσης, να γίνεται έλεγχος για προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως είναι η νεφρολιθίαση, η λιθίαση της ουροδόχου κύστεως και η χρόνια προστατίτιδα στους άνδρες. Οι λοιμώξεις είναι συχνότερες στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, λόγω των διαταραχών της κυτταρικής και της χυμικής ανοσίας που αυτή συνεπάγεται. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να προδιαθέτουν σε λοιμώξεις είναι η οξέωση, η κακή ρύθμιση του σακχάρου στους διαβητικούς ασθενείς, η ανεπαρκής διατροφή, οι βλάβες των βλεννογόνων και η χρήση ορισμένων φαρμάκων. Οι λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν περαιτέρω μείωση της νεφρικής λειτουργίας όταν επιπλέκονται από υποογκαιμία και σηπτικό shock. Δυστυχώς, η διάγνωση μπορεί να είναι δυσκολότερη στους ουραιμικούς, αφού σ' αυτούς η άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να είναι μικρή ή οι ασθενείς αυτοί να μην παρουσιάζουν καθόλου πυρετό (http://www.neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html).

Η ταχεία μείωση της νεφρικής λειτουργίας μπορεί να είναι το πρώτο σημείο αποφράξεως και συνοδού ουρολοιμώξεως, στην οποία και προδιαθέτει. Η θεραπεία έγκειται στην ταχεία άρση του κωλύματος, αφού συχνά, το ενδεχόμενο αποκαταστάσεως της νεφρικής λειτουργίας είναι αντιστρόφως ανάλογο προς τη διάρκεια της αποφράξεως. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να

δοθεί στις περιπτώσεις μετα-αποφρακτικής πολυουρίας, η οποία μπορεί να συμβεί μετά την άρση κωλύματος. Η πολυουρία αυτή συνοδεύεται από την αποβολή μεγάλων ποσοτήτων νατρίου, καλίου, μαγνησίου και άλλων ηλεκτρολυτών. Αν και συνήθως είναι αυτοπεριοριζόμενη, οι απώλειες των ηλεκτρολυτών και του ύδατος μπορεί να είναι σημαντικές και να οδηγήσουν σε υποκαλιαιμία, ή υπερνατρίαίμια, υπομαγνησιαίμια και / ή μείωση του εξωκυτταρίου υγρού και περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια. Η υπερασβεστιαίμια, είτε αυτόματη, είτε ως αποτέλεσμα θεραπείας με βιταμίνη D μπορεί να προκαλέσει αιφνίδια επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Αυτό μπορεί, ως ένα βαθμό, να είναι το αναστρέψιμο αποτέλεσμα υποογκαιμίας που προκαλείται από ναυτία, εμετούς και πολυουρία. Μη αναστρέψιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας μπορεί να προκληθεί από νεφρασβέστωση. Η υπερουριχαιμία που συνοδεύει τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια δεν χρειάζεται θεραπεία αν δεν υπάρχουν συμπτώματα ουρικής αρθρίτιδας. Εντούτοις, εάν ένας ασθενής με σημαντική υπερουριχαιμία αφυδατωθεί, μπορεί να προκληθεί σωληναριακή απόφραξη από εναποθέσεις κρυστάλλων ουρικού οξέος. Αυτό μπορεί να προληφθεί με ικανοποιητική πρόσληψη υγρών (http://www.neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html).

Οι υπάρχουσες μελέτες υποδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο της αντιπερτασικής αγωγής στην επιβράδυνση του ρυθμού εξέλιξης της νεφρικής βλάβης. Η συστηματική αρτηριακή πίεση θα πρέπει να ελέγχεται για να μειωθεί και ο κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο αλλά και ο ρυθμός εξέλιξης της νεφρικής βλάβης. Η ιδανική ρύθμιση δεν έχει ακόμα επακριβώς προσδιοριστεί, όμως σε ασθενείς με πρωτεϊνουρία μεγαλύτερη από 1 g/ημερησίως, ικανοποιητική ρύθμιση θεωρούνται τα επίπεδα 125 / 75 mm Hg, ενώ σε ασθενείς χωρίς πρωτεϊνουρία τα επίπεδα 135 / 85 mm Hg. Σε ότι αφορά τις πρωτεΐνες της τροφής, τα οφέλη από τον περιορισμό τους παραμένουν γενικά ασαφή, αφού απαιτούνται μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας από τις υπάρχουσες. Προς το παρόν συνιστάται δίαιτα που περιέχει λεύκωμα 0,60 έως 0,75 g/kg σωματικού βάρους ημερησίως, αν και παραμένουν σημαντικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν (σε ποιο επίπεδο νεφρικής ανεπάρκειας

πρέπει να αρχίσει ο περιορισμός των πρωτεϊνών; ισχύουν οι ίδιες δίαιτες και για τα δύο φύλα; ποιο είδος πρωτεΐνης είναι καλύτερο; κ.λπ.) (http://www.neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html).

Η μείωση των πρωτεϊνών της τροφής συνιστάται και ως μέτρο μείωσης των ουραιμικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια. Τέλος, σε ότι αφορά την σημασία της υπερλιπιδαιμίας στην παθογένεια της εξελισσόμενης νεφρικής ανεπάρκειας, τα στοιχεία είναι ανεπαρκή, αν και υπάρχουν δεδομένα που υποδεικνύουν πιθανό ρόλο της υπερχοληστεριναιμίας. Συνιστάται κατ' αρχάς μείωση της πρωτεϊνουρίας αφού αυτή συμβάλει στην υπερλιπιδαιμία. Επίσης, λαμβάνοντας υπ' όψη την υψηλή επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς με εξελισσόμενη νεφρική νόσο, φαίνεται σωστό να μειώνεται ο βαθμός της υπερλιπιδαιμίας, ειδικά στους ασθενείς με αθηρωματικό λιπιδαιμικό προφίλ. Στην συντηρητική αγωγή περιλαμβάνεται η δίαιτα του ασθενούς σύμφωνα με τις τιμές των ηλεκτρολυτών, τα χημικά επίπεδα αίματος και την κλινική κατάσταση του αρρώστου. Στόχος της διατροφικής αντιμετώπισης είναι: Ο βασικός στόχος της διατροφικής αντιμετώπισης της ΧΝΑ είναι:

1. Η καλή διατροφική κατάσταση του ασθενούς έτσι ώστε να πληρούνται στον οργανισμό του όσο το δυνατόν σε σωστές ποσότητες, πρωτεϊνών, υδατανθράκων, λιπών, βιταμινών, μετάλλων, ιχνοστοιχείων.
2. Η επιβράδυνση της εξέλιξης της ασθένειας
3. Η εξισορρόπηση των μεταβολικών διαταραχών στον οργανισμό του ασθενούς (http://www.neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Γενική αίματος, ΤΚΕ
- Ουρία, κρεατινίνη, κάθαρση κρεατινίνης
- Ηλεκτρολύτες (κάλιο, νάτριο, ασβέστιο ορού)
- Αέρια αίματος (έλεγχος για μεταβολική οξέωση)

- Γενική ούρων
- Μικροσκοπική εξέταση ούρων (αναζήτηση κυλίνδρων, ερυθρών αιμοσφαιρίων κλπ)
- Νάτριο και ωσμωτικότητα ούρων (διαφορική διάγνωση προνεφρικής ΟΝΑ από άλλα ΟΝΑ)
- Ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ
- Απλή ακτινογραφία κοιλίας (αναζήτηση λιθίασης) ή νεφρασβέστωση
- Υπερηχογράφημα νεφρών (εκτίμηση μεγέθους και ηχομορφολογίας νεφρών, αποκλεισμός αποφρακτικής ουροπάθειας)
- Ισοτοπικό νεφρόγραμμα (DTPA) (εκτίμηση λειτουργίας νεφρών)
- Ενδοφλέβια πυελογραφία (έλεγχος λιθίασης, οπισθοπεριτοναϊκής ίνωσης)
- Κυστεογραφία
- Αξονική τομογραφία κοιλίας (έλεγχος για παρουσία όγκων, κύστεων, οπισθοπεριτοναϊκής ίνωσης)
- Αγγειογραφία νεφρικών αρτηριών (έλεγχος βατότητας νεφρικών αγγείων)
- Βιοψία νεφρού (σπάνια απαιτείται σε ασθενής με ΟΝΑ. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις με ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα, όπου συνήθως υπάρχουν παθολογικά ευρήματα στη μικροσκοπική εξέταση του ιζήματος των ούρων).
- Μαγνητική τομογραφία σε ασθενείς που δεν μπορούν να λάβουν ενδοφλέβια χορήγηση του σκιαγραφικού. (Urlich, Canale, Wendell 1997)

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: ΤΕΧΝΗΤΟΣ ΝΕΦΡΟΣ. ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ.

Ο τεχνητός νεφρός ή αιμοκάθαρση βασικά χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις ΧΝΑ, χωρίς να αποκλείετε περιστασιακά και η αντιμετώπιση ΟΝΑ. Ο τεχνητός νεφρός είναι ειδικό μηχάνημα με το οποίο επιτελείται ένας πολύπλοκος και πολυδάπανος τύπος θεραπείας. Η φυσική αρχή που χρησιμοποιείται στο ειδικό αυτό μηχάνημα που λέγεται τεχνητός νεφρός είναι ίδια με την περιτοναϊκή κάθαρση. Διαφέρει κατά το ότι χρησιμοποιείται τεχνητή και όχι φυσική μεμβράνη. Το αίμα του αρρώστου από την κερκιδική αρτηρία, στην οποία έχει ήδη γίνει μία αρτηριοφλεβώδης αναστόμωσης (φίστουλα), ωθείται μέσα σε μια διυλυτική μεμβράνη, ενώ υπάρχει το διυλυτικό υγρό που ρέει έξω από τη μεμβράνη. Τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού, νερό, ηλεκτρολύτες περνούν ελεύθερα μέσα από τους πόρους της μεμβράνης από το αίμα προς το διυλυτικό υγρό (http://www.onhealth.gr/portal/eipf/Greece/portal/patient/diagnosis_2nd_submenu).

Σήμερα πολλά νοσοκομεία και κλινικές, διαθέτουν μονάδες τεχνητού νεφρού κατάλληλα οργανωμένες και εξοπλισμένες, με εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όπου γίνεται η αιμοκάθαρση συνήθως 2-3 φορές την εβδομάδα ή και περισσότερο ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου. Η λειτουργικότητα των νεφρών στις περιπτώσεις αυτές της ΧΝΑ είναι πολύ χαμηλή, όπως αναφέρεται παραπάνω, γι' αυτό ο άρρωστος είναι εξαρτημένο από τον τεχνητό νεφρό ισόβια, κάμνοντας την αιμοκάθαρση.

Η περιτοναϊκή κάθαρση ή πλύση χρησιμοποιείται συνήθως σε οξείες καταστάσεις, όπως οξεία ανουρία από χορήγηση ασύμβατου αίματος, βαρύ shock κ.ά. Αντιμετωπίζεται όμως και μία ΧΝΑ μέχρις ότου ο άρρωστος ακολουθήσει πρόγραμμα τεχνητού νεφρού. Η περιτοναϊκή πλύση προσφέρεται περισσότερο σε άτομα ηλικιωμένα και παιδιά όπως και η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (http://www.onhealth.gr/portal/eipf/Greece/portal/patient/diagnosis_2nd_submenu).

Η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση προσφέρεται για όλους τους αρρώστους με ΧΝΑ. Πρακτικά όμως θα πρέπει να υπάρχουν δύο βασικές προϋποθέσεις :

- Να το θέλει ο άρρωστος και να συνεργάζεται με τους επαγγελματίες υγείας που τον παρακολουθούν, διότι γίνεται από τον ίδιο τον άρρωστο στο σπίτι του.
- να κρίνει ο γιατρός ότι ο άρρωστος είναι κατάλληλος για θεραπεία με ΣΦΠΚ (http://www.onhealth.gr/portal/eipf/Greece/portal/patient/diagnosis_2nd_submenu).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΘΕ ΜΕΘΟΔΟΥ

ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Πλεονεκτήματα:

- Μαθαίνεται εύκολα,
- Φροντίζετε τον εαυτό σας στο σπίτι σας,
- Ανεξαρτησία και έλεγχος της θεραπείας,
- Ευέλικτο σχήμα θεραπείας,
- Λιγότερο αυστηρή δίαιτα σε σύγκριση με τη αιμοκάθαρση,
- Τακτικές επισκέψεις στο νοσοκομείο (συνήθως μία φορά το μήνα),
- Δε χρειάζονται βελόνες για την θεραπεία,
- Επιτρέπει καλό έλεγχο της πίεσης σε σχέση με την Αιμοκάθαρση,
- Λιγότερη επιβάρυνση στο σώμα,
- Προσφέρει μια καλή ποιότητα ζωής (Urlich, Canale, Wendell 1997).

Μειονεκτήματα:

- 3-5 αλλαγές κάθε μέρα,
- Μόνιμος περιτοναϊκός καθετήρας,
- Κάποιος κίνδυνος επιμόλυνσης,
- Χρειάζεται χώρος στο σπίτι για την αποθήκευση υλικού.

Επιπλοκές:

Περιτονίτιδα

Πόνος

Ορθοστατική υπόταση (Urlich, Canale, Wendell 1997).

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Πλεονεκτήματα:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί τη θεραπεία,
- Έχετε την ασφάλεια ότι ειδικευμένοι άνθρωποι σας φροντίζουν,
- Δεν χρειάζεται εξοπλισμός στο σπίτι,
- Η αιμοκάθαρση γίνεται συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα,
- Έχετε τακτικές συναντήσεις με άλλους ασθενείς και με την ιατρική ομάδα (Urlich, Canale, Wendell 1997).

Μειονεκτήματα:

- Πρέπει να πηγαίνετε στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα,
- Καθορισμένο πρόγραμμα για την αιμοκάθαρση,
- Χρειάζεται μηχάνημα,
- Τοποθέτηση δύο βελονών σε κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης,
- Μπορεί να αισθάνεστε κούραση και αδυναμία μετά την αιμοκάθαρση,
- Άχρηστες ουσίες μαζεύονται στο σώμα σας από τη μία συνεδρία μέχρι την επόμενη,
- Περιορισμός στη δίαιτα και πρόσληψη υγρών,
- Χρειάζεται μόνιμη φίστουλα,
- Χρειάζεται μια μικρή επέμβαση για να δημιουργηθεί η φίστουλα (Urlich, Canale, Wendell 1997).

Επιπλοκές:

Υπόταση

Υπέρταση (σπάνια)

Αρρυθμίες

Προκάρδιο άλγος
Κράμπες
Αλλεργική αντίδραση
Κνησμός (Ulrich, Canale, Wendell 1997).

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Πλεονεκτήματα:

- Δεν χρειάζεται κάθαρση,
- Δεν χρειάζεται πρόσβαση,
- Πλησιάζει στη φυσιολογική λειτουργία του νεφρού,
- Μπορείτε να έχετε μια κανονική ζωή,
- Πολύ μικρός περιορισμός στη δίαιτα και στην πρόσληψη υγρών,
- Ευέλικτες επισκέψεις στο νοσοκομείο (Ulrich, Canale, Wendell 1997).

Μειονεκτήματα:

- Κίνδυνοι μιας μεγάλης επέμβασης,
- Υπάρχει κίνδυνος το σώμα να απορρίψει το νεφρό,
- Πρέπει να παίρνετε ανοσοκατασταλτικά φάρμακα εφ' όρου ζωής,
- Τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από τα φάρμακα,
- Μείωση της άμυνας του οργανισμού σε άλλες αρρώστιες (Ulrich, Canale, Wendell 1997).

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση θεωρούνται υψηλού κινδύνου για λοιμώξεις γιατί η διαδικασία της αιμοκάθαρσης απαιτεί ενδαγγειακή πρόσβαση για παρατεινόμενο χρονικό διάστημα και είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά επεισόδια. Οι ανοσολογικές διαταραχές των ασθενών αυτών σε συνδυασμό με την κακή θρέψη και την παρουσία άλλων νοσημάτων (σακχαρώδη διαβήτη ή χρόνια ηπατίτιδα) αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων του αναπνευστικού (φαρυγγίτιδα,

ωτίτιδα, βρογχίτιδα) του ουροποιητικού ή του γαστρεντερικού (γαστρίτιδα, δωδεκαδακτυλίτιδα).

Το πρόβλημα των λοιμώξεων στο νεφρολογικό χώρο σήμερα και ιδιαίτερα στο χώρο της αιμοκάθαρσης και της ΣΦΠΚ είναι πολύ μεγαλύτερο ως εκ της φύσεως των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που εκτελούνται σε αυτές όπως :

- Οι πολλές φλεβοκεντήσεις
- Η εξωσωματική κυκλοφορία του αίματος και η συχνότητά της
- Η ανοσιακή έκπτωση σε ασθενείς με ΧΝΑ
- Λοιμώξεις του σημείου εισόδου των αγγειακών καθετήρων και άλλα.
- Ενήλικες οι οποίοι, λόγω της φύσης της εργασίας τους, έρχονται σε επαφή με πάσχοντες από λοιμώδη νοσήματα, κινδυνεύουν να προσβληθούν και να τα μεταδώσουν και σε άλλους.
- Τυχαίος ενοφθαλμισμός με μολυσμένο αίμα ή άλλα σωματικά υγρά μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές λοιμώξεις:

-Ιός Ηπατίτιδας Β (HBV)

-Ιός Ηπατίτιδας C (HCV)

- Ιός Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV)

(http://www.medlook.net.cy/printarticle.asp?item_id1437)

ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ΧΝΑ είναι χρόνια νόσος που επηρεάζει την ζωή των ασθενών. Θεραπεία δεν υπάρχει εκτός από τη μεταμόσχευση, η οποία δεν είναι τόσο απλή υπόθεση γιατί δεν υπάρχουν δότες και αν υπάρξουν πρέπει να είναι ιστοσυμβατοί με τους δέκτες. Έτσι οι ασθενείς υποβάλλονται σε κάποια μέθοδο υποκατάστασης, όπως η αιμοδιαδιήθηση και η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου. Πολλές φορές αναγκάζονται να αλλάξουν τρόπο ζωής, επάγγελμα, συνήθειες, τόπο διαμονής και είναι εξαρτημένοι από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης. Με αυτό τον τρόπο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Ο άνθρωπος ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα επιχειρεί μια διασύνδεση μεταξύ εσωτερικού και εξωτερικού κόσμου. Δεν υπάρχει ομοφωνία στον ορισμό της έννοιας «ποιότητα ζωής». Η δυσκολία στην οριοθέτηση της έγκειται στο γεγονός ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί πολυπαραγωγική έννοια. Ξεκινά από το αίσθημα φυσικής ευεξίας, από την ικανότητα σκέψης και κατανόησης, προχωρά στη δυνατότητα να έχει κανείς καλές σχέσεις με το περιβάλλον του και να συμμετέχει σε αυτό και φτάνει μέχρι τη δυνατότητα απόκτησης αγαθών πέρα από τα απαραίτητα προς το ζην και τη δυνατότητα ευημερίας. Έννοιες όπως εκπλήρωση προσωπικών στόχων και επιλογών, ευτυχία ή ικανοποίηση, χρησιμότητα στην κοινωνία και άλλες, αποτελούν προσπάθειες προσέγγισης σε αυτό που οι ασθενείς ονομάζουν ποιότητα ζωής. Η λέξη «ποιότητα» σημαίνει το βαθμό τελειότητας ενός πράγματος, ενώ ως «ζωή» ορίζεται η ικανότητα λειτουργίας και ανάπτυξης των οργανισμών. Έτσι, ως ποιότητα ζωής ορίζουμε τον βαθμό της αξίας της ζωής των ατόμων. Είναι η ποιότητα του τρόπου που ο καθένας λειτουργεί στην κοινωνία και του τρόπου με τον οποίο βιώνει τα γεγονότα που χαρακτηρίζουν την ύπαρξη της ανθρώπινης ζωής. (Αποστόλου, Guyatt G., Hopkins A.)

Οι πρώτες αναφορές στην ποιότητα ζωής έχουν γίνει από τον Πλάτωνα ο οποίος περιγράφει ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής συγκρίνοντας την με την ποσότητα.

Η ποιότητα ζωής, ως όρος, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο και από τότε έχει οριστεί με πολλούς και διάφορους τρόπους. Συνήθως, ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία

γίνεται αντιληπτή είτε ως οι αντικειμενικοί παράγοντες της ζωής ενός ατόμου, είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής ενός ατόμου ή ως συνδυασμός και των δύο αντιλήψεων. Η συμβολή της Ψυχολογίας, της Οικονομίας και της Κοινωνιολογίας εμπλούτισαν το εννοιολογικό περιεχόμενο και βελτίωσαν τη μεθοδολογία προσέγγισης και εκτίμησης της ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά, η έννοια της ποιότητας ζωής ούτε εύκολα ορίζεται ούτε εύκολα αποσαφηνίζεται. Αν και οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής είναι τελικά υποκειμενική, άλλοι εκτιμούν ότι οι αντικειμενικοί παράγοντες είναι ίσης σημασίας. Αρκετοί θεωρούν ότι πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η πολυδιάστατη υπόσταση της ποιότητας ζωής δεν αποκλείει την έκφρασή της σε μία και μόνη διάσταση.

Ο Hornquist (1982), θεωρεί ότι η ποιότητα ζωής έχει σχέση με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής. Ο Lewis (1982) αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής καθορίζεται από το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει αυτοεκτίμηση, στόχους στη ζωή και ελάχιστο άγχος. (<http://www.epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-spot.5329.html>).

Ο Renwick and Brown (1996) υποστηρίζουν ότι για κάθε άτομο η ποιότητα ζωής γίνεται αντιληπτή μέσω χαρακτηριστικών, που σχετίζονται με την ύπαρξη του αισθήματος των αναγκών και με τις δυνατότητες προσωπικής ολοκλήρωσης.

Μελετώντας την ποιότητας ζωής ο Schalock (2004) υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής είναι σύνθετη έννοια με τις εξής 8 βασικές διαστάσεις:

- Συναισθηματική ευημερία
- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Υλικό ευ ζην
- Προσωπική ανάπτυξη
- Φυσικό ευ ζην
- Αυτοπροσδιορισμός
- Κοινωνική ένταξη
- Δικαιώματα

<http://www.mednet.gr/archives/2001-3/239per.html>

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Ως συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γενικά αναγνωρίζεται «η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του».

Στην έννοια της συσχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής περιλαμβάνονται όροι όπως η λειτουργική ικανότητα, η κατάσταση υγείας, το ευ ζειν και η λειτουργική κατάσταση του ατόμου (functional ability, health status, well being, functional status).

Γενικά θεωρούμε ότι η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις ή παράγοντες.

1. Τη σωματική διάσταση που περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις καθημερινές δραστηριότητες, την ικανοποίηση με την υγεία και τις νύχτες νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο,
2. τη συναισθηματική διάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, την ικανοποίηση από τη ζωή και
3. την κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει τη συζυγική και κοινωνική προσαρμογή και την επαγγελματική προσαρμογή.

<http://www.psnrenal.gr/old/periodiko/29/anemia/piotita.htm>

Το 1995, οι Wilson και Cleary μελέτησαν τις αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων επιπέδων των σωματικών δυσλειτουργιών, συμπτωμάτων και λειτουργικών περιορισμών με την επιδείνωση της ποιότητας ζωής. Διαπίστωσαν ότι δεν υπήρξε άμεση σχέση μεταξύ του βαθμού έντασης των συμπτωμάτων ή των δυσλειτουργιών με τη μείωση της ποιότητας ζωής. Οι αντιλήψεις για την υγεία, οι υποκειμενικές μετρήσεις της ευεξίας, η ικανοποίηση από τη ζωή φαίνεται να μην είναι άμεσα αναλογικές και εξαρτώμενες από τα συμπτώματα ή τους λειτουργικούς περιορισμούς. Οι

επιδράσεις των σωματικών δυσλειτουργιών, μέσω των συμπτωμάτων και των λειτουργικών περιορισμών, στην ποιότητα ζωής τροποποιούνται και μεταβάλλονται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Όμως, δεν είναι γνωστό με ποιους μηχανισμούς οι μη βιολογικοί παράγοντες τροποποιούν και μεταβάλλουν τις επιδράσεις των σωματικών δυσλειτουργιών στην ποιότητα ζωής. Ορισμένα θεωρητικά μοντέλα έχουν προταθεί, από τα οποία άλλα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες και άλλα στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ο Barofsky προτείνει την ψυχογνωστική νοητική διαδικασία και ο Guarnaccia την κοινωνικοπολιτισμική διαδικασία (κανόνες αξίας κ.ά.).(Θεοδώρου, Σαρρής, Σουλής 1997).

Εξ ορισμού μια ασθένεια που απευθύνεται σε χρόνιους ασθενείς δεν αποσκοπεί στην ίαση αλλά κυρίως στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη διατήρηση μιας αξιοπρεπούς ποιότητας της υπόλοιπης ζωής τους. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον όσον αφορά την ποιότητα ζωής που προσφέρεται στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και βρίσκονται σε κάποιου είδους συνεχούς αγωγής και παρακολούθησης.

Το ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας ζωής δεν ανήκει μόνο στους διαχειριστές της υγείας, οι οποίοι ενδιαφέρονται κυρίως για την κλινική αποτελεσματικότητα και το κόστος μιας παρεχόμενης θεραπείας, αλλά και στους ίδιους τους ασθενείς, που τουλάχιστον στα ανεπτυγμένα κράτη ενδιαφέρονται, όχι μόνο για την επιβίωση τους αλλά και για την ποιότητα αυτής της επιβίωσης και την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο με τις λιγότερες παρενέργειες (Αποστόλου και συν. 2000).

Ένας ακόμη εμφανής λόγος στροφής προς την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και όχι της επιβίωσης ως στόχου του θεραπευτικού αποτελέσματος είναι ότι αρκετές θεραπευτικές παρεμβάσεις προκαλούν συχνά προβληματικές ανεπιθύμητες ενέργειες και λειτουργικές επιπτώσεις, ενώ και το κόστος των πολλών θεραπειών έχει γίνει πλέον δυσβάσταχτο για πολλά συστήματα υγείας.

Συνεπώς οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής αποτελούν πλέον απαραίτητο εργαλείο και βασικό σημείο κατάληξης ενός θεραπευτικού αποτελέσματος σε

πολλές καταστάσεις και μάλιστα θα πρέπει να αποτιμάται και η ίδια η άποψη του ασθενούς γι' αυτήν.

Το ενδιαφέρον για το είδος της ποιότητας ζωής που προσφέρεται, ισχύει φυσικά και για τη φροντίδα των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου.

Η ιατρική δεν μπορεί από μόνη της να ορίσει την ποιότητα ζωής κάποιου. Μπορεί μόνο να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν την κατάσταση υγείας που θα τους επιτρέψει να καλλιεργήσουν την τέχνη της ζωής, αλλά με το δικό τους τρόπο. Πάντως, στη βιβλιογραφία διαπιστώνεται μια κάποια σύγχυση μεταξύ της έννοιας της ποιότητας ζωής και της ποιότητας ζωής σε σχέση με την κατάσταση υγείας ενός ατόμου, σύγχυση που δημιουργήθηκε όταν, με την έναρξη των μετρήσεων της ποιότητας ζωής, επιχειρήθηκε ο καθορισμός μιας αριθμητικής τιμής στη ζωή των ατόμων, όπως αυτή τροποποιήθηκε στην πορεία του χρόνου από αναπηρίες, νοσήματα, θεραπευτικές παρεμβάσεις ή στρατηγικές πολιτικής υγείας. Η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου έχει όμως σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής του και έτσι οι δυο αυτές έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες. Κατ' αυτόν τον τρόπο η αναφορά στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα είναι συνήθως αναφορά στη σχετιζόμενη με την κατάσταση υγείας ποιότητα ζωής, εκτός αν αυτή προσδιορίζεται διαφορετικά (Guyatt G.,Flowher et al., Higginson et al.1992).

ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

Όλες οι θεωρίες οι οποίες αναφέρονται στην ποιότητα ζωής, έχουν συμβάλει σημαντικά στον εννοιολογικό προσδιορισμό της, αλλά δεν μας παρέχουν κάποιο θεωρητικό πλαίσιο για να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς με τους οποίους η αρρώστια επιδρά στην ποιότητα ζωής. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών (ΚΠΛ) (social production functions theory) μας βοηθάει να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς αυτούς. Η θεωρία αυτή αναγνωρίζει ότι η υγεία είναι μόνο ένας από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, μεταξύ άλλων παραγόντων που ενυπάρχουν στους διάφορους τομείς της ζωής (κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς, ψυχολογικούς). Η ποιότητα ζωής, με βάση αυτή τη θεωρία, είναι η ψυχολογική

(συναισθηματική) ευεξία, η οποία προϋπάρχει στο σημείο εκείνο όπου οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματική και κοινωνική ευεξία) πληρούνται. Αυτές οι ανάγκες ικανοποιούνται με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες για την επίτευξη λειτουργικών στόχων. Η σωματική ευεξία επιτυγχάνεται με δραστηριότητες που παράγουν ενεργοποίηση, εσωτερική και εξωτερική άνεση και ευμάρεια. Η κοινωνική ευεξία επιτυγχάνεται με δραστηριότητες που παράγουν συναίσθημα, κοινωνική θέση και αναγνώριση. Η θεωρία της ΚΠΛ θα χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο της εργασίας αυτής για: (α) να δοθεί ένας ορισμός της ποιότητας ζωής, (β) να αποσαφηνιστούν προβλήματα μέτρησής της και (γ) να κατανοηθούν οι μηχανισμοί επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής.

Η θεωρία της ΚΠΛ, των Lindenberg και Frey, στηρίζεται στο αξίωμα ότι οι άνθρωποι παράγουν τη δική τους ευεξία στην προσπάθειά τους να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες, εν μέσω των περιορισμών και των αντιξοοτήτων της καθημερινής ζωής. Για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, οι άνθρωποι επιλέγουν τους καταλληλότερους εκείνους τρόπους που έχουν την καλύτερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (Lindenberg, Frey 1993). Το κόστος αφορά κάθε μορφή πόρων (χρήμα, χρόνος, ενέργεια, συναίσθημα κ.ά.), που οι άνθρωποι είναι διατεθειμένοι να δαπανήσουν για να κερδίσουν την ικανοποίηση μιας ανάγκης. Τρεις σημαντικές αρχές χαρακτηρίζουν τη θεωρία της ΚΠΛ:

α. Η σύνδεση της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία προέρχεται από τη θεωρία των αναγκών του Maslow (1970) και από τη σύγχρονη εκδοχή της περί υποκειμενικής ευεξίας (Brief et al 1993).

β. Η διάκριση μεταξύ πρωταρχικών αναγκών και λειτουργικών στόχων από την οικιακή οικονομική θεωρία (Stigler, Becker 1997),

γ. Η αντικατάσταση ή αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων από τη μικροοικονομική θεωρία των τιμών (Ormell et al 1997).

Η επίτευξη των λειτουργικών στόχων είναι αποτέλεσμα δραστηριοτήτων, δεξιοτήτων και φυσικών χαρισμάτων. Τα φυσικά χαρίσματα είναι ιδιότητες που βοηθούν στην επίτευξη στόχων χωρίς καμία δραστηριοποίηση. Οι λειτουργικοί στόχοι, όπως οι δραστηριότητες και τα χαρίσματα, μπορούν να

αντικατασταθούν και να αναπληρωθούν από άλλους, με βάση τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (Ormell et al 1997).

ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΣΤΟΧΟΙ

Οι πρωταρχικές ανάγκες (πρωταρχικοί στόχοι) είναι κοινές σε όλους τους ανθρώπους, έχουν σχέση με τη σωματική και κοινωνική ευεξία και οδηγούν, με τη σειρά τους, στην ψυχική ευεξία. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι προσπαθούν να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες διαφέρει από άτομο σε άτομο. Οι ατομικές διαφορές στον τρόπο ικανοποίησης των αναγκών εκφράζουν τις ατομικές προτιμήσεις και διαφοροποιήσεις ως προς την επιλογή των καταλληλότερων μέσων επίτευξης των στόχων (δραστηριότητες, χαρίσματα), βάσει της υποκειμενικής εκτίμησης της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας (Σπάρος 1999).

Οι λειτουργικοί στόχοι που αφορούν στη σωματική ευεξία, σύμφωνα με τη θεωρία της ΚΠΑ, είναι: (α) η εσωτερική ευμάρεια (άνεση), (β) η εξωτερική ευμάρεια (άνεση) και (γ) η ενεργοποίηση (ενεργητικότητα). Η εσωτερική ευμάρεια αναφέρεται στη σωματική ευμάρεια με την έννοια της απουσίας δίψας, πείνας, πόνου, κόπωσης και άλλων σωματικών δυσχερειών ή περιορισμών. Η εξωτερική ευμάρεια αναφέρεται στο περιβάλλον όπου ζει ένα άτομο, το οποίο είναι ασφαλές, ευχάριστο και άνετο. Η ενεργοποίηση αφορά δραστηριότητες που παράγουν διέγερση και ενεργητικότητα σε ψυχικά, νοητικά, αισθητηριακά, σωματικά ερεθίσματα.

Το επίπεδο ενεργοποίησης, στο οποίο κινούνται συνήθως οι άνθρωποι, ορίζεται σύμφωνα με την υποκειμενική εκτίμηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας (Σπάρος 1999).

Η υπέρβαση των ορίων, μέσα στα οποία το άτομο απολαμβάνει την ενεργοποίηση (όφελος), επιφέρει δυσφορία και κόπωση (κόστος). Η παρατεταμένη σωματική προσπάθεια είναι δυσάρεστη και δημιουργεί δυσανεξία. Όσο περισσότερη ενεργοποίηση ή άνεση διαθέτει ένα άτομο μετά από ορισμένο όριο, τόσο λιγότερη αξία έχει γι' αυτό η προσθήκη μιας μονάδας

αγαθού ή δράσης (φθίνουσα οριακή αξία). Η σχέση μεταξύ της σωματικής ευεξίας και της ευμάρειας (εσωτερικής και εξωτερικής), όπως και της ενεργοποίησης, είναι αυξητική μέχρι το σημείο κορεσμού της ανάγκης ή υπέρβασης των ατομικών ορίων, μετά από το οποίο ακολουθεί μια οριακή φθίνουσα σχέση. Οι λειτουργικοί στόχοι που αφορούν στην κοινωνική ευεξία, στο πλαίσιο της θεωρίας της ΚΠΛ, είναι: (α) η κοινωνική θέση, (β) η αναγνώριση (συμπεριφορική επιβεβαίωση, επικύρωση) και (γ) το συναίσθημα.

Η κοινωνική θέση καθορίζεται από τη δυνατότητα ελέγχου και διαχείρισης των πόρων (όχι μόνο των οικονομικών) που έχει ένα άτομο και την κατάταξή του στο πεδίο της κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Η αναγνώριση ή η συμπεριφορική επιβεβαίωση και επικύρωση αφορά στην αποδοχή και αναγνώριση της συμπεριφοράς του ατόμου από τους άλλους, εφόσον η συμπεριφορά του κινείται εντός των κανονικών και αποδεκτών ορίων. Το συναίσθημα αναφέρεται στην αγάπη, στη φιλία, στη συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα, που πηγάζουν από τις συζυγικές, οικογενειακές, φιλικές σχέσεις του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Η κοινωνική θέση, η αναγνώριση και το συναίσθημα έχουν εξίσου φθίνουσα οριακή αξία στην παραγωγή της κοινωνικής ευεξίας. Όσο περισσότερο ικανοποιούνται οι λειτουργικοί στόχοι της σωματικής και κοινωνικής ευεξίας, τόσο φθίνουσα οριακή αξία έχει η ικανοποίηση των πρωταρχικών αναγκών (σωματική και κοινωνική ευεξία) πέραν ενός καθοριστικού ορίου, το οποίο ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Το χαρακτηριστικό στοιχείο της φθίνουσας οριακής αξίας διατυπώνεται και με την αρχή της φθίνουσας οριακής χρησιμότητας, σύμφωνα με τη θεωρία της χρησιμότητας (Σπάρος 1999).

Σύμφωνα με τη θεωρία της ΚΠΛ, τα συμπτώματα και οι επιπλοκές μιας αρρώστιας, οι μειονεξίες ή οι αναπηρίες δημιουργούν δεσμευτικούς περιορισμούς κατά την άσκηση των μέσων (δραστηριότητες, χαρίσματα, πόροι) επίτευξης των λειτουργικών στόχων. Οι περιορισμοί αυτοί αυξάνουν το κόστος (χρήμα, χρόνος, ενέργεια), καθιστούν την επίτευξη των λειτουργικών στόχων «δαπανηρή», σύμφωνα με το κριτήριο της σχέσης κόστους-

αποτελεσματικότητας, αποφέρουν ζημία και όχι όφελος και, κατά συνέπεια, επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου (Σπάρος 1999).

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σύμφωνα με τη θεωρία της ΚΠΛ τα συμπτώματα και οι επιπλοκές μιας ασθένειας, περιορίζουν τις δραστηριότητες των ατόμων για να πετύχουν τους λειτουργικούς στόχους. Οι επιδράσεις των συμπτωμάτων και των λειτουργικών περιορισμών στην ποιότητα ζωής αναπτύσσονται σε δύο επίπεδα: (α) σε ένα βραχυπρόθεσμο και (β) σε ένα μακροπρόθεσμο επίπεδο. Στο βραχυπρόθεσμο επίπεδο, οι επιδράσεις εξαρτώνται από το εύρος και το βαθμό μείωσης της παραγωγής δραστηριοτήτων και λειτουργιών, οι οποίες αποφέρουν σωματική και κοινωνική ευεξία, ανάλογα με τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Στο μακροπρόθεσμο επίπεδο, οι επιδράσεις εξαρτώνται από το εύρος και το βαθμό μείωσης της ικανότητας αναπλήρωσης-αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων, η επίτευξη των οποίων εξαρτάται από το σχετικό κόστος και το προσδοκώμενο όφελος της παραγωγής νέων πολυλειτουργικών δραστηριοτήτων.(Ormell et al 1997) Η ικανότητα αναπλήρωσης-αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων εξαρτάται, με τη σειρά της, από το μέγεθος και τη σύνθεση της «δεξαμενής» εναλλακτικών δραστηριοτήτων και λειτουργιών, οι οποίες διαμορφώνονται στην πορεία της ζωής ενός ατόμου, ανάλογα με τις βιωματικές εμπειρίες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Όσο μεγαλύτερη ποικιλία δραστηριοτήτων και λειτουργιών διαθέτει η δεξαμενή αυτή, τόσο λιγότερο ευάλωτοι είναι οι άνθρωποι στην απώλεια λειτουργιών πάνω στις οποίες είχαν οικοδομήσει την ευεξία τους.(Stiverink 1994).

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Από τον περασμένο αιώνα μέχρι τους σύγχρονους οικονομολόγους, η θεωρία της χρησιμότητας εφαρμόζεται για τη λήψη ορθολογικών αποφάσεων που

αφορούν την επιλογή μεταξύ των πιθανών εκβάσεων μιας πράξης που αναμένεται να αποφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή χρησιμότητα. Ο μαθηματικός Bernoulli ήταν ο πρώτος που σημείωσε τη διαφορά μεταξύ της τιμής και της χρησιμότητας ενός αγαθού, ενώ οι Bentham και Milli προχώρησαν στη διατύπωση της άποψης ότι η λήψη ορθολογικής απόφασης εξαρτάται από τη διαφορά μεταξύ θετικής και αρνητικής χρησιμότητας ενός αγαθού.

Η θετική χρησιμότητα αναφέρεται στο αναμενόμενο «κέρδος» και η αρνητική στην αναμενόμενη «ζημία» που περιμένουμε να μας φέρει μια πράξη, σαν αποτέλεσμα της ορθολογικής απόφασης. Στη συνέχεια, η οικονομική επιστήμη συνέβαλε στη διαμόρφωση της θεωρίας της χρησιμότητας με τη διατύπωση της «αρχής της φθίνουσας οριακής (πρόσθετης) χρησιμότητας». Η αρχή αυτή στηρίζεται στη διαπίστωση ότι όσο μια ανάγκη ικανοποιείται σταδιακά μέχρι το βαθμό του κορεσμού της, τόσο ο ρυθμός αύξησης της χρησιμότητας της μειώνεται. Επομένως, η χρησιμότητα ενός αγαθού εξαρτάται από την κατανάλωση του αλλά και από τον βαθμό πλήρωσης της ανάγκης που καλείται να ικανοποιήσει (Bentham, Milli).

Η μέγιστη δυνατή χρησιμότητα δεν είναι πάντοτε το ενδεδειγμένο κριτήριο για τη λήψη της απόφασης μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης μιας αρρώστιας. Για παράδειγμα, εάν η αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο, η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση και η μεταμόσχευση νεφρού αποτελούν τις τρεις κλασικές θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, τότε ίσως είναι καλύτερα το κριτήριο της ελάχιστης δυνατής ζημιάς να αποτελέσει το ενδεδειγμένο κριτήριο για τη λήψη της απόφασης. Εάν θεωρηθεί ότι η νεφρική μεταμόσχευση είναι καλύτερη ως θεραπευτική αντιμετώπιση από τις άλλες δύο μεθόδους, τότε η επιλογή μιας από αυτές θα επιφέρει σχετική ζημία στον άρρωστο, το μέγεθος της οποίας θα είναι η διαφορά μεταξύ της χρησιμότητας της μιας και της άλλης θεραπευτικής μεθόδου. Ο Renner στη Γερμανία αναφέρει ότι σε μια πετυχημένη μεταμόσχευση για τρία χρόνια θα εξυπηρετηθεί το 53% του κόστους της αιμοκάθαρσης, το 49% της ΣΦΠΚ και το 61% της αιμοκάθαρσης περιορισμένης φροντίδας (Renner 1993).

Είναι βέβαιο ότι οι άνθρωποι αξιολογούν τη χρησιμότητα μιας πράξης ή τις υποκειμενικές αξίες που έχει για αυτούς με βάση το βαθμό γνώσης που διαθέτουν ή το βαθμό πληροφόρησης που τους παρέχεται για αυτήν. Επομένως η γνώση των προβλημάτων ή των καταστάσεων πχ υγείας, επί των οποίων τους ζητείται να αποτιμήσουν τη χρησιμότητα μιας ενέργειας ή μιας κατάστασης, αποτελεί έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκτίμηση της συνολικής χρησιμότητας. Οι μεταβλητές που συμβάλουν στη κρίση για την εκτίμηση της χρησιμότητας:

1. παρουσίαση του προβλήματος
2. τρόπος με τον οποίο ορίζονται οι διάφορες επιλογές
3. αριθμοί και ειδικότητα των επιλογών που παρέχονται στον αποφασίζοντα
4. τεχνικές μετρήσεις
5. τρόπος με τον οποίο οι χρησιμότητες εκμαιεύονται
6. ονόματα που δίνονται στις συνέπειες (εκβάσεις)
7. Αλληλουχία με την οποία παρουσιάζονται οι επιλογές
8. ποσό και ειδικότητα της πληροφορίας που διατίθεται (Σπάρος 1999).

Με τη χρησιμοποίηση βασικών οικονομικών αναλύσεων στην εκτίμηση του κόστους κατέληξε σε μια ποικιλία μεθόδων προσέγγισης της χρησιμότητας που έχει για τον άρρωστο μια ιατρική θεραπευτική πράξη και της σημασίας της στην αλλαγή της ποιότητας Ζωής του. Κατά τη διάρκεια ενός έτους ζωής μετά από μία θεραπευτική ιατρική πράξη, ο άρρωστος μέχρι σε ποίο βαθμό μπορεί να ασκήσει τις δραστηριότητες, τις λειτουργίες του ή μέχρι σε ποίο βαθμό επηρεάζεται η ζωή του από την κατάσταση της υγείας του;

Μια νέα ορολογία εμφανίζεται και καθιερώνεται σύντομα μεταξύ των επιστημόνων του τομέα υγείας. Μέθοδοι όπως ανάλυση κόστους-οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας, υγιή έτη ζωής, έτη ζωής ποιοτικά προσαρμοσμένα, χρησιμοποιούνται πλέον συχνά. Η ανάλυση κόστους-οφέλους αναφέρεται στα αποτελέσματα και στα κόστη, εκφρασμένα σε χρηματικές μονάδες-αξίες, ενώ η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας σε μη χρηματικές μονάδες-αξίες. Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας αφορά

ειδικές περιπτώσεις κόστους-αποτελεσματικότητας, οι οποίες περιλαμβάνουν εκφρασμένη προτίμηση για καταστάσεις ή επίπεδα υγείας. Τα υγιή έτη ζωής ισοδυναμούν με ένα έτος συνολικής, καλής ζωής, ελεύθερη από δυσλειτουργίες, συμπτώματα και προβλήματα υγείας. Τα ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής συνδυάζουν θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και τη σωματική λειτουργία (σε μια θεωρητική γραμμή από το θάνατο προς την υγεία) με την αξία της ποιότητας ζωής ή τη χρησιμότητα, λαμβάνοντας υπόψη τον χρόνο επιβίωσης μετά από μία θεραπευτική πράξη. Μεταξύ των γνωρισμάτων που χαρακτηρίζουν ένα ποιοτικά προσαρμοσμένο έτος ζωής διακρίνονται ο πόνος, η ενεργητικότητα, ο ύπνος, η κινητικότητα, η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση, η εργασία κλπ (Σούλης 1998).

Με την καθιέρωση της θεωρίας της χρησιμότητας και των τεχνικών μέτρησής της, παρατηρείται μια αυξανούσα σύγχυση μεταξύ των λειτουργών υγείας. Πολλοί θεωρούν ταυτόσημη τη μέτρηση της χρησιμότητας με την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Άλλοι αντιλαμβάνονται την χρησιμότητα και τις τεχνικές μετρήσεις της ως το σημαντικότερο κριτήριο βάσει του οποίου είναι δυνατή η κατανομή των πόρων υπέρ της μίας ή της άλλης θεραπευτικής ιατρικής πράξης, λαμβάνοντας υπόψη ότι μια οικονομική εκτίμηση της ζωής συμβάλει σημαντικά στη λήψη αποφάσεων. Η άποψη αυτή φέρνει στην επιφάνεια, πολλά προβλήματα ηθικής και πολιτικής τάξεως, όπως ζητήματα ισότητας στην αρρώστια ή ισότητας στην υγεία. Η κατανομή των πόρων, με βάση τη θεωρία της χρησιμότητας, θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την κατανομή τους, περισσότερο προς την πλειοψηφία του υγιούς πληθυσμού (πχ πρόληψη-προαγωγή υγείας) και λιγότερο προς τον άρρωστο πληθυσμό (πχ καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, αιμοκάθαρση, μεταμόσχευση οργάνων κλπ.).

Το ζήτημα της ισότητας μπροστά στην υγεία ή την αρρώστια, στη ζωή ή στο θάνατο παραπέμπει στο ζήτημα των αναγκών του ατόμου περισσότερο, παρά στο ζήτημα της κατανομής των πόρων στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανάγκες μεταξύ των ατόμων χαρακτηρίζονται από μια ατελεύτητη ποικιλότητα στο χώρο και στο χρόνο. Οι ανάγκες των ατόμων είναι σαφέστατα διαφορετικές και μεγαλύτερες μεταξύ των αρρώστων σε μια δεδομένη στιγμή. Η ισότητα

σημαίνει ίση ικανοποίηση αναγκών, εφόσον οι ανάγκες είναι ταυτόσημες μεταξύ των ανθρώπων, αλλά σημαίνει επίσης άνιση κατανομή των πόρων, εφόσον οι ανάγκες είναι άνισες, προκειμένου να ικανοποιηθούν τουλάχιστον οι πλέον αναγκαίες. Οι προβληματισμοί αυτοί δεν έχουν ακόμα επιλυθεί, ούτε οι ερωτήσεις έχουν συναντήσει τις απαντήσεις τους (Σούλης 1998).

Η εκτίμηση της χρησιμότητας είναι συχνά αντιφατική και δεν παρατηρείται συμφωνία στα αποτελέσματά της, προβλήματα που προέρχονται από τον εννοιολογικό προσδιορισμό της ως υποκειμενική αξία, από τις διαφορετικές μεθοδολογίες που ακολουθούνται και από τις διαφορετικές τεχνικές μετρήσεις που εφαρμόζονται, προβλήματα συναφή με αυτά που φορούν την εκτίμηση της ποιότητας ζωής καθώς και από τον περιορισμένο αριθμό μελετών που υπάρχουν, η εκτίμηση της υποκειμενικής προσδοκώμενης χρησιμότητας είναι δύσκολη (Σούλης 1998).

ΘΕΩΡΙΑ- ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Braden στηριζόμενη στα αποτελέσματα μιας έρευνας ασθενών με συστηματικό ερυθματώδη λύκο διαμόρφωσε τη θεωρία της μαθημένης απόκρισης στα χρόνια νοσήματα η οποία βρίσκει εφαρμογή στο πρότυπο αυτοφροντίδας η θεωρία στηρίζεται στις εξής αρχές:

- Η μάθηση είναι βασική διαδικασία που επιδέχεται μεταβολές
- Η διάγνωση μιας χρόνιας νόσου οδηγεί σε νέο γνωστικό περιβάλλον
- Η μάθηση κάτω από ειδικές συνθήκες επηρεάζεται από διαπροσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο η μάθηση δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων, η βελτίωση των ικανοτήτων του και η απόκτηση αυτοπεποίθησης βοηθούν να γεφυρωθεί το χάσμα ανάμεσα στις δυσμενείς επιπτώσεις της χρόνιας νόσου και στους στόχους που έχει το κάθε άτομο με το μικρότερο δυνατό κόστος στην ποιότητα ζωής του. (Braden G. C. et al 1993)

ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Παρόλο που δεν υπάρχει ομοφωνία στον ορισμό της ποιότητας ζωής, φαίνεται ότι στα επιμέρους θέματα που θα πρέπει να αξιολογηθούν στον ασθενή, όταν αποφασίζεται η μέτρηση της, υπάρχει ικανοποιητική ομοφωνία. Παλαιότερα οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής γίνονταν απλά με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου, που βαθμολογούσε με έναν κοινό συνοπτικό βαθμό. Η πολυδιάστατη όμως μορφή της ποιότητας ζωής και οι νέες ανάγκες των ασθενών δημιούργησαν νέα ερωτηματολόγια. (Αποστόλου et al 2000, Guyatt G 1994, Gill T., Feinstein A. 1994)

Υπάρχουν δυο βασικά είδη ερωτηματολογίων μέτρησης της ποιότητας ζωής. Τα ειδικά ερωτηματολόγια για μια συγκεκριμένη νόσο, όπως ο δείκτης εκτίμησης της επίπτωσης της αρθρίτιδας ή το ερωτηματολόγιο για τον σακχαρώδη διαβήτη, αναπτύχθηκαν για την αξιολόγηση της θεραπείας σε μια συγκεκριμένη νόσο ή κατάσταση, δηλαδή σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών. Αυτά τα ερωτηματολόγια έχουν πολύ καλή ευαισθησία σε αλλαγές ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια του χρόνου, αλλά αρκετές φορές δεν συνδέονται με γενικότερες αντιλήψεις ποιότητας ζωής. Τα γενικά ερωτηματολόγια για ποικιλία νόσων, όπως ο δείκτης υγείας του Νότινγκαμ, δείκτης επίπτωσης νόσου, η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου MOS HS SF-36 κα., μελετούν όλες τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει μια νόσος στη ζωή ενός ασθενούς. Τα πλεονεκτήματά τους είναι ότι εφαρμόζονται σε μεγάλη ποικιλία πληθυσμών και επιτρέπουν τη σύγκριση των πληθυσμιακών ομάδων, ενώ τα μειονεκτήματά τους είναι ότι δεν καλύπτουν κάποιους τομείς ειδικού ενδιαφέροντος για μια δεδομένη ασθένεια, όπως πχ συνθήκες διατροφής νεφροπαθών σε εξωφρενική υποστήριξη. Υπάρχουν, ακόμα, τα σφαιρικά ερωτηματολόγια, όργανα μέτρησης που μετρούν την ποιότητα ζωής με σφαιρικό και συμπυκνωμένο τρόπο, και τα ερωτηματολόγια για μετρήσεις ειδικών θεμάτων που απασχολούν τους ασθενείς, όπως πόνος, κόπωση, φυσική δραστηριότητα. Τα ερωτηματολόγια ταξινομούνται επίσης ως αντικειμενικά, που προσπαθούν να καταγράψουν αντικειμενικά ευρήματα, και ως υποκειμενικά, που στοχεύουν στις μετρήσεις της γενικής ποιότητας ζωής, της ψυχολογικής κατάστασης, των αντιδράσεων σε καταπιεστικούς παράγοντες

και την ίδια τη θεραπεία, καθώς και των κοινωνικών επιπτώσεων μιας θεραπείας (Jenkinson C. et al 1990).

Παλαιότερα, τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν στους ασθενείς από κλινικούς γιατρούς ή από ειδικό προσωπικό, όπως κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κλπ. Τα τελευταία όμως χρόνια έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στα ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται απευθείας από τους ασθενείς, χωρίς διαμεσολάβηση τρίτων. Αυτό γίνεται για οικονομία χρόνου και γιατί η ίδια η άποψη του ασθενούς για την ποιότητα ζωής του δεν θα πρέπει να επηρεάζεται από την παρουσία τρίτων. Αυτός ο τρόπος συμπλήρωσης έχει όμως και μειονεκτήματα, όπως ότι μπορεί να εξαιρεθούν ορισμένες ομάδες ασθενών πχ οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας, οι αναλφάβητοι και οι ασθενείς με σοβαρά σωματικά προβλήματα. Η μέθοδος των προσωπικών συνεντεύξεων έχει το πλεονέκτημα ότι μπορούν να ελεγχθούν όλοι οι ασθενείς που πρέπει να μελετηθούν και μάλιστα χωρίς απώλειες δεδομένων, αλλά αυτό το πλεονέκτημα υπερκαλύπτεται από τα μειονεκτήματα της απώλειας χρόνου και του αυξημένου κόστους για την ολοκλήρωση μιας τέτοιας έρευνας. (Bergner M. Et al 1981, Ware JE. Et al 1992).

ΑΡΧΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

Μέτρηση ονομάζεται η διαδικασία απόδοσης αριθμητικών τιμών σε αντικείμενα ή γεγονότα σύμφωνα με κάποιους κανόνες. Η μέτρηση συνδέει αφηρημένες έννοιες με εμπειρικούς δείκτες, που αποτελούν συγκεκριμένες απαντήσεις σε δεδομένες ερωτήσεις. Είναι αποτέλεσμα ενός οργανωμένου σχεδίου, που ταξινομεί και ποσοτικοποιεί τα δεδομένα. Όργανα μέτρησης ή εργαλεία είναι τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την καταγραφή των δεδομένων. Κλίμακα ονομάζεται ένα σύνολο συμβόλων ή αριθμών που έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε μέσα από κάποιους κανόνες να αποδίδονται τα χαρακτηριστικά των ατόμων που μελετούνται. Μερικές κλίμακες χρησιμοποιούνται στις μετρήσεις ποιότητας ζωής είναι οι εξής:

A. σαφείς απαντήσεις. Χρησιμοποιεί σαφείς κατηγορίες απαντήσεων, όπως: άριστο- καλό- μέτριο- κακό.

B. κλίμακα Likert. Χρησιμοποιεί περιγραφές γνώμης βαθμολογώντας τη συμφωνία ή διαφωνία σε μια σειρά από σαφείς διαπιστώσεις, όπως «απαντήστε στην παρακάτω διαπίστωση: κουράζομαι εύκολα, σημειώνοντας την κατάλληλη απάντηση: όχι, λίγο, μέτρια, αρκετά, πολύ.»

Γ. κλίμακα οπτικών αναλόγων. Χρησιμοποιεί μια γραμμή δεδομένων μήκους, στην αρχή και στο τέλος της οποίας υπάρχουν λέξεις, όπως πχ κακή- άριστη, και ο ασθενής σημειώνει προς την πλευρά που τείνει η απάντησή του, χωρίς ενδιάμεσες λέξεις.

Δ. κλίμακα επιθέτων. Όπως η προηγούμενη κλίμακα αλλά με λέξεις κατά μήκος της γραμμής για την αντίστοιχη έκφραση των απαντήσεων (Αποστόλου et al 2000).

Η θεωρία των μετρήσεων εστιάζεται γύρω από τις έννοιες της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας. Για κάθε βαθμολόγηση δεδομένων υπάρχει συγκεκριμένη βαθμολογία της απάντησης που έχει δώσει ο εξεταζόμενος σε κάποια ερώτηση και αληθινή βαθμολογία που θα έδινε αν η δοκιμασία ήταν τέλεια. Η διαφορά μεταξύ αυτών των δύο βαθμολογιών αποτελεί το λάθος μέτρησης. Το τυχαίο λάθος συνιστά πρόβλημα αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, ενώ το συστηματικό λάθος αποτελεί γενικό πρόβλημα αξιοπιστίας. Στο τυχαίο λάθος, αξιολογήθηκαν παράγοντες που δεν αποτελούσαν αντικείμενο της μέτρησης. Επιδράσεις καταστάσεων όπως η αγωνία του εξεταζόμενου μήπως παρακολουθείται κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου μπροστά στο γιατρό του ή σε άλλους, κόπωση, πείνα, άγχος κ.ά., μπορεί να αποτελέσουν αφορμή για τυχαίο λάθος.(Fitzpatrick R. Et al 1992, Flowher A et al 1992, Higginson et al 2001)

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ(ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)

- Karnofsky Index
- Sickness Impact Profile
- SF-36

- Simmons self-esteem Scale
- Social/Leisure Activity Index
- Overall Life Satisfaction
- Nottingham Health PROFILE
- Time Trade-off

Ειδικά για νεφρικά νοσήματα

- Parfrey's Uremic Index
- Kidney Disease Questionnaire
- QoL Index- HD
- Renal QoL Profile

Κλίμακα Karnofsky

Η κλίμακα αυτή είναι ένας γενικός σφαιρικός δείκτης αυτό- εξυπηρέτησης (αυτό- επάρκειας) και λειτουργικής ικανότητας. Αποτελείται από μια κλίμακα δέκα επιπέδων, με βαθμολόγηση που κυμαίνεται από εκατό (φυσιολογικός/ή, χωρίς περιορισμούς) μέχρι δέκα (ετοιμοθάνατος/η). Υψηλή βαθμολογία δείχνει καλή λειτουργική κατάσταση. Κατά την αρχική του εφαρμογή σε καρκινοπαθείς, ήταν σχεδιασμένο να συμπληρώνεται από τον γιατρό (χορήγηση Και συνέντευξη). Στην πορεία του χρόνου και μετά την μαζική του αποδοχή έδειξε εγκυρότητα και αξιοπιστία ακόμα και όταν συμπληρωνόταν από τους ασθενείς και έτσι μπορεί να γίνεται και στους ίδιους για συμπλήρωση. Αποτελεί πάντως ένα πολύ αδρό δείκτη ποιότητας ζωής, σχετιζόμενο με τη σωματική υγεία του εξεταζόμενου. (Karnofsky DA 1969, Conill C et al 1990)

Ερωτηματολόγιο-δείκτης επίπτωσης νόσου Sickness Impact Profile Instrument

Αυτό είναι ένα γενικό, βασιζόμενο στη συμπεριφορά ερωτηματολόγιο, που έχει χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιείται σε πολλές μελέτες ασθενών με ΧΝΑ. Αποτελείται από 136 θέματα ποιότητας ζωής που έχουν ομαδοποιηθεί σε τρεις

κύριους τομείς: σωματικός, ψυχοκοινωνικός και τομέας ανεξάρτητων κατηγοριών, όπως διατροφή, εργασία, οικιακή ενασχόληση, διαταραχές ύπνου, ανάπαυση, ελεύθερος χρόνος και αναψυχή. Η ομαδοποίηση όλων των τομέων αποτελεί τη σφαιρική διάσταση. Η βαθμολόγηση ποικίλλει από το μηδέν (απουσία της δυσλειτουργίας) μέχρι το εκατό (μέγιστη δυσλειτουργία και ανικανότητα) μέχρι και την προηγούμενη δεκαετία δεν υπήρχαν ερωτηματολόγια ειδικά για τους νεφροπαθείς. Συνήθως χρησιμοποιούνταν γενικά ερωτηματολόγια, αντικειμενικά ή υποκειμενικά. Ένα ερωτηματολόγιο ειδικό για την νεφρική νόσο δημιουργήθηκε από τους Lauracis et al το 1992. περιελάμβανε 26 θέματα ταξινομημένα σε πέντε τομείς, δηλαδή τα φυσικά συμπτώματα, την κόπωση, την κατάθλιψη, τις σχέσεις με το περιβάλλον και την ψυχολογική πίεση. Το ερωτηματολόγιο αυτό έδειξε ότι έχει εγκυρότητα δομής, συγκρινόμενο με άλλα ερωτηματολόγια και επαναληπτικότητα. Η ανταπόκριση και η ευαισθησία του ελέγχθηκαν όταν μελετήθηκε η βελτίωση της ποιότητας ζωής σε ασθενής που έλαβαν ερυθροποιητίνη. Το μειονέκτημά του είναι ότι απευθύνεται μόνο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. (Lauracis A 1992)

Ερωτηματολόγιο SF-36

Είναι γενικό ερωτηματολόγιο και αποτελεί ένα από τα πλέον συνήθη όργανα μέτρησης ποιότητας ζωής που ανευρίσκονται στην αγγλική βιβλιογραφία, έγκυρο και αξιόπιστο, με πολλές μεταφράσεις σε όλο τον κόσμο, ικανό για προοπτικές μελέτες και με καλή απαντητικότητα. Με βάση αυτό έχουν δημιουργηθεί μια σειρά από άλλα ερωτηματολόγια. Μελετά οχτώ τομείς ποιότητας ζωής, ανήκει στη κατηγορία των ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται από τον εξεταζόμενο και είναι απλό και εύκολο στη χρήση. Οι τομείς που μελετά: σωματική δραστηριότητα, περιορισμός ρόλου λόγω σωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων, κοινωνικός ρόλος και λειτουργία, πνευματική υγεία, ενέργεια-ζωτικότητα, σωματικός πόνος, αντιλήψεις για τη γενική υγεία. Με το ερωτηματολόγιο αυτό, δίνεται παράλληλα στον εξεταζόμενο η δυνατότητα να δρομολογήσει την κατάσταση

της υγείας του. Για τη συνολική βαθμολόγηση χρησιμοποιείται κλίμακα Likert 5 σημείων.(Ware Je 1992, McHorney et al 1993)

Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια (Kidney Disease Quality Of Life Questionnaire)

Το 1994, μια ομάδα μελετητών που υποστηρίχθηκε από την Amgen δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής νεφροπαθών. Το KDQOL αποτελεί ένα ειδικό ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε με πυρήνα του το ερωτηματολόγιο SF-36 το οποίο στη ν αρχική του έκδοση μελετούσε 133 θέματα ποιότητας ζωής και στην τελική του και συμπυκνωμένη μορφή 68 θέματα, ομαδοποιημένα σε 5 τομείς- διαστάσεις. Εξωνεφρική υποστήριξη, γενική υγεία, επίδραση νεφρικής νόσου στην καθημερινή ζωή, ικανοποίηση από την εφαρμοσμένη αγωγή, δημογραφικές πληροφορίες. Σήμερα, σε διάφορα μέρη του κόσμου υπάρχουν πολλές μελέτες σε εξέλιξη με αυτό το ερωτηματολόγιο. Ήδη, από την παραπάνω μελέτη έχουν ανακοινωθεί και προκαταρκτικά δεδομένα. Η μελέτη DOPPS είναι μια μεγάλη προοπτική μελέτη ασθενών υπό αιμοκάθαρση, από τις ΗΠΑ και αντιπροσωπευτικού δείγματος ασθενών από άλλες χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ιαπωνία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο). Η μελέτη θέλει να διευκρινίσει ποιες πρακτικές κάθαρσης συμβάλουν στην βελτίωση της θνητότητας, της νοσηρότητας, της ποιότητας ζωής, με τη χρήση του ερωτηματολογίου KDQOL μαζί με το δείκτη Karnofsky, και τις προγνώσεις των αγγειακών προσπελάσεων, μετά από διόρθωση των επιπτώσεων συνόδου νοσηρότητας και των δημογραφικών δεδομένων. Πάνω από 18.000 ασθενείς έχουν ενταχθεί σε αυτή τη μελέτη και ήδη ανακοινώνονται τα πρώτα αποτελέσματα.(Hays Rd et al 1994, Hays et al 1995)

Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια (Renal Quality of Life Profile instrument)

Είναι ένα αντικείμενο, ειδικό ερωτηματολόγιο, συμπληρωμένο από τον εξεταζόμενο. Μελετά 3 θέματα ομαδοποιημένα σε 5 τομείς: διατροφή, φυσική δραστηριότητα, δραστηριότητες αναψυχής και ελεύθερος χρόνος, ψυχοκοινωνικές επιδράσεις, επιδράσεις από την εφαρμοζόμενη αγωγή. Έχει δείξει εγκυρότητα και αξιοπιστία, ενώ δοκιμάστηκε με επιτυχία και σε μια πρόσφατη κλινική έρευνα για διαβητικούς ασθενείς. (Αποστόλου 2001)

Εξατομικευμένο ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής για ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. (Renal-dependent individualized quality of life questionnaire)

Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε από την BRADLEY και τους συνεργάτες της με βάση το ειδικό ερωτηματολόγιο για τον σακχαρώδη διαβήτη. Είναι εξατομικευμένο για την αξιολόγηση της αντίληψης της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΝΑ. Το ερωτηματολόγιο αυτό, όπως και το RQLP, μελετούνται σε ερευνητικές κλινικές δοκιμασίες. Το μέλλον θα δείξει πόσο χρήσιμα και αποδεκτά θα φανούν στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΝΑ και αν τα αποτελέσματά τους οδηγήσουν σε θεραπευτικές παρεμβάσεις. (Bradley C. 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ

Με την εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής βλάβης σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και την ένταξη των ασθενών σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση, και νεφρική μεταμόσχευση) εμφανίζουν συμπτώματα και επιπλοκές που επηρεάζουν την καθημερινή τους ζωή. Οι επιπλοκές όμως των μεθόδων αυτών στη σωματική υγεία και η επίδραση τους σε άλλους τομείς της ζωής τους προκάλεσαν το ενδιαφέρον για τη διερεύνηση σχέσης των νεφροπαθών με την ποιότητα ζωής τους.

Υπάρχει μεγάλος αριθμός μελετών για να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς με τους οποίους αναπτύσσονται διαταραχές της προσωπικότητας των χρόνιων νεφροπαθών γιατί η επιβίωση και η ποιότητα ζωής τους εξαρτάται από τη διόρθωση και βελτίωση παραμέτρων με την ένταξή τους σε αιμοδιαδιήθηση, ΣΦΠΚ.

Σύμφωνα με τον Αποστόλου στην εποχή μας όλο και περισσότεροι ασθενείς, ηλικιωμένοι, με αυξημένη συνοδό νοσηρότητας και προβληματική ποιότητα ζωής εντάσσονται σε προγράμματα εξωνεφρικής υποστήριξης. Ο σημερινός ορισμός της επάρκειας της κάθαρσης αυτών των ασθενών πρέπει να συμπεριλάβει και την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής όπως ορίζεται από τον ίδιο τον ασθενή αλλά και από το δείκτη που έγινε αυτή η αξιολόγηση που θα ενσωματωθεί στα καθημερινά εργαλεία αντιμετώπισης τους (Αποστόλου 2005).

Οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης μπορεί να εμφανίσει ναυτία, εμετό, ζάλη, πονοκέφαλο, υπόταση, κνησμό και η αιτιολογία τους οφείλεται σε πολλούς παράγοντες.

Η κατάθλιψη είναι η πιο συνηθισμένη ψυχολογική επιπλοκή στους αιμοκαθαιρόμενους. Οι εκδηλώσεις της είναι μια διαρκή καταθλιπτική διάθεση, μια μειωμένη εικόνα του εαυτού τους και συναισθήματα απελπισίας. Περίπου ένας στους 500 αυτοκτονεί ενώ ένας μεγαλύτερος αριθμός αποπειράται να αυτοκτονήσει μία ή περισσότερες φορές. Επίσης ένας απροσδιόριστος αριθμός θανάτων που οφείλεται στην παραβίαση των διαιτητικών κανόνων σχετίζονται με την αυτοκτονία. Επίσης το άγχος είναι ένα επιπρόσθετο συναίσθημα που αυξάνεται σε περιόδους ασθένειας επειδή ο ασθενής δεν έχει διεξόδους όπως ο υγιής, που μπορεί να εργάζεται, να κινείται ελεύθερα. Η σκέψη του ασθενούς στρέφεται στις πιθανές επιπλοκές της ασθένειας του θανάτου (Daugirdas, Todd 1988).

Οι ασθενείς ΧΝΑ αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα που έχουν σχέση με τη σωματική, ψυχολογική έκβαση της νόσου αλλαγές στον τρόπο ζωής όπως ανεργία οικονομικά προβλήματα διστακτικούς περιορισμούς και περιορισμό εκπλήρωσης στόχων.

Το στάδιο της προσαρμογής στην αιμοκάθαρση είναι μια μοναδική εμπειρία για τον ασθενή.

Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν ομοιότητες στην πορεία τους όσον αφορά την αιμοκάθαρση η οποία διακρίνεται σε τρεις περιόδους. Μια από αυτές είναι η περίοδος ομαλότητας (μήνας του μέλιτος) , η περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης και η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής (Reichsman, Levy, 1977) .

Η περίοδος μήνας του μέλιτος χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη σωματικά και συναισθηματικά βελτίωση. Επίσης ο ασθενής προσπαθεί να απολαύσει τη ζωή, ελπίζει και εμπιστεύεται τους άλλους. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου οι περισσότεροι δέχονται εύκολα την εξάρτησή τους τόσο από τα μηχανήματα όσο και από τους επαγγελματίες υγείας (Surman 1987) .

Η περίοδος αυτή δεν είναι χωρίς προβλήματα. Όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν προβλήματα άγχους που έχουν σχέση με την αιμοκάθαρση. Φοβούνται για τυχόν βλάβη του μηχανήματος, παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στον ύπνο, όπως δυσκολία στην επέλαση του ύπνου και από αφυπνίσεις στη διάρκεια της νύχτας, από απνωϊκά σύνδρομα, από αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση από πρωινή υπνηλία, από το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών και από το ροχαλητό. Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι:

- Τα τροποποιημένα επίπεδα της ουρίας και της κρεατινίνης
- Η κατανάλωση καφέ και τσιγάρου
- Η επάρκεια της αιμοκάθαρσης
- Το στρες
- Η κατάθλιψη
- Και οι διαταραχές άγχους(De Bardieri, Zampieron 2004).

Η περίοδος της απογοήτευσης εμφανίζεται σε άλλους βαθμιαία και σε άλλους απότομα. Τα αισθήματα ικανοποίησης της εμπιστοσύνης μικραίνουν και την θέση τους παίρνει η λύπη και η εξάντληση. Άλλοι ασθενείς εμφανίζουν ενοχές, απαισιοδοξία, ντροπή τα οποία οφείλονται στη φύση της νόσου. Συναισθήματα ενόχλησης και θυμού εμφανίζονται συχνά και μερικοί ασθενείς τα εκφράζουν έντονα. Η συναισθηματική αυτή κατάσταση διαρκεί τρεις έως δώδεκα μήνες και έχει προηγηθεί πάντα ένα ψυχοπαιεστικό γεγονός (Αλεξανδρόπουλος Χριστοδούλου 2005).

Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής χαρακτηρίζεται από μερική αποδοχή εκ μέρους των ασθενών, των περιορισμών του καθώς και των μειονεκτημάτων των επιπλοκών της αιμοκάθαρσης. Η μετάβαση των ασθενών σε αυτή την περίοδο είναι σταδιακή και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις τόσο στη σωματική όσο και στη συναισθηματική τους κατάσταση. Η ένταση των διακυμάνσεων ποικίλει κατά διαστήματα από ασθενή σε ασθενή, καθώς και στον ίδιο τον ασθενή. Κατά την περίοδο αυτή οι ασθενείς βιώνουν παρατεταμένα διαστήματα ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια των δύο αντίθετων αυτών καταστάσεων, ο πλέον συχνά χρησιμοποιούμενος από τους ασθενείς μηχανισμός άμυνας είναι η άρνηση. Η

άρνηση φαίνεται ότι, και στις δύο αυτές περιπτώσεις, εξυπηρετεί μια αποτελεσματική λειτουργία προσαρμογής κατά τις περιόδους της ικανοποίησης συντηρεί την αίσθηση ευεξίας του ασθενή ενώ κατά τις περιόδους της κατάθλιψης τον προστατεύει από την εντονότερη βίωση του συναισθήματος ότι είναι αβοήθητος και ανήμπορος (Auer, 1986, 1990, 2002).

Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς στο μεγαλύτερο διάστημα ανταποκρίνονται καλά. Παρά τις μικρότερου ή μεγαλύτερου βαθμού δυσκολίας, προσαρμόζονται ικανοποιητικά. Τα κριτήρια καλής προσαρμογής είναι:

- Διατήρηση της ανησυχίας και του άγχους του ασθενούς σε ελεγχόμενα όρια,
- Η διατήρηση των πηγών ευχαρίστησης και της αυτοεκτίμησης
- Η συνέχιση επαρκών σχέσεων με τους άλλους,
- Η ανάληψη χρήσιμων και κοινωνικά αποδεκτών ρόλων,
- Η συντήρηση ελπίδας για το μέλλον,
- Η επιτυχής αποκατάσταση στη μέγιστη φυσική ικανότητα του ασθενούς
- Και η διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης αποτελεσματικότητας με τους γιατρούς και το προσωπικό (Badalamenti, Dubose, 1991).

Ανασκόπηση των διεθνών μελετών που έχουν σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΑ.

Οι Testa and Simonson (1996), στο τέλος της προηγούμενης δεκαετίας αναζητώντας στη βάση ιατρικών δεδομένων Medicine τις μελέτες που περικλείουν τις λέξεις-κλειδιά quality of life, βρήκαν πάνω από 15.000 αναφορές. Μια μικρή αναζήτηση στο διαδίκτυο και στη σημερινή ηλεκτρονική βιβλιογραφία θα ανακαλύψει πάνω από 40.000 τέτοιες αναφορές. Παρόλα αυτά, οι αναφορές σε μελέτες ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΧΝΑ αποτελούν ακόμη ένα μικρό ποσοστό στη διεθνή βιβλιογραφία μικρότερο του 5%.

Ο Gokal χρησιμοποιώντας σε έρευνά του αντικειμενικά και υποκειμενικά κριτήρια, αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής σε επιτυχή μεταμόσχευση με - υποκειμενικά κριτήρια- δείχνει αποτελέσματα που αντιστοιχούν σε

φυσιολογικό πληθυσμό. Οι ασθενείς με επιτυχημένη μεταμόσχευση κατορθώνουν να επανενταχθούν και με αποτελεσματικότητα κόστους (Gokal 1993).

Στη προοπτική μελέτη του De Oreo, όπου μελετήθηκαν 1000 ασθενείς με παρακολούθηση δύο ετών και με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 και με παράλληλη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής 2474 υγιών ανθρώπων, βρέθηκε ότι η φυσική δραστηριότητα και λειτουργία των ασθενών επηρεαζόταν σημαντικότερα από τη νεφρική τους νόσο, ενώ η πνευματική λειτουργία ήταν πολύ κοντά στο φυσιολογικό. Δηλαδή οι ασθενείς είχαν πολλή καλή πνευματική προσαρμογή στην κατάστασή τους παρά τα σωματικά τους προβλήματα (De Oreo 1997).

Σε μια ισπανική πολυκεντρική μελέτη ποιότητας ζωής τυχαία επιλεγμένων κλινικά σταθερών ασθενών υπό αιμοκάθαρση σε μονάδες (88%), υπό ΣΦΠΚ (4%), σε αιμοδιαδιήθηση (7%) και σε κατοίκων αιμοκάθαρση (0,7%), έγινε αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους με τη χρήση της κλίμακας Karnofsky και του δείκτη επίπτωσης νόσου. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών όσον αφορούσε στη μέθοδο, τα διαλλείματα ή τις μεμβράνες κάθαρσης, ενώ υψηλότερα επίπεδα Hb συσχετίστηκαν με καλύτερη ποιότητα ζωής. Η συνοδός νοσηρότητα και η προχωρημένη ηλικία συνοδεύονται από χειρότερη ποιότητα ζωής, μεταβλητές που αναδεικνύονται, μαζί με την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη, και σε άλλες μελέτες ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για κακή ποιότητα ζωής. (Moreno et al 1996)

Σε μια ακόμα πολυκεντρική προοπτική μελέτη από την Ολλανδία, οι Mercus et al εκτίμησαν την επίπτωση στην ποιότητα ζωής της νεφρικής λειτουργίας, της μεθόδου κάθαρσης και των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών υπό αιμοκάθαρση (120 ασθενείς) και ΣΦΠΚ (106 ασθενείς) 3 μήνες μετά την έναρξη της κάθαρσης, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Χρησιμοποίησαν το γενικό SF-36 ερωτηματολόγιο και διαπίστωσαν ότι όλοι οι ασθενείς, ανεξάρτητα από τη μέθοδο κάθαρσης, διατηρούσαν κακή ποιότητα ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ειδικά αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα και τις αντιλήψεις για τη γενική υγεία. Γενικά, οι ασθένειες υπό

αιμοκάθαρση διατηρούσαν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους ασθενείς υπό ΣΦΠΚ στους τομείς φυσικής δραστηριότητας, συναισθηματικού ρόλου, πνευματικής υγείας και σωματικού πόνου. Με τη χρήση όμως πολυπαραγοντικού προτύπου φάνηκε ότι η επίδραση της μεθόδου είχε να κάνει μόνο με την πνευματική υγεία (Mercus et al 1997) .

Οι αγχογόνοι παράγοντες μετά τη μεταμόσχευση και οι τρόποι αντιμετώπισης τους ήταν το αντικείμενο έρευνας από τους White et al το 1990 και τους Voerpel-Lewis et al το 1990, η επιβίωση του μοσχεύματος, οι λοιμώξεις, οι παρενέργειες των φαρμάκων και η εικόνα του σώματος ήταν οι αγχογόνοι παράγοντες με την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ αντίθετα η μη επιστροφή στην εργασία ή η απώλεια προσωπικών, οικογενειακών, φιλικών σχέσεων, δεν ανησυχούσαν ιδιαίτερα τους μεταμοσχευμένους (Voerpel-Lewis 1990).

Οι Hathaway et al αναφέρουν σε έρευνά τους, τις προσδοκίες των μεταμοσχευμένων λίγες μέρες μετά τη μεταμόσχευσή τους. Οι θετικές επιθυμίες αφορούσαν την ελπίδα βελτίωσης τους της σωματικής υγείας και της απαλλαγής από το μηχάνημα T.N. ενώ οι αρνητικές ανησυχίες αφορούσαν τις παρενέργειες από τα φάρμακα και τη γενικότερη εξέλιξη της υγείας τους (Hathaway et al 1990).

Οι Barret et al μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών και κλινικών παραγόντων των σωματικών συμπτωμάτων των νεφροπαθών και διαπίστωσαν ότι οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές συνδέονται με τα σωματικά συμπτώματα, χωρίς όμως να αποτελούν τις αίτιες τους, καθώς η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική. Τα συνηθέστερα αναφερόμενα συμπτώματα είναι η κόπωση, ο κνησμός, οι κράμπες, ο πονοκέφαλος, η ναυτία, ο πόνος στις αρθρώσεις, η δύσπνοια, και οι διαταραχές ύπνου (Barret et al 1990).

Οι Auet et al διαπίστωσαν ότι οι σημαντικότεροι αγχογόνοι παράγοντες ήταν η πιθανότητα των λοιμώξεων ή επιπλοκών από τη θεραπεία και η εξέλιξη της σωματικής υγείας (Auet et al 1990).

Οι απόψεις των ίδιων των μεταμοσχευμένων και αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών σχετικά με το τι σημαίνει ποιότητα ζωής για αυτούς και πώς αυτή

μπορεί να βελτιωθεί, ήταν το αντικείμενο μελέτης του Ahlem το 1990. Οι τρεις κύριες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (σωματική, ψυχική, κοινωνική) αναφέρθηκαν σε τρεις ή περισσότερους συνδυασμούς από το 38% των αιμοκαθαιρόμενων και το 59% των μεταμοσχευμένων. Η διάσταση της ποιότητας ζωής που επικράτησε μεταξύ των ασθενών ως σημαντικότερη ήταν η σωματική καθώς αναφέρθηκε από το 76% των αιμοκαθαιρόμενων και το 63% των μεταμοσχευμένων (Ahlem 1990).

Οι Cameron et al, σε μια ανάλυση 49 συγκριτικών μελετών ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών σε διαφορετική μέθοδο διαπίστωσαν ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους αιμοκαθαιρούμενους και από αυτούς που υποβάλλονταν σε ΣΦΠΚ και ότι οι ασθενείς ΣΦΠΚ είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους αιμοκαθαιρούμενους οι οποίοι εμφάνιζαν και το μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης και καταπόνησης.

Σε έρευνα που έγινε στο πανεπιστήμιο της Λισαβόνας στην Πορτογαλία βρέθηκε ότι σε 75 ασθενείς ηλικίας 18-65 ετών η κόπωση ήταν ο σημαντικότερος αγχογόνος παράγοντας. Άλλοι αγχογόνοι παράγοντες ήταν:

- Η αβεβαιότητα για το μέλλον
- Ο περιορισμός των διακοπών
- Η απώλεια λειτουργίας του σώματος
- Οικονομικοί παράγοντες

Λιγότερο σημαντικοί παράγοντες ήταν:

- Μειωμένη ικανότητα τεκνοποίησης
- Ναυτία και εμετός
- Εξάρτηση από το πρόβλημα υγείας
- Η επίδραση της ασθένειας από το επάγγελμα
- Η εξάρτηση από τους γιατρούς

Οι ασθενείς κατέγραψαν κι άλλους παράγοντες όπως:

- Η αναμονή για μεταμόσχευση
- Τα προβλήματα της αγγειακής προσπέλασης
- Τα οικογενειακά προβλήματα

- Και οι ψυχολογικές επιπλοκές (Cristovao 1999)

Σε εθνική μελέτη κάθαρσης και μεταμόσχευσης στις ΗΠΑ από 11 κέντρα κάθαρσης και νεφρικής μεταμόσχευσης που περιελάμβανε 859 ασθενείς. Από αυτούς οι 287 υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση κατ' οίκων, οι 347 σε μονάδα τεχνητού νεφρού, 81 σε ΣΦΠΚ και 144 είχαν μεταμοσχευθεί. Με την κλίμακα Karnofsky και τους υποκειμενικούς δείκτες, διαπιστώθηκε φυσιολογική φυσική δραστηριότητα στο 79% των μεταμοσχευμένων, στο 59% των ασθενών με κατ' οίκων αιμοκάθαρση και στο 48% των ασθενών με ΣΦΠΚ. (Evans RW et al 1985)

Μόνο σε τρεις μελέτες τα ευρήματα διαφοροποιήθηκαν από τις πιο άνω γενικές διαπιστώσεις. Στη μελέτη των Kaplan και Shaman το 1980 δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην κοινωνική ευεξία (κοινωνικές δραστηριότητες και επαγγελματική αποκατάσταση) μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων και μεταμοσχευμένων ασθενών, όπως επίσης και στη μελέτη των Johnson et al το 1982 και των Parfrey et al το 1989, όπου δεν διαπιστώθηκε διαφορά στους υποκείμενους δείκτες της ποιότητας ζωής μεταξύ των ασθενών των δυο κατηγοριών (Σαρρής 1999).

Ανασκόπηση των ελληνικών μελετών που έχουν σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΑ.

Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς διάφορες μελέτες που αναφέρονται στην ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίοι υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση και συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση ως θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

Σύμφωνα με την έρευνα των Μπαλοδήμου, Πετροπούλου, Τριανταφύλλου δείχνει ότι ο πόνος αποτελεί το πιο συχνό σύμπτωμα- ενόχληση των ασθενών αυτών με προκαλούμενη σοβαρού βαθμού διαταραχή της ποιότητας ζωής τους. Η εμφάνιση χρόνιου πόνου είναι συνήθης στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε ποσοστό 37-50% ενώ το 82% αυτών παρουσιάζει μέτριο ως σοβαρό σε ένταση πόνο (Μπαλοδήμου, Πετροπούλου, Τριανταφύλλου 2006).

Άλλη έρευνα της Α ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το τμήμα ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου σχετικά με τις επιδράσεις της αιμοκάθαρσης στην ψυχική υγεία των ασθενών, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς

βρέθηκαν να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού σε σχέση με τους περιτοναϊκούς ασθενείς (Θεοφίλλου et al 2006).

Στην ίδια έρευνα τα αποτελέσματα της οποίας ανακοινώθηκαν στο δεύτερο πανελλήνιο συνέδριο για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας, που διοργανώθηκε από την εθνική σχολή δημόσιας υγείας το Νοέμβριο του 2006 στην Αθήνα, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά αϋπνίας σε σύγκριση με τους περιτοναϊκούς ασθενείς ενώ τους διακατέχει ένα μόνιμο άγχος προερχόμενο από την απώλεια του ελέγχου της σωματικής λειτουργία, την εξάρτηση από το μηχάνημα τεχνητού νεφρού και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης καθώς και την οικογένεια τους για μεγαλύτερη υποστήριξη (Θεοφίλλου et al 2006).

Επίσης, τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποίησε το τμήμα φιλοσοφικών και κοινωνικών σπουδών του Πανεπιστημίου Κρήτης (2002) σχετικά με τις προγνωστικές μεταβλητές για την ψυχική και κοινωνική προσαρμογή των πασχόντων με χρόνια ασθένεια, έδειξαν με σαφήνεια ότι, βάση του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου των ερωτηθέντων τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ (υψηλό ποσοστό ανεργίας, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, φτώχη οικονομική οικογενειακή κατάσταση) είχαν χειρότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή που επηρέαζε αρνητικά τα επίπεδα λειτουργικότητας τους στη ν καθημερινή ζωή, την ψυχική τους υγεία και τις οικογενειακές τους σχέσεις (Ελληνικού, Ζήση 2002).

Ο Σαρρής το 1999 στην Ελλάδα, σε συγκριτική έρευνα του σε δείγμα 504 νεφροπαθών διαπίστωσε παρόμοια ευρήματα με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ότι τόσο η σωματική όσο και η ψυχοκοινωνική υγεία των μεταμοσχευμένων φαίνεται να είναι καλύτερη από Αυτή των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών. Οι μεταμοσχευμένοι εκτιμούν καλύτερα την υγεία τους συγκριτικά με τους αιμοκαθαιρόμενους και στις τρεις διαστάσεις.

Σε έρευνα της μονάδας τεχνητού νεφρού του Γ.Ν. Ιπποκράτειου της Θεσσαλονίκης σε δείγμα 70 ασθενών με ΧΠΑ αναφέρθηκε ότι το 80% των ασθενών περιγράφει μεγάλη αλλαγή της ζωής κατά την ένταξη σε ΧΠΑ. Τα κυριότερα προβλήματα που αφορούσαν τη σωματική υγεία ήταν η αρτηριακή

υπέρταση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η νεφρική οστεοδυστροφία και αμυλοείδωση της αιμοκάθαρσης. Όσον αφορά την πνευματική υγεία, τα προβλήματα έχουν σχέση με τη σεξουαλική ζωή, την έλλειψη ενοχλήσεων, τη δυσχέρεια εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, τον ύπνο, και την εργασία. Δυσλειτουργία της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας διαπιστώθηκε στο 27,1% των ασθενών. Το 44,3% των ασθενών είχε δυσκολία προσαρμογής στους περιορισμούς της δίαιτας και των υγρών.

Έρευνα που έγινε από τις νοσηλεύτριες Κουτσοπούλου- Σοφικήτη, Θεοδοσοπούλου-Ευθυμίου σχετικά με τις διαστάσεις προσωπικότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και την σχέση τους με την αρχική νόσο, έδειξε ότι η προσωπικότητα επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιδρούν στη χρόνια νόσο και στη θεραπεία της. Ο τύπος και ο βαθμός της διαφοροποίησης για τον αιμοκαθαιρόμενο πληθυσμό εξαρτάται από το φύλο και την ηλικία και την αρχική νεφρική νόσο (Κουτσοπούλου- Σοφικήτη, Θεοδοσοπούλου-Ευθυμίου 2002).

Αναφορικά με το φύλο, έρευνα που διεξήγαγε από τη μονάδα τεχνητού νεφρού, Α Παθολογική κλινική του ΑΠΘ και την Γ ψυχιατρική κλινική του ΑΠΘ- περιφερειακό γενικό νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες αιμοκαθαιρόμενοι παρουσίαζαν περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες και κοινωνικά ενδιαφέροντα από τις γυναίκες ενώ δεν υπήρχαν διαφορές σε σχέση με το φύλο στην προσωπική φροντίδα, συνεργασιμότητα και ευερεθιστότητα (Μπήδιου et al,1991).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη μονάδα τεχνητού νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης, αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι οι γυναίκες του επιλεγόμενου δείγματος παρουσίαζαν κάποιας μορφής κατάθλιψη σε ποσοστό 100%. Οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ευερέθιστοι από τους μεγαλύτερους ενώ οι πιο μορφωμένοι φαίνεται να έχουν περισσότερες κοινωνικές ικανότητες και κοινωνικά ενδιαφέροντα. Είναι σημαντικό τέλος να τονιστεί ότι κάτω από τις πιέσεις λόγω των προβλημάτων υγείας, ο νεφροπαθής πρέπει τις περισσότερες φορές να αλλάξει ή να τροποποιήσει τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες με αποτέλεσμα να

υφίσταται μείωση στο εισόδημά του ενώ τα ιατρικά και νοσηλευτικά έξοδα του αυξάνουν οι ευκαιρίες για εργασία και οι δυνατότητες εξασφάλισης ικανού εισοδήματος γενικά ελαττώνονται. Ιδιαίτερα όταν οι ΧΝΑ εμφανιστεί σε ανθρώπους που βρίσκονται σε επεκτατική φάση από απόψεως εργασίας και κέρδους των πόρων ζωής αυτές οι δυσκολίες αποτελούν σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την ψυχοκοινωνική ισορροπία των .(Οικονομίδου et al, 2005)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής των πασχόντων με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια άρχισε από τότε που οι σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι υποκατάστασης επιμήκυναν τη διάρκεια ζωής τους. Οι νεφροπαθείς όμως εκδηλώνει διαταραχές από τα διάφορα συστήματα, όπως το κυκλοφορικό, το αυτόνομο νευρικό, μυοσκελετικό, κ.ά.. Οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν την ψυχολογία τους και επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους.

Για να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς των διαταραχών αυτών, που επιδρούν στη ποιότητα ζωής των ασθενών, αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες. Μια από αυτές είναι η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής των Λειτουργιών. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ποιότητα ζωής είναι η ψυχολογική ευεξία η οποία απορρέει από το σημείο εκείνο όπου οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματικές, κοινωνικές) ικανοποιούνται. Μια άλλη θεωρία είναι η θεωρία της χρησιμότητας που εφαρμόζεται για την λήψη ορθολογικών αποφάσεων, που αφορούν την έκβαση μιας πράξης που περιμένουμε να φέρει τη μεγαλύτερη δυνατή χρησιμότητα. Κάνοντας μια ανασκόπηση στη βιβλιογραφία, συναντάμε πολλές μελέτες που αφορούν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΑ και πόσο επηρεάζεται αυτή από τις διάφορες μεθόδους υποκατάστασης.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Για την εκτίμηση της και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων υποκατάστασης, είναι απαραίτητο να συμπεριλάβουμε παραμέτρους οι οποίοι δεν αφορούν μόνο τη σωματική αλλά και τη ψυχοκοινωνική ευεξία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ασθένειες νεφρών και κίνδυνος θανάτου.2004.

http://www.medlook.net.cy/printarticle.asp?item_id1437

Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια και αιμοκάθαρση.

http://www.medlook.net/article.asp?item_id=742. 4/2/2002

Ορφανίδου Μ., 2009. Περιοδικό Επιθεώρηση. Όργανο ενημέρωσης του Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, τεύχος 41, σελ16-17.

http://www.epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&hemid=53&func=view&catid=13&id=42

Σημεία και Συμπτώματα. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1903

Κουφοδίμος, 2007.

<http://www.lexrites.com/forum/index.php?showtopic=20900&mode=threaded>

Χρόνια Νεφρική ανεπάρκεια και θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. http://neikoptelema.blogspot.com/2009/09/blog-post_4744.html

Είδη Χρόνιας νόσου και επιπλοκές.

http://www.onhealth.gr/portal/eipf/greece/portal/patient/diagnosis_2nd_submenu

u

Αντωνοπούλου Ι.1994. Το ολιστικό μοντέλο της νοσηλευτικής φροντίδας.

Συντελεστής ποιότητας ζωής νεφροπαθών. Στο:5^ο Επιμορφωτικό Σεμινάριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας. Αθήνα. σελ.23

Ελληνικού Μ, Ζήση, 2004, Ποιότητα ζωής και χρόνιες νόσοι. Προγνώστηκες μεταβλητές για την ψυχική και κοινωνική προσαρμογή των πασχόντων με χρόνια ασθένεια. Στο: Ιατρική.82 (2):124-131

Θεοφίλου Π, Συνοδινού Κ, Τζινιέρη- Κοκκώση Μ, 2006. Ποιότητα ζωής των ασθενών με Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.12^ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό

Καραμπατάκης Π, και συν. 2002. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς που

υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Στο:5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας, Κως. Σελ.194-197

Συνέδριο, Βόλος.

Καραμπατάκης Π, και συν. 2002. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Στο:5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας, Κως. Σελ.194-197

Μπαλοδήμος Χ, Πετροπούλου Χ, Τριανταφύλλου Γ, 2006. Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σε ασθενείς με αιμοκάθαρση. Στο: Dialysis Living. Τεύχος 15, σελ. 6-11

Μπήδιου Ζ, Ιορδανίδης Π, και συν., 1991. Κατάθλιψη ασθενών με ΧΝΑ.

Στο:Dialysis Living. Τεύχος 14, σελ. 22-32

Apostolou Th, Chak W, Boulton A, Gokal R, 2001. Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια. Συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ ενός γενικού για νεφρικά προβλήματα ερωτηματολογίου. Ελληνική νεφρολογία. 13:363-375

Σαρρής Μ, 1999. Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών. Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σούλης Σ,1998. Οικονομική της υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα.

Apostolou T., Gokal R 2000, Quality of life after peritoneal dialysis. In: Gokal R, Krediet R, Nolph K, eds. Textbook of Peritoneal Dialysis. Kluwer Academic Publ, Dordrecht, The Netherlands, p. 709-735

Auet J, Simon G, et al 1992. improvements in quality of life on CAPD patients treated with subcutaneously administered erythropoietin for anaimia. Perit Dial Int. 12:40-42

Brief Ap, Houston Butcher A, George Jm, Link Ke (1993), Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. J Person Soc Psychol, 64:646-653.

Bergner M, Robbert R, Carter W et al 1981. the sickness impact profile (SIP): Development and final revision of a health status measure. Med Care 19: 787-805

Braden J. C., McGlone K., Pennington F., 1993. Specific Psychosocial and Behavioral outcomes from the Systemic Lupus Erythematosus Self-help Course. *Health Education Quarterly*.1: 29-41

Conill C, Verger E, Salamero M, 1990. Performance status assessment in cancer patients. *Cancer* 65:1864-1866

Beusterien K, Nissenson A, Port K et al 1996. The effects of recombinant human erythropoietin and well-being in chronic dialysis patients. *J Am Soc Nephrol*.7: 763-773

Cameron J, et al. Differences in quality of life across renal replacement therapies: A meta-analytic comparison. *Am J Kidney Dis*. 35:629-637

De Ore P. 1997. Hemodialysis patients assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization and dialysis attendance compliance. *Am S Kidney Dis*. 30:204-212

Evans R, et al, 1985. The quality of life of patients with end-stage renal failure. *N Engl J Med*. 312:553-559

Fitzpatrick R, Petcher A, et al, 1992. Quality of life measures in health care 1. Applications and issues in assessment. 305:1074-1077

Flowher A, Gore S, Jones D, et al 1992. Quality of life measures in health care 2. Design, analysis, interpretation. 305: 1145- 1148

Guyatt G. 1994, Cometary. Health status, quality of life, and the individual, *Jama* 272:630-631

Gutman R, et al 1985. Physical activity and employment status on maintenance hemodialysis. *N Engl J Med*. 304:309-313

Gill T, Feinstein A, 1994. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 272:619-625

Gutch Cf., Stoner Mh., Corea Al. 2003, Φυσιολογία του νεφρού και παθολογία της νεφρικής ανεπάρκειας. Στο: Η αιμοκάθαρση στη κλινική πράξη. Ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας. Αθήνα, 6 (3):50-53

Gokal R., 1993. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney Int. Suppl*. 40:523-527

Hopkins A. 1992. How might measures of quality of life be useful to me as a clinical? In: Hopkins A ed, Measures of the quality of life. Royal College of Physicians, London Publications, London, p.1-13

Higginson Ij, Carr Aj 2001. Measuring Quality of life. Using quality measure in the clinical setting, 222:1297-1300

Hays R, et al, 1994. development of the Kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. Qual life Res 1:53-61

Karnofsky Da, Burchenal Jh 1969, The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. In: McLeod (Ed), Cancer in Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia University Press. New York.

Laupacis A, Muirhead N, Keown P, et al, 1992. A disease specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. Nephron 60:302-306

Lindeberg S, Frey Bs (1993), Alternatives, frames and relative prices: A broader view of rational choice theory. Acta Sociol, 36:191-205

McHorney C, Ware J, Racjock A, 1993. The MOS 36 item short form health survey 2. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and medical health construct. Med Care 31:247-263

Morris PLP, Jones B 1988. Transplantation versus dialysis: a study of quality of life. Transplant Proc. 20:23-28

Moreno F, et al 1996. Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicenter study. Nephrol Dial Transplant p.125-129

Mercus M, et al, 1997. Quality of life in patients on chronic dialysis self-assessment 3 months after the start of treatment. The NECOSAD Study Group. Am J Kidney Dis. 29:584-592

Mercus M et al, 2000. Predictors of poor outcomes in chronic dialysis patients: the Netherlands Cooperative study on the adequacy of dialysis. The NECOSAD Study Group. Am J Kidney Dis. 35:69-79

Ormel J, Linderberg S, Steverink N, Voncorff M. (1997), Quality of life and social Protection Functions: A framework for understanding health effects. Soc Sci Med, 17:1051-1063

- Renner E., 1993. The costs aspects of organ transplantation. *Zen Tralatt for Chirourgy*. 118 (1):6-13
- Steverink N, Lindenberg S, Ormell J, (1994), Successful aging and the life course: Patterned change in the production of ultimate goals. 13th World Congress of Sociology, Brelfeld.
- Ulrich S., Canale S., Wendell S. 1997. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διαταραχές της λειτουργικής των νεφρών και της ουροφόρου οδού. Στο: Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας. 12:554-569
- Wilson Ib, Cleary Pd (1995), Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *J Am Med Ass*, 273:59-65
- Ware J, Sherbourne C, 1992. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): 1 Conceptual immework itam selection. *Med Care* 30:473-483
- Testa M, Simonson D, 1996. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*. 334: 635-640