

ΕΡΕΥΝΑ**Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στην ποιότητα ζωής των ουραιμικών ασθενών**

Κουτσοπούλου-Σοφικίτη Ε. Βασιλική¹, Κελέση-Σταυροπούλου Ν. Μάρθα², Βλάχου Δ. Ευγενία³, Φασόη-Μπαρκά Γ. Γεωργία⁴

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, PhD Κλινική Νοσηλευτική, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
3. Νοσηλεύτρια ΠΕ, PhD Κλινική Νοσηλευτική, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
4. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επιβίωση και η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την περιοδική διόρθωση βιολογικών παραμέτρων με την ανάλογη τεχνική βοήθεια, όπως συμβαίνει με τους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της διαταραχής της προσωπικότητας και οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα συλλέχτηκαν μέσω ερωτηματολογίου (EPQ), το οποίο έχει κριθεί αξιόπιστο για την εκτίμηση ομάδων ασθενών του ελληνικού πληθυσμού. Στην εργασία αυτή συμπεριελήφθησαν 103 ασθενείς, 54 (55%) άνδρες, ηλικίας $51,5 \pm 15,4$ και 49 (45%) γυναίκες, ηλικίας $50,3 \pm 15,5$ ετών, που ευρίσκονται σε ΧΠΑ σε μία από τρεις μονάδες τεχνητού νεφρού, σε αντίστοιχα νοσοκομεία των Αθηνών. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο EPQ, το οποίο αποτελείται από 84 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 24 αποσκοπούν στον έλεγχο των διαταραχών ψυχωτισμού, 22 στον έλεγχο διαταραχών νευρωτισμού, 19 για τον έλεγχο της εξω-

εσωστρέφειας, 16 για τον έλεγχο πρόθεσης ψεύδους, ενώ οι υπόλοιπες έχουν συμπεριληφθεί προς αντιπερισπασμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε ότι και οι τρεις κλίμακες ελέγχου διαταραχών προσωπικότητας έχουν συστηματικά επηρεασθεί, συγκριτικά με ομάδα 138 υγιών ατόμων της ομάδας ελέγχου, αντιστοιχισμένων ως προς την ηλικία και το φύλο. Ειδικότερα διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες υπό ΧΠΑ βρέθηκαν σε χαμηλότερη περιοχή της κλίμακας μέτρησης νευρωτισμού ενώ οι γυναίκες ασθενείς εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού. Η αρχική πάθηση που προκάλεσε την αρχική ανεπάρκεια και την εξ αυτής υποχρέωση ένταξης σε πρόγραμμα ΧΠΑ συσχετίστηκε με συγκεκριμένου τύπου διαταραχές προσωπικότητας. Ειδικότερα οι πάσχοντες από αγγειακές παθήσεις εμφάνισαν τάση να αναπτύσσουν νευρωτισμό σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι πάσχοντες από σπειραματονεφρίτιδα των οποίων η κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού εμφάνισε μεγαλύτερη υποστροφή. Η διαταραχή του νευρωτισμού εμφανίστηκε σημαντικά μειωμένη στους πάσχοντες από πολυκυστικό νεφρό, ενώ αντίθετα, η διαταραχή του ψυχωτισμού έλαβε τιμή παρόμοια με εκείνη των ασθενών με σπειραματονεφρίτιδα. Το ιστορικό αποτυχημένης μεταμόσχευσης ή η προσδοκία μεταμόσχευσης άσκησαν σημαντική επίδραση στην διαμόρφωση διαταραχών προσωπικότητας. Η οικογενειακή κατάσταση είχε τέλος σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση διαταραχών προσωπικότητας καθώς μεγαλύτερος βαθμός νευρωτισμού παρατηρήθηκε μεταξύ των αγάμων-ασθενών, που μπορεί να ερμηνεύεται από την ευχερέστερη προσαρμογή των εγγάμων στις συνθήκες ΧΠΑ με την υποστήριξη της οικογένειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια απότοκη συστηματικών αγγειακών παθήσεων ή μη ιάσιμων παθολογικών καταστάσεων του ουροποιητικού, εκδηλώνουν διαταραχές της προσωπικότητας. Ο τύπος και η βαρύτητα των διαταραχών εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία, την αρχική παθολογική εκτροπή που προκάλεσε την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και την υποχρέωση ένταξης σε πρόγραμμα χρόνιας

περιοδικής αιμοκάθαρσης, καθώς επίσης και από το ιστορικό ή την προσδοκία πτωματικής ή «εν ζωή» μεταμόσχευσης νεφρού.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση, Ποιότητα ζωής σε χρόνια αιμοκαθερόμενους ασθενείς, Διαταραχές προσωπικότητας ουραιμικών ασθενών

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Βασιλική Ε. Κουτσοπούλου – Σοφικίτη,
Καλογήρου Σαμουήλ 18,
Γαλάτσι, 11146,
Τηλ: 2102220027, 6977562433,
e-mail: vkutsop@teiath.gr*

ORIGINAL PAPER**The long-term consequences of chronic renal failure in the quality of life of the uremic patients**

Kutsopulu – Sofikiti E. Vasiliki,¹ Kelesi-Stavropulu N. Martha,² Vlachu D. Evgenia,³ Fasoi-Barka G. Georgia⁴

1. RN, PhD Clinical Nursing, Assistant Professor, Faculty of Nursing B', TEI of Athens
2. RN, MSc, PhD Management and Administration of Health Services, Assistant Professor, Faculty of Nursing B', TEI of Athens
3. RN, PhD Clinical Nursing, Assistant Professor, Faculty of Nursing B', TEI of Athens
4. RN, MSc, Lecturer of Nursing, Faculty of Nursing B', TEI of Athens

ABSTRACT

The survival and the quality of life depends on the recurred improvement of the biological parameters followed by the according technical support as it happens with patients of chronic renal failure.

AIM: The aim of the present study was the evaluation of personality disorders disturbance and the consequences on quality of life.

MATERIAL-METHODS: The facts were selected through a questionnaire (EPQ) which is estimated as reliable for the estimation of groups of patients belonging to the Greek population.

In the present study 103 patients were included, 54 (55%) men between the age $51,5 \pm 15,4$ and 49 (45%) women between the age $50,3 \pm 15,5$, who belong to (CRH) one of the three medical units of artificial kidney in corresponding hospitals of Athens. The patients fulfill the above mentioned questionnaire, EPQ which contains 84 questions from which 24 for the control of psychotism, 22 for neurotism and 19 questions for the extroversion, 16 for the control of lie intention and the rest included diversion tactics.

RESULTS: We concluded that all three scales of personality disorders appeared to be systematically affected in comparison with a group 138 healthy persons of the control group, matched according to their age and sex. In details, we recognized that males patients under the CRH program have been concentrated in a lower area of the scale of neurotism while female patients appeared to be concentrated in a lower area of scale of psychotism. The initial complaint, which provoked the initial disorder and the resultant need of incorporation into CRH program, was contributed to specific types of personality disturbance. Moreover, the patients with vascular complaints appeared with the tense to develop neurotism in a higher degree than patients with glomerulonephritis, whose account scale showed higher reduction. The disorder of neurotism appeared significantly reduced in patients with multicystic disease of the kidney. In the opposite side the disorder of psychotism reached a scale degree similar to that of patients with glomerulonephritis. The history of failed renal transplantation or the hope of transplantation in the future modulated the personality disorder appearance. Finally, the marital status of patients had serious impact on the modulation of personality disturbances. Specifically, it has been observed that larger number of single patients deal with problems related to the neurotism than married patients. This can be a proof of the fact that the contribution and support of the family during a CRH program may be a matter of crucial importance.

CONCLUSIONS: in conclusion, the patients with chronic renal failure which comes as a result of systematic vascular complaints or uncurable pathological situations of urinary system appear to face personality disturbances. The type and the seriousness of those disorders depend on the sex, the age and the initial pathological base of the patients, which provoked the chronic renal failure and the need of incorporation into a program for chronic recurrent hemodialysis. Moreover, the type and the importance of the disorder is attributed to the history of the patient or the hope of cadaveric or live transplantation of kidney.

Key words: Chronic periodic hemodialysis, Quality of life for chronically hemodialysed patients, Personality disorders uremic patients

CORRESPONDING AUTHOR*Vasiliki E. Kutsopulu-Sofikiti,**Kalogiru Samuil 18,**Galatsi, 11146**Tel: 2102220027, 6977562433**E-mail: vkutsop@teiath.gr***ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι σύγχρονες εξελίξεις της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής Επιστήμης σε συνδυασμό με την τεχνολογία συνέβαλλαν σημαντικά στην επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης για τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Όταν όμως η επιβίωση και η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την περιοδική διόρθωση βιολογικών παραμέτρων, με την ανάλογη τεχνική βοήθεια, όπως συμβαίνει με τους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η κατάσταση αυτή επιδρά τόσο στον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του ^{1,2}.

Οι διαταραχές προσωπικότητας μεταξύ ασθενών με χρόνια προβλήματα προσεγγίζονται με ψυχιατρική συνέντευξη ή συμπλήρωση ερωτηματολογίων προσωπικότητας, που έχουν προηγουμένα αξιολογηθεί ως αποδοτικά στον πληθυσμό που πρόκειται να εφαρμοσθούν κι έχουν αποδειχθεί ευαίσθητα στην αποτύπωση

ψυχοπαθολογικών εκτροπών, αποδιδόμενων στην χρόνια πάθηση.

Οι επιδράσεις που αναμένονται στην προσωπικότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζονται από τη στιγμή που οι ασθενείς θα κατανοήσουν τη χρονιότητα της πάθησής τους και αντιληφθούν την οριστική τους εξάρτηση από τον τεχνητό νεφρό ³.

Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης επιβάλλει στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σημαντικές προσαρμογές στην καθημερινή δραστηριότητά τους και επηρεάζει σημαντικά την οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και οικονομική υπόσταση του ασθενούς, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχολογικών συγκρούσεων και ενίοτε, την εκδήλωση ψυχωσικών φαινομένων ^{4,5}. Η έρευνα για τη ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών που αντιμετωπίζονται με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (XNATΣ) είναι

περιορισμένη και τα αποτελέσματά της, σε ικανό βαθμό ασαφή ή και αντικρουόμενα. Υπό τις συνθήκες της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της οριστικής εξάρτησης από μονάδες τεχνητού νεφρού, οι ασθενείς υποχρεώνονται σε επαναπροσαρμογή στο κοινωνικοοικονομικό, επαγγελματικό και οικογενειακό τους περιβάλλον. Το γεγονός αυτό δεν αφήνει αμετάβλητη τη ψυχική σφαίρα. Έχει εκπονηθεί μεγάλος αριθμός μελετών, στην προσπάθεια κατανόησης των μηχανισμών, μέσω των οποίων αναπτύσσονται οι διαταραχές στην προσωπικότητα των χρόνιων ουραιμικών ασθενών με αντικρουόμενα ή και με αμφισβητούμενα αποτελέσματα³.

Στην Ελλάδα το 74,2 % των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση. Οι σημαντικές εξελίξεις της σύγχρονης θεραπευτικής, στους χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς διασφαλίζει σημαντικά παρατεταμένη επιβίωση. Συνεπώς, η κατανόηση των διαταραχών προσωπικότητας, οι παθογενετικοί τους μηχανισμοί και οι ανάδειξη μεθόδων πρόληψης και αποκατάστασης κρίνεται απόλυτα αναγκαία και επιβεβλημένη, ιδίως σε ότι αφορά τον τρόπο προσέγγισης, πληροφόρησης, ψυχολογικής παρέμβασης και υποστήριξης των ασθενών υπό χρόνια αιμοκάθαρση^{3,6}.

Οι αντιδράσεις που παρατηρούνται στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ποικίλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία, την οικογένεια, την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική και επαγγελματική θέση και αποδοχή.

Οι κυριότερες αντιδράσεις στην αρχή είναι η άρνηση της ασθένειας, ο θυμός, η επιθετικότητα, ο φόβος, οι ενοχές, η πιθανή παλινδρόμηση της συμπεριφοράς που αποτελούν και μηχανισμούς άμυνας του ατόμου. Στη συνέχεια μπορεί να παρουσιαστούν φοβίες, κατάθλιψη, απομόνωση και μια σχέση εξάρτησης με το μηχάνημα και με την θεραπευτική ομάδα⁷. Ο Wright το 1966 τονίζει, στην μελέτη του τον ομφαλικό συμβολισμό του μηχανήματος ο οποίος αντιπροσωπεύει τον πλακούντα και οι γραμμές του τις ομφαλικές φλέβες. Ο ίδιος μελέτησε την σεξουαλική συμπεριφορά των ασθενών υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ) και ανέφερε ότι το 18% των ασθενών είχαν ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις, 50 % μειωμένες έως πολύ μειωμένες και το 32 % ανύπαρκτες. Η πιο συχνή παρατήρηση είναι η ελάττωση της Libido και η μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Είναι πρόδηλο ότι οι ψυχολογικές επιπτώσεις στη διάσταση της προσωπικότητας ως ένα σημείο είναι κατανοητές και η ικανότητα αυτών των ασθενών να καταφέρουν να αποδεχθούν την νέα κατάσταση και να προσαρμοστούν στις

ιδιαιτερότητες, είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης διεργασίας προκειμένου να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στους στρεσογόνους παράγοντες της νόσου και της ψυχικής υγείας των ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η εργασιακή απασχόληση αποτελεί επίσης έναν δείκτη συσχέτισης με την ποιότητα ζωής⁵. Οι Carol και συνεργάτες αναφέρουν ότι η ικανότητα για πλήρη εργασία διατηρείται στο 50 % των ασθενών, το 25 % έχει μερική απασχόληση και το άλλο 25 % εγκαταλείπει την εργασία του⁸.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της διαταραχής της προσωπικότητας σε ασθενείς με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ). Στη μελέτη αυτή έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν τη νέα κατάστασή τους, τις αλλαγές που συμβαίνουν, το βαθμό άγχους, τις αντιδράσεις τους, το θυμό, την επιθετικότητα, την απομόνωση, την κατάθλιψη και τις επακόλουθες ψυχολογικές επιπτώσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην εργασία αυτή συμπεριελήφθησαν 103 ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και 138 άτομα της ομάδας ελέγχου, ηλικίας 50.90 ± 15.4 ετών. Από αυτούς οι 54 (55%)

ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας 51.5 ± 15.4 ετών και οι 49 γυναίκες (45%), μέσης ηλικίας 50.3 ± 15.5 ετών.

Η ηλικία των ανδρών-ασθενών που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη κυμάνθηκε μεταξύ 17 και 84 ετών (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση 51.5 ± 15.4) και της ομάδας ελέγχου 18 και 79 (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση 52 ± 16.4), ενώ των γυναικών ασθενών, μεταξύ 16 και 86 (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση 50.3 ± 15.5) και της ομάδας ελέγχου 19 και 78 (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση 49 ± 16).

Οι ασθενείς του δείγματος προέρχονταν από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού των Νοσοκομείων: Κυανούς Σταυρός, Π.Γ.Ν.Ν «Αλεξάνδρα» και Π.Γ.Ν.Ν «Ιπποκράτειο». Οι νοσηλευτικές συνθήκες των τριών κέντρων είναι συγκρίσιμες μεταξύ τους και οι ασθενείς είναι όλοι κάτοικοι του Λεκανοπεδίου Αττικής. Από τα συμπεριλαμβανόμενα κέντρα το πρώτο είναι ιδιωτικό, ενώ τα δύο άλλα είναι Δημόσια. Οι ασθενείς της μελέτης εναλλάσσονταν κατά τυχαίο τρόπο σε διαφορετικού τύπου συσκευές, ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες στο κάθε Κέντρο. Και τα τρία κέντρα είχαν διαφόρων τύπων μηχανήματα τεχνητού νεφρού. Στη μελέτη οι ασθενείς εντάχθηκαν οικειοθελώς, μετά προφορική και γραπτή ενημέρωση του σκοπού και της μεθοδολογίας της.

Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (EPQ) το οποίο συμπεριλαμβάνει 84 ερωτήσεις οι οποίες μετρούν διαστάσεις προσωπικότητας (ψυχωτισμός – εξωστρέφεια/εσωστρέφεια – νευρωτισμός). Οι ερωτήσεις «αντιπερισπασμού» αποσκοπούν στον έλεγχο της ειλικρίνειας των απαντήσεων στις ερωτήσεις προσωπικότητας. Οι ασθενείς συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο αμέσως μετά την αποδέσμευσή τους από τον τεχνητό νεφρό και πριν αναχωρήσουν από τη μονάδα. Σε μικρή αναλογία ασθενών, οι οποίοι είχαν αδυναμία να διαβάσουν ή να γράψουν, τους παρασχέθηκε γραμματειακή βοήθεια από νοσηλεύτρια της Μονάδας, που δεν είχε προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό του ερωτηματολογίου.

Οι ασθενείς συγκρίνονται με ομάδα 138 υγιών ατόμων (ομάδα ελέγχου), αντιστοιχισμένων κατά ομάδες, ως προς την ηλικία και τον τόπο μόνιμης κατοικίας. Από την ομάδα ελέγχου, 70 (51.72%) ήταν άνδρες, ηλικίας 52 ± 16.4 ετών και 68 (49.27%) γυναίκες, ηλικίας 49 ± 16 ετών.

Ανάλογα με την αρχική πάθηση που προκάλεσε τη νεφρική ανεπάρκεια και την υποχρέωση ΧΠΑ, οι ασθενείς διακρίθηκαν σε τρεις ομάδες: Στην ομάδα 1 (ΧΠΑ1) εντάχθηκαν 58 ασθενείς, (56.3%), για την νεφρική ανεπάρκεια των οποίων υπεύθυνο νόσημα ήταν η σπειραματονεφρίτιδα. Στην ομάδα ΧΠΑ2 εντάχθηκαν 34 ασθενείς (33%),

οι οποίοι έπασχαν από πολυκυστικό νεφρό, ενώ στην ομάδα ΧΠΑ3 εντάχθηκαν 11 ασθενείς (10,7%), των οποίων τη νεφρική ανεπάρκεια και την υποχρέωση ΧΠΑ προκάλεσαν διαφόρων τύπων αγγειοπάθειες.

Ανεξάρτητα με την ηλικία, το φύλλο, την αρχική πάθηση που προκάλεσε τη νεφρική ανεπάρκεια και τη διάρκεια ΧΠΑ, οι ασθενείς επαναταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με το ιστορικό μεταμόσχευσης νεφρού. Συγκεκριμένα, στην κατηγορία «MET0» περιλαμβάνονται ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, χωρίς προσδοκία μεταμόσχευσης, ενώ στην κατηγορία «MET1» περιλαμβάνονται ασθενείς υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, οι οποίοι έχουν ενταχθεί σε κατάλογο, προς μεταμόσχευση. Τέλος, στην κατηγορία «METX» περιλαμβάνονται ασθενείς υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση νεφρού, στο παρελθόν, αλλά το μόσχευμα απερρίφθη.

Οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με το επάγγελμά τους σε δύο επαγγελματικές κατηγορίες. Στην ομάδα Α συμπεριελήφθησαν ανειδίκευτοι ενώ στην ομάδα Β συμπεριελήφθησαν οι υπάλληλοι γραφείου. Ανεξαρτήτως φύλου, οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν επίσης ανάλογα με τα έτη σπουδών σε τρεις ομάδες, την Α (βασικές σπουδές, μέχρι 9 έτη σπουδών), την Β (μέση εκπαίδευση, μέχρι 12 έτη σπουδών) και την

Γ (ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση, πάνω από 12 έτη σπουδών). Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες, έγγαμοι (ΟΙΚ1) και άγαμοι (ΟΙΚ2).

Τα δεδομένα της μελέτης, μετά την αποδελτίωσή τους, επεξεργάστηκαν με κατάλληλο λογισμικό που είχε τη δυνατότητα επαναταξινόμησης των ασθενών, ανάλογα με το φύλλο, την ηλικία, το αρχικό νόσημα που προκάλεσε τη νεφρική ανεπάρκεια, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη σπουδών, το Νοσηλευτικό Ίδρυμα στο οποίο γίνεται η ΧΠΑ, το ιστορικό ή την προσδοκία μεταμόσχευσης και την επαγγελματική τους κατάσταση. Η σύγκριση των μέσων τιμών των παραμέτρων των διαφόρων ομάδων έγινε είτε με τη χρήση του T-student test είτε με τη χρήση του F-test από ANOVA. Το T-test χρησιμοποιήθηκε στην περίπτωση σύγκρισης των διαφόρων παραμέτρων μεταξύ δύο ομάδων. Η σύγκριση παραμέτρων σε περισσότερες από δύο ομάδες απαιτεί F-test. Οι τυχόν αποκλίσεις των διαφόρων μεταβλητών από την κανονική κατανομή εξομαλύνονται λόγω του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος από το αρκετά μεγάλο δείγμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία περιελήφθησαν 111 ασθενείς στην πειραματική ομάδα και 138

άτομα στην ομάδα ελέγχου από τους οποίους οι 8 αρνήθηκαν να απαντήσουν ή δεν απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις και εξαιρέθηκαν της περαιτέρω ανάλυσης. Οι ασθενείς (54 άνδρες και 49 γυναίκες) ήταν ποικίλης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, δεν είχαν τρέχοντα νοσηλευτικά προβλήματα και υποβάλλονταν σε ΧΠΑ από 3 μήνες μέχρι 10 χρόνια.

Στον πίνακα 1 φαίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης (Ανονα), των ασθενών με την ομάδα ελέγχου κατά φύλο. Επίσης, καταχωρούνται, η μέση (\pm SD, η ελάχιστη και η μέγιστη) τιμή της βαθμολογίας που επέτυχαν οι ασθενείς υπό ΧΠΑ και η ομάδα ελέγχου για κάθε παράμετρο προσωπικότητας που ελέγχθηκε. Η δοκιμασία Anova δείχνει ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ασθενείς διαφοροποιούνται από τους άνδρες και τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου αντίστοιχα ως προς τις τρεις διαστάσεις προσωπικότητας και τον έλεγχο ειλικρίνειας. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι και τα δύο φύλα ασθενών έχουν σε όλες τις διαστάσεις προσωπικότητας και στον έλεγχο ειλικρίνειας χαμηλότερη βαθμολογία από την ομάδα ελέγχου. Αυτό σημαίνει ότι η διαδικασία της ΧΠΑ επηρεάζει σημαντικά τις διαστάσεις της προσωπικότητας των ασθενών και στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ως προς την κλίμακα

ψυχωτισμού, τόσο οι άνδρες ($p=0.017$), όσο και οι γυναίκες ($p=0.021$) ασθενείς επέτυχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολόγηση· ως προς την κλίμακα του νευρωτισμού, τόσο οι άνδρες ($p=0.015$) όσο και οι γυναίκες ($p=0.045$) ασθενείς επέτυχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία. Ανάλογες διαφορές διαπιστώθηκαν στις βαθμολογήσεις της κλίμακας εξωστρέφειας ($p=0.002$ και $p=0.0031$, αντίστοιχα για τους άνδρες και γυναίκες ασθενείς), καθώς, επίσης και στην κλίμακα που ελέγχει την πρόθεση ειλικρίνειας ($p=0.001$ και $p=0.003$, αντίστοιχα για τα δύο φύλα). (Πίνακας 1)

Από τους πίνακες 2 και 3 διαπιστώνεται ότι σημαντικά μεγαλύτερη αναλογία ασθενών κατέληξαν σε ΧΠΑ, λόγω σπειραματονεφρίτιδας, παρά λόγω πολυκυστικού νεφρού ή αγγειακών παθήσεων. Οι διαταραχές προσωπικότητας που παρουσίασαν οι ασθενείς υπό ΧΠΑ, συσχετίζονται με την υποκείμενη οργανική πάθηση. Ειδικότερα, οι πάσχοντες από αγγειακές παθήσεις, που κατέληξαν σε ΧΠΑ εμφάνισαν τάση να αναπτύσσουν νευρωτισμό σε μεγαλύτερο βαθμό ($t=3.12$, $p=0.023$), από ότι οι πάσχοντες από σπειραματονεφρίτιδα, των οποίων η διάσταση ψυχωτισμού εμφάνισε μεγαλύτερη ($p=0.027$) υποστροφή. Η διάσταση νευρωτισμού εμφανίστηκε περιορισμένη, επίσης, στους πάσχοντες από πολυκυστικό νεφρό, ενώ αντίθετα, η διάσταση ψυχωτισμού, έλαβε τιμή παρόμοια

με εκείνη των ασθενών με σπειραματονεφρίτιδα.

Με τη χρήση το F-test (πίνακας 4) συμπεραίνουμε ότι το επίπεδο ψυχωτισμού και νευρωτισμού δεν είναι το ίδιο σε όλες τις κατηγορίες ασθενών σε σχέση με το ιστορικό μεταμόσχευσης.

Στον πίνακα 5 που ακολουθεί, ελέγχονται με τη βοήθεια του T-test οι τρεις κατηγορίες ιστορικού μεταμόσχευσης ανά δύο, ως προς το επίπεδο του ψυχωτισμού και νευρωτισμού. Διαπιστώνεται ότι η κατηγορία MET1 εμφανίζει τον μεγαλύτερο δείκτη ψυχωτισμού από τις άλλες δύο κατηγορίες και η κατηγορία METX τον μικρότερο. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς οι οποίοι έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε μεταμόσχευση και το μόσχευμά τους έχει απορριφθεί εμφανίζουν μεγαλύτερο ψυχωτισμό σε σχέση με τους ασθενείς των άλλων δύο ομάδων, ενώ οι ασθενείς που αναμένουν μόσχευμα (MET1) εμφανίζουν τον χαμηλότερο ψυχωτισμό. Η τελευταία αυτή κατηγορία ασθενών εμφανίζει τον περισσότερο νευρωτισμό εν αντιθέσει με την κατηγορία των ασθενών που δεν είναι υποψήφιοι για μεταμόσχευση (MET0) που εμφανίζουν τον μικρότερο ψυχωτισμό. Στον πίνακα επίσης εμφανίζεται ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών στην κλίμακα ψυχωτισμού ή νευρωτισμού μεταξύ των ομάδων ως προς το ιστορικό ή την προσδοκία μεταμόσχευσης. Πιθανόν, η

αδημονία εξεύρεσης μοσχεύματος και απαλλαγής τους από τη βασανιστική υποχρέωση της ανά διήμερο υποβολής σε αιμοκάθαρση καθιστά τους υποψήφιους για μεταμόσχευση ασθενείς της κατηγορίας MET1 νευρωτικούς, ενώ η παραίτηση και η απογοήτευση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση, στο παρελθόν, αλλά το μόσχευμά τους απερρίφθη (METX), τους αποδιοργάνωσε ψυχικά.

Ο έλεγχος Anova απορρίπτει την υπόθεση της ισότητας του ψυχωτισμού και νευρωτισμού στις τρεις κατηγορίες ασθενών ανάλογα με το ιστορικό μεταμόσχευσης. Ακολουθεί έλεγχος των τριών ομάδων ανά δύο με τη χρήση του T-test.

Στον πίνακα 6 οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, υπό ΧΠΑ ταξινομήθηκαν ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση, ανεξάρτητα από το φύλο τους, σε εγγάμους και αγάμους. Διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των αγάμων και εγγάμων στις τιμές των διαστάσεων ψυχωτισμού και νευρωτισμού.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ευρεία εφαρμογή της ΧΠΑ, με τη βοήθεια τεχνητού νεφρού και της περιτοναϊκής κάθαρσης συνετέλεσε στην μακροχρόνια επιβίωση πολλών ασθενών με χρόνια

νεφρική ανεπάρκεια^{9,10}. Παράλληλα, προς τις μεθόδους αυτές, έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι στη νεφρική μεταμόσχευση, ώστε, σήμερα, αποτελεί κοινή πεποίθηση ότι η επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την καλύτερη θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Είναι αυτονόητο, ότι επί ΧΠΑ ο ασθενής εξακολουθεί να παραμένει ουραιμικός και, εξ αυτού παρουσιάζει ποικίλα προβλήματα, όπως αναιμία, σκελετικές διαταραχές, και άλλα, που επιβάλλουν στον ασθενή σημαντικές προσαρμογές στην καθημερινή δραστηριότητα και επηρεάζουν σημαντικά την οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και οικονομική υπόσταση του ασθενούς, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχολογικών συγκρούσεων και ενίοτε, την εκδήλωση ψυχωσικών φαινομένων^{11, 12, 13}.

Πιο αναλυτικά στη μελέτη μας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολόγηση των διαστάσεων ψυχωτισμού, νευρωτισμού και εξωστρέφειας μεταξύ της πειραματικής ομάδας ($p=0.001$) και της ομάδας ελέγχου. Συγκεκριμένα, η διάσταση ψυχωτισμού βρέθηκε σημαντικά χαμηλότερη τόσο για τους άνδρες ($F=5.85$, $p=0.017$), όσο και για τις γυναίκες ($F=5.47$, $p=0.021$), ουραιμικούς ασθενείς, συγκριτικά με τους αντιστοιχισμένους ως προς την ηλικία και το φύλο της ομάδας ελέγχου.

Η επίδραση της αρχικής πάθησης η οποία προκάλεσε τη νεφρική ανεπάρκεια και τη χρόνια ουραιμία και υποχρέωσε τους ασθενείς να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, άσκησε σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση διαταραχών προσωπικότητας.

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς των οποίων τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια προκάλεσαν αγγειοπάθειες, μεταξύ των οποίων σε μέγιστη αναλογία, διαβητικής αιτιολογίας εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολόγηση στη διάσταση του νευρωτισμού, συγκριτικά με τους ασθενείς, των οποίων τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια προκάλεσαν άλλες παθήσεις, όπως η σπειραματονεφρίτιδα (ΧΠΑ1) ή ο πολυκυστικός νεφρός (ΧΠΑ2). Τα ευρήματα άλλων συγγραφέων συνηγορούν με τα αποτελέσματά μας. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς υπό ΧΠΑ με διαβητική νεφροπάθεια είχαν χαμηλή ποιότητα ζωής¹⁴, από ιατρικής άποψης, παρότι είχαν καλή ποιότητα ζωής από ψυχολογικής και κοινωνικής άποψης. Παρατηρήθηκε υψηλή επικράτηση αλεξιθυμίας σχετιζόμενης με την ικανότητα αυτοελέγχου. Στην προηγούμενα αναφερόμενη μελέτη, εξετάστηκε η αλεξιθυμία, από ψυχοσωματικής άποψης, πριν και μετά την έναρξη της αιμοδιάλυσης¹⁵. Όπως αναφέρθηκε, οι ουραιμικοί ασθενείς πριν την ένταξή τους σε πρόγραμμα ΧΠΑ αντιμετωπίζουν το

πρόβλημα της υγείας τους, όπως τα περισσότερα άτομα με ένα χρόνιο νόσημα¹⁶. Μετά την ένταξή τους όμως, στο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, εμφανίζουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα, όπως αλεξιθυμία και νευρωτισμός. Έχει, επομένως, μεγάλη σημασία προκειμένου να αποτιμηθούν οι αναμενόμενες ψυχολογικές διαταραχές, μετά την ένταξη σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, εάν η πάθηση που προκάλεσε τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια χρονολογείται από μακρού ή η εγκατάστασή της είναι σχετικά πρόσφατη. Αναμφίβολα, μια συστηματικότερη αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής που να συμπεριλαμβάνει την αλεξιθυμία θα οδηγήσει σε πραγματική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών σε αιμοκάθαρση¹⁷.

Η ποιότητα της ζωής διαβητικών ασθενών - τελικού σταδίου- που είναι υποχρεωμένοι να κάνουν αιμοκάθαρση έχει διερευνηθεί σε σειρά μελετών ^{18,19} και τα αποτελέσματά τους συμβατά με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, είναι συνηγορητικά της διαπίστωσης ότι οι ουραιμικοί ασθενείς με πάθηση που χρονολογείται από μακρού βιώνουν χαμηλής ποιότητας ζωή, παρόλο ότι οι αντιλήψεις των ίδιων των ασθενών μπορεί να είναι διαφορετικές, καθώς η στάθμη της μέσης ικανοποίησης για το αναμενόμενο μέλλον ήταν σχεδόν τόσο υψηλή όσο και στο παρελθόν, παρά τα βιώματα μιας μακροχρόνιας επιδείνωσης της

κατάστασης της υγείας τους. Οι ψυχοσωματικές εκδηλώσεις των ασθενών σε διάλυση με διαβητική νεφροπάθεια εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας διάφορα ψυχολογικά τεστ όπως η κλίμακα MMPI για την αλεξιθυμία. Αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά παρατηρήθηκαν στο 83% των ασθενών σε διάλυση με διαβητική νεφροπάθεια. Ειδικότερα, επιπλοκές οπτικών διαταραχών όπως σοβαρή ρετινοπάθεια είναι πιθανό να επιταχύνουν περισσότερο αυτή την κατάσταση^{18,19,20}.

Από την εργασία αυτή συμπεραίνεται ότι το ιστορικό ή η προσδοκία μεταμόσχευσης διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής και σε παρόμοια συμπεράσματα έχουν καταλήξει άλλοι ερευνητές^{21,22,23}. Συγκεκριμένα, ανάλογα με το ιστορικό μεταμόσχευσης, οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε μεταμόσχευση, αλλά το μόσχευμά τους απορρίφθηκε παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολόγηση της κλίμακας ψυχωτισμού. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με τα αποτελέσματα μιας εκτεταμένης έρευνας στην οποία αποτιμήθηκε η ποιότητα 859 ασθενών που είχαν υποβληθεί σε αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση, με στόχο να διασαφηνιστεί το κατά πόσο υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις της ποιότητας ζωής είχαν επηρεαστεί από την ανάμιξη των περιστατικών ή τη θεραπεία^{24,25}. Βρέθηκε

ότι 79,1% μεταμοσχευμένων ήταν ικανοί να λειτουργούν σε κανονικά επίπεδα, σε σύγκριση προς ένα ποσοστό ανάμεσα στο 47,5 και το 59,1% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με αιμοκάθαρση (ανάλογα με το είδος). Σχεδόν το 75% των μεταμοσχευμένων ήταν ικανοί να εργαστούν, σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό των αιμοκαθαιρόμενων, που κυμαίνεται μεταξύ του 24,7 και του 59,3%^{26,27}. Οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση εμφάνιζαν περισσότερη κατάθλιψη από τους μεταμοσχευμένους, παρόλο που οι ασθενείς με μεταμόσχευση έδειξαν υψηλότερα επίπεδα άγχους²⁸. Σε μια μελέτη²⁹ παρουσιάζεται η εφαρμογή μίας πληρέστερης μεθοδολογίας για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών σε αιμοκάθαρση³⁰ και ασθενών με μεταμόσχευση^{31, 32}. Ωστόσο, σε μετρήσεις για την υποκειμενική ποιότητα ζωής οι ασθενείς με επιτυχή μεταμόσχευση και εκείνοι σε αιμοκάθαρση βρέθηκαν σε παρόμοια επίπεδα όσον αφορά τη φυσιολογική επίδραση της θεραπείας στη ζωή τους. Αντίθετα, εκείνοι με αποτυχημένη μεταμόσχευση επέδειξαν μειωμένη ποιότητα ζωής^{33,34,35}. Ως προς δύο υποκειμενικές μεταβλητές (ικανοποίηση από τη ζωή και ψυχολογική επιρροή), οι μεταμοσχευμένοι είχαν υψηλότερη ποιότητα ζωής από ότι οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση³⁶. Ανάμεσα στους ασθενείς σε αιμοκάθαρση, εκείνοι που

υποβάλλονταν σε θεραπεία στο σπίτι είχαν την υψηλότερη ποιότητα ζωής. Όλες οι διαφορές οι σχετικές με την ποιότητα ζωής βρέθηκε ότι επέμεναν ακόμα και αφού είχαν σταθμιστεί στατιστικά τα περιστατικά. Τέλος, η ποιότητα ζωής των μεταμοσχευμένων βρισκόταν σε καλό επίπεδο προς εκείνη του γενικού πληθυσμού, ενώ, αντίθετα, οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση δεν εργάζονταν, ούτε λειτουργούσαν στο ίδιο επίπεδο με ανθρώπους του γενικού πληθυσμού³⁷.

Αντίθετα, με άλλους συγγραφείς³⁸, διαπιστώθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν επέδρασε στη διαμόρφωση συγκεκριμένου τύπου διαταραχών προσωπικότητας. Μερικοί συγγραφείς διαπιστώνουν, ειδικότερα, ότι οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση βιώνουν περισσότερες δυσκολίες στο γάμο τους και στην οικογενειακή προσαρμογή τους, υπό τις νέες συνθήκες της χρόνιας ουραιμίας, των αυστηρών όρων διαβίωσης, της διατήρησης, της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης και της υποχρέωσης μετακίνησης ανά διήμερο σε νοσηλευτικό ίδρυμα, προκειμένου να πραγματοποιήσουν την αιμοκάθαρσή τους. Αντίθετα, οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με μεταμόσχευση νεφρού, επανεντάχθηκαν στο οικογενειακό περιβάλλον χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα³⁹.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια απότοκη συστηματικών αγγειακών παθήσεων ή μη ιάσιμων παθολογικών καταστάσεων του ουροποιητικού, εκδηλώνουν διαταραχές της προσωπικότητας, διαπιστούμενες με τη χρήση ερωτηματολογίων προσωπικότητας ή ψυχιατρικών συνεντεύξεων. Ο τύπος και η βαρύτητα των διαταραχών εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία, την αρχική παθολογική εκτροπή που προκάλεσε την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και την υποχρέωση ένταξης σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, καθώς επίσης και από το ιστορικό ή την προσδοκία πτωματικής ή «εν ζωή» μεταμόσχευσης νεφρού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Raravi D., Delvaux N. L'impact psychosocial de la maladie et de la mort de l'enfant: conceptions actuelles. *Ann. Med. Psychol.*, 1988, 146 (6): 523-49.
2. Parkes ML. Psychosocial transitions. A field for study. *Study Science and Medicine*, 1971, 5: 101-115.
3. Dell O. Coping with the enormity of illness and disability. *Rihabil.Lit.*, 1984, 45: 22-23.
4. Larkin J. Factors influencing one's ability to adapt to chronic illness, during. *Clinics of North America*, 1987, 3: 535-542.
5. Wright R.G., Sand, P., Livingstou, G. Psychological stress during

- hemodialysis for chronic renal failure. *Annals of Internal Medicine*, 1966, 64: 611-21.
6. Καϊτελίδου Δ. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 2007, 46, 2: 246-247.
7. Σαπουτζή - Κρέπια Δ. Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα. Μια ολιστική προσέγγιση. Ελλην, Αθήνα, 2001.
8. Carol E.F., Marjorie J.P. The employment Potential of Hemodialysis Patients. *Nursing Research*, 1985, 34: 273-277.
9. Cameron JS. The future of nephrology. With special regard to advances treatment. *Kidney Int.*, 1992, 42 (supl 38), s203-s214.
10. Osberg JW., Meares GJ, McKee DC, Burnett GB. Research issues in psychological studies of chronic dialysis. *Psychiatry Res.*, 1980, 3(3): 307-14.
11. Lefevbre P., Norbert A., Crombez J. Psychological and psychopathological reactions iv relation to chronic hemodialysis. *Canadian Psychiatric Association J.*, 1972, 17: 55-59.
12. Nolph KD. Continuous ambulatory peritoneal dialysis as long term treatment for end stage renal diseases. *American Journal of Kidney Diseases*, 1992, 17: 154-157.
13. Paul L. Kimmel MD. Towards View of End-Stage Renal Disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 1990, 15(3).
14. Andreoli SP. The pathophysiology of the hemolytic uremic syndrome. *Curr. Opin. Nephrol. Hypertens*, 1999, Jul., 8(4): 459-64.
15. Fukunishi I. Psychosomatic aspects patients on hemodialysis. Clinical usefulness of alexithymia. *Psychother Psychothom*, 1990, 54(4): 214-20/IMD=9110.
16. Hoothay F. DeStefano AE, Leary EM, Foley-Hartel TC. *ANNA J*, 1990, 17 (5): 361-4, discussion 365 /IMD=9102.
17. Fukunishi I. Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis. The relationship between quality of life and alexithymia. *Psychother Psychothom*, 1990, 54 (4): 221-8 /IMD=9110.
18. Fukunishi I. Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis. Alexithymic trait of hemodialysis patients with diabetic nephropathy. *Psychother Psychothom*, 1989, 52 (1-3): 58-65 /IMD=9104.
19. Edgell ET, Coons SJ, Carter WB, Kallich JD, Mapes D, Damush TM, Hays RD. A review of health-related quality-of-life measures used in end stage renal disease. *Clin. Ther.*, 1996, 18(5): 887-938.
20. Fukunishi I. Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis. With special reference to aged patients. *Psychother Psychothom*, 1989, 52 (1-3): 51-7 /IMD=9104.
21. Abram H.S. Psychiatric reflections on adaptation to repetitive dialysis. *Kidney*, 1991, 6: 67-72.

22. Levy NB. Psychological factors affecting long-term survivorship on hemodialysis. *Dialysis and transplantation*, 1979, 8: 880-881.
23. Cumming JW. Hemodialysis Feeling, Factors, Fantasies. The pressure and how patients respond. *Am. J. Nursing.*, 1970, 70: 70-76.
24. Vourlekis BS., Rivera-Mizzoni RA. Psychosocial problem assessment and end stage renal disease patient outcomes. *Adv. Ren. Replace. Ther.*, 1997, 4(2): 136-44.
25. Merkus MP., Jager KJ., Dekker FW., Boeschoten EW., Stevens P., Krediet RT. 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.*, 1997, 29(4): 584-92.
26. Benedetti E., Asolati M., Dunn T., Walczak DA., Papp P., Bartholomew AM., Smith Y., Washington AW., Pollak R. Kidney transplantation in recipients with mental retardation: clinical results in a single-center experience. *Am J Kidney Dis.*, 1998, 31(3): 509-12.
27. Harries F. Psychosocial care in end-stage renal failure. *Prof Nurse*, 1996, 12(2): 124-6.
28. Greenberg RP., Davis G., Massey R. The psychological evaluation of patients for a kidney transplant and hemodialysis program. *Am. J. Psychiatry*, 1973, 130: 274.
29. Rodin G. Depression in patients with end-stage renal disease: psycho-pathology or normative response? *Adv Ren Replace Ther.*, 1994, 1(3): 219-27.
30. Eschbach JW. Recombinant human erythropoietin in anemic patients with end-stage renal disease: Results of phase III multicenter clinical trial. *Ann Intern Med.*, 1989, 111:992.
31. Fox E., McDowall J., Neale TJ., Morrison RB., Hatfield PJ. Cognitive function and quality of life in end-stage renal failure. *Ren Fail.*, 1993, 15(2): 211.
32. Naumann EG., Korten B., Pankalla S., Michalk DV., Querfeld U. Personality and rehabilitation in young adults with renal replacement therapy. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 1999, 48(3): 155-62.
33. Killingworth A. Psychosocial impact of end-stage renal disease. *Br J. Nurs.*, 1993, 14-27; 2(18): 905-8.
34. Devins GM., Mann J., Mandin H., Paul LC., Hons RB., Burgess ED., Taub K., Schorr S., Letourneau PK., Buckle S. Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *J Nerv Ment Dis.*, 1990, 178(2): 127-33.
35. John P. Johnson, Clark R., Mccauley AND John B. Copley. The quality of life of hemodialysis and transplant patients. *Kidney International*, 1982, 22: 286-291.
36. Rettig RA., Sadler JH. Measuring and improving the health status of end

-
- stage renal disease patients. *Health Care Financ Rev.*, 1997, 18(4): 77-82.
37. Roger W. Evans, PhD., Diane L. Maninnen, PhD., Louis P. Garrison, JR., PhD. L. Gary Hart, M.S., Christopher R. Blagg, M.D. Robert A. Gutman, M.D., and Edmund G.Lowrie. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med.*, 1985, 312:553-9.
38. Jorres A., Gahl GM., Dobis C., Polenakovic MH., Cakalaroski K., Rutkowski B., Kisielnicka E., Krieter DH., Rumpf KW., Guenther C., Gaus W., Hoegel J. Haemodialysis-membrane biocompatibility and mortality of patients with dialysis-dependent acute renal failure: a prospective randomised multicentre trial. International Multicentre Study Group. *Lancet*, 1999, Oct 16; 354(9187): 1337-41.
39. Glass CA., Fielding DM., Evans C., Ashcroft JB. Factors related to sexual functioning in male patients undergoing hemodialysis and with kidney transplants. *Arch Sex Behav.*, 1987, 16(3): 189-207/IMD=8710νικά Χρονικά 2008, 31(2).

Πίνακας 1. Μέσες τιμές μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου ανά φύλο στις διαστάσεις προσωπικότητας ΕΡQ.

	<i>N</i>	<i>ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ</i>	<i>ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ</i>	<i>ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ</i>	<i>SD</i>	<i>F-test Τιμή P</i>
<i>ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΥ</i>						
<i>ΑΝΔΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>	54	12,17	6	16	2,04	5.85
<i>ΑΝΔΡΕΣ - ΜΑΡΤΥΡΕΣ</i>	70	17,4	13	19	1,84	<i>P=0.017</i>
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ -ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>	49	10,08	7	14	1,91	5.47
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ - ΜΑΡΤΥΡΕΣ</i>	68	16,4	14	20	2,03	<i>P=0.021</i>
<i>ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΥ</i>						
<i>ΑΝΔΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>	54	9,92	6	16	2,30	6.10
<i>ΑΝΔΡΕΣ - ΜΑΡΤΥΡΕΣ</i>	70	15,33	9	19	2,44	<i>P=0.015</i>
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ -ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>	49	11,55	5	16	2,61	4.11
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ - ΜΑΡΤΥΡΕΣ</i>	68	14,71	10	18	2,14	<i>P=0.045</i>
<i>ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑΣ</i>						
<i>ΑΝΔΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>	54	11	7	16	1,91	10.00
<i>ΑΝΔΡΕΣ - ΜΑΡΤΥΡΕΣ</i>	70	14,98	11	19	1,87	<i>P=0.002</i>
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ -ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>	49	11,08	5	16	2,18	9.13
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ - ΜΑΡΤΥΡΕΣ</i>	68	15,53	10	18	1,87	<i>P=0.0031</i>
<i>ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΑΣ</i>						
<i>ΑΝΔΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>	54	7,44	4	11	1,67	10.39
<i>ΑΝΔΡΕΣ - ΜΑΡΤΥΡΕΣ</i>	70	15,7	11	19	1,79	<i>P=0.001</i>
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ -ΑΣΘΕΝΕΙΣ</i>	49	7,06	2	12	1,98	9.19
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ - ΜΑΡΤΥΡΕΣ</i>	68	16,7	8	18	2,35	<i>P=0.003</i>

Πίνακας 2. Μέσες τιμές διαταραχής προσωπικότητας ανάλογα με την αρχική πάθηση πρόκλησης νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΠΑ1: σπειραματονεφρίτιδα, ΧΠΑ2: πολυκυστικός νεφρός, ΧΠΑ3: αγγειοπάθειες).

ΑΡΧΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ		ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD
ΧΠΑ1	58	9.01	1.01	13.67	2.11
ΧΠΑ2	34	11.08	1.17	10.94	2.21
ΧΠΑ3	11	11.09(*)	1.82	9.14	1.96
ANOVA	Τιμή κριτηρίου F	4.08		4.88	
	Τιμή P	0.027		0.014	

Πίνακας 3. Έλεγχος των διαφορών στις διαταραχές προσωπικότητας των ασθενών ανάλογα με την αρχική τους πάθηση.

	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	
	ΧΠΑ2	ΧΠΑ3	ΧΠΑ2	ΧΠΑ3
ΧΠΑ1	T=3,12 P=0,027	T=3,82 P=0,033	T=3,71 P=0,022	T=3,9 P=0,017
ΧΠΑ2		T=0,55 P=0,72		T=0,80 P=0.44

Πίνακας 4. Μέσες τιμές ψυχωτισμού και νευρωτισμού των ασθενών ανάλογα με το ιστορικό μεταμόσχευσης.

	N	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD
ΜΕΤ0	71	10,31	2.21	13,91	2.39
ΜΕΤ1	23	13,38	2.01	9,89	1.60
ΜΕΤΧ	9	9,67	1.77	10,46	1.62
ANOVA	Τιμή κριτηρίου F	5.11		4.62	
	Τιμή P	0.009		0.021	

Πίνακας 5. Έλεγχος με τη δοκιμασία T-test για την ισότητα του δείκτη ψυχωτισμού ή νευρωτισμού, μεταξύ των ασθενών με ιστορικό ή προσδοκία μεταμόσχευσης.

	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	
	MET1	METX	MET1	METX
<i>METO</i>	T=3,11 P=0,04	T=4,96 P=0,09	T=5,66 P=0,0012	T=4,91 P=0,007
MET1		T=3,11 P=0,033		T=0,80 MΣ

Πίνακας 6. Μέσες τιμές ψυχωτισμού – νευρωτισμού σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ					ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ			
	<i>ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ</i>	<i>SD</i>	<i>t-test</i>	<i>p</i>		<i>ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ</i>	<i>SD</i>	<i>t-test</i>	<i>P</i>
<i>ΟΙΚ1</i>	78	10,51	2.18	1.04	0.301	13,48	2.47	1.67	0.82
<i>ΟΙΚX</i>	25	10.05	1.88			9,36	2.59		