

Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της χρόνιας νεφρικής νόσου. Ο ρόλος της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας

Δ. Δαμίγος¹

Α. Καλτσούδα¹

Μ. Οικονόμου²

Κ.Χ. Σιαμόπουλος²

Περίληψη

Πέραν των οργανικών επιπλοκών της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ), οι ψυχοκοινωνικές πιυχές αυτής έχουν ερευνητικά τεκμηριωθεί. Σημαντικά ευρήματα, όπως υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, μειωμένη ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής και μειωμένη θεραπευτική συμμόρφωση, ήρθαν να επιβεβαιώσουν τις διαπιστώσεις που προκύπτουν από την κλινική πρακτική. Παρά ταύτα, οι επιμέρους ανάγκες των ασθενών εξακολουθούν να καλύπτονται συνήθως με έναν τρόπο αποσπασματικό, χωρίς συνέχεια και διεπιστημονική συνεργασία. Προκειμένου να γεφυρώσει το χάσμα ανάμεσα στη συνήθη κλινική πρακτική και στη διαπιστωμένη ανάγκη μιας ολιστικής προσέγγισης του ασθενή με ΧΝΝ, η Νεφρολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας, σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας της Ψυχιατρικής Κλινικής δημιούργησε το 2006 τη Μονάδα Ψυχονεφρολογίας. Πρόκειται για ένα οργανωμένο πλαίσιο συστηματικής συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων από το χώρο της υγείας, με στόχο την ανάπτυξη κλινικών, εκπαιδευτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων για την αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης θεραπευτικής φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο υγείας, ποιότητα θεραπευτικής φροντίδας, ψυχονεφρολογία.

Εισαγωγή

Είναι πλέον τεκμηριωμένο ότι οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ), εκτός από τα σωματικά προβλήματα που δημιουργεί η ασθένεια, αντιμετωπίζουν πλήθος δυσκολιών στο ψυχολογικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό πεδίο¹⁻³. Επιπλέον, οι επιπτώσεις αυτές επηρεάζουν όχι μόνο τον ασθενή, αλλά και τους οικείους του⁴.

Μέχρι πρόσφατα, οι κυριότεροι λόγοι για την παραπομπή ενός ασθενούς με ΧΝΝ στους ειδικούς ψυχικής υγείας γίνονταν καθυστερημένα, όταν πλέον τα συμπτώματα είχαν ενταθεί και οργανωθεί, με αποτέλεσμα η αντιμετώπισή τους να είναι δυσκολότερη. Ο κίνδυνος δε να βιώσει ο ασθενής την παραπομπή αυτή ως στίγμα ήταν μεγάλος, με αποτέλεσμα συχνά την άρνηση του ασθενούς να ακολουθήσει την συμβουλή του γιατρού και να επισκεφθεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Το αποτέλεσμα αυτής

¹ Ψυχιατρική Κλινική, Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας

² Νεφρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

της συμπτωματικής αντιμετώπισης των θεμάτων που συνδέονται με την ψυχική υγεία του ασθενούς είναι η δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, όπου η καθυστερημένη αντιμετώπιση των προβλημάτων οδηγεί σε νέα προβλήματα τόσο στο επίπεδο της θεραπευτικής φροντίδας, όσο και στους υπόλοιπους τομείς ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Η ΧΝΝ, εξ' αιτίας της σοβαρότητάς της και των απαιτήσεων που υπάρχουν για την αντιμετώπισή της, επηρεάζει το σύνολο των πτυχών που συνθέτουν την ζωή ενός ατόμου, με αποτέλεσμα να κρίνεται αναγκαία, εκτός από την παροχή μιας σωστής ιατρικής φροντίδας των σωματικών επιπτώσεων της νόσου, και η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκαλεί η ύπαρξή της ασθενείας⁵.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ΧΝΝ

Τρεις είναι οι κυριότερες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ΧΝΝ: α) η ανατροπή των ισορροπιών σε όλα τα επίπεδα της ζωής (σωματικό, ψυχολογικό, οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό), β) οι επιπτώσεις στα άτομα του περιβάλλοντος (οικογένεια) και γ) ο μεγαλύτερος βαθμός εξάρτησης από τους άλλους.

Σε μια προσπάθεια συστηματικής ανασκόπησης του δημοσιευμένου έργου που αφορά στις ψυχοκοινωνικές πτυχές της ΧΝΝ, αναζητήσαμε τις ερευνητικές και ανασκοπητικές μελέτες που περιλαμβάνονται στην ηλεκτρονική βιβλιοθήκη του MEDLINE και αφορούν τον ενήλικο πληθυσμό (Σχ. 1). Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται στο κάτω μέρος του σχεδιαγράμματος.

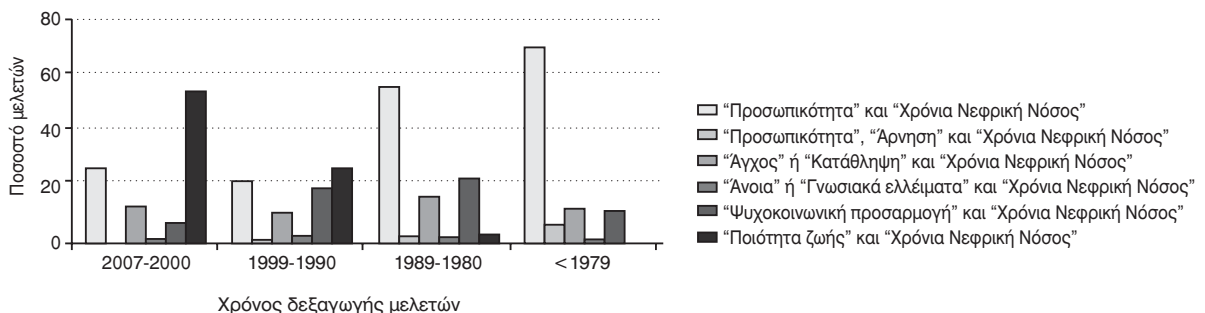
Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας επέστρεψε συνολικά 749 μελέτες, εκ των οποίων η παλαιότερη εμφανίζεται το 1963. Κατά το διάστημα πριν το 1980, διεξήχθη το 12,5% των μελετών, το οποίο

επικεντρώνεται στη διερεύνηση της προσωπικότητας των ασθενών κυρίως με τη χορήγηση του Πολυφασικού Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας της Μινεσότα (MMPI) ή και την ειδικότερη αξιολόγηση του μηχανισμού άμυνας της άρνησης. Όπως αναμένεται, έντονη ερευνητική δραστηριότητα αναπτύχθηκε στο χώρο από τις αρχές της δεκαετίας του '90 και μετά, οπότε και διεξήχθη το 70,9% των μελετών. Το ερευνητικό ενδιαφέρον εμφανίζεται πλέον έκδηλα προσανατολισμένο στην ποιότητα της ζωής (ΠΖ) των ασθενών, καθώς και στην εκδήλωση κατάθλιψης (11,9%).

Τα ερευνητικά δεδομένα που προέκυψαν από αυτές τις μελέτες έχουν προσφέρει αρκετές πληροφορίες περιγραφικού, συγκριτικού και συσχετιστικού περιεχομένου με σημαντική, σε ορισμένες περιπτώσεις, προγνωστική αξία.

Ψυχική Υγεία και ΧΝΝ

Όσον αφορά την ψυχική υγεία των ασθενών με ΧΝΝ, ορισμένα σημαντικά στοιχεία φαίνεται να παραθέτει μια επίσημη καταγραφή των ασθενών που είναι καταχωρημένοι στα μητρώα του συστήματος υγείας των Η.Π.Α. και νοσηλεύτηκαν τουλάχιστο μια φορά κατά το έτος 1993⁶. Όλοι οι ασθενείς που εμφάνισαν διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής και επιπρόσθετη διάγνωση νεφρικής νόσου τελικού σταδίου και/ή σακχαρώδους διαβήτη, καρδιαγγειακών και γαστρεντερολογικών νοσημάτων επιλέχθηκαν από τη βάση δεδομένων για περαιτέρω επεξεργασία. Το 93% του συνόλου των ασθενών με ΧΝΝ τελικού σταδίου στις Η.Π.Α. συμπεριλήφθηκε στη συγκεκριμένη καταγραφή. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 8,9% των ασθενών νοσηλεύθηκε ως αποτέλεσμα δυο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών, μεταξύ των οποίων υπερίσχυε η μείζουσα κατάθλιψη, η άνοια και διαταρα-



Σχ. 1. Οι ψυχοσωματικές μελέτες σε ενήλικους ασθενείς με ΧΝΝ που συμπεριλαμβάνονται στην ηλεκτρονική βιβλιοθήκη MEDLINE, βάσει αντικειμένου και χρόνου δημοσίευσης.

χές σχετιζόμενες με κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, οι λευκοί άνδρες νεαρής ηλικίας, οι οποίοι υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) ή αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό (ΑΜΚ) για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών, ήταν πιο πιθανό να νοσηλευθούν για ψυχιατρική διαταραχή. Στην ίδια μελέτη, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη συχνότητα διάγνωσης ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου συγκριτικά με άλλους χρόνιους ασθενείς, όπως εκείνοι με καρδιαγγειακά προβλήματα.

Κατά την τελευταία πενταετία, πολύς λόγος γίνεται για τη συχνή παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι, κατά το τελικό στάδιο της νόσου, είναι πράγματι αυξημένη^{2,3,7}. Αναλογιζόμενος κανείς τη συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την εκδήλωση οργανικών επιπλοκών αλλά και αυξημένης θνησιμότητας⁸⁻¹⁰, η ψυχική υγεία των ασθενών με ΧΝΝ αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω.

Οι τρόποι, με τους οποίους η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει την πορεία της ΧΝΝ ποικίλουν. Η ελλειψής συμμόρφωση στη θεραπεία είναι ένας από αυτούς. Σύμφωνα με τους Neu και Kjellstrand¹¹, ένας στους 6 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς άνω των 60 ετών, οι οποίοι παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, επιλέγει να διακόψει τη θεραπεία. Μεταξύ αυτών, υπερτερούν οι λευκές γυναίκες¹². Σε άλλες περιπτώσεις, η έλλειψη συμμόρφωσης εκδηλώνεται σε σχέση με τους διαιτητικούς περιορισμούς, οδηγώντας σε υπερφόρτωση του οργανισμού¹³.

Πέραν των δευτερογενών επιπλοκών της κατάθλιψης, ως αιτία εμφάνισης συγκεκριμένων συμπεριφορών (π.χ. ελλειψής συμμόρφωση στη θεραπεία), πρόσφατα ευρήματα από το χώρο των νευροεπιστημών καταδεικνύουν και τους νευροενδοκρινικούς και ανοσολογικούς μηχανισμούς της δράσης της, οι οποίοι μπορούν να ερμηνεύσουν εν μέρει την εκδήλωση υποτροπών και οργανικών επιπλοκών. Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση 11 επιδημιολογικών μελετών, η καταθλιπτική συμπτωματολογία απομονώθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας κίνδυνου για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων και στη ΧΝΝ, καθώς διαφαίνεται ότι οι νεφροπαθείς με μείζονα κατάθλιψη διατρέχουν αυτόν τον κίνδυνο με σχετική συχνότητα υψηλότερη του 1,5¹⁴.

Συνοψίζοντας τα μέχρι τώρα ευρήματα σε σχέση με την ψυχική υγεία των ασθενών με ΧΝΝ,

αναδεικνύεται ότι η πλειονότητα των σχετικών μελετών επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της κατάθλιψης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Τα δεδομένα που αφορούν την επίπτωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παραμένουν ασαφή, κυρίως διότι γίνεται χρήση διαφορετικών κριτηρίων για τη διάγνωσή της, η οποία δεν επιτρέπει τη διεξαγωγή μετα-αναλύσεων, αλλά και γιατί πολλά από τα συμπτώματά της ερμηνεύονται ως οφειλόμενα στην ουραιμία.

Σύμφωνα με τους Germain και McCarthy¹⁵, οι νεφροπαθείς είναι ανάμεσα στους πιο συμπτωματοκούς από τις ομάδες των χρόνιων ασθενών. Η επίδραση της ΧΝΝ, όμως, δεν σταματά στα προβλήματα από τα φυσικά συμπτώματα και τις επιπλοκές τους, αλλά περνά και στο ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Η ίδια η νόσος, αλλά και η θεραπεία της είναι η αιτία απώλειας ή απειλής απώλειας του επαγγέλματος, του εισοδήματος και της κοινωνικής θέσης. Οι περιορισμοί σε ό,τι αφορά τη διατροφή, τις δραστηριότητες, τα ταξίδια, τις διακοπές, συμβάλλουν στην επιβάρυνση της κοινωνικής τους ζωής και των διαπροσωπικών τους σχέσεων¹⁶. Όσο για το κομμάτι της σχέσης με την οικογένεια – κοινωνία, φαίνεται ότι η απώλεια του ρόλου που είχε ο ασθενής πριν τη διάγνωση της ΧΝΝ, ως μέλος της οικογένειας και της κοινωνίας, συνδέεται με την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων. Για τον ασθενή σε εξωνεφρική κάθαρση κυρίως, η αίσθηση ότι χειροτερεύει ή περιορίζεται η αυτο-αξία του ενισχύεται από το γεγονός πως ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του. Η απώλεια της σωματικής δύναμης και της ενεργητικότητας, της σεξουαλικής λειτουργίας ή του αυτο-ειδώλου, ενισχύει την αίσθηση των ασθενών πως δεν μπορούν πλέον να προσφέρουν κάτι, πως είναι «άχρηστοι» και αποτελούν βάρος στην οικογένειά τους¹⁷. Σε μια μελέτη των Cleary και Drennan το 2005¹⁸, οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν από την ΑΜΚ στις ζωές αυτών των ασθενών, βρέθηκαν να περιλαμβάνουν μείωση της δυνατότητάς τους να συμμετέχουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Αυτό μπορεί να έχει ιδιαίτερες επιπτώσεις στην ικανότητα του ασθενή να παραμένει επαγγελματικά ενεργός, να συμμετέχει πλήρως στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή, δημιουργώντας ως εκ τούτου ψυχοκοινωνικά, επαγγελματικά και οικονομικά προβλήματα¹⁹. Οι συνεχείς συζυγικές συγκρούσεις σχετίζονται άμεσα με τις αντιλήψεις του απόμου για την ασθένεια και παρεμποδίζουν τη δυνατότητά του να συμμορφωθεί με τη σύνθετη θεραπευτική

μέθοδο της εξωνεφρικής κάθαρσης²⁰.

Από την άλλη μεριά, πολύ λίγη βοήθεια δίνεται, συνήθως, στους ασθενείς ώστε να κατανοήσουν, να ζήσουν μαζί με τη νόσο και να την αντιμετωπίσουν. Αρκετός αριθμός νοσηλειών είναι αποτέλεσμα προβλημάτων που θα μπορούσαν να προληφθούν μέσα από την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και προσέγγιση του ασθενή²¹.

Σύμφωνα με τον Nichols²², το πώς θα αντιδράσει κανείς απέναντι στη νόσο, έχει άμεση σχέση με την ηλικία του. Ο έφηβος ασθενής μαζί με τη νόσο του, καλείται να αντιμετωπίσει την ακύρωση της προσπάθειάς του για ανεξαρτησία και δημιουργία προσωπικής ταυτότητας, ο ενήλικας νοιώθει έντονα την απειλή της ύπαρξής του, τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, αλλά και ο ηλικιωμένος ασθενής, παράλληλα με τη συννοσηρότητα, βιώνει την αίσθηση του επερχόμενου θανάτου.

Βιοϊατρική και βιοψυχοκοινωνική θεώρηση της νόσου

Το πρότυπο της συμπτωματικής αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας πηγάζει από μια βιοϊατρική αντίληψη για τη νόσο, όπου ο γιατρός και η θεραπευτική ομάδα (ΘΟ), χαράζει μια στρατηγική αντιμετώπισης της νόσου, την οποία ο ασθενής, ως παθητικός δέκτης καλείται να ακολουθήσει και να εφαρμόσει. Σύμφωνα με το βιοϊατρικό πρότυπο η νόσος αναφέρεται σε παθολογικές καταστάσεις που συμβαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό, οι οποίες εκδηλώνονται με ένα σύνολο αντικειμενικών σημείων και συμπτωμάτων. Μια νόσος έχει σαφή συμπτώματα, διαγιγνώσκεται με μια συγκεκριμένη μέθοδο και αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή μιας διαδικασίας, η οποία ενδέχεται να οδηγήσει σε θεραπεία ή σε εξάλειψη των συμπτωμάτων.

Το πρότυπο αυτό, που κυριαρχούσε παλαιότερα στην ιατρική πρακτική, έχει φανεί από πολλές μελέτες, ότι δεν ανταποκρίνεται πλέον στην σύγχρονη θεραπευτική πρακτική. Ιδιαίτερα για τις χρόνιες και απειλητικές για την ζωή του ατόμου ασθένειες, η θεώρηση αυτή κρίνεται ανεπαρκής.

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο για την αντιμετώπιση της νόσου

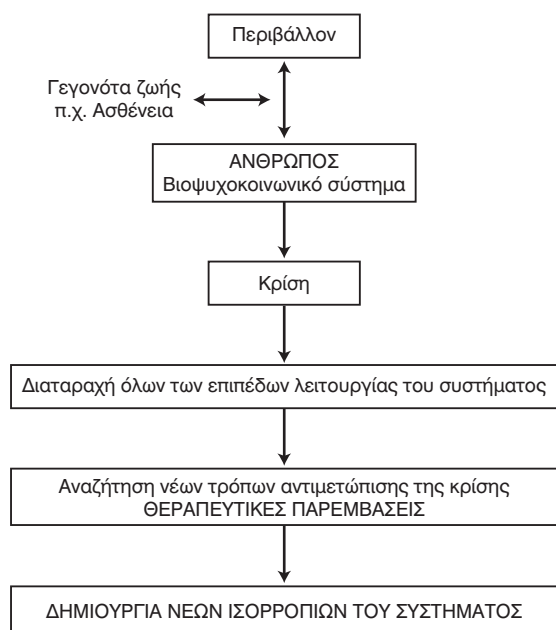
Η βιοϊατρική θεώρηση της νόσου τις τελευταίες δεκαετίες αντικαθίσταται από το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο το οποίο προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Engel²³. Σύμφωνα με το πρότυπο

αυτό, οι βιοϊατρικοί παράγοντες είναι μεν αναγκαίοι και σημαντικοί αλλά όχι επαρκείς για την κατανόηση της υγείας και της ασθένειας. Οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν και αυτοί σημαντικό ρόλο στην ασθένεια και στην υγεία.

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, η έννοια της ασθένειας και της νόσου δεν ταυτίζονται. Ενώ η έννοια της νόσου είναι μια αμιγώς ιατρική θεώρηση, όπως ορίστηκε παραπάνω, η έννοια της ασθένειας περιλαμβάνει τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου για τα συμπτώματά του, τις αντιδράσεις του σε αυτά και τις κοινωνικές νόρμες, δηλαδή τους κανόνες που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του σε σχέση με αυτά²⁴.

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο δε διαχωρίζει το σώμα από τον ψυχισμό αλλά απαιτεί από τους ερευνητές και τους κλινικούς να εξετάζουν προσεκτικά την αλληλεπίδρασή τους, έτσι ώστε να επιτύχουν την πλήρη κατανόηση του ατόμου καθώς και της κατάστασης της υγείας του και της ευεξίας του. Η υγεία δε θεωρείται απλά η απουσία νόσου, αλλά αντίθετα μια κατάσταση λειτουργικότητας και ευεξίας που περικλείει τόσο τις σωματικές, όσο και τις ψυχικές πλευρές ενός ατόμου. Στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο αντανακλάται και ο ορισμός της υγείας, που υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1946. *Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας.*

Στο πρότυπο αυτό που υιοθετείται διεθνώς όλο και περισσότερο τις τελευταίες δεκαετίες, ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται ως ένας παθητικός δέκτης των ιατρικών οδηγιών αλλά ως ένας ενεργητικός παράγοντας τόσο στο σχεδιασμό της θεραπευτικής στρατηγικής, όσο και στην εφαρμογή της. Επιπλέον η νόσος δεν αντιμετωπίζεται ως κάτι αυτόνομο και ανεξάρτητο από τους υπόλοιπους τομείς ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του. Η ΘΟ καλείται να εξετάσει σφαιρικά όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπεία και σε συνεργασία με τον ασθενή να προχωρήσει στην εκπόνηση ενός ολιστικού θεραπευτικού προγράμματος, προσαρμοσμένου στις ιδιαιτερότητες της ζωής του ατόμου. Επιπλέον καλείται να καθοδηγήσει τον ασθενή και την οικογένειά του στη συνειδητοποίηση των επιπτώσεων, που η ασθένεια μπορεί να έχει στους υπόλοιπους τομείς της ζωής του και να προτείνει τρόπους και στρατηγικές εγκαίρης και προληπτικής αντιμετώπισής τους. Όταν η προσέγγιση αυτή γίνεται εξ αρχής και για το σύνολο των ασθενών, ελαχι-



Σχ. 2. Η ασθένεια ως παράγοντας δημιουργίας κρίσεων.

στοποιείται ο κίνδυνος, να θεωρηθούν όλα τα προβλήματα, που η ύπαρξη μιας χρόνιας νόσου προκαλεί, ως ένα στίγμα, κατατάσσοντας τον ασθενή σε μια ιδιαίτερη και προβληματική, από ψυχολογική άποψη, ομάδα που χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης και θεραπείας.

Στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, τα προβλήματα που η νόσος προκαλεί στους διάφορους τομείς της ζωής παρουσιάζονται ως μια “φυσιολογική” κρίση, που οφείλουμε όλοι, θεράποντες και ασθενείς, να συνειδητοποιήσουμε και να αναζητήσουμε τρόπους αντιμετώπισης της, καθώς κάτι τέτοιο είναι δυνατόν, όπως μας δείχνει η θεραπευτική εμπειρία.

Στο σχήμα 2 φαίνεται πώς ένα γεγονός, όπως αυτό μιας χρόνιας ασθένειας, μπορεί να οδηγήσει ένα σύστημα, είτε αυτό είναι ένα άτομο, είτε μια ομάδα ή μια οικογένεια να διαχειριστεί μια κρίση με λειτουργικό τρόπο.

Ποιότητα ζωής και θεραπευτική φροντίδα

Η σύγχρονη αντίληψη της ποιότητας ζωής (ΠΖ) αναφέρεται στο βαθμό της εκφρασμένης από το άτομο ικανοποίησης (συνισταμένη) σε διάφορους τομείς της ζωής του (συνιστώσες), όπως: α) η σωματική του υγεία, β) οι σχέσεις του με τους άλλους και η κοινωνική του ζωή, γ) οι υλικές συνθήκες της ζωής του, δ) οι επαγγελματικές του δρα-

στηριότητες, ε) η συναισθηματική και ψυχολογική του κατάσταση και στ) οι προσδοκίες του για το μέλλον.

Οι επιπτώσεις που μία χρόνια νόσος μπορεί να έχει σε όλους τους παραπάνω τομείς, είναι συνάρτηση της βαρύτητας της νόσου, του τρόπου με τον οποίο κάθε άτομο αντιμετωπίζει τη νέα κατάσταση και των υποστηρικτικών δυνατοτήτων που υπάρχουν στην ζωή του.

Ποιότητα ζωής και ΧΝΝ

Η ΧΝΝ είναι μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση που ταλαιπωρεί μεγάλο αριθμό ατόμων παγκοσμίως. Η μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και η ψυχολογική πίεση που συνοδεύει την εμφάνιση της νόσου έχει βρεθεί ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνητότητα αυτού του πληθυσμού.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη σύνδεση της έννοιας της ΠΖ ως άμεσου αποτελέσματος της θεραπευτικής φροντίδας των ασθενών με ΧΝΝ. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, η έννοια της ΠΖ έχει χρησιμοποιηθεί ως δείκτης θεραπευτικού αποτελέσματος σε ποικίλα επιστημονικά πεδία. Το ενδιαφέρον για θέματα ΠΖ αντανάκλα τη μετάβαση από τη χρήση παραδοσιακών κριτηρίων αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως η ύπαρξη ή μη μιας συμπτωματολογίας, σε μια περισσότερο ανθρωποκεντρική και ολιστική προσέγγιση. Επιπλέον, η έννοια της ΠΖ εφιστά την προσοχή στις υποκειμενικές αντιλήψεις του πάσχοντα για τη νόσο και τις επιπτώσεις που αυτή έχει στη ζωή του.

Η διεπιστημονική προσέγγιση στη ΧΝΝ

Στη βιοψυχοκοινωνική θεώρηση της ασθένειας, κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη η επιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, καθώς και η εκπόνηση εξειδικευμένων παρεμβάσεων. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οφείλουν να λειτουργούν συμπληρωματικά, δημιουργώντας την αίσθηση στον ασθενή αλλά και στα μέλη της ΘΟ μιας ολιστικής προσέγγισης και όχι αποσπασματικών ενεργειών, που στοχεύουν απλώς να καλύψουν κάποια κενά ή επιμέρους ανάγκες του ατόμου. Όπως η αίσθηση που έχουμε για τη ζωή μας είναι ενιαία-ολιστική και όχι αποσπασματική, με τον ίδιο τρόπο πρέπει

να είναι και οι θεραπευτικές μας παρεμβάσεις. Αυτό στην πράξη μεταφράζεται, όσο αυτό είναι εφικτό, σε μια συστηματική επικοινωνία και συνεργασία, ανάμεσα στους ειδικούς που εμπλέκονται στη θεραπεία ενός ασθενούς. Η ύπαρξη συστηματικών συναντήσεων ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας επιτρέπει τη δημιουργία αυτής της νέας θεραπευτικής προσέγγισης. Αντίθετα, αν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις γίνονται με τρόπο αποσπασματικό, χωρίς τα μέλη της ΘΟ να ανταλλάσσουν απόψεις και πληροφορίες και να γνωρίζουν που στοχεύουν, όσο πλήρεις και αν είναι οι επιμέρους παρεμβάσεις, δεν οδηγούν σε μια ολιστική διαχείριση της ασθένειας.

Ο σχεδιασμός ενός εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας και θεραπείας του νεφροπαθή πρέπει να περιλαμβάνει τόσο τον ίδιο, όσο και την οικογένειά του. Στόχος αυτής της προσπάθειας είναι η ενδυνάμωση και η βελτιστοποίηση της ΠΖ του ασθενή και της οικογένειάς του. Τα αποτελέσματα αυτής της φροντίδας αναφέρονται: α) στο επίπεδο των φυσικών-σωματικών λειτουργιών του ατόμου, β) στο επίπεδο της ψυχολογικής του λειτουργίας, δηλαδή στην παρουσία στρες, άγχους, κατάθλιψης, ή άλλων ψυχολογικών-ψυχιατρικών προβλημάτων καθώς και των γνωσιακών του λειτουργιών, γ) στο επίπεδο της οικογενειακής - συναισθηματικής και σεξουαλικής του ζωής, που αντανάκλα την ύπαρξη ή την απουσία διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια ικανών να καλύπτουν τις ανάγκες του ασθενούς στη νέα πραγματικότητα που αντιμετωπίζει εξ αιτίας της ασθένειας του και δ) στο επίπεδο της κοινωνικής-επαγγελματικής του ζωής, στην ύπαρξη δηλαδή άλλων υποστηρικτικών δικτύων ικανών να επηρεάσουν τον τρόπο ζωής του ασθενούς με τη σταθερότητα ή αντίθετα με την αστάθεια τους.

Πίνακας 1. Αρχές λειτουργίας της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας

- Η ψυχολογική στήριξη και φροντίδα δεν θα πρέπει να θεωρείται ως μια παρέμβαση εκλεκτική ή έσχατης ανάγκης
- Η στήριξη δεν πρέπει να προτείνεται σε ορισμένα μόνο άτομα, γιατί μπορεί να εκληφθεί ως αμφισβήτηση της ψυχικής τους υγείας
- Η δημιουργία του υποστηρικτικού πλαισίου είναι δυσκολότερη, όταν η παρέμβαση μας ξεκινά αργά
- Οι παρεμβάσεις των ειδικών Ψυχικής Υγείας λειτουργούν συμπληρωματικά με τις ιατρικές και νοσηλευτικές πρακτικές

Από τη θεωρία στην κλινική πράξη

Η Μονάδα Ψυχονεφρολογίας της Νεφρολογικής Κλινικής

Η διεπιστημονική συνεργασία, όταν έχει ένα συστηματικό χαρακτήρα, θα πρέπει να αντανάκλαται και σε οργανωτικό επίπεδο. Η θεσμοθέτηση εξειδικευμένων μονάδων ως αναπόσπαστο τμήμα μιας κλινικής είναι χρήσιμη στην προοπτική αυτή.

Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων δημιουργήθηκε και λειτουργεί από το 2006 στο πλαίσιο της Νεφρολογικής Κλινικής και σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας της Ψυχιατρικής Κλινικής, η Μονάδα Ψυχονεφρολογίας.

Η Μονάδα Ψυχονεφρολογίας έχει ως στόχο την ανάπτυξη κλινικών, εκπαιδευτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων στη Νεφρολογική Κλινική, οι οποίες απαντούν στις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών με ΧΝΝ και των οικειών τους, συμβάλλοντας, κατ' αυτόν τον τρόπο, στην αναβάθμιση της ΠΖ τους, καθώς και της ποιότητας της θεραπευτικής φροντίδας που τους παρέχεται.

Στους πίνακες 1 και 2 περιγράφονται οι αρχές λειτουργίας και οι στόχοι της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας, ενώ στους πίνακες 3 και 4 περιγράφονται οι δραστηριότητες της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας, καθώς και οι στόχοι των ψυχολογικών παρεμβάσεων.

Η Μονάδα Ψυχονεφρολογίας στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης θεραπευτικής φροντίδας

Το ειδικό ιατρείο της ΧΝΝ σταδίων 1-5 αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα του προγράμματος της συνεχιζόμενης φροντίδας των νεφρολογικών ασθενών. Είναι εκεί όπου ξεκινά η παρέμβαση της ομάδας υγείας μέσα από την παρακολούθηση, την πρόληψη, την ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας και τέλος την επιλογή της μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης.

Στόχοι του προγράμματος αυτού είναι: α) η

Πίνακας 2. Στόχοι της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας

- Βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του
- Συμβολή στην αντιμετώπιση της ψυχολογικής κρίσης
- Στήριξη της θεραπευτικής ομάδας σε θέματα που αφορούν τη θεραπευτική επικοινωνία και τη θεραπευτική σχέση
- Συμβολή στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής κόπωσης

Πίνακας 3. Δραστηριότητες της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας

- Κλινικές (Συμβουλευτικές, υποστηρικτικές, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με ΧΝΝ και τις οικογένειες τους)
- Εκπαιδευτικές (Οργάνωση σεμιναρίων, συμποσίων σε θέματα που αφορούν στην επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη ΧΝΝ)
- Ερευνητικές (Μελέτη της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων στη ΧΝΝ)
- Διασυνδεδετικές (Συστηματικές συναντήσεις με το σύνολο της θεραπευτικής ομάδας για κλινικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά θέματα που αφορούν στη ΧΝΝ)

προετοιμασία των ασθενών και της οικογένειας για τη μεγάλη αλλαγή που θα έρθει στη ζωή τους και η καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασής τους σε βραχυχρόνιο και μακροχρόνιο επίπεδο, β) η καλύτερη προσαρμογή στη διαδικασία της εξωνεφρικής κάθαρσης, αλλά και της μεταμόσχευσης, γ) η ενδυνάμωση και στήριξη της οικογένειας να μοιραστεί τις ανησυχίες, τις απογοητεύσεις και τις στενοχώριες με τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και με άλλες ανάλογες οικογένειες με τις οποίες ενθαρρύνεται η επαφή και δ) η δημιουργία μιας λειτουργικής θεραπευτικής σχέσης.

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση του ασθενή

Ο σχεδιασμός και η διαχρονική ενημέρωση-εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας προϋποθέτουν συντονισμένο προγραμματισμό, συνεργασία και κοινές προσδοκίες από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Η επίδραση της ενδυνάμωσης και της αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου στην αντιμετώπιση της ΧΝΝ έχει θετικά αποτελέσματα. Ο όρος αυτό-αποτελεσματικότητα αναφέρεται «στις σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου για την ικανότητά του να καταφέρει να ανταποκριθεί σε μια σημαντική υποχρέωση, καθήκον» ενώ, ο όρος «ενδυνάμωση» αναφέρεται στη διαδικασία βοήθειας του ατόμου να αποκτήσει τις δεξιότητες και τις γνώσεις που χρειάζονται για να αυξήσει την ικανότητα ελέγχου της ζωής του. Σύμφωνα με την Auer²⁵ ο καλύτερος τρόπος, για να αυξηθεί ο έλεγχος της κατάστασης από τον ίδιο τον ασθενή, είναι η παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης για την ασθένειά του και τον τρόπο που θα τη διαχειρισθεί ο ίδιος. Είναι γεγονός, ότι οι ασθενείς που συμμετέχουν σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα προ-εξωνε-

Πίνακας 4. Στόχοι των ψυχολογικών παρεμβάσεων

- Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς των αναγκών του καθώς και των υποστηρικτικών δυνατοτήτων, που υπάρχουν στην ζωή του
- Βοήθεια στην έκφραση των επώδυνων συναισθημάτων ως συνέπεια της ασθένειας
- Συναισθηματική στήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του
- Αναζήτηση νέων ισορροπιών στους διάφορους τομείς της ζωής του

φρικής κάθαρσης βελτιώνουν τη λειτουργικότητα και τη συναισθηματική ευεξία, σε σχέση με τους μη συμμετέχοντες²⁶. Οι Tsay και συνεργάτες²⁷ αναφέρουν ότι το αποτέλεσμα παρακολούθησης εκπαιδευτικού προγράμματος για τους ασθενείς ήταν η μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης και ως εκ τούτου η βελτίωση της ΠΖ, καθώς και η δημιουργία της άποψης ότι η ασθένειά τους είναι μια πρόκληση που μπορεί να υπερνικήσουν.

Η ψυχολογική στήριξη του ασθενή και της οικογένειας

Η ψυχολογική φροντίδα του νεφρολογικού ασθενή αποτελεί υψηλή προτεραιότητα, η οποία πρέπει να ιδωθεί ως συλλογική ευθύνη όλων των ειδικοτήτων που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος. Από τη στιγμή της διάγνωσης και σε όλη την πορεία εξέλιξης της νόσου ο νεφροπαθής, όπως και κάθε χρόνιος ασθενής, προσπαθεί να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί την κατάσταση που βιώνει. Η προσαρμογή στη ζωή με την εξωνεφρική κάθαρση κυρίως, σχετίζεται άμεσα με την ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή και της οικογένειας.

Εκτός της ενημέρωσης-εκπαίδευσης, οι οποίες συμβάλουν καθοριστικά στη ψυχολογική στήριξη των ασθενών, υπάρχουν και άλλοι τρόποι φροντίδας, όπως:

- *Ομαδική στήριξη.*

- *Διαβεβαίωση, εξάλειψη μύθων*, γύρω από τη ΧΝΝ και τις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης, εξασφαλίζοντας ότι οι φόβοι των ασθενών είναι ρεαλιστικοί και εστιάζονται σε πραγματικά προβλήματα, παρά σε φήμες (π.χ. αρκετοί ασθενείς ρωτούν αν είναι αλήθεια ότι είναι σύντομη η επιβίωσή τους στην ΑΜΚ ή στην ΠΚ και ότι είναι αναμενόμενο να πεθάνουν, εκτός και αν μεταμοσχευθούν).

- *Ενθάρρυνση ενεργούς συμμετοχής στη θεραπεία*, με την εξασφάλιση κλίματος συνεργασίας

ανάμεσα στους ασθενείς και το προσωπικό, παρά παθητικής αποδοχής.

– *Παρουσίαση θεμάτων και ενθάρρυνση ερωτήσεων*, κυρίως σε θέματα που πολλοί ασθενείς νιώθουν ότι δε μπορούν να θέσουν στο πολυάσχολο προσωπικό των Μονάδων κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας ΑΜΚ ή τον επανέλεγχο της ΠΚ και αφορούν κυρίως τις δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τη σεξουαλικότητα, το σωματικό είδωλο, το άγχος και την κατάθλιψη. Από τη στιγμή που θα τεθούν αυτά τα θέματα, οι ασθενείς νιώθουν ότι μπορούν να προσεγγίσουν τα μέλη του προσωπικού για μια εμπιστευτική συζήτηση, αν το κρίνουν απαραίτητο²⁸.

Συνεχιζόμενη φροντίδα και οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην αντιμετώπιση της ΧΝΝ. Η οικογένεια αποτελεί την πρώτη κοινωνική οντότητα που αντιμετωπίζει τον ασθενή μετά την εμφάνιση της νόσου. Οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια αλλάζουν ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα, το οποίο οφείλει να προγραμματιστεί εκ νέου, από την άποψη ανακατανομής των υπευθυνοτήτων, της εργασίας, των κοινωνικών ρόλων, αλλά και του τρόπου διαχείρισης του άγχους. Η αντίδραση των ασθενών στη νεφρική νόσο επηρεάζεται από την αντίδραση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων σε αυτή και στη συνέχεια από το πώς θα αντιδράσουν αυτοί όλοι απέναντι στην ομάδα παροχής φροντίδας.

Δε μπορεί να υπάρξει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο φροντίδας του νεφρολογικού ασθενή, χωρίς τη συμμετοχή της οικογένειας. Η οικογένεια αποτελεί ένα συντελεστή της θεραπευτικής διαδικασίας. Η ένταξη της οικογένειας στο πρόγραμμα φροντίδας μειώνει την οικογενειακή επιβάρυνση, συμβάλει στην αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού, καθώς και στη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των μελών της.

Η αντιμετώπιση και η φροντίδα των ασθενών με ΧΝΝ είναι ένας ιδιαίτερα εξειδικευμένος τομέας του χώρου της υγείας. Δεν υπάρχει άλλη ομάδα ασθενών που η νοσηλεία και η φροντίδα τους να περιλαμβάνει τόσο άμεσες σχέσεις με τους ίδιους και για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα.

Τα οφέλη από τη λειτουργία της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας

Τα οφέλη που βιώνουμε και καταγράφουμε ως ΘΟ από τη λειτουργία της Μονάδας Ψυχο-

Πίνακας 5. Οφέλη από τη λειτουργία της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας

-
- Καλύτερη διαχείριση των περιστατικών μέσα από μια ολιστική προσέγγιση
 - Καλύτερη διαχείριση κρίσιμων καταστάσεων
 - Βελτίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας και της σχέσης με τον ασθενή και την οικογένειά του
 - Συναισθηματική αποφόρτιση της θεραπευτικής ομάδας μέσα από τη συζήτηση των περιστατικών στις συστηματικές συναντήσεις με τους ειδικούς ψυχολόγους και στην πεποίθηση ότι ο θεραπευτής δεν είναι μόνος στην αντιμετώπιση κάποιου δύσκολου προβλήματος
 - Μείωση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out)
-

νεφρολογίας στη Νεφρολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας τα τελευταία 4 χρόνια συνοψίζονται στον πίνακα 5.

Στα σύγχρονα Νεφρολογικά Τμήματα θεωρείται πλέον απαραίτητη η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή από μια πολυδύναμη, διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από νεφρολόγους, νοσηλευτές νεφρολογίας, ψυχολόγους, καθώς επίσης διαιτολόγους και φυσικοθεραπευτές. Προκειμένου να προκύψουν τα παραπάνω οφέλη είναι απαραίτητη μια συστηματική συνεργασία ανάμεσα σε όλα τα μέλη της ΘΟ στο πλαίσιο τακτικών συναντήσεων (ανά 15 ημέρες στη Νεφρολογική Κλινική) γύρω από κλινικά περιστατικά με την παρουσία του Διευθυντή της Κλινικής ως εποπτεύοντα και το συντονισμό των συναντήσεων αυτών από ειδικούς της ψυχικής υγείας.

Οι προοπτικές αποκατάστασης των ασθενών με ΧΝΝ αυξάνονται όταν η ομάδα υγείας μεταφέρει μια θετική στάση και δείχνει εμπιστοσύνη στη δυνατότητα των ασθενών να ζήσουν για πολύ και καλά.

Στη Νεφρολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας η λειτουργία της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας αναφέρεται στο ενημερωτικό φυλλάδιο που παίρνει κάθε ασθενής και η οικογένειά του (Πίν. 6). Με τον τρόπο αυτό, η φροντίδα των ψυχολογικών επιπτώσεων της ΧΝΝ παρουσιάζεται ως μια φυσιολογική παράμετρος της νόσου, την οποία ο ασθενής και η οικογένειά του οφείλει να λάβει σοβαρά υπόψη, όπως κάνει και με τις υπόλοιπες πτυχές της ασθένειάς του.

Συμπεράσματα

Η ΧΝΝ μας βάζει απέναντι σε μία πρόκληση ως προς την ικανότητα μας να εφαρμόσουμε τις

Πίνακας 6. Η σημασία της ψυχολογικής στήριξης και φροντίδας (απόσπασμα φυλλαδίου)

«... Είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο για κάθε άτομο, μία χρόνια νόσος, όπως αυτή που προκύπτει από τα προβλήματα των νεφρών, να επηρεάσει την ψυχολογία του, τις σχέσεις του με τους άλλους, τη συναισθηματική και την προσωπική του ζωή. Το ίδιο μπορεί να επηρεάσει και τα μέλη της οικογένειάς του. Για αυτό, είναι σημαντικό να φροντίσεις από την αρχή, τόσο τις σωματικές, όσο και τις ψυχολογικές ανάγκες που προκύπτουν τόσο για μια καλύτερη ποιότητα ζωής, όσο και για την πορεία της θεραπείας σου. Για το λόγο αυτό, δημιουργήσαμε τη Μονάδα Ψυχο-νεφρολογίας που λειτουργεί στο πλαίσιο της Διεπιστημονικής μας Ομάδας, στη Νεφρολογική Κλινική. Μπορεί έτσι κάθε ασθενής μας, καθώς και τα μέλη της οικογένειάς του, να συμβουλευθούν έναν ειδικό Ψυχολόγο, για κάθε θέμα που τους απασχολεί ή τους προβληματίζει...»

σύγχρονες θεραπευτικές αντιλήψεις στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής. Η θεραπευτική προσέγγιση, που είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν σε όλα τα επίπεδα ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του, μας θέτει απέναντι στην αναγκαιότητα μιας ολιστικής θεραπευτικής προσέγγισης και στην αναζήτηση συμπληρωματικών διεπιστημονικών παρεμβάσεων στην ιατρική κλινική πρακτική. Από την ικανότητα μας να απαντήσουμε σε αυτές τις ανάγκες θα εξαρτηθεί σε σημαντικό βαθμό και η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης θεραπευτικής φροντίδας.

Summary

Biopsychosocial approach of chronic kidney disease. The role of the Psychonephrology Unit. D. Damigos¹, A. Kaltsouda¹, M. Ikonomou², K.C. Siamopoulos¹. ¹Psychiatric Clinic – Laboratory of Medical Psychology and ²Nephrology Clinic Medical School of Ioannina, Greece. *Hell Nephrol* 2010; 22 (2): 120-129.

Research has repetitively shown that chronic kidney disease (CKD) has both medical and psychosocial implications. Several findings, involving depression, quality of life and adherence to medical treatments, significantly supported what had been already observed in clinical practice. However, patients' particular needs tend to be partially and inconsecutively covered. To fill in the gap between usual clinical practice and the established need for considering CKD in terms of the biopsychosocial model of health and care, the Nephrology Clinic at the University of Ioannina Hospital in collaboration with the Medical Psycho-

logy Laboratory of the Psychiatric Clinic established in 2006 the Psychonephrology Unit. Different health-related specialties systematically collaborate in terms of clinical, educational and research activities to enhance the quality of health care.

Key words: *biopsychosocial model of health, quality of health care, psychonephrology.*

Βιβλιογραφία

1. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001; 59: 1599-1613.
2. Kimmel, PL. Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. *J Psychosom Res* 2002; 53: 951-956.
3. Kudo M, Koyama K, Fukunishi I. Depression and anxiety on hemodialysis. *J Psychosom Res* 2003; 55: 147-178.
4. Turner-Musa J, Leidner D, Simmens S, Reiss D, Kimmel P, Holder B. Family structure and patient survival in an African American end-stage renal disease population: a preliminary investigation. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1333-1340.
5. Martin CR, Thompson DR. Does dialysis adequacy impact on the quality of life of end-stage renal disease patients? *Clin Effect Nurs* 2001; 5: 57-65.
6. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998; 105: 214-221.
7. Lopes AA, Albert JM, Young EW, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int* 2004; 66: 2047-2053.
8. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR, et al. Depression, perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med* 1991; 21: 343-354.
9. Wai L, Burton H, Richmond J, Lindsay RM. Influence of psychosocial factors on survival of home dialysis patients. *Lancet* 1981; 2: 1155-1156.
10. Ziarnik JP, Freeman CW, Sherrard DJ, Calsyn DA. Psychological correlates of survival on renal dialysis. *J Nerv Ment Dis* 1977; 164: 210-213.
11. Neu S, Kjellstrand CM. Stopping long-term dialysis: an empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Engl J Med* 1986; 314: 14-19.
12. United States Department of Health and Human Services. Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. *USRDS 1999 Annual Data Report* [Available at: <http://www.med.umich.edu/usrds/>]. Bethesda: United States Renal Data System, 1999.
13. Rubini ME, Goldman R. Chronic renal disease. Some sociological aspects of dialysis and transplantation. *Calif Med* 1968; 108: 90-95.
14. Todaro JF, Shen B, Niaura R, et al. Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease. *Am J*

- Cardiol 2003; 92: 901-906.
15. *Germain M, McCarthy S.* Symptoms of renal disease: dialysis-related symptoms. In: Chambers J, Germain M, eds. Supportive care for the renal patient. New York: Oxford University Press, 2004: 75-87.
 16. *Sedgewick J.* Psychological issues in renal failure. In: Challinor P, Sedgewick J, eds. Principles and Practice of Renal Nursing. Cheltenham, UK: Stanley Thornes, 1998: 36-55.
 17. *Binkley L.* Dialysis patients care in loss and bereavement. J EDTNA-ERCA 1999; 25: 52-56.
 18. *Cleary J, Drennan J.* Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. J Adv Nurs 2005; 51: 577-583.
 19. *Blake C, Codd M, Cassidy A, et al.* Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease. J Nephrol 2000; 13: 142-149.
 20. *Finkelstein FO, Finkelstein SH, Steele TE.* Assessment of marital relationships of hemodialysis patients. Am J Med Sci 1976; 271: 21-28.
 21. *Leatherland S.* Continuing care of the renal patient: A guide for nurses. Dial Transplant 2007; 36: 572-583.
 22. *Nichols K.* Initial psychological reactions to renal failure. In: Dingwall R, ed. Towards a closer understanding. Psychosocial handbook for all renal care workers. Luzern, Switzerland. EDTNA-ERCA, 2003: 23-31.
 23. *Engel GL.* The need for a new medical model. Science 1977; 196: 129-136.
 24. *Kleinman A.* The Illness Narrative. Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Basic Books, 1988.
 25. *Auer J.* Preparing for dialysis treatment. In: Dingwall R, ed. Towards a closer understanding. Psycho/social handbook for all renal care workers. Luzern, Switzerland, EDTNA-ERCA, 2003; 33-40.
 26. *Klang B, Bjorvell H.* Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. J Adv Nurs 1998; 28: 36-44.
 27. *Tsay S, Lee Y.* Effects of adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. J Adv Nurs 2005; 50: 39-46.
 28. *Auer J.* Psychological perspectives. In: Thomas N, ed. Renal Nursing. Oxford, UK: Bailliere Tindall, 2002: 77-80.
-
- * Παραλήφθη στις 4/12/09
Έγινε αποδεκτή μετά από τροποποιήσεις στις 5/2/10
- * Received for publication 4/12/09
Accepted in revised form 5/2/10

Αλληλογραφία:

Κ.Χ. Σιαμόπουλος

Καθηγητής Παθολογίας/Νεφρολογίας

Τομέας Παθολογίας

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

451 10 Ιωάννινα,

Τηλ.: 26510 07507

Fax: 26510 07016

e-mail: ksiamop@cc.uoi.gr