

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝΓεωργία Μπουγά¹, Γιώργος Πιτσιώνης¹

1. Νοσηλευτές Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Περίληψη

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τις ψυχιατρικές διαταραχές που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, κυρίως στην ηλεκτρονική βάση 'pubmed' που αναφέρονταν τις ψυχιατρικές διαταραχές (άγχος και κατάθλιψη) που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εκτός από τα προβλήματα που απορρέουν από τη βιολογική διάσταση της νόσου βρίσκονται αντιμέτωποι με πλήθος άλλων προβλημάτων, που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή, όπως η απώλεια χρόνου σε προγραμματισμένες συνεδρίες αιμοκάθαρσης, η αβεβαιότητα για το μέλλον, το άγχος του θανάτου, όπως επίσης η εξάρτηση τόσο από το μηχάνημα όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Όλοι αυτοί οι παράγοντες σε συνδυασμό με τις αλλαγές σε πρωτότερους προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς και επαγγελματικούς ρόλους πυροδοτούν την εκδήλωση προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα.

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας. Η κατάθλιψη και το άγχος πρέπει να μελετηθούν εκτενέστερα, προκειμένου να οργανωθούν καλύτερες προσεγγίσεις για την υγειονομική περίθαλψη για τα άτομα αυτά

Λέξεις-κλειδιά: αιμοκάθαρση, ψυχικές διαταραχές, άγχος, κατάθλιψη.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Μπουγά Γεωργία, Λαϊκό Νοσοκομείο, τηλ:6936533352

REVIEW ARTICLE

PSYCHIATRIC DISORDERS IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Georgia Bouga¹, George Pitsionis¹

1. R.N, Nurse Laiko Hospital, Athens

Abstract

The **aim** of the present study was to explore psychiatric disorders experienced by hemodialysis patients.

Material and Method: The methodology followed included search review and research studies, mainly in electronic base 'pubmed' which referred to psychiatric disorders (anxiety and depression) experienced by hemodialysis patients.

Results : According to the literature, hemodialysis patients apart from the problems arising from the biological aspects of the disease, usually face with a variety of other problems that affect their daily lives, such as loss of time on scheduled dialysis sessions, uncertainty about the future, anxiety of death, dependence of both the machine and health professionals. All these factors combined with the changes in previously personal, family, social and professional roles trigger the onset of mental problems.

Conclusions : Assessment of anxiety and depression experienced by hemodialysis patients should be an integral part of treatment. Depression and anxiety should be studied more extensively in order to organize better approaches to health care for these individuals.

Keywords: dialysis, mental disorders, anxiety, depression

Corresponding author: Bouga Georgia, Laiko hospital, Athens, tel : 6936533352

Εισαγωγή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αυξηθεί το προσδόκιμο της επιβίωσης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών λόγω των εξελίξεων στη θεραπεία και των αρτιότερων εξοπλισμών και μηχανημάτων με αποτέλεσμα, το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας να στρέφεται ολοένα και περισσότερο προς τη διερεύνηση των επιπτώσεων που επιφέρει η νεφρική νόσος

τελικού σταδίου στη ψυχική σφαίρα αυτής της ευαίσθητης πληθυσμιακής ομάδας.¹⁻⁴

Η αιμοκάθαρση αποτελεί την πιο ευρέως διαδεδομένη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στην Ελλάδα, αφού το 74,2% των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου υποβάλλονταν το 2004 σε αιμοκάθαρση. Επίσης, η μέθοδος αυτή έχει καλύτερους κλινικούς δείκτες (λιγότερες ημέρες ενδονοσοκομειακής

νοσηλείας, μακρότερη επιβίωση κ.λπ.) σε σχέση με άλλες θεραπευτικές μεθόδους.⁵

Αναλυτικότερα, η αιμοκάθαρση είναι χρόνια και τακτικά επαναλαμβανόμενη μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, με συνήθη διάρκεια τρεις φορές την εβδομάδα. Πραγματοποιείται κυρίως σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού των νοσοκομείων και σπανιότερα στο σπίτι του αρρώστου, εφόσον εκεί υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες, όπως κατάλληλος υλικός και τεχνολογικός εξοπλισμός και η στήριξη από επαγγελματίες υγείας.⁴

Η φύση και η χρονιότητα της νεφρικής νόσου επιβάλλουν πλήθος περιορισμών στην καθημερινή ζωή των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών όπως επίσης αλλαγή πρωτύτερων λειτουργικών ρόλων με αποτέλεσμα να βιώνουν διαταραχές από τη ψυχική σφαίρα, όπως άγχος και κατάθλιψη.¹⁻⁵

Ο όρος άγχος (ή στρες) προέρχεται από το ρήμα ἄγχω, που στην [αρχαία ελληνική γλώσσα](#) σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος αποτελεί μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε μια απειλή ή σε μια αίτηση για την αντιμετώπιση απαιτητικών καταστάσεων.^{6,7} Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Πλήθος παραγόντων πυροδοτούν το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς με σωματική νόσο, όπως τα συναισθήματα απαισιοδοξίας και απελπισίας, ο χαμηλός βαθμός αυτοεκτίμησης, η αβεβαιότητα για το μέλλον ή ακόμα και η ψυχική παλινδρόμηση δεδομένου ότι, η ασθένεια εξαντλεί τα σωματικά και ψυχικά αποθέματα του ατόμου.⁶

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που ακολουθεί την ανθρωπότητα από τα

πρώιμα στάδια της ύπαρξής της έως σήμερα και είναι δυνατόν να εκδηλωθεί τόσο στο χώρο της Ψυχιατρικής όσο και στο χώρο της Γενικής Ιατρικής. Παρά το γεγονός, ότι η κατάθλιψη αποτελεί ιάσιμη νόσο, εντούτοις εάν δεν ανιχνευτεί και θεραπευτεί εγκαίρως είναι δυνατόν να επηρεάζει σημαντικά τη ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με άλλο νόσημα αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα για την πορεία και την έκβαση της εν δυνάμει νόσου.^{8,9}

Ψυχικές διαταραχές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εκτός από τα προβλήματα που απορρέουν από τη βιολογική διάσταση της νόσου βρίσκονται αντιμέτωποι με πλήθος άλλων προβλημάτων που σχετίζονται με την καθημερινή ζωή. Για παράδειγμα, πολύτιμος προσωπικός χρόνος ξοδεύεται στις προγραμματισμένες συνεδρίες αιμοκάθαρσης με αποτέλεσμα να επηρεάζεται σημαντικά ο πρωτύτερος τρόπος ζωής των ασθενών. Επιπλέον, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς βιώνουν ανησυχία για το αλλοιωμένη εικόνα εαυτού, άγχος του θανάτου και αβεβαιότητα για την περαιτέρω πορεία τα οποία σε συνδυασμό με τις αλλαγές σε πρωτύτερους προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς και επαγγελματικούς ρόλους όπως επίσης και την αναμονή για μεταμόσχευση αποτελούν μόνο μερικούς από τους κύριους αγχογόνους παράγοντες. Επιπροσθέτως, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς συχνά βιώνουν 'εξάρτηση' τόσο υλικοτεχνική (από το μηχάνημα) όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Ως αποτέλεσμα, αναδύονται προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα, όπως

άγχος και κατάθλιψη τα οποία περιπλέκονται καθώς η νόσος εξελίσσεται.¹⁻⁵

Αναλυτικότερα, οι [Feroze](#) και συν.,¹ τόνισαν ότι οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα να εκδηλώσουν ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και άγχος ή ακόμα να τις επιδεινώσουν εφόσον είναι ήδη εγκατεστημένες. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες που αντιμετωπίζουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είναι τα συμπτώματα που προκαλούνται από τη νεφρική νόσο τελικού σταδίου, οι σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής, ο φόβος της αναπηρίας, η νοσηρότητα, η μικρότερη διάρκεια

ζωής και η ανάγκη συμμόρφωσης με τα θεραπευτικά σχήματα, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων αιμοκάθαρσης, των διατροφικών απαιτήσεων και του περιορισμού στο νερό.

Η μείωση των οικονομικών πόρων που επιβάλλει η νόσος είτε λόγω επαγγελματικών αλλαγών είτε λόγω μείωσης του βαθμού παραγωγικότητας σε συνδυασμό με την παράλληλη αύξηση των εξόδων που αφορούν κυρίως ιατρικά έξοδα αποτελούν σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι Καϊτελίδου και συν.,⁵ βρήκαν ότι, το 60,2% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα ενώ το 36,7% συνταξιοδοτήθηκε πρόωρα και το 63,2% των ασθενών δήλωσε ότι αναγκάζεται να απουσιάσει συχνά από την εργασία του.

Η κατάθλιψη συνεπάγεται δυσμενείς συνέπειες για τους αιμοκαθαιρόμενους

ασθενείς. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Hedayati και συν.,¹⁰ οι καταθλιπτικοί ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου και επαναισαγωγών σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Ομοίως, οι Κάτση και συν.,¹¹ υποστήριξαν ότι, η κατάθλιψη αποτελεί τη συνηθέστερη ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, η οποία οδηγεί σε συχνές επαναισαγωγές σε νοσοκομεία, αυξάνει τη θνητότητα, μειώνει τη σεξουαλική λειτουργία και αυξάνει την πιθανότητα για οικειοθελή απόσυρση από την αιμοκάθαρση.

Οι Κάτση και συν.,¹¹ που μελέτησαν την κατάθλιψη σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς εκ των οποίων το 12,8% ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 59±15,7 έτη, έδειξαν ότι, το 53,8% δεν εμφάνιζε κατάθλιψη, το 19,1% εμφάνιζε ήπια μορφή, το 6,5% μέτριας μορφή και το 20,6% βαριάς μορφή. Οι ίδιοι ερευνητές βρήκαν ότι, σε όσους ασθενείς συνυπήρχε άλλη πάθηση είχαν υψηλότερο δείκτη κατάθλιψης ενώ αντιθέτως όσοι έκαναν τις συνεδρίες πάντα στο ίδιο νοσοκομείο, όσοι είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και όσοι είχαν καλύτερη σχέση με το προσωπικό του τμήματος παρουσίαζαν κατά μέσο όρο καλύτερο δείκτη κατάθλιψης.

Παρότι, υπάρχουν πολλές εκτιμήσεις της επίπτωσης της κατάθλιψης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, εντούτοις οι εκτιμήσεις αυτές ενδέχεται να είναι εσφαλμένα χαμηλές για πολλούς και ποικίλους λόγους.^{1,10,11} Για παράδειγμα, από την μια πλευρά οι ασθενείς δείχνουν απροθυμία να αναζητήσουν βοήθεια ενώ παράλληλα οι επαγγελματίες υγείας δίδουν περισσότερη προσοχή στα προβλήματα από

τη σωματική διάσταση της νόσου θεωρώντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως φυσική συνέπεια ή ακόμα μπορεί να αδυνατούν να κατανοήσουν τη συμπτωματολογία της νόσου λόγω έλλειψης εξοικείωσης ή εκπαίδευσης. Επίσης, η κατάθλιψη μπορεί να μην εκδηλώνεται με καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά με άτυπη συμπτωματολογία όπου κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα τα άτομα να καταφεύγουν σε άλλες ειδικότητες ιατρών και όχι στον ψυχίατρο ή ακόμα μπορεί να εκδηλώνεται με εχθρότητα προς το προσωπικό, αδιαφορία απόσυρση και κακή συμμόρφωση προς τις οδηγίες.⁸

Οι Watnick και συν.,¹² υποστήριξαν ότι, η κατάθλιψη παραμένει αδιάγνωστη λόγω των επικαλυπτόμενων συμπτωμάτων που σχετίζονται με ουραιμία (ανορεξία, κόπωση, διαταραχές του ύπνου) και την απουσία μιας συστηματικής ψυχιατρικής αξιολόγησης. Οι Johnson και Dwyer¹³ ανέφεραν ότι, περισσότερο από το 70% των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και είχε εκδηλώσει συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους δεν ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν αυτά τα σημεία και συμπτώματα. Πολύ συχνά, η αϋπνία η οποία συνοδεύει τους ασθενείς με κατάθλιψη ή ουραιμία όπως επίσης και τα προκαλούμενα από τη φαρμακευτική αγωγή συμπτώματα (π.χ., από γλυκοκορτικοειδή φάρμακα) συχνά επικαλύπτουν τα συμπτώματα του άγχους, και κατάθλιψης.

Εκτός από την επικάλυψη των συμπτωμάτων, ένας άλλος εξίσου σημαντικός λόγος που η κατάθλιψη συχνά υποτιμάται ή δεν διαγιγνώσκεται είναι η χρήση διαφορετικών εργαλείων μέτρησης.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, διάφορα ερωτηματολόγια έχουν χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση της κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Η κλίμακα Beck Depression Inventory αποτελεί μια από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης στον πληθυσμό αυτό. Σύμφωνα με τους Grant και συν.,¹⁴ η κλίμακα αυτή χρειάζεται τροποποίηση για τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς λόγω της υψηλής επικράτησης των συμπτωμάτων που μπορεί να μιμηθούν την κλινική εκδήλωση της κατάθλιψης σε αυτόν τον πληθυσμό. Πρόσφατα, οι Lossman και συν.,¹⁵ που συνέκριναν την κλίμακα Beck Depression Inventory με την κλίμακα HADs σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο και συμπτώματα κατάθλιψης υποστήριξαν ότι, και οι δυο κλίμακες αποτελούν έγκυρα όργανα για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Ωστόσο, σε παγκόσμιο επίπεδο απαιτείται η χρήση ενός κοινού εργαλείου μέτρησης το οποίο θα επιτρέψει τις συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών.

Είναι σπουδαίο να τονισθεί ότι, ο πιο σημαντικός λόγος ανίχνευσης της κατάθλιψης είναι η πρόληψη των αυτοκτονιών. Οι Pompili και συν.,¹⁶ έδειξαν ότι, η απόπειρα αυτοκτονίας και η αυτοκτονία είναι αρκετά συχνή σε καταθλιπτικούς αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Οι ίδιοι ερευνητές τόνισαν ότι, παρότι η απόσυρση από τη θεραπεία ευθύνεται για την πλειοψηφία των θανάτων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών εντούτοις η αυτοκτονία θα πρέπει πάντα να εκτιμάται διότι αποτελεί ένα ξεχωριστό φαινόμενο. Παράλληλα, οι Keskin και συν.,¹⁷ έδειξαν ότι,

ο αυτοκτονικός ιδεασμός αυξάνεται με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης όπως επίσης ότι, η κατάθλιψη και ο αυτοκτονικός ιδεασμός αυξάνονταν με την ηλικία σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Σημείο-κλειδί για τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές και την απόπειρα αυτοκτονίας είναι ο βαθμός αποδοχής και προσαρμογής της νόσου. Αναλυτικότερα, οι Dehkordi και συν.,¹⁸ υποστηρίζουν ότι, η προσαρμογή στη χρόνια αιμοκάθαρση, αυξάνει τη λειτουργικότητα των ασθενών σε προσωπικό, κοινωνικό, οικογενειακό και επαγγελματικό επίπεδο. Οι ίδιοι ερευνητές τόνισαν ότι, η διατήρηση του άγχους εντός φυσιολογικών επιπέδων, η στήριξη από το περιβάλλον, η διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν σημαντικά στην αποδοχή της νόσου. Χαρακτηριστικά της καλής προσαρμογής είναι η διατήρηση του άγχους σε ελεγχόμενα όρια, η διατήρηση των πηγών ευχαρίστησης και αυτοεκτίμησης, η συνέχιση της κοινωνικής ζωής, η διατήρηση πρωτύπων ρόλων, η συντήρηση ελπίδας για το μέλλον και τέλος η διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης με γιατρούς και προσωπικό.¹⁹ Επίσης, οι ασθενείς με άλλα συνοδά προβλήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος, η υπέρταση δείχνουν καλύτερη ανοχή στην αιμοκάθαρση όπως επίσης καλύτερο βαθμό προσαρμογής στη νόσο. Δεδομένου ότι οι ασθενείς πρέπει να προσαρμόζονται στο απρόβλεπτο της νόσου και στους διάφορους στρεσογόνους παράγοντες, οι Schipper και συν.,²⁰ τόνισαν ότι, η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης βοηθούν τους ασθενείς να παραμείνουν ανεξάρτητοι και να

διατηρήσουν τον έλεγχο επί της δικιάς τους ζωής.

Οι διάφορες μορφές ψυχοθεραπείες, όπως οι συμπεριφορικού ή γνωσιακού τύπου και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ασκούν ευεργετική επίδραση στην αντιμετώπιση της ψυχικής επιβάρυνσης και τη βελτίωση στην προσαρμογή και αποδοχή της νόσου. Οι ψυχοθεραπείες στοχεύουν στην ενεργοποίηση του ασθενή για την επίλυση προβλημάτων και στην αντιμετώπιση αγχογόνων και καταθλιπτικών γνωσιακών σχημάτων και πεποιθήσεων. Η γνωστική ψυχοθεραπεία έχει ως στόχο την αναθεώρηση από τον ασθενή των δυσπροσαρμοστικών και αρνητικών τρόπων σκέψης ενώ η συμπεριφορική θεραπεία έχει ως στόχο τον προσδιορισμό συμπεριφορών που απαιτούν τροποποίηση και τέλος η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζεται στην επίλυση προβλημάτων του ασθενή που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική λειτουργικότητα, τα οποία θεωρούνται ως αιτιολογικοί επιβαρυντικοί παράγοντες για εκδήλωση διαταραχών από τη ψυχική σφαίρα, κυρίως της κατάθλιψης.^{7,8}

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι περισσότεροι ασθενείς περνούν μεταβατικές περιόδους οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη ψυχική τους υγεία. Αναλυτικότερα, αρχικά βιώνουν μια περίοδο που συχνά αποκαλείται ως 'μήνας του μέλιτος' και χαρακτηρίζεται από σωματική και συναισθηματική βελτίωση και από προσπάθεια απόλαυσης της ζωής. Η περίοδος αυτή αρχίζει 1-3 εβδομάδες από την πρώτη αιμοκάθαρση και συνήθως διαρκεί 6 εβδομάδες έως 6 μήνες. Σε αυτό το στάδιο, οι ασθενείς αποδέχονται σχετικά εύκολα την εξάρτηση από το τεχνητό νεφρό

και το προσωπικό. Το στάδιο αυτό γίνεται πιο εύκολα αντιληπτό στις περιπτώσεις όπου η ανακούφιση λόγω αιμοκάθαρσης είναι πιο εμφανής, όπως για παράδειγμα, στους βαρύτερα πάσχοντες και σε ασθενείς με οξεία έναρξη της νόσου. Αντίθετα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αργή και προοδευτική εξέλιξη της νεφρικής νόσου τρομάζουν στην προοπτική της επαπειλούμενης απώλειας της αυτονομίας τους λόγω της έναρξης της αιμοκάθαρσης. Μερικοί προσπαθούν να παρακάμψουν τη διαδικασία αυτή επιλέγοντας τη λύση της πρώιμης μεταμόσχευσης. Κατά την περίοδο αυτή, οι ασθενείς βιώνουν έντονα επεισόδια άγχους και έντονο φόβο στη σκέψη ενδεχόμενης βλάβης του μηχανήματος του τεχνητού νεφρού ενώ σημαντική πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στον ύπνο.^{4,19}

Την χρονική αυτή περίοδο ακολουθεί μία περίοδο απογοήτευσης και αποθάρρυνσης καθώς τα συναισθήματα της ελπίδας μειώνονται σημαντικά και τη θέση τους καταλαμβάνει η εξάντληση και η λύπη. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι τόσο έντονα που παρατηρείται έκφραση θυμού και οργής προς προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης και μπορεί να διαρκέσει 3-12 μήνες. Άλλα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής ή η επιπλοκή της υγείας είναι δυνατόν να επιδεινώσουν τις ψυχικές διαταραχές σε αυτή τη χρονική περίοδο.^{4,19}

Η περίοδος προσαρμογής και αποδοχής της νόσου επέρχεται σταδιακά ωστόσο η μετάβαση ποικίλλει ανάλογα με το άτομο.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που οι ασθενείς κινητοποιούν ως μηχανισμό άμυνας την άρνηση. Κατά τη περίοδο αυτή, οι ασθενείς φροντίζουν να ενημερωθούν καλύτερα για τη κατάσταση τους.^{4,19}

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αποτελούν πρόκληση για τη νοσηλευτική. Η θεραπεία δεν πρέπει να περιορίζεται στην αντιμετώπιση της βιολογικής διάστασης της νόσου αλλά αντιθέτως να περιλαμβάνει την ολιστική φροντίδα. Η αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών που διερευνά ένα πλήρες φάσμα ιατρικών και μη ιατρικών παραγόντων όπως επίσης και άλλων παραγόντων που απορρέουν από τη ψυχική σφαίρα συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση του πάσχοντα ως ενιαία βιο-ψυχοκοινωνικό ενότητα.²¹

Συμπεράσματα

Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας.

Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες υγείας δεν ανιχνεύουν και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζουν το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς στο κλινικό περιβάλλον είτε διότι το θεωρούν ως φυσική συνέπεια της νόσου και των συνθηκών νοσηλείας είτε διότι δίδουν περισσότερη σημασία στην αντιμετώπιση της κύριας νόσου, αγνοώντας την ψυχική σφαίρα των ατόμων.

Βιβλιογραφία

- 1) Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis.* 2010;4(3):173-80.
- 2) Θεοφίλου Π, Παναγιωτάκη Ε. Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας. *Νοσηλευτική.* 2010;49(3):295-304.
- 3) Θεοφίλου Π. Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας.* 2011;3(2): 70-80.
- 4) Θεοφίλου Π. Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2010;9(4):420-440.
- 5) Καϊτελίδου Δ, Λιαρόπουλος Λ, Σίσκου Ο, Θεοδώρου Μ, Ζηρογιάννης Π, Μανιαδάκης Ν, και συν. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια *Νοσηλευτική.* 2007;46(2):246-255.
- 6) Πολυκανδριώτη Μ, Κουτσοπούλου Β. Άγχος σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2014;12(1):54-65.
- 7) Κουτελέκος Ι. Άγχος και χειρουργική επέμβαση. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.* 2012;1(3):71-72.
- 8) Πολυκανδριώτη Μ, Στεφανίδου Σ. Κατάθλιψη σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2013;12(4):397-408.
- 9) Georgiades M, Kyloudis P, Rekleiti M, Bagiatis V, Wozniak GR, Roura Z. Cumulative effect of psychotherapy in remission of symptomatology of major depressive disorder. *Health science journal.* 2012;6(1):45-59.
- 10) Hedayati SS, Grambow SC, Szczech LA, Stechuchak KM, Allen AS, Bosworth HB. Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 2005;46(4):642-9.
- 11) Κάτση Χρ-Μ, Γκράμο Λ, Μπομπάι ΔΕ, Τριφόνη Ρ, Χριστοπούλου Ι. Επίπτωση της Κατάθλιψης σε Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς. *Νοσηλευτική.* 2013;52(1):93-100.
- 12) Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis.* 2003;41(1):105-10.
- 13) Johnson S, Dwyer A. Patient perceived barriers to treatment of depression and anxiety in hemodialysis patients. *Clin Nephrol.* 2008;69:201-6.
- 14) Grant D, Almond MK, Newnham A, Roberts P, Hutchings A. The Beck Depression Inventory requires modification in scoring before use in a haemodialysis population in the UK. *Nephron Clin Pract.* 2008;110(1):c33-8.
- 15) Loosman WL, Siegert CE, Korzec A, Honig A. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory for use in end-stage renal disease patients. *Br J Clin Psychol.* 2010;49(4):507-16.
- 16) Pompili M, Venturini P, Montebovi F, Forte A, Palermo M, Lamis DA, et al. Suicide risk in dialysis: review of current literature. *Int J Psychiatry Med.* 2013;46(1):85-108.
- 17) Keskin G, Engin E. The evaluation of depression, suicidal ideation and coping strategies in haemodialysis patients with renal failure. *J Clin Nurs.* 2011;20(19-20):2721-32.
- 18) Dehkordi LM, Shahgholian N. An investigation of coping styles of hemodialysis patients. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;18(1):42-6.
- 19) Διαδικτυακή σελίδα : <http://epnm.gr/archives/efimerida/sm14/page10.htm>. Ημερομηνία πρόσβασης : 1-10-2013.
- 20) Schipper K, Abma TA. Coping, family and mastery: top priorities for social science research by patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;26(10):3189-95.
- 21) Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος Ι. Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.* 2013;2(2):73-83.