

Ποιότητα ζωής, κατάθλιψη και άγχος σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο: ο ρόλος των αντιλήψεων για την υγεία

Παρασκευή Α. Θεοφίλου

Δρ. Ψυχολογίας Υγείας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας, theofi@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι αντιλήψεις των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ σημαντικές αναφορικά με την κατανόηση των αντιδράσεών τους στη χρόνια νόσο. Η παρούσα μελέτη σκοπεύει (i) να καθορίσει εάν οι αντιλήψεις για την υγεία διαφοροποιούνται μεταξύ διαφορετικών θεραπειών υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο και (ii) να διερευνήσει εάν αυτές οι αντιλήψεις συνδέονται με την ποιότητα ζωής και την ψυχική τους υγεία.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτελείται από 89 ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό ή σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση. Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: α) Ερωτηματολόγιο World Health Organization Quality of Life του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, β) Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας του Goldberg, γ) Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου Υγείας των Wallston και Wallston, δ) Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger και ε) Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης (Center of Epidemiological Studies - Depression).

Αποτελέσματα: Αναφορικά με τις αντιλήψεις για την υγεία ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών, οι ασθενείς που υπόκεινται σε αιμοκάθαρση παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου. Η συγκεκριμένη διάσταση συσχετίστηκε με καλύτερη ποιότητα ζωής και γενικό επίπεδο υγείας στο συνολικό δείγμα. Αντίθετα, η διάσταση των σημαντικών άλλων αναφορικά με την εστίαση ελέγχου υγείας συνδέθηκε με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Περιορισμοί μελέτης: Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη μπορούν να διερευνηθούν περαιτέρω σε δείγματα από άλλα νοσηλευτικά πλαίσια, έτσι ώστε να μπορούν να προκύψουν γενικότερα συμπεράσματα.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Οι αντιλήψεις για την υγεία μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη νόσο και τη θεραπεία και θα μπορούσαν επομένως να αναγνωριστούν ως μία καινούργια περιοχή για διεπιστημονική παρέμβαση σε άτομα με χρόνια νεφρική νόσο.

Λέξεις - Κλειδιά: άγχος, αντιλήψεις για την υγεία, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής, χρόνια νεφρική νόσος

Εισαγωγή

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 (ΠΖ) εξαρτώνται από την περιοδική διόρθωση

βιολογικών παραμέτρων, με την ανάλογη τεχνική βοήθεια, όπως συμβαίνει με τους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN), η κατάσταση αυτή επιδρά τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του (Raravi, Delvaux, 1988, Parkes, 1971, Κουτσοπούλου - Σοφικίτη κ.ά., 2009).

Πριν από την ένταξη σε πρόγραμμα εξωνεφρικής

κάθαρσης, οι ασθενείς με ΧΝΝ ταλαιπωρούνται, λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν, σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο (Covic et al., 2006, Covic et al., 2003, Θεοφίλου κ.ά., 2010). Αυτό επηρεάζει καθοριστικά την ΠΖ τους, η οποία αποτελεί βασική παράμετρο της υγείας επηρεάζοντας και επηρεαζόμενη από αυτή. Η ΠΖ των ασθενών αυτών περιγράφεται ως κακή λόγω της επίδρασης της κατάστασής τους σε

- φυσικές δραστηριότητες, όπως η σωματική λειτουργικότητα και η ικανότητα για εργασία (Timmers et al., 2008, Ginieri - Coccossis et al., 2008, Karamanidou et al., 2009),
- ψυχολογικούς παράγοντες, όπως ικανοποίηση, ευχαρίστηση, ευημερία, αυτοεκτίμηση, άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη (Θεοφίλου, 2010, Θεοφίλου, Παναγιωτάκη, 2010, Θεοφίλου, 2010) και στην
- κοινωνική προσαρμοστικότητα, περιλαμβάνοντας την αποκατάσταση στην εργασία, τη διασκέδαση καθώς και τις κοινωνικές και οικογενειακές αντιδράσεις (Cameron, 1996, Christensen, Ehlers, 2002, Covic, 2004, Krespi et al., 2004, Cameron, Leventhal, 2003).

Μελέτες στις χρόνιες παθήσεις διαπιστώνουν ότι η ΠΖ και η ψυχική υγεία σχετίζονται με τις γνωστικές αναπαραστάσεις που έχει ο ασθενής αναφορικά με τη νόσο και τη θεραπεία της. Όταν ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με το πρόβλημα της υγείας του, δημιουργεί δικά του μοντέλα και αναπαραστάσεις γύρω από την ασθένεια προκειμένου να κατανοήσει και να ανταποκριθεί στις δυσκολίες που καλείται να αντιμετωπίσει (Cameron, Moss-Morris, 2004, Caress et al., 2001, Hagger, Orbell, 2003, Heijmans, de Ridder, 1998, Rees et al., 2004).

Πρόσφατα έχει αναγνωριστεί ότι οι αντιλήψεις των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) σχετικά με το ότι οι ίδιοι μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση της υγείας τους οδηγεί στην εμφάνιση λιγότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης (Christensen et al., 1991). Επιπλέον, η εσωτερική εστίαση ελέγχου δεν αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΝΝ κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (Cvenhgros et al., 2005).

Σε άλλες μελέτες, ο προσωπικός έλεγχος πάνω στο πρόβλημα της υγείας συνδέεται θετικά με τη φυσική και κοινωνική δραστηριότητα, τον έλεγχο του πόνου του σώματος καθώς και την αντίληψη για τη γενική κατάσταση της υγείας στους ασθενείς που υπόκεινται σε ΑΚ ή περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) (Timmers et al., 2008). Επιπρόσθετα, ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται με χαμηλότερη συναισθηματική αντίδραση και καλύτερη κατανόηση της νόσου (Covic, 2004).

Τέλος, οι εσωτερικές αντιλήψεις για την υγεία έχουν ως αποτέλεσμα να αξιολογούν θετικότερα οι ασθενείς την ΠΖ τους με την εμφάνιση λιγότερων συμπτωμάτων και αρνητικών συνεπειών (Griva et al., 2009).

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι

- να διερευνηθεί τις αντιλήψεις για την υγεία των ασθενών με ΧΝΝ και της σχέσης τους με την ΠΖ και την ψυχική υγεία
- να συμβάλει στο ήδη υπάρχον σύστημα γνώσης γύρω από θέματα ΠΖ ασθενών με ΧΝΝ, αναδεικνύοντας ωστόσο έναν συγκεκριμένο παράγοντα επίδρασης της ΠΖ, αυτόν των αντιλήψεων για την υγεία
- να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να υποστηριχθούν οι ασθενείς.

Η κύρια ερευνητική μας υπόθεση είναι ότι όσο περισσότερο ο ασθενής εστιάζει στο δικό του προσωπικό έλεγχο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που έχουν ανακύψει, τόσο περισσότερο θα παρουσιάζει καλύτερη ΠΖ εμφανίζοντας λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Υλικό και μέθοδος

Το δείγμα αποτέλεσαν 135 ασθενείς από δύο Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών. Η επιλογή των Νοσοκομείων ήταν τυχαία με βασικό ωστόσο κριτήριο τη λειτουργία μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης σε αυτά. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 77 ασθενείς (57.0%) που υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική ΑΚ και 58 ασθενείς (43.0%) που υποβάλλονταν σε συνεχή φορητή ΠΚ.

Το επόμενο βήμα, έτσι ώστε να διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών ήταν η επιλογή 41 ασθενών σε ΑΚ και 48 σε ΠΚ από το συνολικό δείγμα των 135 συμμετεχόντων, σύμφωνα με συγκεκριμένα και σαφή κριτήρια που τέθηκαν με σκοπό το σχηματισμό δύο ισοδύναμων ομάδων. Τα κριτήρια επιλογής περιελάμβαναν την έναρξη της εξωνεφρικής κάθαρσης από τον ασθενή μέσα σε μία περίοδο 4 ετών και διασφάλισαν μία ισορροπημένη αναλογία ανδρών και γυναικών ασθενών των δύο ομάδων. Ακολουθώντας τη διαδικασία επιλογής, οι δύο ομάδες εξετάστηκαν για την ύπαρξη ή όχι σημαντικών διαφορών σχετικά με τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, οι ομάδες των ασθενών μπορούν να θεωρηθούν ισοδύναμες χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ($p > 0.05$).

Ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν υψηλός, φθάνοντας το 99%. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Μάρτιο 2006 έως και τον Φεβρουάριο 2007. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα:

1. Ηλικία άνω των 18
2. Διάγνωση ΧΝΝ
3. Παρακολούθηση προγράμματος ΑΚ ή ΠΚ τουλάχιστον για 1 έτος
4. Ικανοποιητικό επίπεδο συνεργασίας και αντιληπτικής ικανότητας

Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ελληνικής καταγωγής,

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κοινωνικοδημογραφικά
και κλινικά χαρακτηριστικά των δύο ισοδύναμων ομάδων (N= 89)**

	Ασθενείς σε ΑΚ N=41 (46.06%)	Ασθενείς σε ΠΚ N=48 (53.9%)
Ηλικία (έτη)		
Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	65.34 ± 8.37	64.10 ± 10.36
Φύλο		
Άνδρας	21 (51.3%)	23 (47.9%)
Γυναίκα	20 (48.7%)	25 (52.1%)
Σύνολο	41 (100.0%)	48 (100.0%)
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος/η	4 (9.75%)	6 (12.5%)
Έγγαμος/η	33 (80.48%)	38 (79.2%)
Δ/Χ/Σ*	4 (9.75%)	4 (8.3%)
Σύνολο	41 (100.0%)	48 (100.0%)
Εκπαίδευση		
0-9 έτη	29 (70.73%)	26 (54.16%)
> 9 έτη	12 (29.27%)	22 (45.84%)
Σύνολο	41 (100.0%)	48 (100.0%)
Διάρκεια Θεραπείας (έτη)		
Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	4.15 ± 2.57	3.62 ± 2.00

*Δ/Χ/Σ = Διαζευγμένος/Χήρος/Συγκάτοικος

οι οποίοι συμπλήρωσαν έντυπο πληροφορημένης συναίνεσης για τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Είχαν ενημερωθεί για το δικαίωμά τους να αρνηθούν ή να διακόψουν τη συμμετοχή τους στη μελέτη, όποια στιγμή το επιθυμούσαν σύμφωνα με τα ηθικά πρότυπα της διακήρυξης του Ελσίνκι το 2000. Η διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε μετά την έγκρισή της από το επιστημονικό συμβούλιο ή/και την επιτροπή δεοντολογίας των υγειονομικών μονάδων.

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία:

I) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και αποτελεί τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100, αφορά στη μέτρηση της αυτοαναφερόμενης ΠΖ και αποτελείται από 26 ερωτήσεις (WHOQOL Group, 2004). Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε 4 διαστάσεις: α) σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) κοινωνικές σχέσεις και δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες εκτιμούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ (ΣΥΠΖ). Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται: 1) στη διατροφή, 2) στην ικανοποίηση από την εργασία, 3) στην οικιακή ζωή και 4) στην κοινωνική ζωή (Ginieri - Coccossis et al., 2003). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ΠΖ.

Ο έλεγχος των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων συμπεριέλαβε: εννοιολογική εγκυρότητα της δομής, διακριτική εγκυρότητα αξιοπιστία επανελέγχου, κλινική ευαισθησία, κ.ά. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (Ginieri - Coccossis et al., 2003).

II) Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire - GHQ-28). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο συναποτελούν τέσσερις υποκλίμακες: α) σωματικά συμπτώματα, β) άγχος/αϋπνία, γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) σοβαρή κατάθλιψη (Goldberg, 1978, Garyfallos et al., 1991). Κάθε ερώτηση απαντάται σε μία κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη διαταραχής της ψυχικής υγείας. Αρχικά, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και συμπληρώθηκε, τόσο στη αγγλική όσο και στην ελληνική έκδοχή, από 50 δίγλωσσους. Η προσαρμογή βασίστηκε σε 100 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν διαδοχικά σε εξωτερικά ιατρεία παθολογικής κλινικής. Η σύγκριση έγινε με την εκτίμηση των ίδιων ατόμων με την PSE (Present State Examination), η οποία έχει ήδη σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Goldberg, 1978). Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ειδικότερα, αναφορικά με την εγκυρότητα, οι συντελεστές συνέφειας με την PSE είναι 0,77 για το GHQ-28, 0,77 για το GHQ-30 και 0,78 για το GHQ-60. Η ευαισθησία, η εξειδίκευση και η αξιοπιστία εσωτερικής συνέφειας στα παραπάνω σημεία-ουδούς είναι οι ακό-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Εστίαση ελέγχου για την υγεία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ ή ΠΚ

Παράγοντες ΜΗΛC	Ασθενείς σε ΑΚ (N=41) M ± SD	Ασθενείς σε ΠΚ (N=48) M ± SD	p-value
Εσωτερική εστίαση	27.36 ± 7.00	23.15 ± 8.35	0.01*
Τύχη	25.21 ± 8.65	23.22 ± 9.16	NS
Γιατροί	16.48 ± 2.27	16.80 ± 1.72	NS
Σημαντικοί άλλοι	13.21 ± 4.56	11.80 ± 4.77	NS

* $p < 0.05$; $N = 89$.

λουθες (Goldberg, 1978):

Ευαισθησία: GHQ-28=89%, GHQ-30=80%, GHQ-60=87%.

Εξειδίκευση: GHQ-28=81%, GHQ-30=91%, GHQ-60=85%.

Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας: GHQ-28=0,93, GHQ-30=0,94, GHQ-60=0,96.

III) Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου Υγείας (Multidimensional Health Locus of Control - MHLC). Η κλίμακα δημιουργήθηκε με σκοπό να αξιολογήσει την εστίαση ελέγχου του πάσχοντος ατόμου σχετικά με θέματα που αφορούν στην κατάσταση της υγείας του. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 18 προτάσεων. Οι ερωτώμενοι δίνουν, σε μία κλίμακα έξι διαβαθμίσεων, το βαθμό, στον οποίο η κάθε πρόταση τους αντιπροσωπεύει (Wallston, Wallston, 1976, Wallston et al., 1978). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τέσσερις υποκλίμακες: 1) Εσωτερική εστίαση (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο της υγείας του), 2) Τύχη (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η βελτίωση ή επιδείνωση της υγείας του είναι θέμα τύχης), 3) Ιατρικό Προσωπικό (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι οι θεράποντες ιατροί ελέγχουν την υγεία του) και 4) Σημαντικοί Άλλοι (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του ελέγχουν την κατάσταση της υγείας του). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη μεγαλύτερης προτίμησης για το χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης υποκλίμακας. Οι συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές και η ανάλυση παραγόντων υποδεικνύουν ότι οι υποκλίμακες έχουν επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής.

IV) Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger. Η κλίμακα διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait). Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν στο πώς αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση) ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πώς το άτομο αισθάνεται γενικά (χαρακτηριολογικό άγχος) (Spielberger, 1970, Liakos, Giannitsi, 1984). Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου άγχους. Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα

73 τελειοφίτων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η μέση τιμή για το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ήταν 35,54 για τους άνδρες και 37,47 για τις γυναίκες. Η μέση τιμή για το άγχος ως κατάσταση ήταν 35,11 για τους άνδρες και 37,34 για τις γυναίκες (Spielberger, 1970). Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Επιπρόσθετα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων κρίνονται ικανοποιητικές (Spielberger, 1970).

V) Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις, το οποίο μετρά το επίπεδο της κατάθλιψης (Radloff, 1977, Hann et al., 1999). Για τον ελληνικό πληθυσμό, μία τιμή μεγαλύτερη του 9,03 είναι ενδεικτική της κατάθλιψης του ατόμου (Fountoulakis et al., 2001). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Επιπρόσθετα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας εμφανίζεται υψηλή (τιμές εύρους 0,84 έως 0,90) (Hann et al., 1999).

Όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, εξαιρουμένου του ΜΗΛC, έχουν σταθμισθεί για τον ελληνικό πληθυσμό επιδεικνύοντας ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.

Η ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 13 για Ηλεκτρονικό Υπολογιστή. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov - Smirnov προκειμένου να διαπιστωθεί εάν οι ποσοτικές μεταβλητές του δείγματος παρουσίαζαν κανονική κατανομή. Κατόπιν, η ανάλυση που εφαρμόστηκε (T-test για ανεξάρτητα δείγματα) είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών αναφορικά με τις αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας τους. Προκειμένου να μελετηθεί εάν οι αντιλήψεις για την υγεία των ασθενών με ΧΝΝ σχετίζονται με την ΠΖ και την ψυχική τους υγεία, εφαρμόστηκε η συσχέτιση Pearson τόσο στο συνολικό δείγμα όσο και στην κάθε ομάδα ασθενών ξεχωριστά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Συσχετίσεις μεταξύ εστίασης ελέγχου για την υγεία και ΠΖ, γενικής υγείας, κατάθλιψης καθώς και καταστάσεως/χαρακτηριολογικού άγχους στο συνολικό δείγμα

MHLC	WHOQOL - BREF				GHQ-28				CES-D	STAI-1	STAI-2		
	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον	Συνολική ΠΖ/υγεία	Σωματικά συμπτώματα	Άγχος/σπηνία	Κοινωνική δυσλειτουργία				Σοβαρή κατάθλιψη	Σύνολο
Εσωτερική εστίαση	0.19	0.35**	0.12	0.03	0.48**	-0.22*	-0.10	-0.12	-0.17	-0.18	-0.14	-0.23	-0.13
Τύχη	-0.03	-0.12	-0.20	-0.12	-0.06	-0.00	0.00	0.03	0.12	0.05	-0.15	-0.10	0.07
Γιατροί	-0.02	-0.08	-0.12	-0.11	0.05	-0.03	-0.07	-0.11	-0.07	-0.08	0.00	0.05	-0.10
Σημαντικοί άλλοι	-0.19	-0.15	0.03	-0.01	-0.02	0.13	0.12	0.17	0.13	0.16	0.28*	0.01	0.11

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; $N = 89$.

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η κατανομή του συνολικού δείγματος χαρακτηρίζεται ως κανονική. Αναφορικά με τις αντιλήψεις για την υγεία, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ, οι οποίοι παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου. Και οι δύο ομάδες εμφάνισαν ένα παρόμοιο σχέδιο αντιλήψεων υγείας, σύμφωνα με το οποίο υψηλότερες τιμές σημειώθηκαν στις διαστάσεις της εσωτερικής εστίασης και της τύχης ακολουθούμενες από τις διαστάσεις των γιατρών και των σημαντικών άλλων (Πίνακας 2).

Διερευνώντας τη συσχέτιση ανάμεσα στις διαστάσεις, που μετρώνται με το ερωτηματολόγιο εστίασης ελέγχου για την υγεία, και την ΠΖ καθώς και το επίπεδο ψυχικής υγείας στο συνολικό δείγμα, η εσωτερική εστίαση ελέγχου βρέθηκε να συνδέεται θετικά με την ΠΖ και ειδικότερα με την ενότητα της ψυχολογικής υγείας ($r = 0.35$, $p = 0.00$) καθώς και με τη συνολική ΠΖ/υγεία ($r = 0.48$, $p = 0.00$). Οι εσωτερικές αντιλήψεις βρέθηκαν επίσης να συσχετίζονται αρνητικά με τη γενική κατάσταση της υγείας των ασθενών, που μετράται με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, και πιο συγκεκριμένα με την υποκλίμακα των σωματικών συμπτωμάτων ($r = -0.22$, $p = 0.03$). Από την άλλη πλευρά, η διάσταση των σημαντικών άλλων εμφανίστηκε να έχει θετική σχέση με την κατάθλιψη, που μετράται με την κλίμακα CES-D ($r = 0.28$, $p = 0.02$) (Πίνακας 3).

Περαιτέρω διερεύνηση πραγματοποιήθηκε στην κάθε ομάδα ασθενών ξεχωριστά. Στους ασθενείς που υπόκειντο σε ΑΚ, η εσωτερική εστίαση ελέγχου γύρω από την κατάσταση της υγείας τους παρουσιάστηκε να συνδέεται θετικά με την ΠΖ και ειδικότερα με τις ενότητες της σωματικής ($r = 0.37$, $p = 0.01$) και ψυχολογικής υγείας ($r = 0.48$, $p = 0.00$) καθώς και με τη συνολική ΠΖ/υγεία ($r = 0.59$, $p = 0.00$). Επιπλέον, οι εσωτερικού τύπου αντιλήψεις βρέθηκαν να συνδέονται αρνητικά με τη γενική υγεία και ειδικότερα με τις υποκλίμακες των σωματικών συμπτωμάτων ($r = -0.34$, $p = 0.02$), της κοινωνικής δυσλειτουργίας ($r = -0.31$, $p = 0.04$) και της σοβαρής κατάθλιψης ($r = -0.33$, $p = 0.03$) καθώς και με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου GHQ-28 ($r = -0.37$, $p = 0.01$) στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα έδειξαν την αρνητική σχέση μεταξύ της εσωτερικής εστίασης ελέγχου και του άγχους κατάστασης ($r = -0.49$, $p = 0.04$) (Πίνακας 4).

Αναφορικά με τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΠΚ, τα αποτελέσματα έδειξαν τη θετική σύνδεση ανάμεσα στη συνολική ΠΖ/υγεία και την εσωτερική εστίαση ελέγχου για την υγεία ($r = 0.45$, $p = 0.00$). Ωστόσο, η διάσταση των σημαντικών άλλων φάνηκε να συνδέεται αρνητικά με την ενότητα της ψυχολογικής υγείας, που μετράται με το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF ($r = -0.31$, $p = 0.03$). Η συγκεκριμένη διάσταση

συνδέθηκε επίσης θετικά με την υποκλίμακα του ερωτηματολογίου GHQ-28, που εξετάζει το άγχος/αϋπνία ($r = 0.32$, $p = 0.02$), τη συνολική βαθμολογία του GHQ-28 ($r = 0.31$, $p = 0.03$) καθώς και με το επίπεδο της κατάθλιψης που μετρά η κλίμακα CES-D ($r = 0.41$, $p = 0.00$) (Πίνακας 5).

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε το είδος των αντιλήψεων σχετικά με την υγεία σε ασθενείς με ΧΝΝ, οι οποίοι υποβάλλονται σε διαφορετικές θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, καθώς και τις συσχετίσεις αυτών των αντιλήψεων με την ΠΖ και ψυχική υγεία.

Ειδικότερα, οι ασθενείς που υπόκεινται σε ΑΚ φαίνεται να δείχνουν την προτίμησή τους στην εσωτερική εστίαση ελέγχου σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ, πιστεύοντας στο δικό τους προσωπικό έλεγχο προκειμένου να διαχειριστούν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν με την υγεία τους. Αυτό το στοιχείο μπορεί να αντικατοπτρίζει την ισχυρή ανάγκη των συγκεκριμένων ασθενών να αντισταθμίσουν την επιβληθείσα εξάρτηση από τη διαδικασία της αιμοδιάλυσης καθώς και την περιοριστική διατροφική θεραπευτική αγωγή με την άσκηση προσωπικού ελέγχου της ασθένειάς τους. Περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με τη συγκεκριμένη υπόθεση κρίνεται απαραίτητη.

Αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στις διαστάσεις της εστίασης ελέγχου για την υγεία και την ΠΖ στο συνολικό δείγμα, φαίνεται ότι οι εσωτερικού τύπου αντιλήψεις μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που σχετίζονται με τη ΧΝΝ και να αξιολογήσουν με θετικό τρόπο την ΠΖ τους και την κατάσταση της γενικής τους υγείας, με την εμφάνιση καλύτερης ψυχολογικής υγείας και λιγότερων σωματικών συμπτωμάτων. Αυτά τα αποτελέσματα σχετίζονται με προηγούμενα ευρήματα άλλων μελετών που δείχνουν ότι η εσωτερική εστίαση ελέγχου συνδέεται με καλύτερη ΠΖ και κατανόηση των επιπτώσεων της νόσου (Covic, 2004). Από την άλλη πλευρά, εστιάζοντας σε σημαντικά άλλα πρόσωπα και στον έλεγχο και την ευθύνη αυτών για την κατάσταση της υγείας του ασθενή φαίνεται να συνδέεται με την ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης. Οι ασθενείς με ΧΝΝ παρουσιάζονται στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία να αναπτύσσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Arnold et al., 2004, Οικονομίδου κ.ά., 2005, Yucedal et al., 2003, Οο et al., 2005).

Σε μία πιο αναλυτική διερεύνηση που έγινε στις δύο ομάδες ξεχωριστά, τα ανωτέρω ευρήματα επιβεβαιώνονται. Ειδικότερα, στους ασθενείς που υπόκεινται σε ΑΚ, η εσωτερική εστίαση ελέγχου συμβάλλει στη θετική εκτίμηση της ΠΖ τους, εμφανίζοντας καλύτερη σωματική και ψυχολογική υγεία καθώς και συνολική ΠΖ/υγεία. Επίσης, οι εσωτερικές αντιλή-

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Συσχετίσεις μεταξύ εστίασης ελέγχου για την υγεία και ΠΖ, γενικής υγείας, κατάθλιψης καθώς και καταστάσεως/χαρακτηριολογικού άγχους σε ασθενείς σε ΑΚ

ΜΗΛΣ	WHOQOL-BREF					GHQ-28					CES-D		STAI-1	STAI-2
	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον	Συνολική ΠΖ/υγεία	Σωματικά συμπτώματα	Άγχος/αϋπνία	Κοινωνική δυσλειτουργία	Σοβαρή κατάθλιψη	Σύνολο	Κατάθλιψη	Άγχος/καταστάσεως	Χαρακτ. άγχους	
Εσωτερική εστίαση	0.37*	0.48**	0.26	0.06	0.59**	-0.34*	-0.27	-0.31*	-0.03	-0.37*	-0.21	-0.49*	-0.45	
Τύχη	0.03	-0.16	-0.22	0.00	-0.16	0.00	-0.10	-0.03	0.10	0.00	-0.31	-0.25	-0.23	
Γιατροί	-0.07	-0.19	-0.23	-0.13	-0.05	0.07	0.04	-0.08	0.05	0.03	0.23	0.10	0.13	
Σημαντικοί άλλοι	-0.14	0.00	0.06	0.03	0.09	0.02	-0.14	0.06	-0.03	-0.03	0.00	-0.37	-0.34	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; $N = 41$.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Συσχετίσεις μεταξύ εστίασης ελέγχου για την υγεία και ΠΖ, γενικής υγείας, κατάθλιψης καθώς και καταστάσεως/χαρακτηριολογικού άγχους σε ασθενείς σε ΠΚ

MHLC	WHOQOL -BREF				GHQ-28				CES-D Κατάθλιψη	STAI-1 Άγχος καταστάσεως	STAI-2 Χαρακτ. άγχος	
	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον	Συνολική ΠΖ/υγεία	Σωματικά συμπτώματα	Άγχος/αϋπνία	Κοινωνική δυσλειτουργία				Σοβαρή κατάθλιψη
Εσωτερική εστίαση	0.10	0.28	0.07	0.20	0.45**	-0.21	-0.09	-0.02	-0.16	-0.15	-0.14	-0.05
Τύχη	-0.08	-0.06	-0.14	-0.27	0.06	-0.04	0.05	0.07	0.10	0.05	-0.01	0.18
Γατροί	0.00	0.07	0.05	-0.25	0.20	-0.16	-0.19	-0.14	-0.24	-0.21	0.04	-0.19
Σημαντικοί άλλοι	-0.23	-0.31*	0.05	0.00	-0.13	0.22	0.32*	0.27	0.29	0.31*	0.19	0.25

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; $N = 48$.

ψεις βοηθούν τους ασθενείς σε ΑΚ να αξιολογήσουν περισσότερο ευνοϊκά όχι μόνο το επίπεδο της γενικής τους υγείας με την παρουσία λιγότερων σωματικών συμπτωμάτων, κοινωνικής δυσλειτουργίας και σοβαρής κατάθλιψης αλλά επίσης την ψυχική τους υγεία, δείχνοντας λιγότερο άγχος καταστάσεως. Στη σχετική βιβλιογραφία, έχει προταθεί ότι ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται σημαντικά και θετικά με τη φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα και τη γενική υγεία των συγκεκριμένων ασθενών (Timmers et al., 2008).

Όσον αφορά στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ, η εσωτερική εστίαση ελέγχου συνδέεται με θετική αντίληψη της συνολικής ΠΖ/υγείας. Ωστόσο, η διάσταση των σημαντικών άλλων οδηγεί σε μία πιο αρνητική αξιολόγηση της ΠΖ και ψυχικής υγείας με την παρουσία περισσότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και αϋπνίας.

Περιορισμοί μελέτης

Οι ασθενείς της μελέτης αποτέλεσαν κλινικό δείγμα, το οποίο ήταν διαθέσιμο, δηλαδή πρόκειται για ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία σε μονάδες με πολυετή λειτουργία στο πλαίσιο δημόσιων γενικών νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, δεν είναι δυνατόν να υπάρξει γενίκευση σε όλο τον πληθυσμό των νεφροπαθών παρά μόνο σε αντίστοιχους πληθυσμούς. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη μπορούν να διερευνηθούν περαιτέρω σε δείγματα από άλλα νοσηλευτικά πλαίσια, ιδιωτικά ή μονάδες της περιφέρειας, δίνοντας τη δυνατότητα ελέγχου των υπό μελέτη μεταβλητών και σύγκρισης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε να μπορούν να προκύψουν γενικότερα και ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία μπορούν να χαρακτηρίζουν τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ ή ΠΚ. Επιπρόσθετα, φάνηκε η θετική συσχέτιση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου για την υγεία με την αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ, επιβεβαιώνοντας με αυτόν τον τρόπο την κύρια ερευνητική μας υπόθεση.

Συνολικά, τα ευρήματα της μελέτης μπορούν να φανούν χρήσιμα σε θεωρητικό και σε πρακτικό επίπεδο. Στο θεωρητικό επίπεδο, μπορεί να προταθεί ένα μοντέλο για την ΠΖ, με την αντίληψη εσωτερικής εστίασης ελέγχου ως περισσότερο καθοριστικού παράγοντα για τη σωματική και ψυχολογική υγεία, την κατάθλιψη και το άγχος των ασθενών. Σε πρακτικό επίπεδο, τα ευρήματα είναι χρήσιμα σε επαγγελματίες υγείας, ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, καθώς και σε διοικητές υγειονομικών υπηρεσιών, επιφορτισμένες να προσφέρουν ιατρική θεραπεία σε πάσχοντες με ΧΝΝ. Παραδείγματος χάριν, θα μπο-

ρούσε να προταθεί η ανάπτυξη εξατομικευμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων, οι οποίοι αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Επίσης, θα μπορούσαν να αναπτυχθούν παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού τύπου και προγράμματα προαγωγής της υγείας σε νεφροπαθείς, τα οποία να εστιάζουν στην ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση σε συγκεκριμένες συνιστώσες της ψυχικής υγείας, όπως τα καταθλιπτικά στοιχεία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, αλλά και η ενίσχυση των πεποιθήσεων των ασθενών σχετικά με τη δυνατότητά τους να έχουν οι ίδιοι έναν καθοριστικό ρόλο στα θέματα που αφορούν στην υγεία τους. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της

μελέτης αυτής, καθώς και άλλων σχετικών με το αντικείμενο μελετών, προτείνεται η δημιουργία ερευνητικής ατζέντας με άξονα την ψυχολογική παρέμβαση και στήριξη σε άτομα που υποβάλλονται σε διαδικασία εξωνεφρικής κάθαρσης, θέτοντας ως στόχο την αναβάθμιση της ΠΖ τους.

Ευχαριστίες

Η συγγραφέας θα ήθελε να ευχαριστήσει τους ασθενείς για τη συνεργασία τους και το ενδιαφέρον τους για τη μελέτη. Θα ήθελε επίσης να αναγνωρίσει την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και του διοικητικού προσωπικού των μονάδων αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκής κάθαρσης που συμμετείχαν στη μελέτη.

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

QUALITY OF LIFE, DEPRESSION AND ANXIETY IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE: THE ROLE OF HEALTH BELIEFS

Paraskevi A. Theofilou, Ph.D. in Health Psychology, Department of Psychology, Panteion University

Acknowledgments

The author would like to thank the patients for their participation in the study and acknowledge the support given by the health professionals and the administration personnel of the dialysis participating units.

Introduction: Patients' beliefs regarding their health are important to understand responses to chronic disease. The present study aimed (i) to determine whether beliefs about health differ between different renal replacement therapies in End-Stage Renal Disease (ESRD) patients and (ii) to examine whether these beliefs are associated with health related quality of life (HQoL) as well as mental health.

Material and Method: A sample of 89 ESRD patients, 41 in haemodialysis (HD) treatment and 48 in peritoneal dialysis (PD) treatment, completed the World Health Organization Quality of Life instrument, the General Health Questionnaire, the State-Trait Anxiety Inventory, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale and the Multidimensional Health Locus of Control.

Results: Regarding differences in health beliefs between the two groups, HD patients focused more on the dimension of internal health locus of control. This dimension was associated with better QoL ($p < 0.01$) and general health ($p = 0.03$) in the total sample. On the contrary, the dimension of important others in health locus of control was associated with higher depression ($p = 0.02$). Limitations of the study Studies on the broader ESRD population and recruiting even larger samples to enable effective multi-group analysis should be pursued in future research.

Conclusions: The beliefs that patients hold about their health can play an important role in their illness and treatment and they could be recognized as a new field for interdisciplinary intervention in individuals with chronic renal failure.

Keywords: Anxiety, depression, health beliefs, mental health, quality of life, renal disease

Βιβλιογραφία

1. Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I.J.M., Ormel, J., Suurmeijer, T.P.B.M. (2004) The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research* 13 883-896.
2. Cameron, L.D. and Leventhal, H. (2003) *The self-regulation of health and illness behavior*. London: Routledge.
3. Cameron, L.D. and Moss-Morris, R. (2004) Illness-related cognition and behavior. In *Health Psychology*, ed by Kaptein, A. and Weinman, J. Oxford: Blackwell Publishing and British Psychological Society.
4. Cameron, S. (1996) *Kidney failure*. New York: Oxford University Press.
5. Caress, A.L., Luker, K.A. and Owens, R.G. (2001) A descriptive study of meaning of illness in chronic renal disease. *J Adv Nurs* 33 716-727.
6. Christensen, A.J., Turner, C.W., Smith, T.W., Holman, J.M. and Gregory, M.C. (1991) Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 419-424.
7. Christensen, A.J. and Ehlers, S.L. (2002) Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol* 70 712-724.
8. Covic, A., Seica, A., Mardare, N. and Gusbeth – Tatmir, P. (2006) A longitudinal study on changes in quality of life and illness representations in long-term hemodialysis patients with low comorbidity. *Dialysis and MΨdica - a Journal of Clinical Medicine* 1 12-19.
9. Covic, A., Gusbeth – Tatmir, P. and Goldsmith, D.J. (2003) The challenge of cardiovascular risk factors in end - stage renal disease. *J Nephrol* 16 476-486.
10. Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatmir, P., Gavrilovici, O. and Goldsmith, D.J. (2004) Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 19 2078-2083.
11. Cvengros, J.A., Christensen, A.J. and Lawton, W.J. (2005) Health Locus of Control and Depression in Chronic Kidney Disease: A Dynamic Perspective. *J Health Psychol* 10 677-686.
12. Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S. and Sitzoglou, K. (2001) Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry* 1 1-10.
13. Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E. and Mala, O. (1991) Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84 371-378.
14. Ginieri – Coccossis, M., Theofilou, P., Synodinou, C., Tomaras, V. and Soldatos, C. (2008) Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrology* 9 1-9.
15. Goldberg, D.P. (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
16. Griva, K., Jayasena, D., Davenport, A., Harrison, M. and Newman, P.S. (2009) Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *British Journal of Health Psychology* 14 17-34.
17. Hagger, M.S. and Orbell, S. (2003) A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 18 141-184.
18. Hann, D., Winter, K. and Jacobsen, P. (1999) Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of Psychosomatic Research* 46 437-443.
19. Heijmans, M. and de Ridder, D. (1998) Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *J Behav Med* 21 485-503.
20. Θεοφίλου, Π., Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ. και Συνοδινού Κλ. (2010) Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, πεποιθήσεις για την υγεία, ψυχοπαθολογικά συμπτώματα: Παράγοντες επίδρασης στην ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. Στο *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας*, Έρευνα & Πρακτική. επιμ. από Κουλιεράκη, Γ., Πασχάλη, Α., Ρότσικα, Β. και Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ. Αθήνα: Παπαζήσης, 397-412.
21. Θεοφίλου, Π. (2010) Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Βήμα του Ασκληπιού* 9 420-440.
22. Θεοφίλου, Π. και Παναγιωτάκη, Ε. (2010) Παράγοντες επίδρασης στην ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. *Νοσηλευτική* 49 174-181.
23. Θεοφίλου, Π. (2010) Ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία και πεποιθήσεις για την υγεία: σύγκριση αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκών ασθενών. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2 171-176.
24. Karamanidou, C., Theofilou, P., Ginieri - Coccossis, M., Synodinou, C. and Papadimitriou, G. (2009) Anxiety, depression and health beliefs in end - stage renal disease (ESRD) patients. Paper presented at the 17th European Congress of Psychiatry, Lisbon, Portugal, 24-28 January 2009.
25. Krespi, R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B. and Salmon, P. (2004) Haemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. *Patient Educ Couns* 53 189-196.
26. Liakos, A. and Giannitsi, S. (1984) Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 21 71-76.
27. Οικονομίδου, Γ., Ζλατάνος, Δ., Βαϊόπουλος, Χ. και Χατζηδημητρίου, Χ. (2005) Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Dialysis Living* 14 22-32.
28. Oo, T.N., Roberts, T.L. and Colling, A.J. (2005) A comparison of peritonitis rates from the United States Renal Data System data-base: CAPD versus continuous cycling peritoneal dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases* 45 372-380.
29. Radloff, L.S. (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1 385-401.
30. Rees, G., Fry, A., Cull, A. and Sutton, S. (2004) Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychol Health* 19 749-765.
31. Spielberger, G.O. (1970) *The State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
32. Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Αντωνοπούλου, Β., Τομαράς, Β. και Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2003) Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με Άξονα το Ερωτηματολόγιο WHOQOL-100. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
33. Timmers, L., Thong, S.Y. M., Dekker, W.F., Boeschoten, W.E., Heijmans, M., Rijken, M., Weinman, J. and Kaptein, A.A. (2008) Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology & Health* 23 679-690.
34. Wallston, B.S. and Wallston, K.A. (1976) The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44 580-585.
35. Wallston, B.S., Wallston, K.A. and DeVellis, R. (1978) Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. *Health Education Monographs* 6 160-170.
36. WHOQOL Group (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13 299-310.
37. Yucedal, C., Olmez, N., Gezen, G., Celik, F., Altindag, A., Yilmaz, M.E. and Kara, I.H. (2003) Depression in dialysis patients. *EDTNA ERCA Journal* 29 160-164.