

Μελέτη της επίδρασης του φορτίου συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής ατόμων με Νεφρική Νόσο προ-τελικού και τελικού σταδίου

Ελένη Γεωργιάδου¹, Θεοδώρα Καυκιά², Ευγενία Μηνασίδου³, Κυριάκος Καζάκος⁴, Αλεξάνδρα Δημητριάδου⁵

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας-Μονάδα Βέροιας

2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

3. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

4. Αναπληρωτής/τρια Καθηγητής/τρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι ένα συχνό χρόνια νόσημα που συνοδεύεται από σοβαρές επιπλοκές. Αποτελεί την κύρια αιτία Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΤΣΧΝΑ) που απαιτεί αντιμετώπιση είτε με αιμοκάθαρση (ΑΚ) είτε με περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ). Η χρονιότητα της νόσου, αλλά και οι επιπτώσεις της, επηρεάζουν το ψυχολογικό, οικογενειακό και κοινωνικό πεδίο και κατ' επέκταση την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των ασθενών.

Σκοπός: Η εκτίμηση φορτίου νόσου των ασθενών με Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ) προ τελικού και τελικού σταδίου.

Μεθοδολογία: Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 103 ασθενείς με Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ) που αντιμετωπιζόταν στο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας κατά τους μήνες Μάιο και Ιούνιο 2016. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου Dialysis Symptoms Index (DSI) για την εκτίμηση του φορτίου συμπτωμάτων της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ). Επίσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο European Quality of Life (EuroQoL) για την εκτίμηση της ΠΖ ασθενών του Νεφρολογικού Εξωτερικού Ιατρείου, της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και Περιτοναϊκής Κάθαρσης.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι η μέθοδος υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (ΑΚ ή ΠΚ), η παρουσία ΣΔ, καθώς και το στάδιο της ΧΝΝ επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την αυτοαξιολόγηση των ασθενών στα επώδυνα συμπτώματα της ΔΝ. Επίσης οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά παραμέτρους της ΠΖ των ασθενών όπως κινητικότητα και αυτοεξυπηρέτηση.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς προ τελικού σταδίου βιώνουν πιο έντονα τα επώδυνα συμπτώματα της ΔΝ σε σχέση με τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Λέξεις - Κλειδιά: Σακχαρώδης Διαβήτης, Φορτίο Νόσου, Ποιότητα Ζωής, Διαβητική Νεφροπάθεια, Χρόνια Νεφρική Νόσος

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Θεοδώρα Καυκιά
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
ΤΘ 141
57400 Σίνδος, Θεσσαλονίκη
e-mail: dkafka@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 10/05/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 10ος 2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αυτοαξιολόγηση των ασθενών στα επώδυνα συμπτώματα της Διαβητικής Νεφροπάθειας
- Η συνύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη και Χρόνιας Νεφρικής Νόσου τελικού σταδίου αυξάνει το φορτίο νόσου των ασθενών
- Η Χρόνια Νεφρική Νόσο τελικού σταδίου και ο Σακχαρώδης Διαβήτης επηρεάζουν σημαντικά την Ποιότητα Ζωής των ασθενών και κυρίως τους τομείς της κινητικότητας και αυτοεξυπηρέτησης.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) και η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) είναι δύο χρόνια νοσήματα που συνδέονται στενά μεταξύ τους και απαιτούν την προσοχή της παγκόσμιας ιατρικής και νοσηλευτικής κοινότητας. Αυτό συμβαίνει λόγω του αυξανόμενου επιπολασμού, των επιπλοκών που παρουσιάζονται, του αυξημένου οικονομικού κόστους για την αντιμετώπισή τους, της ανάγκης συχνών νοσηλειών και παροχής υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ) των συγκεκριμένων ομάδων ασθενών.

Παγκοσμίως, ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ ανέρχεται περίπου στα 415 εκατομμύρια, αριθμός που αναμένεται να φτάσει τα 642 εκατομμύρια έως το 2040. Αυτό σημαίνει ότι ένας στους έντεκα ενήλικες έχει ΣΔ, αναλογία που το 2040 θα είναι ένας προς δέκα. Ένα επιπλέον ανησυχητικό στοιχείο είναι ότι ένας στους δύο ενήλικες διαβητικούς να παραμένει αδιάγνωστος, με αποτέλεσμα την αύξηση κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών και συνεπώς αύξηση του κόστους αντιμετώπισής τους (IDF 2015).

Παράλληλα, η ΧΝΝ αναγνωρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ζήτημα δημόσιας υγείας διεθνώς. Στην Ελλάδα, το 10% του πληθυσμού, δηλαδή περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι πάσχουν από ΧΝΝ. Μάλιστα στην επόμενη δεκαετία το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί στο 17%. Είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, που χαρακτηρίζεται από έλλειψη συμπτωμάτων κατά τα αρχικά στάδια, έτσι μπορεί κάποιος να έχει έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και να μην το γνωρίζει (Καλογεράς 2015). Η Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ), ως απότοκος μιας εκ των μικροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔ, εμφανίζεται σε ποσοστό 20-40% των ασθενών και αποτελεί την κύρια αιτία Τελικού Σταδίου ΧΝΝ (ADA 2011).

Με βάση τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η ύπαρξη ενός χρόνιου νοσήματος επιφέρει αλλαγές σε όλους τους τομείς έκφρασης ενός ατόμου και επηρεάζει σημαντικά την ΠΖ του (Πολυκανδριώτη και συν 2005). Οι επιπτώσεις μίας χρόνιας νόσου στην καθημερινότητα του ατόμου, είναι συνάρτηση της βαρύτητας της νόσου, του τρόπου με τον οποίο κάθε άτομο αντιμετωπίζει τη νέα κατάσταση και των υποστηρικτικών δομών/δυνατοτήτων που υπάρ-

χουν στη ζωή του. Η ΧΝΝ εξαιτίας της σοβαρότητάς της και των απαιτήσεων που υπάρχουν στην αντιμετώπισή της με Αιμοκάθαρση (ΑΚ) ή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ), φαίνεται ότι επηρεάζει σε διαφορετικό βαθμό το σύνολο των πτυχών που συνθέτουν τη ζωή ενός ατόμου (Cavalli et al 2010).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο αυτή καθεαυτή, αλλά και με διάφορους άλλους παράγοντες, όπως ηλικία, φύλο, μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο και συνοσπρότητα (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη 2010, Θεοφίλου 2011). Αντίθετα, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση έχουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία και, γενικότερα, καλύτερη προσαρμογή στη νόσο και τη θεραπεία (Wu et al 2004). Η εκτίμηση της ΠΖ θεωρείται από τους ερευνητές απαραίτητη για να καθορισθεί η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, η προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα με τη νόσο και ο βαθμός της αυτοφροντίδας (Unguh et al 2005, Kourakos 2017). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του φορτίου συμπτωμάτων νόσου σε ασθενείς με ΔΝ προ-τελικού και τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση, και πως επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός και συλλογή δεδομένων

Μια συγκριτική μελέτη χρονικής στιγμής πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, και συγκεκριμένα στο Νεφρολογικό Εξωτερικό Ιατρείο (ΝΕΙ), τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Περιτοναϊκής Κάθαρσης. Προεγγίστηκε το σύνολο των ασθενών με 3ο και 4ο στάδιο ΧΝΝ, που παρακολουθούνται, σε τακτικό ραντεβού, στο εξωτερικό νεφρολογικό ιατρείο (n=50), το σύνολο των ατόμων σε ΑΚ (n=80) και ΠΚ (n=20) του νοσοκομείου.

Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη αποτέλεσαν η μη επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας, η κώφωση ή τύφλωση, καθώς και η άνοια. Αποκλείστηκαν, επίσης, ασθενείς με Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια (ΟΝΑ) και όσοι

ήταν κάτω των 18 ετών ή σε θεραπεία για χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών. Μετά από ενημέρωση, δόθηκε η πληροφορημένη συγκατάθεση από 103 ασθενείς (response rate 68,7%). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με συνέντευξη που διαρκούσε περίπου 25 λεπτά στη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης ή του προγραμματισμένου ραντεβού για έλεγχο στο NEI ή τη μονάδα περιτοναϊκής κάθαρσης.

Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 103 ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας, και συγκεκριμένα 37 ασθενείς του Νεφρολογικού Εξωτερικού Ιατρείου, 46 ασθενείς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και 20 της Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης.

Εργαλεία μέτρησης

Στην παρούσα μελέτη τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Ευρωπαϊκή Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (European Quality of Lifescale, EuroQoL) και ο Δείκτης Συμπτωμάτων Κάθαρσης (Dialysis Symptoms Index, DSI).

Το EuroQoL, και η νεώτερη μορφή του EuroQoL -5 Dimensions - 3 Levels (EuroQoL-5D-3L) (Rossetal 2001), είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας ζωής το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα. Έχει μεταφραστεί, σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό πληθυσμό (Yfantopoulos 1998, Yfantopoulos 2001). Αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο καταγράφει το προφίλ υγείας του ατόμου σε πέντε διαστάσεις που συμβάλλουν στην αξιολόγηση της ΠΖ (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, πόνο/δυσφορία και άγχος/θλίψη), και το δεύτερο, μια Οπτική Αναλογική Κλίμακα με τη μορφή θερμόμετρου υγείας, καταγράφει την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για την παρούσα κατάσταση υγείας του (Yfantopoulos 2007).

Ως δεύτερο εργαλείο έρευνας χρησιμοποιήθηκε το DSI που αξιολογεί τη συχνότητα εμφάνισης μια ποικιλίας σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων της ΧΝΝ (Weisbord et al 2004, Murtagh et al 2007, Almutaray et al 2013).

Θέματα Ηθικής-Δεοντολογίας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής και του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας – Μονάδα Βέροιας και της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ). Οι αρχές της Διακήρυξης του Helsinki για τα δικαιώματα των ασθενών τηρήθηκαν πλήρως κατά τη διεξαγωγή της μελέτης. Μόνο τα αρχικά του ονόματος των συμμετεχόντων καταγράφονταν και τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν

μετά από πληροφορημένη συγκατάθεση.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v20. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές που είχαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (SD) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ), ενώ οι μεταβλητές οι οποίες δεν είχαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν με τη διάμεσο

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	n/N	%
Φύλο		
Άνδρες	66/103	64.1
Γυναίκες	37/103	35.9
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	5/103	4.9
Έγγαμος	81/103	78.6
Διαζευγμένος	2/103	1.9
Χήρος	15/103	14.6
Εκπαίδευση		
Μη ολοκλήρωση Δημοτικού	25/103	24.3
Απόφοιτος Δημοτικού	48/103	46.6
Απόφοιτος Γυμνασίου	14/103	13.6
Απόφοιτος Λυκείου	6/103	5.8
Απόφοιτος Ι.Ε.Κ	1/103	1.0
Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι	3/103	2.9
Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	6/103	5.8
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	0/103	0
Επάγγελμα		
Οικιακά	7/103	6.8
Άνεργος	6/103	5.8
Δημόσιος Υπάλληλος	3/103	2.9
Ιδιωτικός Υπάλληλος	2/103	1.9
Ελεύθερος Επαγγελματίας	2/103	1.9
Συνταξιούχος	83/103	80.6
Τόπος Κατοικίας		
Αστική περιοχή	48/103	46.6
Αγροτική περιοχή	55/103	53.4
Μέση Τιμή		Τ.Α (95% Δ.Ε)
Ηλικία	68.5 έτη	±12.2 (95% ΔΕ: 66.1-70.9)

(median) και το εύρος τιμών (range). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες.

Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές οι οποίες δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test για τη σύγκριση των μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών που δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho correlation. Ο έλεγχος των διχότομων και κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Chi-square test και Fisher's exact test. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

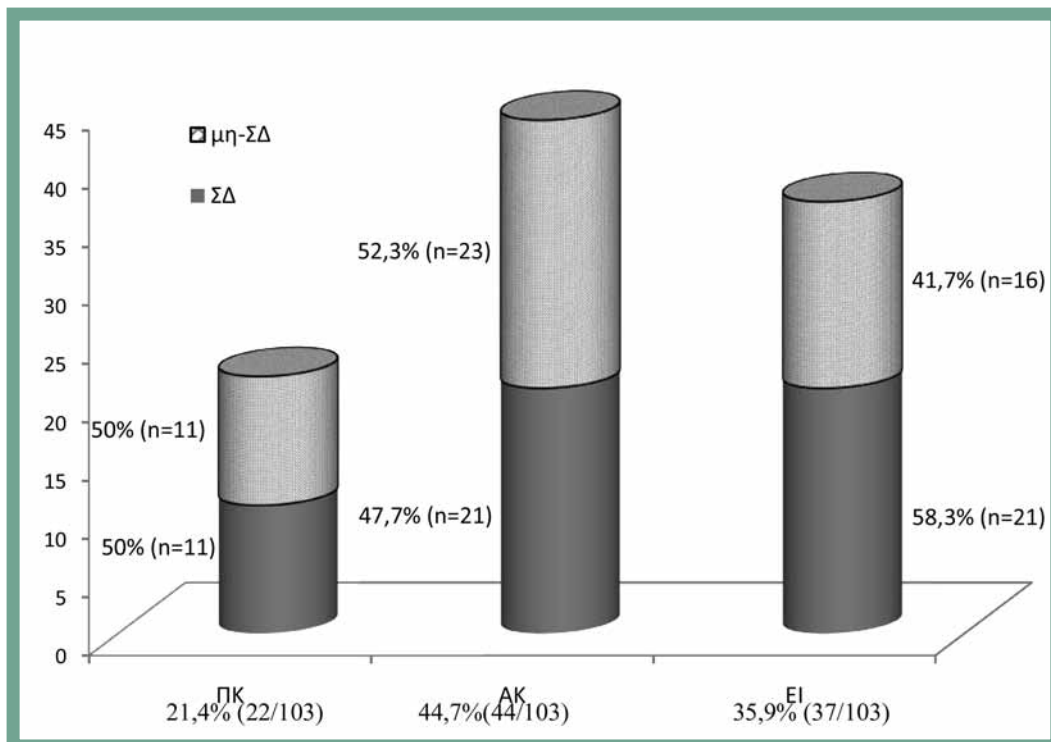
Χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα της παρούσας μελέτης είχε μέση ηλικία $68.5(\pm 12.2)$ έτη, αποτελούνταν κυρίως από άνδρες (64.1%, $n=66$), έγγαμα άτομα (78.6%, $n=81$), απόφοιτους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (46.6%, $n=48$) και κατά συντριπτική πλειοψηφία συνταξιούχους (80.6%, $n=44$). Λίγο περισσότεροι από τους μισούς (53.4%, $n=55$) κατοικούσαν σε αγροτική περιοχή, ενώ οι υπόλοιποι σε αστική (Πίνακας 1).

Από τους συμμετέχοντες στη μελέτη το 44.7% ($n=44$) υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση κατά μέσο όρο $5,5(\pm 4,9)$ έτη, το 21.4% ($n=22$) σε περιτοναϊκή κάθαρση για $3,9(\pm 2,6)$ έτη και το 35.9% ($n=37$) παρακολουθούνταν στο ΝΕΙ με 3ο και 4ο στάδιο ΧΝΝ για $5,5(\pm 3,6)$ έτη, ενώ η Νεφρική Νόσος είχε διαγνωστεί για πρώτη φορά $7,8(\pm 11,7)$ έτη πριν την έναρξη θεραπείας Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας (ΘΥΝΛ). Αναφορικά με την ύπαρξη συνοδών νοσημάτων λίγο περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (53/103) είχαν ΣΔ κατά μέσο όρο για $17,8(\pm 10,2)$ έτη. Η κατανομή των διαβητικών ανά μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας παρουσιάζεται στο Σχήμα 1. Επίσης, περίπου τα τρία τέταρτα των συμμετεχόντων (72,8%, $n=75$) ανέφεραν ότι είχαν Αρτηριακή Υπέρταση, το ένα τρίτο αγγειοπάθεια (36/103) και σχεδόν έξη στους δέκα αναιμία ($n=59$). Τέλος, αναφορικά με τις επιπλοκές από το ΣΔ, λίγο περισσότεροι από τους μισούς (29/53) ανέφεραν προβλήματα στην όραση, οι μισοί (26/53) περιφερειακή αγγειοπάθεια, το ένα τέταρτο ότι είχε περάσει Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και το ένα έκτο Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ).

Κατά τη διαδικασία αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας, οι ασθενείς αναφέρουν κάποια προβλήματα κινητικότητας (61,2%, $n=63$), μέτριους πόνους ή δυσφορία (49,5%, $n=51$) και μέτριο άγχος ή θλίψη (53,4%, $n=55$), αλλά, παρόλα αυτά, ότι είναι σε θέση να αυτοεξυπηρε-

Διάγραμμα 1. Ύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη ανά Μέθοδο Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας



Πίνακας 2. Αυτοαξιολόγηση ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους

		ΣΔ	Μη-ΣΔ	Σύνολο
Κινητικότητα	Χωρίς πρόβλημα	13	24	35,9%(n=37)
	Μερικά προβλήματα	38	25	61,2%(n=63)
	Ολική ανικανότητα	2	1	2,9%(n=3)
Αυτοεξυπηρέτηση	Χωρίς πρόβλημα	32	44	73,8%(n=76)
	Μερικά προβλήματα	11	3	13,6%(n=14)
	Ολική ανικανότητα	10	3	12,6%(n=13)
Καθημερινές δραστηριότητες	Χωρίς πρόβλημα	21	34	53,4%(n=55)
	Μερικά προβλήματα	21	13	33% (n=34)
	Ολική ανικανότητα	11	3	13,6% (n=14)
Πόνος	Απουσία	21	25	44,7% (n=46)
	Μέτριος	27	24	49,5% (n=51)
	Υπερβολικός	4	2	5,8% (n=6)
Άγχος	Απουσία	10	17	26,2% (n=27)
	Μέτριο	30	25	53,4% (n=55)
	Υπερβολικός	13	8	20,4% (n=21)
Κλίμακα αυτοαξιολόγησης υγείας				
	Μέση Τιμή	T.A (95% Δ.Ε)		
	61,9	±17,2 (95% ΔΕ: 58,6-65,3)		

τηθούν (73,8%, n=76) και ότι δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα στις καθημερινές τους δραστηριότητες (53,4%, n=55) (Πίνακας 2).

Στον πίνακα μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι τόσο οι διαβητικοί όσο και οι μη διαβητικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν μερικά προβλήματα, αλλά θεωρούν ότι είναι αυτοεξυπηρετούμενοι (41,2%,n=32 και 57,9%,n=44, αντίστοιχα). Η διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες εντοπίζεται στη δυνατότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπου οι διαβητικοί ασθενείς που δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα είναι αρκετά λιγότεροι από τους μη διαβητικούς (61,8%,n=21 σε σχέση με το 38,2%,n=34). Επίσης, ο ίδιος αριθμός διαβητικών ασθενών (n=21, 61,8%) αναφέρει ότι αντιμετωπίζει κάποια προβλήματα κατά την επιτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων σε αντίθεση με τους μη-διαβητικούς (38,2%, n=13) που δεν αναφέρουν κάποια προβλήματα. Παρατηρείται μια επιπλέον ομοιότητα διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών στη διάσταση που αφορά το άγχος/θλίψη. Πιο αναλυτικά, η πλειοψηφία τόσο των διαβητικών (54,5%, n=30) όσο και των μη διαβητικών ασθενών (45,5%, n=25) βιώνουν μέτριο άγχος. Τέλος, οι μη-διαβητικοί ασθενείς σε ποσοστό 54,4% (n=25) αναφέρουν απουσία πόνου, ενώ αντίθετα η πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών (52,9%, n=27) βιώνει μέτριο πόνο. Ολοκληρώνοντας την

ανάλυση του EuroQoL-5D-3L, οι συμμετέχοντες στην οπτική αναλογική κλίμακα σημείωσαν, κατά μέσο όρο, 61,99(±17,2) εκατοστά, όπου 100 η καλύτερη κατάσταση της υγείας και 0 η χειρότερη.

Τέλος, στο δεύτερο εργαλείο μέτρησης (DSI) βρέθηκε ότι οι ασθενείς εκδηλώνουν κατά μέσο όρο 13,7(±6,4) συμπτώματα με εύρος από ένα έως τριάντα δύο. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς σε ΠΚ βιώνουν 17,4 (από 4 ως 32) συμπτώματα, οι αιμοκαθαιρόμενοι 11,06 (από 1 ως 28) και οι NEI 15,6 (από 7 ως 27) συμπτώματα. Η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων παρουσιάζεται στον πίνακα 3.

Συγκρίσεις ανάλογα με τη μέθοδο αντιμετώπισης νεφρικής νόσου

Συγκρίνοντας τα συμπτώματα της ΧΝΝ, που αναφέρουν οι ασθενείς, ανάλογα με τη μέθοδο αντιμετώπισης της νόσου (ΑΚ, ΠΚ ή NEI), βρέθηκε ότι οι μισοί περιτονικοί ασθενείς εμφανίζουν έμετο (p=0,034) και τρεις στους δέκα κατάθλιψη (p=0,036). Δύο στους δέκα ασθενείς σε αιμοκάθαρση εκδηλώνουν ανησυχία (p=0,022), ένα τρίτο λύπη (p=0,023) και επτά στους δέκα ανησυχία-άγχος (p=0,043). Άλλα συμπτώματα που αναφέρονται από περισσότερο από τα τρία πέμπτα των αιμοκαθαιρόμενων είναι η αδιαφορία για σεξ (p=0,003), η δυσκολία στα σε-

Πίνακας 3. Φορτίο νόσου.

Συμπτώματα	Συχνότητα	Συχνότητα εκδήλωσης συμπτώματος %					
		1 φορά τη μέρα	Πολλές φορές τη μέρα	1 φορά την εβδομάδα	Πολλές φορές την εβδομάδα	1 φορά το μήνα	Πολλές φορές το μήνα
Δυσκοιλιότητα	61/103	13,6	1,0	11,7	11,7	15,5	5,8
Ναυτία	32/103	1,9	1,9	10,7	4,9	7,8	6,8
Έμετος	21/103	1,0	1,0	5,8	1,9	8,7	1,9
Διάρροια	19/103	1,9	0	1,9	1,0	11,7	1,9
Μειωμένη όρεξη	34/103	1,0	2,9	6,8	7,8	5,8	8,7
Μυϊκές κράμπες	58/103	10,7	2,9	6,8	13,6	18,4	3,9
Οίδημα κάτω άκρων	36/103	5,8	5,8	5,8	9,7	5,8	1,9
Δυσκολία στην αναπνοή	57/103	7,8	13,6	5,8	17,5	3,9	6,8
Ζαλάδα	43/103	5,8	2,9	8,7	8,7	8,7	6,8
Σύνδρομο Ανήσυχων ποδιών	15/103	1,9	1,0	4,9	1,0	3,9	1,9
Μούδιασμα ποδιών	39/103	2,9	6,8	3,9	10,7	6,8	6,8
Κόπωση	73/103	10,7	17,5	5,8	22,3	4,9	9,7
Βήχας	42/103	7,8	2,9	1,9	13,6	7,8	6,8
Ξηροστομία	56/103	13,6	11,7	3,9	13,6	7,8	3,9
Πόνος στις αρθρώσεις ή τα οστά	58/103	7,8	11,7	4,9	18,4	8,7	4,9
Πόνος στο θώρακα	20/103	1,0	0	3,9	3,9	9,7	1,0
Πονοκέφαλος	46/103	1,0	1,9	9,7	8,7	20,4	2,9
Μυϊκοί πόνοι	29/103	1,9	0	4,9	7,8	7,8	5,8
Δυσκολία συγκέντ.	37/103	1,0	3,9	2,9	9,7	8,7	9,7
Ξηροδερμία	29/103	4,9	2,9	3,9	9,7	1,9	4,9
Φαγούρα	38/103	2,9	4,9	6,8	12,6	4,9	4,9
Ανησυχία	36/103	4,9	4,9	2,9	11,7	7,8	2,9
Νευρική κατάσταση	36/103	3,9	6,8	2,9	11,7	6,8	2,9
Αϋπνία	50/103	11,7	2,9	1,9	22,3	4,9	4,9
Δύσκολος/Ανήσυχος ύπνος	48/103	9,7	2,9	1,9	20,4	5,8	5,8
Ευερεθιστότητα	32/103	1,9	2,9	1,9	14,6	7,8	1,9
Λύπη	53/103	3,9	8,7	4,9	15,5	12,6	5,8
Ανησυχία / Άγχος	78/103	5,8	9,7	9,7	23,3	19,4	7,8
Κατάθλιψη	22/103	1,0	3,9	1,0	7,8	3,9	3,9
Αδιαφορία για sex	79/103	1,0	30,1	0	7,8	23,3	14,6
Δυσκολία στα σεξουαλικά ερεθίσματα	80/103	1,9	33,0	0	9,7	14,6	18,5
Νυκτουρία	55/103	17,5	24,3	2,9	5,8	2,9	0

Πίνακας 4. Σύγκριση ύπαρξης Σακχαρώδη Διαβήτη και είδους θεραπείας νεφρικής νόσου με την κατάσταση της υγείας των ασθενών

	ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ														
	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ				ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ				ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ				Σ.Δ.		
	N	%	p		N	%	p		N	%	p		N	%	p
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	4	18,2%		26	56,5%		8	21,6%	13	24,5%					
ΜΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	16	72,7%	p=0,035	19	41,3%	p=0,000	29	78,4%	38	71,7%	p=0,016				p=0,026
ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	2	9,1%		1	2,2%		0	0,0%	2	3,8%					
	ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ														
	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ				ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ				ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ				Σ.Δ.		
N	%	p		N	%	p		N	%	p		N	%	p	
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	14	63,6%		37	80,4%		27	73,0%	32	60,4%					
ΜΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2	9,1%	p=0,086	6	13,0%	p=0,242	6	16,2%	11	20,8%	p=0,842				p=0,005
ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	6	27,3%		3	6,5%		4	10,8%	10	18,9%					
	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ														
	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ				ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ				ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ				Σ.Δ.		
N	%	p		N	%	p		N	%	p		N	%	p	
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	8	36,4%		28	60,9%		20	54,1%	21	39,6%					
ΜΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	10	45,5%	p=0,177	13	28,3%	p=0,403	12	32,4%	21	39,6%	p=0,995				p=0,009
ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	4	18,2%		5	10,9%		5	13,5%	11	20,8%					
	ΠΙΝΟΣ / ΔΥΣΦΟΡΙΑ														
	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ				ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ				ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ				Σ.Δ.		
N	%	p		N	%	p		N	%	p		N	%	p	
ΚΑΘΟΛΟΥ	6	27,3%		25	54,3%		15	40,5%	21	39,6%					
ΜΕΤΡΙΟΣ	16	72,7%	p=0,057	17	37,0%	p=0,057	20	54,1%	28	52,8%	p=0,843				p=0,476
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟΣ	0	0,0%		4	8,7%		2	5,4%	4	7,5%					
	ΑΓΧΟΣ / ΘΛΙΨΗ														
	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ				ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ				ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ				Σ.Δ.		
N	%	p		N	%	p		N	%	p		N	%	p	
ΚΑΘΟΛΟΥ	8	36,4%		12	26,1%		8	21,6%	10	18,9%					
ΜΕΤΡΙΟ	11	50,0%	p=0,446	22	47,8%	p=0,450	23	62,2%	30	56,6%	p=0,394				p=0,204
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ	3	13,6%		12	26,1%		6	16,2%	13	24,5%					

ξουαλικά ερεθίσματα για οκτώ από τους δέκα ($p=0,003$), καθώς και η νυκτουρία για περισσότερους από το ένα τέταρτο ($p=0,005$).

Τέλος, τα κυριότερα συμπτώματα που αναφέρονται από τα τρία τέταρτα των ασθενών που παρακολουθούνται στο NEI είναι η δυσκολία στην αναπνοή ($p=0,030$), ο πόνος στις αρθρώσεις ($p=0,061$) και η δυσκολία στη συγκέντρωση για τους μισούς ασθενείς ($p=0,020$). Επίσης, ο ανήσυχος ύπνος αναφέρεται από τους έξι στους δέκα ($p=0,023$), η λύπη για τους επτά στους δέκα ($p=0,017$) και η ευερεθιστότητα για τους μισούς ασθενείς του NEI ($p=0,010$). Ιδιαίτερα αυξημένα (86,50%) είναι τα ποσοστά των ασθενών που ανέφεραν ότι εκδηλώνουν συμπτώματα ανησυχίας-άγχους ($p<0,01$), ενώ εννέα στους δέκα δηλώνουν αδιαφορία για σεξ ($p=0,001$) και δυσκολία στα σεξουαλικά ερεθίσματα ($p=0,001$). Τέλος, για τα τέσσερα πέμπτα, η νυκτουρία αποτελεί ένα σημαντικό σύμπτωμα ($p<0,01$).

Κατάσταση υγείας ανάλογα με τη θεραπεία αντιμετώπισης νεφρικής νόσου και την ύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη

Αναφορικά με την αυτοαξιολόγηση της κινητικότητας, οι περιτοναϊκοί ασθενείς (72,70%), καθώς και αυτοί του NEI (78,4%) αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν μερικά προβλήματα ($p=0,035$ και $p=0,016$, αντίστοιχα), ενώ περισσότεροι από τους μισούς αιμοκαθαιρόμενους (56,50%) αναφέρουν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα κινητικότητας ($p<0,01$). Παράλληλα, η πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών (71,7%) ανέφερε ότι βιώνει μερικά προβλήματα κινητικότητας ($p=0,026$). Συγκρίνοντας την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης με το είδος της θεραπείας δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Αντίθετα, έξι στους δέκα ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη ανέφεραν ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα αυτοεξυπηρέτησης ($p=0,005$). Κατά τη συσχέτιση της ικανότητας των ασθενών να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες με την ύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι ολική ανικανότητα αντιμετωπίζει το 20,8% ($p=0,009$). Από τη στατιστική ανάλυση που έγινε βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εκτέλεσης συνηθισμένων δραστηριοτήτων και του είδους της θεραπείας που ακολουθούν οι ασθενείς με νεφρική νόσο. Τέλος, από τη μελέτη φάνηκε ότι ούτε το είδος της θεραπείας της νεφρικής νόσου, ούτε η ύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη σχετίζονται σημαντικά με τον πόνο/δυσφορία ή το άγχος/θλίψη (Πίνακας 4).

Κλίμακα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Αναφορικά με την κλίμακα ποιότητας ζωής και τη συσχέτιση της με την ηλικία, βρέθηκε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας οι μονάδες της κλίμακας ποιότη-

τας ζωής μειώνονταν κατά 0,23 ($p=0,022$). Το φύλο των ασθενών δεν έδειξε να επηρεάζει, με στατιστικά σημαντικό τρόπο, την κλίμακα ποιότητας ζωής ($p=0,197$). Επίσης, ενώ βρέθηκε ότι για κάθε έτος περιτοναϊκής κάθαρσης η κλίμακα ποιότητας ζωής μειώνεται κατά 0,22 μονάδες, και για κάθε έτος θεραπείας με αιμοκάθαρση μείωση κατά 0,21 μονάδες, τα ευρήματα αυτά δεν είναι στατιστικά σημαντικά ($p=0,335$ και $p=0,847$, αντίστοιχα). Επιπλέον, η διάρκεια παρακολούθησης στο Νεφρολογικό Εξωτερικό Ιατρείο σχετίζεται θετικά με την κλίμακα ποιότητας ζωής, και συγκεκριμένα, για κάθε ένα χρόνο παρακολούθησης η κλίμακα ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,758 με οριστικά στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p=0,052$). Τέλος, διαπιστώθηκε ασθενής συσχέτιση ($p=0,777$) μεταξύ της διάρκειας του ΣΔ και της κλίμακας ποιότητας ζωής, δηλαδή για κάθε ένα έτος νόσου με ΣΔ η κλίμακα ποιότητας ζωής μειώνεται κατά 0,11 μονάδες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του φορτίου νόσου των ασθενών με Διαβητική Νεφροπάθεια προ-τελικού και τελικού σταδίου νεφρικής νόσου. Ακόμη, διερευνήθηκε η ποιότητα της ζωής και η κατάσταση υγείας των ασθενών ανάλογα με το είδος της θεραπείας που ακολουθούσαν, αλλά και με τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Η ΔΝ είναι η πιο κοινή αιτία ΧΝΝ, που οδηγεί σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο και πρόωρο θάνατο (Weisbord et al 2004, Phillips 2011), ενώ η συχνότητα εμφάνισής της συνεχίζει να αυξάνεται παγκοσμίως (Gagliardini et al 2015). Τα άτομα με νεφρική νόσο προ-τελικού και τελικού σταδίου, που υποβάλλονται σε ΘΥΝΛ, αποτελούν μια ομάδα χρόνιων ασθενών με αρκετά αυξημένη νοσηρότητα. Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, και σε πλήρη αντιστοιχία με τη διεθνή βιβλιογραφία, η αρτηριακή υπέρταση ήταν αυτή που είχε τη μεγαλύτερη συχνότητα (Maric & Hall 2011, Van Buren & Toto 2011), η αναιμία (Joss et al 2007), ο Σακχαρώδης Διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Aso 2008) και η αγγειοπάθεια (Joseph & Friedman 2009).

Ο ΣΔ αποτελεί τη συχνότερη αιτία απώλειας όρασης στις παραγωγικές ηλικίες στις δυτικές χώρες, ενώ η διαβητική ρετινοπάθεια, το γλαύκωμα και ο καταρράκτης, είναι οι συνήθεις επιπλοκές της όρασης στους διαβητικούς ασθενείς, με ποσοστά που αγγίζουν το 30% (Klein & Klein 1997, ADA 2011). Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς με επιπλοκές της όρασης, από οποιαδήποτε αιτία, άγγιξαν το 51,5%. Παρόμοια (47,2%) είναι και τα ποσοστά των αγγειοπαθειών, όπως αναφέρθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρουν ποσοστό 65% των ενήλικων διαβητικών ασθενών με τιμές χοληστερόλης άνω των 180mg/dL LDL (ADA 2014). Αυτές οι τιμές προδιαθέτουν σε αγγειοπάθειες

αλλά και OEM. Έχει υπολογιστεί ότι το OEM εμφανίζεται με υπερδιπλάσια συχνότητα στους διαβητικούς από τους μη-διαβητικούς και με πιο σοβαρές επιπλοκές (Aso 2008, Thomas & Karalliedde 2015). Στο υπό μελέτη δείγμα, το ένα τέταρτο αναφέρει επεισόδιο OEM κατά τη διάρκεια της διαβητικής νόσου.

Ιδιαίτερης σημασίας στοιχεία αντλήθηκαν από το ερωτηματολόγιο EuroQoL-5D-3L για την υγεία και την κατάσταση των ασθενών με διαβητική νεφροπάθεια και χρόνια νεφρική νόσο. Η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, η εκτέλεση των συνηθισμένων και καθημερινών δραστηριοτήτων, καθώς και ο πόνος και η δυσφορία, όπως και το άγχος και η θλίψη ήταν οι διαστάσεις όπου οι ασθενείς κλήθηκαν να αυτοαξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους. Αναφορικά με την κινητικότητα, τόσο η μέθοδος αντιμετώπισης της νεφρικής νόσου, όσο και η ύπαρξη διαβητικής νόσου, έδειξαν να την επηρεάζουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, όπου η κινητικότητα δείχνει να επηρεάζεται τόσο από τη χρόνια νεφρική νόσο και τη μέθοδο αντιμετώπισής της (Plantinga et al 2011, Bowling et al 2011, Fructuoso et al 2011, Brown 2012), όσο και από την ύπαρξη ΣΔ (Rejeski et al 2012). Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σχετικά με την αυτοεξυπηρέτηση και την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων μόνο η ύπαρξη διαβητικής νόσου ($p=0,005$ και $p=0,009$ αντίστοιχα) έδειξε να επηρεάζει σημαντικά τις συγκεκριμένες διαστάσεις, εύρημα που επιβεβαιώνεται και από παρόμοια μελέτη στη Ελλάδα σχετική με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 (Papadopoulos et al 2007).

Μία ακόμη σημαντική παράμετρος, που διερευνήθηκε κατά τη διάρκεια της μελέτης, ήταν ο δείκτης φορτίου συμπτωμάτων της χρόνιας νεφρικής νόσου και της διαβητικής νεφροπάθειας. Οι μετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να επιλέξουν από ένα σύνολο πιθανών συμπτωμάτων που αναφέρονται συχνότερα στη διεθνή βιβλιογραφία. Από την στατιστική ανάλυση των συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν, στους περιτοναϊκούς ασθενείς ο έμετος ($p=0,034$) και η κατάθλιψη ($p=0,036$) αποτελούν σημαντικότερα προβλήματα. Ο έμετος και η ναυτία απαντάται ως συνηθισμένη αντίδραση σε αυτούς τους ασθενείς (Φερτάκης 1996), ενώ η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί σε μελέτες τόσο με τη διαβητική νεφροπάθεια γενικότερα (Themeli et al 2011), όσο και με την περιτοναϊκή κάθαρση (Yu et al 2012). Στους αιμοκαθαιρόμενους τα συμπτώματα που βρέθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αφορούσαν την ανησυχία ($p=0,022$), τη λύπη ($p=0,023$), την αδιαφορία για το σεξ ($p<0,01$), τη δυσκολία στα σεξουαλικά ερεθίσματα ($p<0,01$), καθώς και τη νυκτουρία ($p<0,01$). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση της ανησυχίας, της λύπης και γενικότερα του ψυχολογικού αντίκτυπου της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης στην ψυχοσύνθεση των

αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (Themeli et al 2011, Huwe et al 2015, Edey 2017), ενώ μελέτη σχετικά με τον επιπολασμό των συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΧΝΝ, έδειξε ότι έως και το 52% των ατόμων βιώνει άγχος και ανησυχία (Murtagh et al. 2007). Η σεξουαλική δυσλειτουργία παρουσιάζεται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με ΧΝΝ, και σχετίζεται με ορμονικές διαταραχές που προκαλούνται από τη νόσο, αλλά και με την κατάθλιψη, τη συνοσπρότητα, την πολυφαρμακία, ή άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Edey 2017).

Στην τελευταία ομάδα των συμμετεχόντων στη μελέτη, δηλαδή τους ασθενείς που παρακολουθούνταν στο Εξωτερικό Νεφρολογικό Ιατρείο, καταγράφηκαν ως σημαντικά συμπτώματα/προβλήματα η δυσκολία στην αναπνοή ($p=0,03$), ο πόνος στις αρθρώσεις ($p=0,06$), η δυσκολία συγκέντρωσης ($p=0,02$), ο ανήσυχος ύπνος ($p=0,02$), η ευερεθιστότητα ($p<0,01$), η λύπη ($p=0,017$), η ανησυχία ($p<0,01$), η αδιαφορία για σεξ ($p<0,01$), η δυσκολία στα σεξουαλικά ερεθίσματα ($p<0,01$) και η νυκτουρία ($p<0,01$). Η δυσκολία στην αναπνοή, όπως και η άπνοια στον ύπνο, έχει συσχετιστεί με τα πρώιμα στάδια της ΧΝΝ. Σχετικά με τον πόνο στις αρθρώσεις, που ανέφεραν οι ασθενείς ανάλογα ευρήματα αντλούνται και από τη διεθνή βιβλιογραφία. Μελέτη της Davison (2015), που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, έδειξε ότι ο πόνος που βιώνουν οι ασθενείς στα πρώιμα στάδια της νεφρικής νόσου είναι μεγαλύτερος από εκείνο που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι στο τελικό στάδιο της νόσου. Τέλος, αναφορικά με τη νυκτουρία που ανέφεραν οι ασθενείς, αποτελεί συνηθισμένο σύμπτωμα στα πρώτα στάδια της ΧΝΝ και σχετίζεται παθοφυσιολογικά κυρίως με την αρτηριακή υπέρταση (Wu et al 2012).

Στους διαβητικούς ασθενείς τα συμπτώματα που καταγράφηκαν ως στατιστικά σημαντικά ήταν ο έμετος ($p=0,03$), οι αιμωδίες των κάτω άκρων ($p=0,03$), ο πονοκέφαλος ($p=0,03$), η δυσκολία συγκέντρωσης ($p=0,04$) καθώς και η δυσκολία ανταπόκρισης στα σεξουαλικά ερεθίσματα ($p<0,01$). Η ναυτία και ο έμετος αποτελούν συχνά συμπτώματα της γαστροπάρεσης, μιας από τις επιπλοκές του ΣΔ (Cherian & Parkman 2012). Ο ΣΔ προσβάλλει σημαντικά τα νεύρα των κάτω άκρων (διαβητική νευροπάθεια άκρων), με αποτέλεσμα να μην άγονται σωστά τα ερεθίσματα που είναι υπεύθυνα για τη φυσιολογική αίσθηση (Mehra et al 2008). Ο πονοκέφαλος, που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με το ΣΔ (Aamodt et al 2007). Συγκεκριμένα, η θετική αυτή συσχέτιση αποδίδεται στις αλλοιώσεις που προκαλεί ο ΣΔ στα τοιχώματα των αγγείων και την αγωγιμότητα των νεύρων, τα οποία αποτελούν το υπόστρωμα της ημικρανίας (Aamodt et al 2007). Αναφορικά με τη δυσκολία συγκέντρωσης που ανέφεραν οι ασθενείς, αποτελεί συχνό φαινόμενο των διαβητικών ασθενών που σχετίζεται κυρίως με τα υπογλυκαιμικά επεισόδια καθώς και

με ψυχολογικά αίτια (Katon et al 2013). Τέλος, η δυσκολία ανταπόκρισης στα σεξουαλικά ερεθίσματα στους διαβητικούς ασθενείς αποτελεί εξαιρετικά σύνθετο σύμπτωμα, καθώς η νευροπάθεια και η μειωμένη αγγειοδιαστολή έχουν ως αποτέλεσμα τη στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες και την κολπική ξηρότητα στις γυναίκες (Qiao 2003, Franconi et al 2012).

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία και το πώς αυτά μπορούν να επιδράσουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών, από τη στατιστική ανάλυση των παραμέτρων που εξετάστηκαν ο πόνος δείχνει να επηρεάζεται από το φύλο ($p < 0,01$), τον τόπο μόνιμης κατοικίας ($p = 0,012$), αλλά και από το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ($p < 0,01$). Η ηλικία ως δημογραφικό στοιχείο επηρεάζει την κινητικότητα ($p < 0,01$), ως αναμενόμενο, αλλά και την κλίμακα ποιότητας ζωής ($Rho -0,22$, $p = 0,022$). Σε μελέτη σε αιμοκαθαιρόμενους και περιτοναικούς ασθενείς στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι η ένταση και η συχνότητα του πόνου αυξανόταν με την πάροδο της ηλικίας (Kafkia et al 2016). Σε ότι αφορά τον πόνο, αποτελεί κοινό εύρημα, ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία από τους άντρες, κυρίως στη διάρκεια της έμμηνου ρύσης, και αναφέρουν με μεγαλύτερη συχνότητα επώδυνες ασθένειες ή συμπτώματα (Tripp et al 2006, Greenspan & Traub 2013). Αυτό, βέβαια, ίσως αποτελεί μη αληθή καταγραφή, καθώς οι άνδρες, λόγω των κοινωνικών και πολιτιστικών πεποιθήσεων που επικρατούν στον Ελλαδικό χώρο, δεν αναφέρουν τον πόνο που βιώνουν γιατί αποτελεί ένδειξη αδυναμίας και αλλοιώνει την κυρίαρχη θέση τους στην κοινωνία. Μελετώντας τη συσχέτιση του πόνου με τον τόπο διαμονής, πολυπληθής μελέτη στον Καναδά (Tripp et al 2006) έδειξε μεγαλύτερο επιπολασμό του χρόνιου πόνου σε αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τις αστικές. Το εύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί ίσως στο γεγονός ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ήταν λιγότερο εύκολη στις αγροτικές περιοχές λόγω της μορφολογίας του εδάφους και των κλιματολογικών συνθηκών. Τέλος, η συσχέτιση της αύξησης του ΔΜΣ με την αύξηση του πόνου, έχει περιγραφεί σε πολλές μελέτες στη διεθνή βιβλιογρα-

φία (Maric & Hall 2011, Stone & Broderick 2012, Yoo et al 2014, Okifuji & Hare 2015).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι τόσο η παρουσία ΣΔ όσο και η μέθοδος αντιμετώπισης της ΧΝΝ επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την αυτοαξιολόγηση των ασθενών στα επώδυνα συμπτώματα της νόσου. Επίσης οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν παραμέτρους της ΠΖ των ασθενών, όπως κινητικότητα και αυτοεξυπηρέτηση.

Φάνηκε επίσης, η συμβολή της τακτικής παρακολούθησης από εξειδικευμένο νεφρολογικό ιατρείο, καθώς η διάρκεια παρακολούθησης σχετίζεται θετικά με την ΠΖ. Για κάθε χρόνο παρακολούθησης στο NEI η ΠΖ αυξάνεται στατιστικά σημαντικά.

Η έγκαιρη και εξειδικευμένη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νεφρικής νόσου, αλλά και η αποτροπή εμφάνισης ή η καθυστέρηση εξέλιξης της ΔΝ αποτελούν κριτήρια απαραίτητα για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η εστίαση της πολιτείας θα πρέπει να είναι προς την ενίσχυση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την έγκαιρη εντόπιση πιθανών νεφρολογικών προβλημάτων και την παραπομπή των ατόμων σε εξειδικευμένα νεφρολογικά και/ή διαιτολογικά κέντρα. Η συνεργασία του συνόλου των επαγγελματιών υγείας, τόσο στην κοινότητα όσο και στο νοσηλευτικό ίδρυμα, επηρεάζει θετικά την έκβαση της νεφρικής νόσου και του σακχαρώδη διαβήτη με αποτέλεσμα καλύτερη προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα και ποιοτικότερη ζωή.

Συμβολή συγγραφέων

Η ΕΓ συνεισέφερε στο σχεδιασμό, στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΘΚ, ο ΚΚ και η ΑΔ είχαν την γενική εποπτεία εκπόνησης της μελέτης και συνέβαλαν ενεργά στο σχεδιασμό, στην αξιολόγηση των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΕΜ συμμετείχε στη συγγραφή του κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aamodt A.H., Stovner L.J., Midthjell K., Hagen K. & Zwart J.A. (2007). Headache prevalence related to diabetes mellitus. The HEAD-HUNT Study. *European Journal of Neurology* 14(7): 738–744.
- Al-Jaishi A., Oliver M., Thomas S., Lock C., Zhang J., Garg A., Kosa S., Quinn R. & Moist L. (2014). Patency rates of the arteriovenous fistula for haemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Kidney Disease* 63: 464–478.
- Almutary H., Bonner A. & Douglas C. (2013). Symptom burden in chronic kidney disease: a review of recent literature. *Journal of Renal Care* 39(3):140–150.
- American Diabetes Association (2011). Prevention and Management of Diabetes Complications. *Diabetes Care* 34(Suppl. 1): S11–S61.
- American Diabetes Association (2014). Standards of Medical Care in Diabetes–2014. *Diabetes Care* 37(Suppl.1): S14–S80.
- Aso Y. (2008). Cardiovascular disease in patients with diabetic nephropathy. *Current molecular medicine* 8(6): 533–543.
- Bowling C.B., Sawyer P., Campbell R.C., Ahmed A. & Allman R.M. (2011). Impact of chronic kidney disease on activities of daily living in community-dwelling older adults. *The journals of gerontology. Biological Sciences and Medical Sciences* 66(6): 689–694.
- Brown E.A. (2012). What can we do to improve quality of life for the elderly chronic kidney disease patient? *Ageing Health* 8(5): 519–524.
- Cavalli A., Del Vecchio L., Anzoni C. & Locatelli F. (2010). Hemodialysis: yesterday, today and tomorrow. *Minerva Urologia e Nefrologia* 62(1): 1–11.
- Cherian D. & Parkman H.P. (2012). Nausea and vomiting in diabetic and idiopathic gastroparesis. *Neurogastroenterology and Motility* 24(3): 217–222.
- Davison S.N. (2015). Pain, analgesics and safety in patients with CKD. *Clinical Journal of American Society of Nephrology* 10, 350–352.
- Edey M. (2017). Male sexual dysfunction and Chronic Kidney Disease. *Frontiers in Medicine* 4: 32–42
- Franconi F., Campesi I., Occhioni S. & Tonolo G. (2012). Sex-gender differences in diabetes vascular complications and treatment. *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets* 12(2): 179–196.
- Fructuoso M., Castro R., Oliveira L., Prata C. & Morgado T. (2011). Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrología* 31(1): 91–96.
- Gagliardini E., Zoja C. & Benigni A. (2015). ET and Diabetic Nephropathy: Preclinical and Clinical Studies. *Seminars in Nephrology* 35(2): 188–196.
- Greenspan J.D. & Traub R.J. (2013). Gender differences in pain and its relief. In *Textbook of Pain*. pp. 221–231.
- Huwe N.T.T., Subramanian P., Tan L.P. & Chong W.K. (2015). The effects of acupressure on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52(2): 509–518.
- International Diabetes Federation (IDF). (2015). *Diabetes Atlas, 7th Edition*
- Joseph A.J. & Friedman E.A. (2009). Diabetic Nephropathy in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine* 25(3): 373–389.
- Joss N., Patel R., Paterson K., Simpson K., Perry C. & Stirling C. (2007). Anaemia is common and predicts mortality in diabetic nephropathy. *QJM: An International Journal of Medicine* 100(10): 641–647.
- Kafkia T., Vehviläinen-Julkunen K. & Sapountzi Krepia D. (2016). Assessment and management of pain in renal patients. A study of patients on Renal Replacement Therapy. Publications of the University of Eastern Finland, Kuopio. Dissertations in Health Sciences Number.
- Katon W.J., Young B.A., Russo J., Lin E.H., Ciechanowski P., Ludman E.J. & van Korff M.R. (2013). Association of depression with increased risk of severe hypoglycemic episodes in patients with diabetes. *Annals of Family Medicine* 11(3): 245–250.
- Klein R. & Klein B.E.K. (1997). Diabetic eye disease. *Lancet* 350(9072): 197–204.
- Kourakos M. (2017). Enhancing self-management in Diabetes: the value of therapeutic education. *International Journal of Health Sciences and Research* 7(6): 315–321
- Maric C. & Hall J.E. (2011). Obesity, Metabolic syndrome and diabetic nephropathy. *Contributions to Nephrology* 170: 28–35.
- Mehra B.R., Thawait A.P., Karandikar S.S., Gupta D.O. & Narang R.R. (2008). Evaluation of foot problems among diabetics in rural population. *Indian Journal of Surgery* 70(4): 175–180.
- Murtagh F.E., Addington-Hall J. & Higginson I.J. (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Advances in Chronic Kidney Disease* 14(1): 82–99.
- Okifuji A. & Hare B. (2015). The association between chronic pain and obesity. *Journal of Pain Research* 8: 399–408.
- Phillips A.O. (2011). Diabetic nephropathy. *Medicine* 39(8): 470–474.
- Plantinga L.C., Johansen K., Crews D.C., Shahinian V.B., Robinson B.M., Saran R., Burrows N.R., Williams D.E. & Powe N.R. for the Chronic Kidney Disease Surveillance Team (2011). Association of CKD with disability in the United States. *American Journal of Kidney Diseases* 57(2): 212–227.
- Qiao Q. (2003). Age- and sex-specific prevalence of diabetes and impaired glucose regulation in 13 European cohorts. *Diabetes Care* 26(1): 61–69.
- Rejeski W.J., Edward H.I., Bertoni A.G., Bray G.A., Evans G., Gregg E.W., Zhang Q. for the Look AHEAD Research Group (2012). Lifestyle Change and Mobility in Obese Adults with Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine* 366(13): 1209–1217.
- Roset M., Herdman M., Badia X. & Baro E. (2001). Uses and applications of health-related quality of life measures. The state of play in Spain. *Archives of Hellenic Medicine* 18(2): 131–136.
- Stone A.A. & Broderick J.E. (2012). Obesity and pain are associated in the United States. *Obesity* 20(7): 1491–1495.
- Themeli Y, Barbullushi M., Idrizi A., Bajrami V., Zaimi K., Petani E., Aliko I. & Hashorva A. et al. (2011). Depression and diabetic nephropathy in type 2 diabetes mellitus. *Asian Journal of Psychiatry* 4: S90–S91.
- Thomas S. & Karalliedde J. (2015). Diabetic nephropathy. *Medicine* 43(1): 20–25.
- Tripp D.A., Van Den Kerkhof E.G. & McAlister M. (2006). Prevalence and determinants of pain and pain-related disability in urban and rural settings in southeastern Ontario. *Pain Research and Management* 11(4): 225–233.
- Unruh M.L., Weisbord S.D. & Kimmel P.L. (2005). Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Seminars in Dialysis* 18(2): 82–90.
- Van Buren P.N. & Toto R. (2011). Hypertension in Diabetic Nephropathy: Epidemiology, Mechanisms, and Management. *Advances in Chronic Kidney Disease* 18(1): 28–41.
- Weisbord S.D., Fried L.F., Arnold R.M., Rotondi A.J., Fine M.J., Levenson D.J. & Switzer G.E. (2004). Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. *Journal of Pain and Symptom Management* 27(3): 226–40.
- Wu A.W., Fink N.E., Marsh-Manzi J.V., Meyer K.B., Finkelstein F.O., Chapman M.M. & Powe N.P. (2004). Changes in quality of life during haemodialysis and peritoneal dialysis treatment: Generic and disease specific measures. *Journal of American Society of Nephrology* 15: 743–753.
- Yfantopoulos J. (1998). The Greek translation and validation of the EuroQol quality of life instrument. In: Greiner W, Grafvonden Schulenburg JM, Piercy J (eds) Plenary Meeting, Discussion

- Papers, University of Hannover, Hannover:100–111.
- Yfantopoulos J. (2001). The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. *Archives of Hellenic Medicine*18: 180–191.
- Yoo J.J., Cho N.H., Lim S.H. & Kim H.A. (2014). Relationships between body mass index, fat mass, muscle mass, and musculoskeletal pain in community residents. *Arthritis & Rheumatology* 66(12): 3511–3520.
- Yu Z.L., Yeoh L.Y., Seow Y.Y., Luo X.C. & Griva K (2012). Evaluation of adherence and depression among patients on peritoneal dialysis. *Singapore Medical Journal* 53(7): 474–480.
- Θεοφίλου Π. & Παναγιωτάκη Ε. (2010). Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας. *Νοσηλευτική* 49(3):295-304.
- Θεοφίλου Π.(2011). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μια ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 3(2): 70-80.
- Καλογεράς Ι. (2015). ΕΝΕ 10η Επέτειος της Παγκόσμιας Ημέρας Νεφρού. Available from: <http://healthellas.gr/?author=1&paged=10>. Accessed July 10, 2017.
- Παπαδόπουλος Α.Α., Οικονομάκης Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Φρυδάς Α. & Νιάκας Δ. (2007). Αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (Συμπ. 1): 66–74.
- Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Βλάχος Χ., Δημητρακοπούλου Π., Κερμελή Π., Κουκουλάρης Δ. & Κυρίτση Ε. (2005). Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 4(2):93-103.
- Υφαντόπουλος Γ. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (Συμπλ 1):6-18.
- Φερτάκης Α. (1996). Επίτομη Εσωτερική Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις-Πασχαλίδης, Αθήνα.

A study of the impact of disease burden in quality of life of people with pre-End-Stage and End-Stage Renal Disease

Helen Georgiadou¹, Theodora Kafkia², Eugenia Minasidou³, Kyriakos Kazakos⁴,
Alexandra Dimitriadou⁴

1. Nurse, MSc, General Hospital of Imathia-Veroia

2. Clinical Lecturer, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

3. Assistant Professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

4. Associate Professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a common chronic disease accompanied by severe complications. It is the leading cause of End-Stage Renal Disease (ESRD) requiring management either by haemodialysis (HD) or peritoneal dialysis (PD). The chronicity of the disease, and its complications, affects the psychological, family and social life of the patients and their Quality of Life (QoL).

Aim: of the present study was to estimate the disease burden of patients with diabetic nephropathy (DN) during pre-ESRD and during End-Stage Renal Disease.

Methods: A sample of 103 patients with DN treated at the General Hospital of Veria were studied during May and June 2016. The study was conducted using the Dialysis Symptoms Index (DSI) for the assessment of Chronic Kidney Disease (CKD) symptom load and the European Quality of Life (EuroQoL) questionnaire for assessing the QoL of patients in the Renal Outpatient Clinic, Haemodialysis and Peritoneal Dialysis Unit.

Results: It was found that the Renal Replacement Method (HD or PD), the presence of DM and CKD's stage affect significantly the patients' self-assessment regarding painful symptoms of DN. Furthermore, the above factors have major impact on some aspects of patients' QoL, such as mobility and self-care.

Conclusions: Pre-End Stage patients experience more severe painful symptoms of DN compared to patients on Renal Replacement Therapies.

Key - words: Diabetes Mellitus, Disease Burden, Quality of Life, Diabetic Nephropathy, Chronic Kidney Disease

Correspondence author:
Theodora Kafkia
Department of Nursing
ATEI of Thessaloniki
PO box 141
57400 Sindos, Thessaloniki
e-mail: dkafkia@hotmail.com

Submission Date: 10/05/2017
Publication Date: October 2017