

Χρόνια Νεφρική Νόσος: Κλινικά χαρακτηριστικά και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις

Ευάγγελος Χ. Φραδέλος¹, Δημητρούλα Μήτση², Σοφία Ζυγά³

1. Νοσηλεύτης, MSc, PhD, Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία», Αθήνα, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη.

2. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD(c), Γ.Ν.Α «Η Ελπίς», Αθήνα

3. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) χαρακτηρίζεται από επίμονη νεφρική βλάβη και/ή απώλεια της νεφρικής λειτουργίας. Η κατάσταση αυτή συσχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα και παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, η ΧΝΝ παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Η συναισθηματική δυσφορία, η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, είναι κοινή στις χρόνιες ασθένειες με τα ποσοστά επίπτωσης/επιπολασμού και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων να είναι σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας, όπως καρδιακή νόσο, ρευματοειδή αρθρίτιδα ή χρόνια νεφρική νόσο, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ενώ οι ακριβείς εκτιμήσεις μπορεί να ποικίλουν λόγω μεθοδολογικών διαφορών και διαφορών στις μετρήσεις μεταξύ των μελετών, υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρόνια ασθένεια, με συνυπάρχουσα κατάθλιψη, συνδέεται με αυξημένη επιβάρυνση των συμπτωμάτων και λειτουργική βλάβη, φτωχή ποιότητα ζωής, μη τήρηση της θεραπείας και χειρότερες κλινικές εκβάσεις. Τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα σε αυτές τις ομάδες ασθενών είναι σημαντικά όχι μόνο για τη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής, αλλά και για τη διαχείριση της νόσου. Καθώς η ψυχική υγεία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της έκβασης των ασθενών με ΧΝΝ είναι εξέχουσας σημασίας η διαχείριση οποιονδήποτε θεμάτων προκύπτουν. Ο ρόλος των νοσηλευτών νεφρολογίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός τόσο κατά τη εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία και τη διαχείριση της νόσου, όσο και για την παροχή εξατομικευμένης ψυχολογικής υποστήριξης προς τους υποβαλλόμενους σε αιμοκάθαρση ασθενείς.

Λέξεις Κλειδιά: Επιβάρυνση, Κλινικά χαρακτηριστικά, Χρόνια νεφρική νόσος, Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Ευάγγελος Χ. Φραδέλος
e-mail: evangelosfradelos@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 23/08/2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Φραδέλος Ε.Χ., Μήτση Δ. & Ζυγά Σ. (2019). Χρόνια Νεφρική Νόσος: Κλινικά χαρακτηριστικά και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(4): 3-12

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Η ΧΝΝ αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας.
- Το στρες των αιμοκαθαρόμενων ασθενών σχετίζεται με τη φαρμακευτική αγωγή και τις κοινωνικές, επαγγελματικές και οικογενειακές αλλαγές που βιώνουν
- Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο έχουν τριπλάσια ποσοστά κατάθλιψης συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.
- Η ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι σημαντικά πιο φτωχή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) χαρακτηρίζεται από επίμονη νεφρική βλάβη και/ή απώλεια της νεφρικής λειτουργίας. Η κατάσταση αυτή συσχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα και παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, η ΧΝΝ παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Ο παγκόσμιος επιπολασμός της νόσου εκτιμάται σε 5-10% και, κυρίως λόγω της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, η παγκόσμια επιβάρυνση από τις σχετιζόμενες με τη ΧΝΝ ασθένειες είναι ανησυχητικά υψηλή (Delles & Vanholder 2017).

Ειδικότερα, η ΧΝΝ συνδέεται με πολλαπλές συννοσηρότητες, απώλεια της ποιότητας ζωής (QOL) και σημαντικό κόστος για την υγειονομική περίθαλψη. Επίσης, έχει υψηλό επιπολασμό στις περισσότερες υψηλού εισοδήματος χώρες (π.χ. 5,3% στο Ηνωμένο Βασίλειο και 13,7% η ΗΠΑ) (Litbarg 2018). Οι ασθενείς με ΧΝΝ μπορεί να παρουσιάσουν ένα ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, καθώς και να βιώσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής και, κατά συνέπεια, να αντιμετωπίσουν προκλήσεις σχετικές με την αυτοδιαχείριση της νόσου, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους (Lin et al 2017). Η ΧΝΝ μπορεί να εξελιχθεί σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου, με περισσότερους από 110.000 ασθενείς να χρειάζονται θεραπεία αιμοκάθαρσης, ετησίως. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με ΧΝΝ έχουν υψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις και θνησιμότητα και όπως σε άλλες χρόνιες παθήσεις, η εξέλιξη της νόσου και η εκδήλωση των σχετικών με αυτή επιπλοκών μπορεί να μετριαστεί μέσω της ευαισθητοποίησης και της εκπαίδευσης για την ασθένεια, την εξασφάλιση πόρων για την υγειονομική περίθαλψη και τη συμμόρφωση με την κατάλληλη ιατρική θεραπεία (Obadan et al 2017).

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ορισμός και ταξινόμηση

Ο ορισμός και η ταξινόμηση της χρόνιας νεφρικής νό-

σου με την πάροδο του χρόνου έχουν μεταβληθεί. Σύμφωνα με τις τρέχουσες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες η κατάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως η μειωμένη νεφρική λειτουργία που εμφανίζεται με μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) μικρότερο από 60 mL/min/1,73 m² επιφάνειας σώματος (Webster et al 2017) ή ως οι δομικές ανωμαλίες των νεφρών ή ο συνδυασμός αυτών, που υπάρχουν για ≥3 μήνες και που έχουν επιπτώσεις στην υγεία (McManus & Wynter-Minott 2017, Webster et al 2017). Το κριτήριο των 3 μηνών επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας νεφρικής νόσου, δυο διακριτά διαφορετικών διαταραχών που απαιτούν διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η αναγνώριση αυτή της χρονικής περιόδου είναι σημαντική τόσο για κλινικούς όσο και για ερευνητικούς σκοπούς (McManus & Wynter-Minott 2017). Η ΧΝΝ μπορεί να ταξινομηθεί με βάση την αιτία, τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) και το βαθμό της λευκωματουρίας (Rossignol et al 2015).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ίδρυμα Νεφρού (National Kidney Foundation) των ΗΠΑ, η ΧΝΝ επαναπροσδιορίστηκε ως ασθένεια πέντε σταδίων, χρησιμοποιώντας τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) ως δείκτη για την αξιολόγηση της μη φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας. Το στάδιο 1, ορίζεται ως ο ελαφρώς μειωμένος eGFR (≥ 90,0 mL/min/1,73m²) με ενδείξεις βλάβης στους νεφρούς, όπως πρωτεϊνουρία και αιματουρία. Το στάδιο 2, ορίζεται ως ο ελαφρά μειωμένος eGFR (≥ 60,0-89,9 mL/min/1,73m²) με επιπλοκές, όπως πρωτεϊνουρία και αιματουρία. Το στάδιο 3, ορίζεται ως ο μετρίως μειωμένος eGFR (≥ 30,0-59,9 mL/min/1,73m²) και μπορεί να υποδιαιρεθεί σε στάδιο 3a (eGFR ≥ 45,0-59,9 mL/min/1,73m²) και σε στάδιο 3b (eGFR ≥ 30,0-44,9 mL/min/1,73m²). Το στάδιο 4, ορίζεται ως μια περαιτέρω μείωση του eGER (≥ 15,0-29,9 mL/min/1,73m²), ενώ το στάδιο 5 ορίζεται ως νεφρική ανεπάρκεια, με eGFR μικρότερο από 15,0 mL/min/1,73m². Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται σε ασθενείς που πάσχουν από μη αναστρέψιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, συσσώρευση μεταβολικών αποβλήτων και υγρών, δια-

ταραχή ισορροπίας ηλεκτρολυτών και οξύ-αλκαλική διαταραχή ισορροπίας, συνθήκες που καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (Lee et al 2016).

Επιδημιολογία

Η χρόνια νεφρική νόσος αποτελεί διεθνώς ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, με το φορτίο και τη συνολική επίδραση της στα άτομα, αλλά και στην κοινωνία να ποικίλλει, ενώ σε πολλές χώρες δεν υπάρχουν ακριβή ποσοστά για την επίπτωση και τον επιπολασμό της. Η πλειοψηφία της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας περιγράφει ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή παραθέτει δεδομένα από τα μητρώα ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (Venuthurupalli et al 2018). Ο επιπολασμός της ΧΝΝ στον ενήλικο πληθυσμό των ΗΠΑ εκτιμάται σε περίπου 14%, ενώ σε ορισμένες ομάδες, όπως τα άτομα ηλικίας ≥ 60 ετών, ο επιπολασμός ανέρχεται σε περίπου 25%. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα είναι επίσης υψηλά μεταξύ των ατόμων με ΧΝΝ, ενώ η νόσος το 2010 αποτελούσε το 16ο κύριο αίτιο πρόωρου θανάτου και χαμένων χρόνων ζωής (Dharmarajan et al 2017). Σύμφωνα με την επιστημονική μελέτη «Global Burden of Disease Study» εκτιμάται ότι το 2013, οι θάνατοι λόγω ΧΝΝ μεταξύ των ανδρών όλων των ηλικιών ήταν 14,5 ανά 100,000 άτομα, ενώ στις γυναίκες ήταν 12,14 ανά 100,000 άτομα (Carrero et al 2017). Η ΧΝΝ έχει, επίσης, σημαντικό οικονομικό κόστος για την υγειονομική περίθαλψη. Σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Βρετανίας, οι συνολικές εκτιμώμενες δαπάνες που αποδίδονται στην ΧΝΝ, μεταξύ 2009 και 2010, ανέρχονταν σε περισσότερα από ένα δισεκατομμύριο λίρες, με τις θεραπείες νεφρικής υποκατάστασης να αντιστοιχούν σε περίπου στο ήμισυ των δαπανών αυτών. Στις ΗΠΑ, εκτιμάται ότι η διαχείριση των σταδίων 3 και 4 της ΧΝΝ κοστίζει για τις αμοιβές κατά πράξη στο Αμερικάνικο σύστημα δημόσιας ασφάλισης υγείας περίπου το 44,4 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως (Aiyegbusi et al 2017).

Κλινικά Χαρακτηριστικά και επιπλοκές

Οι νεφροί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ισορροπία πολλών ενδογενών και εξωγενών ενώσεων. Η ΧΝΝ συνδέεται με ένα σύνολο μεταβολικών και αγγειακών επιπλοκών, με υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, καθώς και με αρκετές άλλες οξείες ή χρόνιες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων της οξείας νεφρικής βλάβης, λοιμώξεων, καταγμάτων, καρκίνου, γνωστικής δυσλειτουργίας ή διαταραχών του ύπνου, οι καθοριστικοί παράγοντες και οι μηχανισμοί των οποίων δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας αυξάνει επίσης τον κίνδυνο επηρεασμού της φαρμακοκινητικής και απομάκρυνσης φαρμάκων από τους νεφρούς καθώς και εκδήλωσης σοβαρών ανεπιθύμητων

ενεργειών (Stengel et al 2014).

Η ΧΝΝ μπορεί να συμβάλλει την εξέλιξη της καρδιαγγειακής νόσου για την εμφάνιση της οποίας φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Οι ασθενείς με ΧΝΝ είναι πιο πιθανό να καταλήξουν από καρδιαγγειακή νόσο από το να εμφανίσουν νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Η ΧΝΝ οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα παραθορμόνης (PTH) και αυξητικού παράγοντα των ινοβλαστών 23 (FGF23), καθώς και σε μειωμένα επίπεδα 1,25-διυδροξυβιταμίνης D (1,25D), παράλληλα με υπερασβεσταιμία, υπερφωσφαταιμία, ασθένεια των οστών, αγγειακή σβεστοποίηση και καρδιαγγειακές νοσηρότητες, που συλλογικά αναφέρονται με τον όρο χρόνια νεφρική νόσος - διαταραχή οστών και μετάλλων (Kitagawa et al 2013).

Προδιαθεσικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Η κατανόηση των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν τη νεφρική λειτουργία και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση είναι δυνατό να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τη φυσιολογία και παθοφυσιολογία των νεφρών. Συμβάλλει, επίσης, στην εντόπιση άγνωστων ή μη αναμενόμενων μηχανισμών βοηθώντας, έτσι, στην ταυτοποίηση νέων θεραπευτικών ή προληπτικών στόχων (Obrador et al 2017).

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), η Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) και η παχυσαρκία έχουν συμβάλλει σημαντικά στην παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου και αποτελούν σημαντικούς παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης ΧΝΝ. Ωστόσο, οι άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η έκθεση σε νεφροτοξίνες, η λιθίαση του ουροποιητικού, εμβρυομητρικοί παράγοντες, οι λοιμώξεις, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και η οξεία νεφρική βλάβη αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως σημαντικές απειλές για την υγεία των νεφρών παγκοσμίως (Luycckx et al 2017). Η κατανάλωση φαρμάκων μπορεί επίσης να είναι ένας πιθανός παράγοντας, ιδιαίτερα δεδομένης της τάσης προς την πολυφαρμακία και την αλόγιστη χρήση φαρμάκων (Lazarus et al 2016).

Ειδικότερα, οι ασθενείς με νεφρολιθίαση έχουν διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης χρόνιας νεφρικής νόσου ή νεφρικής νόσου τελικού σταδίου, με τον κίνδυνο να είναι ακόμη μεγαλύτερος για τις γυναίκες και τους υπέρβαρους ασθενείς με νεφρολιθίαση. Ασθενείς με συχνές λοιμώξεις ή δυσμορφίες του ουροποιητικού συστήματος, λίθους στρουβίτη, δυσλειτουργία του εντέρου και κάποιες μονογονιδιακές διαταραχές είναι υψηλού κινδύνου για εμφάνιση χρόνιας νεφρικής νόσου/νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Από την άλλη πλευρά, η λιθοτριψία με κρουστικά κύματα ή οι ελάχιστα επεμβατικές ουρολογικές παρεμβάσεις για αφαίρεση των λίθων δεν επηρεάζουν δυσμενώς τη νεφρική λειτουργία. Η έκπτωση της λειτουργίας των νεφρών παρατηρείται γενικά σε ασθενείς με προϋπάρχουσα χρόνια νεφρική νόσο ή σε μεγάλο

λιθιασικό φορτίο που απαιτεί επαναλαμβανόμενες ή/και πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις (Gambargo et al 2017).

Παράλληλα, η παχυσαρκία έχει αναφερθεί ότι οδηγεί σε ΧΝΝ μέσω της εκδήλωσης Σακχαρώδη Διαβήτη και Αρτηριακής Υπέρτασης, καθώς και μέσω μηχανισμών που σχετίζονται με αιμοδυναμικές μεταβολές, μεταβολικές, μηχανικές και φλεγμονώδεις διεργασίες (Lai et al 2017). Το πρωταρχικό, σχετιζόμενο με την παχυσαρκία, μορφολογικό εύρημα της νεφρικής νόσου είναι η σπειροματοτονεφρίτιδα που προκύπτει από την σπειραματική υπερτροφία, η οποία μπορεί να επεκταθεί στο μεσάγγειο και να εξελιχθεί σε εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση. Οι μηχανισμοί που προκαλούν τις παραπάνω εκδηλώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την αναστολή της AMP-κινάσης, το στρες του ενδοπλασματικού δικτύου και το μη φυσιολογικό μεταβολισμό του λίπους και τελικά την επίδραση της λιποτοξικότητας στα σπειραματικά κύτταρα. Έτσι, η σχετιζόμενη με την παχυσαρκία νεφρική νόσος μπορεί να εξελιχθεί σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου, εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και δεν χρησιμοποιηθούν τρόποι για τη διαχείριση του σωματικού βάρους (Nasri & Amiri 2017).

Όσον αφορά το Σακχαρώδη Διαβήτη, ο επιπολασμός του, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει σημειώσει ραγδαία αύξηση, κατά περίπου 10% στις βιομηχανικές, και ακόμη περισσότερο στις αναπτυσσόμενες χώρες, αποτελώντας έτσι ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Μελέτες αναφέρουν ότι έως και το 50% αιμοκαθαρόμενου πληθυσμού έχει Σακχαρώδη Διαβήτη (Dunkler et al 2015). Επιπρόσθετα, το 40% περίπου των ασθενών με (διαγνωσμένο ή μη) Σακχαρώδη Διαβήτη έχει προχωρημένο στάδιο νεφροπάθειας, συχνά λόγω ανεπαρκούς διαχείρισης της ίδιας της νόσου. Στους ασθενείς με ΣΔ, η νεφρική νόσος εμφανίζεται και συχνά αναπτύσσεται ύπουλα. Οι κύριες νεφρικές δυσλειτουργίες οφείλονται στην πάχυνση των σπειραματικών βασικών μεμβρανών, στο σχηματισμό μικροανευρυσμάτων και στην ανάπτυξη μεσαγγειακών οζιδίων (Di Lullo et al 2017). Η διαβητική νεφροπάθεια ανιχνεύεται κλινικά μέσω δοκιμασιών ελέγχου για αυξημένη λευκωματουρία και μειωμένο GFR, ενώ συχνά απαιτείται και η πραγματοποίηση βιοψίας νεφρού για τον καθορισμό της διάγνωσης (Alsahli & Gerich 2014).

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη από την Ταϊβάν, βρέθηκε πως τόσο οι συγγενείς όσο και οι σύζυγοι αιμοκαθαρόμενων ασθενών έχουν υψηλό επιπολασμό ΧΝΝ. Πιο συγκεκριμένα, τα μέλη της οικογένειας ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου έχουν αυξημένο επιπολασμό ΧΝΝ, με τα αποτελέσματα να ποικίλουν ανάλογα με τις διαφορές μεταξύ των διαφόρων εθνοτικών ομάδων, τον τρόπο ζωής και τις μεθόδους δειγματοληψίας των μελετών. Επιπλέον, τα βιολογικά και μη βιολογικά μέλη της οικογένειας ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου

δεν εμφάνιζαν διαφοροποιήσεις στον επιπολασμό της νόσου (Kong et al 2013).

Θεραπευτικές μέθοδοι

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο στην παρακολούθηση και τη διαχείριση της ΧΝΝ, στοχεύοντας ιδιαίτερα στον περιορισμό του κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων και άλλων επιπλοκών. Σε ένα μικρό ποσοστό των ατόμων με ήπια ή μέτρια ΧΝΝ, η νόσος θα εξελιχθεί σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο. Ως εκ τούτου, ο κύριος σκοπός της παρακολούθησης των ατόμων με ΧΝΝ έγκειται στην έγκαιρη αναγνώριση και προσδιορισμό του μικρού αυτού ποσοστού ατόμων που κινδυνεύουν από την εξέλιξη της νόσου, αλλά και στον εντοπισμό εκείνων που διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης άλλων επιπλοκών, ιδιαίτερα καρδιαγγειακών παθήσεων (Fraser & Blakeman 2016).

Η παρακολούθηση από ειδικευμένη ομάδα υγείας των ατόμων με αρχόμενη νεφρική νόσο είναι δυνατό να επιβραδύνει την εξέλιξη, να μειώσει τις επιπλοκές και τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και να βελτιώσει την επιβίωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η διαχείριση της νόσου βασίζεται στην κλινική διάγνωση και στο στάδιο της νόσου σύμφωνα με τον GFR και την αλβουμινουρία. Η κλινική διάγνωση επιτρέπει τη συγκεκριμένη κάθε φορά θεραπεία που στοχεύει στην αιτία και στις παθολογικές διεργασίες. Στη συνέχεια, το στάδιο της νόσου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καθοδηγήσει μη ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για την καθυστέρηση της εξέλιξης της ασθένειας και τη μείωση του κινδύνου επιπλοκών (Levey & Coresh 2012).

Παρόλο που υπάρχουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα αναφορικά με τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών με ΧΝΝ, κάποιες στρατηγικές και θεραπείες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση της, σχετιζόμενης με αυτή, νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Ειδικές στρατηγικές που έχουν συσχετιστεί με καλύτερη έκβαση των ασθενών με ΧΝΝ περιλαμβάνουν την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, τη μείωση της πρωτεϊνουρίας, τη χρήση αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (α-MEA) και ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARBs), τη χρήση στατινών για τη μείωση των αθηροσκληρωτικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων, καθώς και το γλυκαιμικό έλεγχο των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη (Jardine et al 2017).

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΧΝΝ

Η συναισθηματική δυσφορία, η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, είναι κοινή στις χρόνιες ασθένειες με τα ποσοστά επίπτωσης/επιπολασμού και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων να είναι σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας όπως καρδιακή νόσος, ρευματο-

ειδής αρθρίτιδα ή χρόνια νεφρική νόσος, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ενώ, μεταξύ των μελετών οι ακριβείς εκτιμήσεις μπορεί να ποικίλουν, είτε λόγω μεθοδολογικής προσέγγισης είτε λόγω των διαφορών στις μετρήσεις, υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρόνια ασθένεια, με συνυπάρχουσα κατάθλιψη, συνδέεται με αυξημένη επιβάρυνση συμπτωμάτων και λειτουργική βλάβη, κακή ποιότητα ζωής, μη τήρηση του θεραπευτικού σχήματος και χειρότερη κλινική έκβαση (Yoong et al 2017).

Η έννοια του στρες είναι σημαντική για την κατανόηση του κύκλου ζωής του ασθενούς τελικού σταδίου νεφρικής νόσου. Ο αιμοκαθαιρόμενος ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με την επιβάρυνση που προκύπτει από την υποκείμενη ασθένειά του και από την εφαρμοζόμενη θεραπεία, η οποία «προσδένει» τον ασθενή σε ένα μηχανήμα, στην περίπτωση της αιμοκάθαρσης, ή/και στην περιτοναϊκή κάθαρση, αλλά και την εντατική φαρμακοθεραπεία με τη χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων στην περίπτωση μεταμόσχευσης νεφρού. Το στρες των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι ζουν με ένα περίπλοκο σχήμα φαρμακευτικής αγωγής και βιώνουν διάφορους διατροφικούς και χρονικούς περιορισμούς και αλλαγές του ρόλου στην κοινότητα, στην οικογένεια και στο ζευγάρι. Τα διαιτητικά σχήματα είναι πολύπλοκα και μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην οικογένεια, προκαλώντας ένταση. Οι παραπάνω έντονες καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις και μπορεί να επηρεάσουν τη διαδικασία της νόσου και τη συμμόρφωση του ασθενούς (Kimmel et al 2008).

Ο τρόπος ζωής και αλληλεπίδρασης του ασθενούς με τη ΧΝΝ και τη θεραπεία του είναι μοναδικός και προσωπικός, καθώς εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το ψυχολογικό του προφίλ, τις κοινωνικές συνθήκες, την οικογενειακή υποστήριξη και άλλα. Η αντιμετώπιση της νόσου επηρεάζεται από τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής. Οι θετικές αντιλήψεις συνδέονται με ορθολογικές στρατηγικές, όπως η ανίχνευση ενός στόχου και η γνώση των διαφορετικών πτυχών της νόσου, ενώ οι αρνητικές συνδέονται με την άρνηση της νόσου (Silva Junior et al 2017).

Κατάθλιψη και ΧΝΝ

Η κατάθλιψη έχει θεωρηθεί ως η πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (Kimmel 2002). Ενώ στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός της μεϊζονος κατάθλιψης ανέρχεται από περίπου 1,1% έως 15%, για τους άνδρες, και 1,8% έως 23%, για τις γυναίκες, μεταξύ των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο τα αντίστοιχα ποσοστά ανέρχονται σε περίπου 20-30%, και μπορεί να φτάνουν έως το 47% των περιπτώσεων (Chen et al 2010). Ακόμα, πρόσφατες μελέτες

έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο οι οποίοι δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν ποσοστά κατάθλιψης έως 3 φορές υψηλότερα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Shirazian et al 2017). Η αυξημένη αυτή συχνότητα μπορεί να οφείλεται σε συνυπάρχουσες χρόνιες παθήσεις, όπως ο ΣΔ και η καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίες σχετίζονται επίσης με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους ή σχετίζονται άμεσα με τη ΧΝΝ (Iwagami et al 2017). Ειδικότερα, η κατάθλιψη επιδρά στην ικανότητα των ατόμων να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, επηρεάζοντας τον τρόπο που σκέφτονται, τρώνε, κοιμούνται και εργάζονται, ενώ τα συμπτώματα μπορεί, μεταξύ άλλων, να κυμαίνονται από κόπωση, αισθήματα απελπισίας, ανησυχία, πονοκεφάλους και απόπειρες αυτοκτονίας. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με ΧΝΝ περιπλέκουν την ασθένειά τους και επηρεάζουν τη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία, καθώς και την ικανότητά τους να διαχειριστούν την κατάστασή τους (Hawamdeh et al 2017). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης έχουν, επίσης, συσχετιστεί με μειωμένη λειτουργική ικανότητα των ατόμων, υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας, αυξημένα ποσοστά απόσυρσης από την αιμοκάθαρση, πρωιμότερη θνησιμότητα (Pascoe et al 2017), επιδείνωση της διατροφικής κατάστασης και αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων (Jhee et al 2017).

Διαταραχές του ύπνου και ΧΝΝ

Η διάρκεια και η ποιότητα του ύπνου είναι συνήθως μειωμένες στα άτομα με χρόνια νεφρική νόσο και οι διαταραχές ύπνου είναι συχνά παρούσες ακόμη και στα αρχικά στάδια της νόσου. Οι παράγοντες κινδύνου για διαταραχές του ύπνου στο γενικό πληθυσμό, όπως η μεγαλύτερη ηλικία, το αρσενικό φύλο, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η αυξημένη περιμέτρος του αυχένα και ο σακχαρώδης διαβήτης, κυριαρχούν, επίσης, και στον πληθυσμό των ασθενών με ΧΝΝ (Natale et al 2017).

Η αϋπνία είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (Lindner et al 2015) με τον επιπολασμό των διαταραχών του ύπνου να υπολογίζεται πως μπορεί να φθάσει το 80% μεταξύ των ατόμων με χρόνια νεφρική νόσο (Ricardo et al 2017). Η αϋπνία συνδέεται με κόπωση, υπνηλία, μειωμένη λειτουργικότητα των ατόμων κατά τη διάρκεια της ημέρας, διαταραγμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Πολλοί παράγοντες σχετιζόμενοι με την ασθένεια και τη θεραπεία (αλλαγές του μεταβολισμού, φλεγμονή, τροποποίηση των ρυθμιστικών μηχανισμών του ύπνου, συμπτώματα και επιπλοκές της ΧΝΝ, συνυπάρχουσες παθήσεις, φάρμακα και θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας) μπορεί να διαταράξουν τον ύπνο και να συμβάλουν στον υψηλό επιπολασμό της αϋπνίας σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών (Lindner et al 2015).

Η μειωμένη ποιότητα ύπνου είναι, επίσης, συχνή σε

ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με τον αναφερόμενο επιπολασμό του «κακού ύπνου», συμπεριλαμβανομένων των παραπόνων για διαταραχές του κύκλου ύπνου-αφύπνισης, της αναπνευστικής διαταραχής κατά τη διάρκεια του ύπνου και της υπερβολικής υπνηλίας, στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση να κυμαίνεται από 45-80% (Iliescu et al 2004).

Μεταξύ των ατόμων με ΧΝΝ, οι διαταραχές του ύπνου έχουν συσχετιστεί με νευρογνωστικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων της απροσεξίας, των χαμηλότερων επιδόσεων στο σχολείο ή της παραγωγικότητας στην εργασία, καθώς και με τροχαία ατυχήματα. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές του ύπνου συνδέονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και αρτηριακή υπέρταση, υποκλινική αθηροσκλήρωση, στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, δυσγλυκαιμία και μεταβολικό σύνδρομο (Natale et al 2017).

Κόπωση και ΧΝΝ

Ένα ακόμα διαδεδομένο σύμπτωμα που βιώνουν οι ασθενείς με ΧΝΝ είναι η κόπωση, η οποία έχει αναγνωριστεί ως ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε αυτόν τον πληθυσμό, και έχει επιπτώσεις και στη θνησιμότητα των ασθενών. Η κόπωση αναγνωρίζεται ως πολυδιάστατη και αποτελείται από διάφορους υποτύπους, καθένας από τους οποίους μπορεί να έχει ξεχωριστούς μηχανισμούς εκδήλωσης (Macdonald et al 2012). Ειδικότερα, η κόπωση μπορεί να οριστεί ως «ασυνήθιστη, μη φυσιολογική ή υπερβολική κόπωση ολόκληρου του σώματος, η οποία είναι δυσανάλογη ή μη σχετική με την καταβαλλόμενη δραστηριότητα ή προσπάθεια» και μπορεί να διακριθεί σε σωματική (κόπωση ολόκληρου του σώματος), ψυχική (μειωμένη συγκέντρωση), συναισθηματική (μειωμένο κίνητρο ή απάθεια) κόπωση και σε κόπωση μετά την αιμοκάθαρση (Farragher et al 2017).

Ειδικότερα, η συχνότητα της κόπωσης κυμαίνεται από 60% έως 97% των αιμοκαθαιρόμενων ατόμων, ενώ στους παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση της κόπωσης στους ασθενείς αυτούς περιλαμβάνονται η κατάθλιψη και η αναιμία (Horigan et al 2012), τα μη φυσιολογικά επίπεδα ουρίας και αιμοσφαιρίνης, οι διατροφικές ανεπάρκειες και οι διαταραχές του ύπνου (Bonner et al 2010).

Επιδράσεις της ΧΝΝ στη σεξουαλικότητα, την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση του ατόμου

Πλήθος σεξουαλικών προβλημάτων επηρεάζουν τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες με χρόνια νεφρική νόσο, συμπεριλαμβανομένων της μειωμένης λίμπιντο, της στυτικής δυσλειτουργίας, της δυσμνήρροιας και της στειρότητας (Anantharaman & Schmidt 2007). Οι διαταραχές αυτές είναι κυρίως οργανικής φύσης και

σχετίζονται με την ουραιμία, καθώς και με τις άλλες συνυπάρχουσες καταστάσεις που συχνά ταλαιπωρούν τους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η κόπωση και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας συνιστούν, επίσης, παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των δυσλειτουργιών αυτών. Οι διαταραχές στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-γονάδων μπορούν να ανιχνευθούν πριν από την ανάγκη για αιμοκάθαρση, αλλά συνεχίζουν να επιδεινώνονται με την έναρξη της θεραπείας της νεφρικής υποκατάστασης. Η μειωμένη λειτουργία των γονάδων είναι εμφανής στους ουραιμικούς άνδρες, ενώ οι κεντρικές διαταραχές είναι πιο εμφανείς στις ουραιμικές γυναίκες (Palmer 2003). Περίπου το 50% των ασθενών με ΧΝΝ και το 80% των αιμοκαθαιρόμενων ανδρών παρουσιάζουν στυτική δυσλειτουργία, ενώ, ο επιπολασμός της στυτικής δυσλειτουργίας στους αιμοκαθαιρόμενους άνδρες αυξάνεται με την ηλικία (63% <50 ετών έναντι 90% ≥50 ετών). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και για τις γυναίκες με ΧΝΝ, με το 55% των γυναικών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση να αναφέρουν δυσκολία στη σεξουαλική διέγερση. Η δυσμνήρροια, η καθυστερημένη σεξουαλική ανάπτυξη, η διαταραχή της κολπικής λίπανσης, η δυσπαρεΰνια και οι δυσκολίες στην επίτευξη οργασμού παρατηρούνται, επίσης, συχνά (Vecchio et al., 2010). Το πρόβλημα όμως, μπορεί να είναι ακόμα πιο διαδεδομένο από ό, τι έχει αναφερθεί, καθώς η σεξουαλική δυσλειτουργία συχνά παραβλέπεται από τους ιατρούς. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (ΑΚ), μόνο το 24,1% των ασθενών αυτών είχαν μιλήσει με το γιατρό τους για τη σεξουαλική τους δραστηριότητα και μόνο το 55,4% ήταν σεξουαλικά ενεργοί, συγκριτικά με το 79% των ατόμων αντίστοιχης ηλικίας στο γενικό πληθυσμό (Dancik et al 2015).

Παράλληλα με τα παραπάνω, η αρνητική εικόνα του εαυτού και του σώματος αποτελούν κοινές ψυχολογικές συνέπειες της ζωής με την τελικού σταδίου νεφρική νόσο. Η θεραπεία με αιμοκάθαρση μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος, καθώς οι ασθενείς μπορεί να αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως μη ελκυστικούς. Ταυτόχρονα, τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που λαμβάνονται για την πρόληψη της απόρριψης οργάνων συμβάλλουν, επίσης, σε εμφανείς σωματικές αλλαγές που βλάπτουν την αυτο-αποδοχή. Οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να προσαρμοστούν στην μεταβαλλόμενη εμφάνισή τους αλλάζοντας τον τρόπο που ντύνονται και τον τρόπο που έρχονται σε επαφή με τους άλλους (Finnegan-John & Thomas 2013). Για παράδειγμα, μεταξύ των αλλαγών που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία είναι και η αγγειακή προσπέλαση (φίστουλα, μόσχευμα ή κεντρικός φλεβικός καθετήρας), η οποία προκαλεί ορατή παραμόρφωση σε μια περιοχή του σώματος του ασθενούς. Ασθενείς, αναφέρουν ότι αυτή η αλλαγή στο σώμα διεγεί-

ρει την περιέργεια των ανθρώπων και για αυτό το λόγο προτιμούν να φορούν ρούχα που καλύπτουν την περιοχή (Frazão et al 2016).

Τέλος, οι ασθενείς με ΧΝΝ δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε αθλήματα και κοινωνικές δραστηριότητες, γεγονός που επιδρά αρνητικά στα αισθήματα αυτονομίας και αυτοεκτίμησης (Gerogianni & Babatsikou 2014).

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΝΝ

Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ποιότητα ζωής, καθώς η επιβίωση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις έχει αυξηθεί. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα της ζωής ως την «αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους και τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία ενός ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας και τις σχέσεις του με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος» (Zalai et al 2012). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αντικατοπτρίζει τη συμβολή της νόσου στην ευεξία των ασθενών και μπορεί να χρησιμεύσει ως πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Soni et al 2010). Η ποιότητα της ζωής έχει βρεθεί ότι είναι σημαντικά εξασθενημένη στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, με τις χαμηλές βαθμολογίες στις υποκλίμακες της SF-36 να σχετίζονται με τη νοσηλεία σε νοσοκομείο και με το θάνατο (Perlman et al 2005). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με μια μελέτη στην

Ολλανδία, παρατηρήθηκε μειωμένη ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση όσον αφορά τη σωματική, κοινωνική και ψυχική τους κατάσταση, με την ποιότητα ζωής να είναι μειωμένη ήδη από τα αρχικά στάδια της ΧΝΝ, συγκριτικά με δείγματα του γενικού πληθυσμού. Η μεγαλύτερη διαφοροποίηση που διαπιστώθηκε να αφορά στη φυσική λειτουργικότητα (Jansen et al 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα ανασκόπηση είχε ως σκοπό τη σκιαγράφηση του κλινικού προφίλ της ΧΝΝ και την ανάδειξη των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ασθενών που πάσχουν από αυτή. Είναι γνωστό πια ότι πολλοί από τους ασθενείς με ΧΝΝ είναι επιρρεπείς σε αρκετές από τις ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει η φύση της ασθένειας. Οι τρέχουσες εξελίξεις στη νεφρολογία δείχνουν ότι η εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της νόσου, αλλά και η πρόληψη των επιπτώσεων είναι απαραίτητες. Τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα είναι σημαντικά, όχι μόνο σε σχέση με τη διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής, αλλά και ως ένα αυξανόμενο σύνολο στοιχείων που εμπεριέχουν την ψυχική υγεία ως προβλεπτικό παράγοντα των εκβάσεων των ασθενών με ΧΝΝ.

Ο ρόλος των νοσηλευτών νεφρολογίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός τόσο κατά τη εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία και τη διαχείριση της νόσου όσο και για την παροχή εξατομικευμένης ψυχολογικής υποστήριξης προς τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αλλά και με τη συνεχή αξιολόγηση τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aiyegbusi O.L., Kyte D., Cockwell P., Marshall T., Gheorghe A., Keeley T., Slade A. & Calvert M. (2017). Measurement properties of patient-reported outcome measures (PROMs) used in adult patients with chronic kidney disease: A systematic review. *PLoS ONE* 12(6): e0179733.
- Alsahli M. & Gerich J.E. (2014). Hypoglycemia, Chronic Kidney Disease, and Diabetes Mellitus. *Mayo Clinic Proceedings* 89(11): 1564–1571.
- Anantharaman P. & Schmidt R.J. (2007). Sexual Function in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease* 14(2): 119–125.
- Bonner A., Wellar S. & Caltabiano M. (2010). The impact of fatigue on daily activity in people with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing* 19(21–22): 3006–3015.
- Carrero J.J., Hecking M., Ulas I., Sola L. & Thomas B. (2017). Chronic Kidney Disease, Gender, and Access to Care: A Global Perspective. *Seminars in Nephrology* 37(3): 296–308.
- Chen C.K., Tsai Y.C., Hs, H.J., Wu I.W., Sun C.Y., Chou C.C., Lee C.C., Tsai C.R., Wu M.S. & Wang, L.J. (2010). Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure. *Psychosomatics* 51(6): 528–528.e6.
- Dancik T., No G. & Johansen K. (2015). Chapter 29 - Sexual Dysfunction in Chronic Kidney Disease. In *Chronic Renal Disease* (pp. 350–363). San Diego: Academic Press.
- Delles C. & Vanholder R. (2017). Chronic kidney disease. *Clinical Science* 131(3): 225–226.
- Dharmarajan S.H., Bragg-Gresham J.L., Morgenstern H., Gillespie B.W., Li Y., Powe N.R., Tuot D.S., Banerjee T., Burrows N.R., Rolka D.B., Saydah S.H. & Saran R. (2017). State-Level Awareness of Chronic Kidney Disease in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine* 53(3): 300–307.
- Di Lullo L., Mangano M., Ronco C., Barbera V., De Pascalis A., Bellasi A., Russo D., Iorio B.D. & Cozzolino M. (2017). The treatment of type 2 diabetes mellitus in patients with chronic kidney disease: What to expect from new oral hypoglycemic agents. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 11(Supplement 1): S295–S305.
- Dunkler D., Kohl M., Heinze G., Teo K.K., Rosengren A., Pogue J., Gao P., Gerstein H., Yusuf S., Oberbauer R. & Mann J. for the

- ONTARGET Investigators. (2015). Modifiable lifestyle and social factors affect chronic kidney disease in high-risk individuals with type 2 diabetes mellitus. *Kidney International* 87(4): 784–791.
- Farragher J.F., Polatajko H.J. & Jassal S.V. (2017). The Relationship Between Fatigue and Depression in Adults With End-Stage Renal Disease on Chronic In-Hospital Hemodialysis: A Scoping Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 53(4): 783–803.e1.
- Finnegan-John J. & Thomas V.J. (2013). The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs Assessment to Shape a Service: Research article. *ISRN Nephrology* 2013, Article ID 308986: 1–8.
- Fraser S.D. & Blakeman T. (2016). Chronic kidney disease: identification and management in primary care. *Pragmatic and Observational Research* 7: 21–32.
- Frazão C.M.F. de Q., Tinôco J.D. de S., Fernandes M.I. da C.D., Macedo B.M. de & Lira A.L.B. de C. (2016). Body changes experienced by patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Enfermeria Global* 15(43): 289–299.
- Gambaro G., Croppi E., Bushinsky D., Jaeger P., Cupisti A., Ticinesi A., Mazzaferro S., D'Addessi A. & Ferraro P.M. (2017). The Risk of Chronic Kidney Disease Associated with Urolithiasis and its Urological Treatments: A Review. *The Journal of Urology* 198(2): 268–273.
- Gerogianni S.K., Babatsikou F.P. (2014). Psychological aspects in chronic renal failure. *Health Science Journal* 8(2): 205–214.
- Hawamdeh S., Almari A.M., Almutair, A.S. & Dator W.L.T. (2017). Determinants and prevalence of depression in patients with chronic renal disease, and their caregivers. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease* 10: 183–189.
- Horigan A., Rocchiccioli J. & Trimm D. (2012). Dialysis and Fatigue: Implications for Nurses – A Case Study Analysis. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* 21(3): 158–175.
- Iliescu E.A., Yeates K.E. & Holland D.C. (2004). Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation* 19(1): 95–99.
- Iwagami M., Tomlinson L.A., Mansfield K.E., McDonald H.I., Smeeth L. & Nitsch D. (2017). Prevalence, incidence, indication, and choice of antidepressants in patients with and without chronic kidney disease: a matched cohort study in UK Clinical Practice Research Datalink. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 26(7): 792–801.
- Jansen D.L., Heijmans M.J.W.M., Rijken M., Spreewenbergh P., Grootendorst D.C., Dekker F.W., Boeschoten E.W., Kaptein Ad A. & Groenewegen, P.P. (2013). Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: Different phases, different perceptions? *British Journal of Health Psychology* 18(2): 244–262.
- Jardine M.J., Kasiske B., Adu D., Alrukhaimi M., Ashuntantang G.E., Basnet S., Chailimpamontree W., Craig J.C., O'Donoghue D.J., Perkovic V., Powe N.R., Roberts C.J., Suzuki Y., Tanaka T. & Uhlig K. (2017). Closing the gap between evidence and practice in chronic kidney disease. *Kidney International Supplements* 7(2): 114–121.
- Jhee J.H., Kim H., Park S., Yun H.R., Jung S.Y., Kee Y.K., Yoon C.Y., Park J.T., Han S.H., Kang S.W. & Yoo T.H. (2017). Vitamin D deficiency is significantly associated with depression in patients with chronic kidney disease. *PLOS ONE* 12(2): e0171009.
- Kimmel P.L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research* 53(4): 951–956.
- Kimmel P.L., Cohen S.D. & Peterson R.A. (2008). Depression in Patients With Chronic Renal Disease: Where Are We Going? *Journal of Renal Nutrition* 18(1): 99–103.
- Kitagawa M., Sugiyama H., Morinaga H., Inoue T., Takiue K., Ogawa A., Yamanari T., Kikumoto Y., Uchida H.A., Kitamura S., Maeshima Y., Nakamura K., Ito H. & Makino H. (2013). A Decreased Level of Serum Soluble Klotho Is an Independent Biomarker Associated with Arterial Stiffness in Patients with Chronic Kidney Disease. *PLoS ONE* 8(2): e56695
- Kong X., Liu L., Zuo L., Yuan P., Li Z., Li W., Cai M., Chen X., Jiang A., Long G., Xu J., Lin H., Wang S., Huang W., Wang Y., Guo Y., Cao P., Wu H., Jia Q., Zhang L., Wang M. & Wang H. (2013). Association between family members of dialysis patients and chronic kidney disease: a multicenter study in China. *BMC Nephrology* 14: 19.
- Lai Y.J., Hu H.Y., Lee Y.L., Ku P.W., Yen Y.-F. & Chu D. (2017). Association between obesity and risk of chronic kidney disease: A nationwide Cohort study in Taiwan. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* 27(11): 1008–1014.
- Lazarus B., Chen Y., Wilson F.P., Sang Y., Chang A.R., Coresh J. & Grams M.E. (2016). Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. *JAMA Internal Medicine* 176(2): 238–246.
- Lee M.C., Wu S.F. V., Hsieh N.C. & Tsai J.M. (2016). Self-Management Programs on eGFR, Depression, and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. *Asian Nursing Research* 10(4): 255–262.
- Levey A.S. & Coresh J. (2012). Chronic kidney disease. *The Lancet* 379(9811): 165–180.
- Lin M.Y., Liu M.F., Hsu L.F. & Tsai P.S. (2017). Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 74(Supplement C): 128–137.
- Lindner A.V., Novak M., Bohra M. & Mucsi I. (2015). Insomnia in Patients With Chronic Kidney Disease. *Seminars in Nephrology* 35(4): 359–372.
- Litbarg N.O. (2018). Chapter 40 - Chronic Kidney Disease. In D. Rakel (Ed.), *Integrative Medicine (Fourth Edition)* (pp. 411–421.e11). Elsevier.
- Luyckx V.A., Tuttle K.R., Garcia-Garcia G., Gharbi M.B., Heerspink H.J.L., Johnson D.W., Liu Z.H., Massy Z.A, Moe O., Nelson R.G., Sola L., Wheeler D.C. & White S.L. (2017). Reducing major risk factors for chronic kidney disease. *Kidney International Supplements* 7(2): 71–87.
- Macdonald J.H., Fearn L., Jibani M. & Marcora S.M. (2012). Exertional Fatigue in Patients With CKD. *American Journal of Kidney Diseases* 60(6): 930–939.
- McManus M.S. & Wynter-Minott S. (2017). Guidelines for Chronic Kidney Disease: Defining, Staging, and Managing in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners* 13(6): 400–410.
- Nasri H. & Amiri M. (2017). World kidney day 2017 with the theme of kidney disease and obesity. *Annals of Research in Dialysis* 2(1):e01
- Natale P., Ruospo M., Saglimbene V.M., Palmer S.C. & Strippoli G.F. (2017). Interventions for improving sleep quality in people with chronic kidney disease. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd Issue 4. Art. No.: CD012625
- Obadan N.O., Walker R.J. & Egede L.E. (2017). Independent correlates of chronic kidney disease awareness among adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications* 31(6): 988–991.
- Obador G.T., Schultheiss U.T., Kretzler M., Langham R.G., Nangaku M., Pecoits-Filho R., Pollock C., Rossert J., Correa-Rotter R., Stenvinkel P., Walker R., Yang C.W., Fox C.S. & Köttgen A. (2017). Genetic and environmental risk factors for chronic kidney disease. *Kidney International Supplements* 7(2): 88–106.
- Palmer B.F. (2003). Sexual Dysfunction in Men and Women With Chronic Kidney Disease and End-Stage Kidney Disease. *Advances in Renal Replacement Therapy* 10(1): 48–60.
- Pascoe M.C., Thompson D.R., Castle D.J., McEvedy S.M. & Ski C.F. (2017). Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology* 8: Article 992
- Perlman R.L., Finkelstein F.O., Liu L., Roys E., Kiser M., Eisele G., Burrows-Hudson S., Messana J.M., Levin N., Rajagopalan S., Port

- F.K., Wolfe R.A. & Saran R. (2005). Quality of life in Chronic Kidney Disease (CKD): A cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *American Journal of Kidney Diseases* 45(4): 658–666.
- Ricardo A.C., Goh V., Chen J., Cedillo-Couvert E., Kapella M., Prasad B., Parvathaneni S., Knutson K. & Lash J.P. (2017). Association of Sleep Duration, Symptoms, and Disorders With Mortality in Adults With Chronic Kidney Disease. *Kidney International Reports* 2(5): 866–873.
- Rossignol P., Massy Z.A., Azizi M., Bakris G., Ritz E., Covic A., Goldsmith D., Heine G.H., Jager K.J., Kanbay M., Mallamaci F., Ortiz A., Vanholder R., Wiecek A., Zoccali C., London G.M., Stengel B. & Fouque D. (2015). The double challenge of resistant hypertension and chronic kidney disease. *The Lancet* 386(10003): 1588–1598.
- Shirazian S., Grant C. D., Aina O., Mattana J., Khorassani F. & Ricardo A. C. (2017). Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney International Reports* 2(1): 94–107.
- da Silva Junior G.B. , de Oliveira Barbosa A.M. de O., da Silva G.P.F., da Silva L.N., Lima G.R., Santana C.C., da Silva T.G., de Oliveira J.G.R., de Agrela Gonçalves Jardim M.H. & Araújo S.M.H.A. (2017). Depressive symptoms in chronic kidney disease: A comparison between patients on dialysis versus conservative treatment. *Nefrologia Latinoamericana* 14(4): 153–159
- Soni R.K., Weisbord S.D. & Unruh M.L. (2010). Health-related quality of life outcomes in Chronic kidney disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension* 19(2): 153–159.
- Stengel B., Combe C., Jacquelinet C., Briangon S., Fouque D., Laville M., Frimat L., Pascal C., Herpe Y.E., Deleuze J.F., Schanstra j., Pisoni R.L., Robinson B.M. & Massy Z.A. (2014). The French Chronic Kidney Disease-Renal Epidemiology and Information Network (CKD-REIN) cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 29(8): 1500–1507.
- Vecchio M., Navaneethan S.D., Johnson D.W., Lucisano G., Graziano G., Querques M., Saglimbene V., Ruospo M., Bonifati C., Jannini E.A. & Strippoli G.F.M. (2010). Treatment Options for Sexual Dysfunction in Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 5(6): 985–995.
- Venuthurupalli S.K., Hoy W.E., Healy H.G., Cameron A. & Fasset R.G. (2018). Chronic Kidney Disease Screening and Surveillance in Australia: Past, Present, and Future. *Kidney International Reports* 3(1): 36–46.
- Webster A.C., Nagler E.V., Morton R.L. & Masson P. (2017). Chronic Kidney Disease. *The Lancet* 389(10075): 1238–1252.
- Yoong R.K., Mooppil N., Khoo E.Y., Newman S.P., Lee V.Y., Kang A. W. & Griva K. (2017). Prevalence and determinants of anxiety and depression in end stage renal disease (ESRD). A comparison between ESRD patients with and without coexisting diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research* 94(Supplement C): 68–72.
- Zalai D., Szeifert L. & Novak M. (2012). Psychological Distress and Depression in Patients with Chronic Kidney Disease. *Seminars in Dialysis* 25(4): 428–438.

Chronic Kidney Disease: Clinical Characteristics and psychosocial aspects

Evangelos C. Fradelos¹, Dimitroula Mitsi², Sofia Zyga³

1. RN, MSc, PhD, Psychiatric Department, Athens General Hospital for Chest Diseases «Sotiria»,
Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece

2. RN, MSc, PhD(c), Athens General Hospital "Elpis"

3. Professor, Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece

ABSTRACT

Chronic kidney disease is characterized by persistent renal impairment and/or loss of renal function. This condition is associated with high morbidity and mortality, and despite progress in prevention, diagnosis and treatment, CKD remains an important public health problem. Emotional discomfort, manifested by symptoms of anxiety and depression, is common in chronic illnesses with incidence/prevalence rates and the severity of symptoms being significantly higher among patients with chronic health problems such as heart disease, rheumatoid arthritis or chronic renal disease, compared to the general population. While the estimate accuracy may vary due to methodological differences and differences in measurements between studies, there are indications that chronic disease with coexisting depression is associated with increased symptom burden and functional impairment, poor quality of life, non-observance of treatment and worse clinical outcomes. Psychosocial issues among these patient groups are important not only for maintaining a good quality of life, but also for managing the disease. As mental health is a predictive factor for the outcomes of CKD patients, the management of any issues that arise is of paramount importance. The role of nephrology nurses is particularly important both in the implementation of nursing interventions related to the treatment and management of the disease, as well as in the provision of individualized psychological support to patients undergoing hemodialysis.

Key words: Burden, Chronic kidney disease, Clinical characteristics, psychosocial aspects

Corresponding author: Evangelos C. Fradelos
e-mail: evangelosfradelos@hotmail.com

Submission date: 23/08/2019
Publication date: December 2019

Citation: Fradelos E.C., Mitsi D. & Zyga S. (2019). Chronic Kidney Disease: Clinical Characteristics and psychosocial aspects. *Hellenic Journal of Nursing Science* 12(4): 3-12