

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ
ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ»

ΑΡΩΝΗ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑΣ
Νοσηλεύτριας ΠΕ

Σεπτέμβριος 2013
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ
ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ»

ΑΡΩΝΗ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑΣ
Νοσηλεύτριας ΠΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής
Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Ζυγά Σοφία, Επίκουρος Καθηγήτρια
Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μέλος: Θεοφίλου Παρασκευή, Δρ Ψυχολογίας της Υγείας

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Ζυγά Σοφία, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής

Copyright © ΑΡΩΝΗ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ, 2013
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Ζυγά Σοφία

Όνοματεπώνυμο

Τσιρώνη Μαρία

Όνοματεπώνυμο

Πανουτσόπουλος Γεώργιος

Όνοματεπώνυμο

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.....	3
1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	3
1.2 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΟΡΙΣΜΟΣ).....	6
1.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	7
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	8
1.5 ΑΙΤΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	8
1.6 ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	10
1.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΝΝ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΝΟΣ	20
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	20
2.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	22
2.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	23
2.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	24
2.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	28
2.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	34
2.7 Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	41
3.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	41
3.2 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	43
3.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	45
3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	50
1.1 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	50
1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	50
1.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	51
1.4 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	51

1.5	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	51
1.6.	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	52
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	53
2.1	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	53
2.2	ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	62
2.3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΙΔΙΟΤΗΤΩΝ	
	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ PSEQ	82
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	89
	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	96
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	97
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	113
	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	149
	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ	156

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΖ: Ποιότητα Ζωής

ΧΝΝ: Χρόνια Νεφρική Νόσος

ΤΣΧΝΝ: Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσος

ΜΤΝ: Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

ΣΥΠΖ: Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

ΥΣΕ: Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΠΚ: Περιτοναϊκή Κάθαρση

ΣΦΠΚ: Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν και πάνω απ' όλα θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μεταπτυχιακής μου εργασίας Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η βοήθεια, η συμπαράσταση και η καθοδήγησή της κατά το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη συγγραφή και την ολοκλήρωση αυτής της ερευνητικής προσπάθειας υπήρξε ιδιαίτερα πολύτιμη και καθοριστική.

Θερμές ευχαριστίες επίσης θα ήθελα να εκφράσω στην Δρ Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου καθώς και στην Δρ Παρασκευή Θεοφίλου, Κοινωνική Λειτουργό και Ψυχολόγο, μέλη της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής για την καθοριστική συμβολή τους στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς μου.

Τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου οφείλω στους Διοικητές και Προέδρους των Επιστημονικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων Άργους, Καλαμάτας, Σπάρτης και Μολάων για την παραχώρηση άδειας εκπόνησης της μελέτης μου. Για τον ίδιο λόγο θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Χήναρη Ελένη, Διευθύντρια της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου Άργους και την Προϊσταμένη κ. Κοροβέση Αδαμαντία, τον κ. Μπριστογιάννη Γεώργιο, Διευθυντή της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου Καλαμάτας και την Προϊσταμένη κ. Ράλλη Μαρία, την κ. Τζουγανάτου Ανδριάνα, Διευθύντρια της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου Σπάρτης και τον Προϊστάμενο κ. Κυρκίρη Θεόφιλο και τον κ. Πρέσβελο Δημήτριο, Διευθυντή της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου Μολάων. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω επίσης και στους ασθενείς που με τίμησαν και με εμπιστεύτηκαν με τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Χωρίς τη βοήθειά τους δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου για τη βοήθεια και τις εύστοχες παρατηρήσεις του, την υπομονή, την αμέριστη συμπαράσταση και την πίστη του σ' εμένα τόσο κατά τη διάρκεια των σπουδών μου όσο και γενικότερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νεφρική νόσος αποτελεί μία χρόνια νόσο με σοβαρές επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των ασθενών. Μία σημαντική διάσταση που αδιαμφισβήτητα επηρεάζει την ΠΖ αυτών των ασθενών είναι ο πόνος τον οποίο είναι πολύ πιθανό να βιώσουν, με δεδομένη την ανάπτυξη πολλαπλών συνοδών νοσημάτων καθώς και τη χρονιότητα της νόσου. Η σημασία της ΠΖ και της αυτοδιαχείρισης του πόνου μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πορεία της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ) και την έκβαση της θεραπείας.

Σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας ήταν η αξιολόγηση του πόνου που ένιωθαν οι ασθενείς με ΧΝΝ, που υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας με αιμοκάθαρση καθώς και η αξιολόγηση της ΠΖ τους.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 230 ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε τέσσερις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (MTN) Νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από Απρίλιο έως Ιούνιο του 2013. Ως εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και του πόνου χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Missoula-VITAS Quality of Life Index -MVQOLI και Pain Self-Efficacy Questionnaire -PSEQ αντίστοιχα. Επίσης καταγράφηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και στοιχεία από το ατομικό ιατρικό ιστορικό. Απάντησαν 224 ασθενείς, ποσοστό απαντητικότητας 97,4%. Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS Statistics version 19 (SPSS Inc., 2003, Chicago, USA).

Αποτελέσματα: Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι όσο πιο αποτελεσματική ήταν η διαχείριση του πόνου, τόσο πιο υψηλή ΠΖ απολάμβαναν οι ασθενείς με ΧΝΝ. Επίσης η πλειονότητα των συμμετεχόντων χαρακτήρισε τη συνολική ΠΖ ως «μέτρια», ενώ η διαχείριση του πόνου εξαρτήθηκε από τα συνυπάρχοντα νοσήματα ή τις επιπλοκές που συνόδευαν τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Η αξιολόγηση του πόνου και της ΠΖ των ασθενών αυτών συσχετίστηκε με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος απασχόλησης, το οικογενειακό εισόδημα καθώς και το συνολικό χρόνο κατά τον οποίο υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην ανάπτυξη και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως προς τη διαχείριση των ασθενών καθώς και στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, ώστε να κατανοούν και να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και τις ανησυχίες των ασθενών που επηρεάζουν την ΠΖ τους, παρέχοντας με τον τρόπο αυτό ολιστική φροντίδα υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Χρόνια νεφρική νόσος, αιμοκάθαρση, πόνος, ποιότητα ζωής.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Renal failure is a chronic disease with severe impact on quality of life (QoL) of patients. An important dimension which undoubtedly influences the QoL of these patients is the pain they are likely to experience, given the development of multiple concomitant diseases and the chronicity of the disease. QoL and self-management of pain can play an important role in the course of chronic kidney disease (CKD) and treatment outcome.

OBJECTIVE: of this research work is the evaluation of pain experienced by patients with end-stage CKD (ESRD) undergoing renal replacement therapy on dialysis and the appraisal of their QOL.

METHODS: The sample of the study included 230 patients with CKD on dialysis in four (4) Dialysis Units of Hospitals of the Peloponnese Region. The study was conducted during the period from April to June 2013. The questionnaires (questionnaire of the scale Missoula-VITAS Quality of Life Index-MVQOLI- and questionnaire «the Pain Self-Efficacy Questionnaire-PSEQ-») were used as assessment tools of the quality of life and pain respectively. Also socio-demographic data of patients and their individual medical history data were recorded. 224 patients answered and the response rate was 97.4%. Statistical analysis was performed using the IBM SPSS Statistics version 19 (SPSS Inc., 2003, Chicago, USA).

RESULTS: The present investigation showed that the more effective the management of pain, the higher the QOL enjoyed by patients with CKD. Also, the majority of respondents described the overall QOL as "moderate", while the management of pain depended on comorbidity or complications accompanying the process of dialysis. The assessment of pain and QOL of these patients was associated with age, education level, type of employment, family income and the total amount of time during which they were undergoing dialysis.

CONCLUSIONS: The findings of this study can be used in the development and improvement of health services for the management of patients and to the awareness of health professionals to understand and treat the symptoms and concerns of patients that affect QOL, providing thereby holistic health care.

KEYWORDS: Chronic kidney disease, dialysis, pain, quality of life

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νεφρική νόσος αποτελεί μία χρόνια νόσο που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των ασθενών και ειδικότερα στην κοινωνική, την οικονομική και την ψυχολογική τους ευημερία. Συνεπακόλουθα, γι' αυτούς τους ασθενείς παρατηρείται ένα αυξημένο ενδιαφέρον σε θέματα ΠΖ στο πλαίσιο της θεραπευτικής τους αγωγής.¹⁻⁴

Οι εξελίξεις που έχουν σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης έχουν συμβάλει σημαντικά στην αύξηση της επιβίωσης των ασθενών με Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΤΣΧΝΝ).⁵ Η διάγνωση της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ) αναστατώνει ριζικά και συνολικά τη ζωή του ατόμου και της οικογένειας. Πέρα από το πρόβλημα υγείας, το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει πολύπλοκα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, καθώς η μακροχρόνια θεραπεία παρεμβαίνει και επηρεάζει τις σχέσεις, τους ρόλους, τις δραστηριότητες και τις επιδιώξεις της ζωής του.⁶

Η ΠΖ συχνά ερμηνεύεται ως ικανοποίηση από τη ζωή, ως υποκειμενικό αίσθημα ευτυχίας, ψυχικής ευφορίας και αυτοεκτίμησης, τα οποία συχνά αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως δείκτες ΠΖ. Ωστόσο, υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ερευνητών ότι η ΠΖ είναι πολυδιάστατη και συμπεριλαμβάνει σωματικές, ψυχοκοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις της ζωής του ατόμου.⁶

Όταν όμως η επιβίωση και η ΠΖ εξαρτώνται από την περιοδική διόρθωση βιολογικών παραμέτρων, με την ανάλογη τεχνική βοήθεια, όπως συμβαίνει με τους ασθενείς με ΧΝΝ, η κατάσταση αυτή επιδρά τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του.⁷

Μία σημαντική διάσταση που αδιαμφισβήτητα επηρεάζει την ΠΖ αυτών των ασθενών είναι ο πόνος, τον οποίο είναι πολύ πιθανό να βιώσουν τα άτομα αυτά με δεδομένη την ανάπτυξη πολλαπλών συνοδών νοσημάτων καθώς και τη χρονιότητα της νόσου.⁸⁻⁹

Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ βιώνουν εκτεταμένες σωματικές ταλαιπωρίες. Ο πόνος είναι ένα συχνό σύμπτωμα που αναφέρεται μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση¹⁰⁻¹² αν και δεν αποτελεί συχνά αντικείμενο της έρευνας που σχετίζεται με τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Συγκεκριμένα, οι πληροφορίες σχετικά με την προέλευσή του, τη συχνότητα και τη διαχείρισή του είναι σχετικά σπάνιες. Τα περισσότερα δημοσιευμένα στοιχεία

προέρχονται έμμεσα από τις μελέτες με επίκεντρο την υγεία σε σχέση με την ΠΖ.¹⁰⁻¹² Είναι γνωστό ότι η παρουσία του χρόνιου πόνου σε μεγάλο βαθμό επηρεάζει την ΠΖ και μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη συν-νοσηρότητα του άγχους και της κατάθλιψης.¹³

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση τόσο της ΠΖ όσο και του πόνου των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στα πλαίσια υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας στις MTN των Νοσοκομείων Αργους, Καλαμάτας, Σπάρτης και Μολάων. Επιπλέον, σκοπό αποτέλεσε η διερεύνηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου pain self-efficacy questionnaire (PSEQ) σε ασθενείς με Χ.Ν.Ν.

Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν διερευνητικός, περιγραφικός και η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση 2 ανώνυμων ερωτηματολογίων, ενώ το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 224 ασθενείς των Νοσοκομείων που προαναφέρθησαν.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό. Στο Γενικό μέρος αναπτύσσονται στοιχεία της ανατομίας και φυσιολογίας των νεφρών, στοιχεία της ΧΝΝ, αναφέρονται ο ορισμός, οι θεωρίες, η ταξινόμηση και η αντιμετώπιση του πόνου καθώς και η παρουσία του πόνου στη ΧΝΝ, ενώ τέλος δίνονται στοιχεία για την ΠΖ, τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ), τους δείκτες αξιολόγησης καθώς και τη συσχέτιση της ΠΖ με τη ΧΝΝ. Στο Ειδικό μέρος παρουσιάζονται η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα, η συζήτηση και τα συμπεράσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

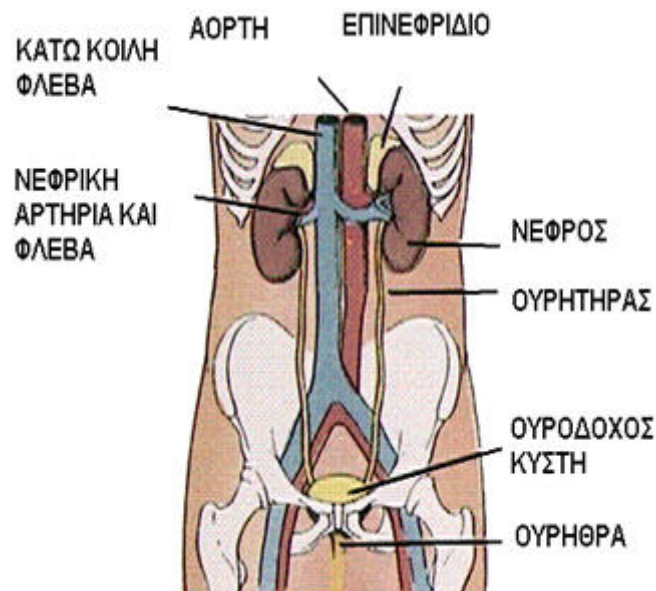
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Οι νεφροί είναι ζωτικά όργανα που σχετίζονται με την απέκκριση των άχρηστων προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης. Η λειτουργία τους συνδέεται βασικά με τη διατήρηση του όγκου και της σύνθεσης των υγρών του σώματος εντός των φυσιολογικών ορίων,¹⁴ και ταυτόχρονα αποτελούν ένα πρωταρχικό όργανο ελέγχου και ισορροπίας του εσωτερικού περιβάλλοντος (milieu interieur), γεγονός που έχει ιδιαίτερη σημασία στην προσαρμογή αλλά και στην επιβίωση του ατόμου στις ποικίλες μορφές του εξωτερικού περιβάλλοντος.¹⁵

Οι νεφροί βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης. Έχουν σχήμα φασολιού και εκτείνονται από τον 12^ο θωρακικό σπόνδυλο μέχρι τον 3^ο οσφυϊκό (Εικ. 1).¹⁶ Το βάρος του κάθε νεφρού στον ενήλικα άντρα είναι 125-175 gr και στην γυναίκα 115-125 gr, με το συνολικό τους βάρος να είναι μικρότερο από το 0,5% του συνολικού βάρους του ανθρώπινου σώματος.⁶

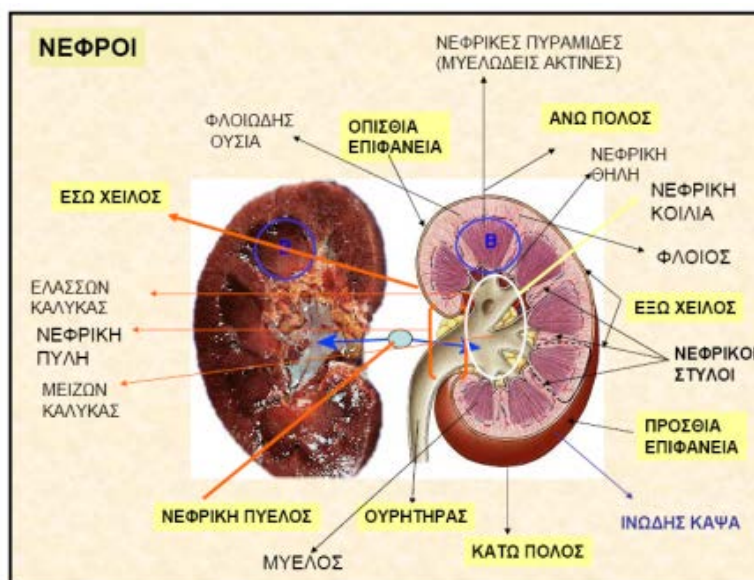


Εικ.1: Η θέση των νεφρών, σχηματικά, σε επιμήκη διατομή

Πηγή: <http://www.nephrologia.gr/neph/articles/article.jsp>

Ανατομικά κάθε νεφρός έχει δύο επιφάνειες (την πρόσθια και την οπίσθια), δύο χείλη (το έξω και το έσω) και δύο πόλους (τον άνω και τον κάτω). Περιβάλλεται από ινώδη κάψα η οποία καλύπτεται από λιπώδη ιστό. Στο μέσο της κοίλης επιφάνειας της κάψας υπάρχει σχισμή η οποία ονομάζεται πύλη και είναι το σημείο εισόδου της νεφρικής αρτηρίας και εξόδου της νεφρικής φλέβας, των λεμφαγγείων και του ουρητήρα.⁶

Μακροσκοπικά, σε εγκάρσια τομή του νεφρικού παρεγχύματος, διακρίνονται η εξωτερική φλοιώδης μοίρα, η εσωτερική μυελώδης μοίρα και η νεφρική πύελος (Εικ. 2). Η φλοιώδης μοίρα έχει κοκκώδη υφή, η οποία οφείλεται στην παρουσία των σπειραμάτων. Η μυελώδης μοίρα αποτελείται από 8-18 κωνοειδείς ανατομικές δομές που ονομάζονται νεφρικές πυραμίδες του Malpighi οι βάσεις των οποίων βρίσκονται προς τη φλοιώδη ουσία και οι κορυφές τους προβάλλουν στην νεφρική πύελο. Οι εν λόγω περιοχές αποτελούνται από τα ευθέα σωληνάρια και τα αιμοφόρα αγγεία. Η νεφρική πύελος περιέχει προσεκβολές που ονομάζονται μείζονες και ελάσσονες νεφρικοί κάλυκες. Κάθε ελάσσων κάλυκας (8-18) συλλέγει τα ούρα από τα αθροιστικά σωληνάρια στις πυραμίδες. Οι μείζονες κάλυκες (2-3) παροχετεύουν τα ούρα στη νεφρική πύελο και από εκεί στον ουρητήρα.¹⁷⁻¹⁹ (Εικ.2).



Εικ. 2: Ανατομικά στοιχεία νεφρού, σε εγκάρσια διατομή

Πηγή: <http://biologynet.files.wordpress.com/2012/01/cebdcceb5cf86cf81cebfccef.png>

Αν και οι νεφροί αντιστοιχούν σε λιγότερο από 0,5% του σωματικού βάρους, υποδέχονται περίπου το 20% της καρδιακής παροχής. Η υψηλή αυτή αιματική ροή εξασφαλίζει την απαραίτητη ποσότητα πλάσματος για τη δημιουργία υπερδιηθήματος στο σπείραμα.²⁰

Η αρχιτεκτονική και λειτουργική μονάδα του νεφρού είναι ο νεφρώνας, ο οποίος αποτελείται από:²¹

α) το αγγειώδες σπείραμα: τα σπειράματα βρίσκονται στη φλοιώδη μοίρα του νεφρού, έχουν σχήμα σφαιρικό και αποτελούνται από άθροισμα αναστομούμενων τριχοειδών που περιβάλλονται από την κάψα του Bowman¹⁵

β) την κάψα του Bowman: η κάψα του Bowman αποτελείται από μια παχιά βασική μεμβράνη και από ένα στρώμα λεπτυσμένων επιθηλιακών κυττάρων. Ο χώρος του Bowman περιβάλλει το αγγειώδες σπείραμα και συγκεντρώνει το διήθημα, το οποίο στη συνέχεια προωθείται στο σωληνάριο.

γ) το ουροφόρο σωληνάριο, όπου διοχετεύεται το υπερδιήθημα²² και

δ) την παρασπειραματική συσκευή. η παρασπειραματική συσκευή αποτελεί μικρό ενδοκρινικό όργανο του νεφρώνα, το οποίο βρίσκεται στις πύλες του αγγειώδους σπειράματος, στην είσοδο του προσαγωγού αρτηριδίου. Είναι το μέρος του νεφρικού παρεγχύματος, που η λειτουργία του σχετίζεται με την παραγωγή της ρενίνης και το μεταβολισμό του νατρίου.^{20,23}

Ο αριθμός των νεφρώνων ανέρχεται σε 700.000 έως 1.200.000 για κάθε φυσιολογικό νεφρό.²⁴

Η λειτουργία του νεφρώνα είναι η υπερδιήθηση του πλάσματος και στη συνέχεια η επαναρρόφηση ή η έκκριση ουσιών στο ουροφόρο σωληνάριο, έτσι ώστε ο όγκος και η σύνθεση των υγρών του σώματος να διατηρείται εντός στενών φυσιολογικών ορίων.²⁵

Τρεις είναι οι βασικές λειτουργίες των νεφρών: η απεκκριτική, η μεταβολική και η ενδοκρινική. Η ανεπάρκεια των νεφρών σημαίνει μείωση της δυνατότητας να επιτελέσουν τις παραπάνω λειτουργίες με αποτέλεσμα τη συσσώρευση στον οργανισμό του νεφροπαθούς ουραιμικών τοξινών, διαταραχές στην οξεοβασική, υδατική και ηλεκτρολυτική ισορροπία.²⁶

Η αρχική βλάβη των νεφρών μπορεί να είναι ασυμπτωματική, ή μπορεί να εμφανιστεί ως απλή αιματουρία μέχρι βαριάς μορφής νεφρική ανεπάρκεια, η οποία να χρειάζεται θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση. Στη ΧΝΝ λόγω μόνιμης απώλειας των νεφρώνων, οι εναπομείναντες νεφρόνες αναγκάζονται να υπερλειτουργούν. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας αυτών των νεφρώνων έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή καταστροφή τους (σκλήρυνση, ίνωση), με συνέπεια μεγαλύτερη μείωση της λειτουργίας των νεφρών και επιπλέον επιβάρυνση των εναπομείναντων υγιών νεφρώνων (θεωρία του ανέπαφου νεφρώνα). Ο φαύλος κύκλος της προσπάθειας λειτουργικής εξισορρόπησης της νεφρικής λειτουργίας συνεχίζεται μέχρι τη ολοκληρωτική απώλειά της και κατάληξη στο τελικό στάδιο της ΧΝΝ με ανάγκη για θεραπεία υποκατάστασης.²⁷

1.2 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΟΡΙΣΜΟΣ)

Η ΧΝΝ είναι σύνδρομο οφειλόμενο σε πολλά διαφορετικά αίτια, τα οποία σε άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα προκαλούν τη δυσλειτουργία των νεφρών και την αδυναμία τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες ομοιοστασίας του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού.¹⁵

Η ΧΝΝ αφορά στη σταδιακή και μη αναστρέψιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και συγκεκριμένα της απεκκριτικής, ρυθμιστικής και ενδοκρινικής δράσης των νεφρών.²⁸

Ως ΧΝΝ χαρακτηρίζεται κάθε νοσολογική οντότητα που πληρεί έστω και ένα από τα παρακάτω κριτήρια:

1. Η νεφρική βλάβη πρέπει να προκαλεί δομικές και λειτουργικές διαταραχές, που να διαπιστώνονται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών. Η διηθητική ικανότητα μπορεί να είναι φυσιολογική, αυξημένη ή ελαττωμένη.
2. Παθολογικά ευρήματα σε εξετάσεις των ούρων και του αίματος ή παθολογικά ευρήματα από την εξέταση των ασθενών με απεικονιστικές μεθόδους ή ιστολογικά ευρήματα σε βιοψία νεφρού και
3. Ελάττωση της ρυθμού σπειραματικής διήθησης των νεφρών κάτω των $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ επιφάνειας σώματος.²⁸⁻²⁹

Είναι προφανές, ότι ασθενείς σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ή οι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος εντάσσονται αυτοδικαίως στην κατηγορία των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΝ.³⁰

1.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) είναι μία από τις παραμέτρους ορισμού της ΧΝΝ αλλά και ο βασικός δείκτης της νεφρικής λειτουργίας. Πρόκειται για ποσοτική εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας και προσδιορίζει τον όγκο του πλάσματος που καθαρίζεται από τις άχρηστες ουσίες στη μονάδα του χρόνου. Στην συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών, η εξακρίβωση του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης, επιβεβαιώνει ή αποκλείει την ύπαρξη νεφρικής δυσλειτουργίας κατά τη χρονική στιγμή του προσδιορισμού της.³¹⁻³²

Στην κλινική πράξη έχει αποδειχθεί χρήσιμη η διαίρεση της ΧΝΝ σε 5 στάδια, ανάλογα με την τιμή του GFR:

1ο στάδιο (GFR >90 ml/min): Χαρακτηρίζεται από μείωση των "εφεδρειών" του νεφρού. Η απεκκριτική και οι ρυθμιστικές λειτουργίες του νεφρού διατηρούνται ικανοποιητικά και δεν υπάρχουν συμπτώματα.

2ο στάδιο (GFR: 89-60 ml/min): Έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Παρατηρούνται αδυναμία πύκνωσης των ούρων, νυκτουρία, ήπια αναιμία και μικρή αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης του ορού. Όταν επιδράσουν παροξυντικά αίτια (π.χ. αφυδάτωση) οι ασθενείς μπορεί να μεταπέσουν αιφνίδια στο τρίτο και τέταρτο στάδιο.

3ο στάδιο (GFR: 59-30 ml/min): Είναι το στάδιο της έκδηλης νεφρικής ανεπάρκειας. Παρατηρείται προϊούσα αναιμία, υπασβεστιαμία, μεταβολική οξέωση, νυκτουρία, πολουρία και συχνά υπονατριαμία.

4ο στάδιο (GFR: 29-15 ml/min): Είναι το στάδιο της "ουραιμίας". Σ' αυτό υπάρχουν εκδηλώσεις από όλα σχεδόν τα συστήματα του οργανισμού. Τα συμπτώματα αυτά βελτιώνονται με ειδική δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λεύκωμα.

5ο στάδιο (GFR < 15 ml/min): Οι ασθενείς παρουσιάζουν βαριές ουραιμικές εκδηλώσεις και μπορούν να διατηρηθούν στη ζωή μόνο με υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.³³

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η συχνότητα εμφάνισης της ΧΝΝ βαίνει διαρκώς αυξανόμενη και φαίνεται ότι τα επόμενα χρόνια θα φτάσει σε επίπεδα επιδημίας. Ο αριθμός των ασθενών που χρήζουν υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας αυξάνεται κάθε χρόνο, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίζεται ότι μέχρι το έτος 2030, οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου θα είναι περίπου 2,24 εκατομμύρια. Επιπλέον, περίπου 11% του πληθυσμού υπολογίζεται ότι έχει έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και οι μισοί από τους ασθενείς αυτούς έχουν ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) μικρότερο από 60 ml/min/1,73 m² επιφάνειας σώματος. Παρόμοιες εκτιμήσεις για άλλες χώρες έχουν γίνει τόσο στην Αυστραλία και στην Ιαπωνία όσο και στην Ευρώπη.³⁴

Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζεται ο αριθμός των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ΧΝΝ στην Ελλάδα, καθώς και ο αριθμός των ασθενών ανά μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, σύμφωνα με τα τελικά και επιβεβαιωμένα δεδομένα της 31^{ης}/12^{ου}/2011 της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΣΕ) (Πίν. 1).

	ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
31/12/2011	9.252	724	2.492	12.468

Πιν. 1: Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο/μέθοδο θεραπείας

Πηγή: Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

1.5 ΑΙΤΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα κυριότερα αίτια της ΧΝΝ κατά ομάδες φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίν. 2):

ΑΙΤΙΑ ΧΝΝ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ	
<i>Πρωτοπαθή νεφρικά νοσήματα</i>	Ιδιοπαθείς σπειραματονεφρίτιδες Διαμεσοσωληναριακές νεφροπάθειες

<i>Αποφρακτικές νεφροπάθειες</i>	Απόφραξη ανώτερου ουροποιητικού συστήματος Απόφραξη κατώτερου ουροποιητικού συστήματος
<i>Κληρονομικές ή συγγενείς νεφρικές παθήσεις</i>	Πολυκυστική νόσος των νεφρών Οικογενειακή νεφρίτιδα Σ Alport
<i>Συστηματικές παθήσεις ή τοξικά αίτια</i>	Αθηροσκλήρυνση Κακοήθης αρτηριακή υπέρταση Σακχαρώδης διαβήτης Νεφροπάθεια από αναλγητικά Κολλαγονώσεις Ουρική αρθρίτιδα

Πίν. 2: Τα αίτια της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Πηγή: [http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/2956/3/Nimertis_Savidaki\(i\).pdf](http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/2956/3/Nimertis_Savidaki(i).pdf)

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΥΣΕ για το έτος 2011, οι κύριες αιτίες ΤΣΧΝΝ ασθενών που εντάσσονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση είναι:

- Σακχαρώδης Διαβήτης 27%
- Αρτηριακή υπέρταση 10,8%
- Σπειραματονεφρίτιδες 8,9%
- Πολυκυστική νόσος των νεφρών 4,3%
- Πυελονεφρίτιδα – διάμεση νεφροπάθεια 5.2%
- Νεφραγγειακά νοσήματα 1,8%
- Άγνωστη αιτιολογία 32,4%
- Άλλα αίτια 9,6%

1.6 ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η νεφρική δυσλειτουργία, στα πλαίσια μιας ΧΝΝ προχωρημένου σταδίου, είναι δυνατόν να προκαλέσει διαταραχές του ισοζυγίου του ύδατος, των ηλεκτρολυτών, της οξεοβασικής ισορροπίας, του μεταβολισμού του ασβεστίου και του φωσφόρου.³⁵⁻³⁶ Δεδομένης της αδυναμίας των νεφρών να επιτελέσουν τις ενδοκρινικές τους λειτουργίες, διαπιστώνονται και ορμονικές διαταραχές με σημαντικές συνέπειες στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, της ερυθροποίησης και του μεταβολισμού των οστών. Αποτέλεσμα είναι η διαταραχή της λειτουργίας όλων των κυτταρικών συστημάτων και οι συστηματικές εκδηλώσεις συνέπεια της νεφρικής νόσου.³⁷

Όταν η ΧΝΝ προσεγγίσει έκπτωση κατά 85-90% της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας τότε το σύνολο των κλινικών εκδηλώσεων, που διαπιστώνεται μετά την απώλεια των εξωκρινικών και ενδοκρινικών νεφρικών λειτουργιών, χαρακτηρίζεται ως ουραιμικό σύνδρομο και είναι ανεξάρτητο από το πρωτοπαθές αίτιο της νεφρικής βλάβης.³⁸⁻³⁹

Το ουραιμικό σύνδρομο αφορά ένα σύνολο συμπτωμάτων και σημείων που οφείλονται στην τοξική δράση των αυξημένων επιπέδων των αζωτούχων ενώσεων (ουραιμικές τοξίνες) και των υπολοίπων άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού που κατακρατούνται λόγω της νεφρικής δυσλειτουργίας. Συγκεκριμένα, τα ουραιμικά συμπτώματα εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση της ουρίας στο αίμα είναι μεγαλύτερη περίπου από 300 mg/dl αίματος.⁴⁰

Οι ουραιμικοί ασθενείς αναφέρουν συμπτώματα ναυτίας και εμέτων που ξεκινούν αμέσως μετά το πρωινό ξύπνημα και ανορεξίας σε βαθμό που η λήψη τροφής τους κάνει να αισθάνονται «άρρωστοι». Επιπλέον οι ουραιμικοί ασθενείς τις περισσότερες φορές περιγράφουν αίσθημα κόπωσης, αδυναμίας και χαμηλής θερμοκρασίας σώματος. Αλλαγές σε επίπεδο προσωπικότητας συνοδεύονται από μεταβολές του επιπέδου συνείδησης, οι οποίες παρόλο που αρχικά είναι ήπιες εξελίσσονται σε σύγχυση μέχρι κωματώδη κατάσταση.⁴¹ Τα συμπτώματα αυτά και τα αντίστοιχα σημεία που τα συνοδεύουν εκδηλώνονται καθώς οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί που ο οργανισμός έχει ήδη κινητοποιήσει, αδυνατούν πλέον να αντirroπίσουν τη νεφρική βλάβη. Θα πρέπει να διευκρινιστεί πως αρκετά από τα συμπτώματα που αφορούν στο ουραιμικό σύνδρομο δεν οφείλονται αποκλειστικά στην αύξηση της ουρίας αλλά και στη μειωμένη παραγωγή ερυθροποιητίνης και την επακόλουθη

αναιμία, όπως η αδυναμία, η καταβολή, η εμφάνιση/επιδείνωση στηθάγχης, η συγχυτική κατάσταση.⁴²

Η εμφάνιση του ουραιμικού συνδρόμου αφορά πλέον στην ΤΣΧΝΝ.

Κάθε ασθενής, με ΤΣΧΝΝ, μπορεί να εμφανίσει διαφορετικό συνδυασμό συμπτωμάτων αλλά και διαφορετική ένταση και διάρκεια των συμπτωμάτων.⁴³

Ο πίνακας που ακολουθεί (πίν. 3) εμπεριέχει τα κλινικά ευρήματα (σημεία και συμπτώματα) κατά σύστημα, που χαρακτηρίζουν το ουραιμικό σύνδρομο.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΣΗΜΕΙΑ
<u>Από το δέρμα:</u> κνησμός, ξηροδερμία	Μελάγχρωση, δρυφάδες από τον κνησμό, ωχρότητα, Δερματικές εναποθέσεις, εκχυμώσεις
<u>Από τα μάτια:</u> Ελάττωση της όρασης, επιπεφυκίτιδα	Υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια, εναπόθεση ασβεστίου στον κερατοειδή και επιπεφυκότα (red eye syndrome)
<u>Από το καρδιαγγειακό:</u> Δύσπνοια, ορθόπνοια, θωρακικός πόνος, οίδημα των άκρων	Υπέρταση και πνευμονικό οίδημα (ουραιμικός πνεύμονας), αρρυθμίες, περικαρδίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια, προϊούσα αθηροσκλήρωση, ισχαιμική νόσος
<u>Από το γαστρεντερικό:</u> Ανορεξία, έμετος, δίψα, διάρροια	Ουραιμική απόπνοια, παρωτίτιδα, εξέλκωση στόματος, γαστρίτιδα, πεπτικό έλκος, γαστρεντερική αιμορραγία
<u>Από το νευρομυϊκό:</u> Λήθαργος, σπασμοί, κώμα, κράμπες, αδυναμία, κεφαλαλγία, διαταραχές προσανατολισμού και ύπνου, μυϊκές	Εγκεφαλοπάθεια, τρόμος, περιφερική νευροπάθεια, μυοπάθεια-μυϊκή ατροφία και αδυναμία, καταπληξία, αναισθησία και κώμα

κράμπες, τρόμος, αστηριξία	
<u>Από το σκελετό:</u> Οστικοί πόνοι, αρθραλγίες, ουρική αρθρίτιδα, κατάγματα	Έκτοπη εναπόθεση ασβεστίου (αρθρώσεις, αγγεία, μάτια), οστική νόσος
<u>Από τους ενδοκρινείς:</u> Ανικανότητα, διαταραχές της libido, στειρότητα, διαταραχές της εμμηνορυσίας	Ατελής ανάπτυξη, καθυστερημένη ήβη, γυναικομαστία, διαταραχές μεταβολισμού υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών, υπερτριγλυκεριδαμία, υπερκαλιαιμία, νεφρική οστεοδυστροφία, δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός
<u>Από το αιμοποιητικό:</u> Αδυναμία, δύσπνοια, αιμορραγική διάθεση, επίσταξη	Αναιμία, εκχυμώσεις, πορφύρα, αιμορραγία, αναστολή της φαγοκυττάρωσης, δυσλειτουργία των λεμφοκυττάρων, αυξημένος κίνδυνος προσβολής από νεοπλασίες
<u>Από το ουρογεννητικό:</u> Δίψα, νυκτουρία, ενούρηση	Πρωτεϊνουρία, παθολογικό ίζημα ούρων
<u>Διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών:</u> Γενικά συμπτώματα	Αύξηση ή συρρίκνωση του εξωκυττάρου όγκου, υπερνατρίαμία ή υπονατρίαμία, μεταβολική οξέωση, υπερφωσφαταιμία και υποασβεστιαμία, υπερμαγνησιαμία

Πιν. 3: Σημεία και συμπτώματα ουραιμικού συνδρόμου-ΧΝΝ

Πηγή: [http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/2956/3/Nimertis_Savvidaki\(i\).pdf](http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/2956/3/Nimertis_Savvidaki(i).pdf)

1.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΝΝ

Από τη στιγμή που θα διαγνωστεί η νεφρική βλάβη, απαιτείται έλεγχος για να προσδιοριστεί το επίπεδο της νεφρικής λειτουργίας και η παρακολούθηση του ρυθμού εξέλιξης προς το τελικό στάδιο νεφρικής νόσου. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος που πραγματοποιείται περιλαμβάνει απεικονιστικές εξετάσεις, εξετάσεις αίματος και ούρων, όπου κεντρικό ρόλο διαδραματίζει ο έλεγχος των επιπέδων της κρεατινίνης αίματος.⁴⁴⁻⁴⁵ Περαιτέρω στόχος είναι ο έλεγχος του πρωταρχικού νοσήματος ή του αιτιολογικού παράγοντα που προκαλεί τη νεφρική βλάβη, όπως η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης ή η χρήση νεφροτοξικών ουσιών.⁴⁶

Οι παρεμβάσεις κατά την περίοδο μεταξύ διάγνωσης της νόσου και έναρξης της εξωνεφρικής κάθαρσης είναι καθοριστικές για τη λειτουργική προσαρμογή του πάσχοντα στις απαιτήσεις της νόσου προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν και να επιβραδυνθούν οι επιπτώσεις της,⁴¹ ενώ απαιτείται διεπιστημονική προσέγγιση του ασθενούς και της οικογένειάς του.⁴⁷

Καθώς σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση των ασθενών με ΧΝΝ τελικού σταδίου διαδραματίζει η κλινικοεργαστηριακή εικόνα τους ακριβώς πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης, η συνεχής εκτίμηση της ολιστικής κατάστασης του πάσχοντα αποτελεί τον πυρήνα παρέμβασης στον ασθενή με ΧΝΝ. Στο τελικό στάδιο της ΧΝΝ η επιβίωση του ασθενούς αλλά και η αντιμετώπιση των προβλημάτων του, επιβάλλει την έναρξη εξωνεφρικής κάθαρσης.^{41, 44,47,48}

Η θεραπεία της ΧΝΝ περιλαμβάνει τη συντηρητική αντιμετώπιση και την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) ή μεταμόσχευση νεφρού.

1.7.1 Συντηρητική αντιμετώπιση ΧΝΝ

Η συντηρητική αντιμετώπιση της ΧΝΝ ενδείκνυται σε ασθενείς που διατηρούν σχετικά ικανοποιητικό βαθμό νεφρικής λειτουργίας και περιλαμβάνει την εφαρμογή ειδικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς αιτίας, την ανεύρεση και αποκατάσταση των δυναμικά αναστρέψιμων αιτίων επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, τον έλεγχο του

ρυθμού εξέλιξης της νεφρικής βλάβης, και την αντιμετώπιση των επιπλοκών της ουραιμίας.⁴⁹

Εφαρμόζεται σε ασθενείς που διατηρούν σχετικά ικανοποιητική νεφρική λειτουργία (στάδιο I έως και IV). Περιλαμβάνει:

- α) την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς νοσήματος που συνήθως είναι αποτελεσματική αν η ΧΝΝ βρίσκεται σε αρχικά στάδια
- β) τη διόρθωση παραγόντων που επιδεινώνουν τη νεφρική λειτουργία όπως αρτηριακή υπέρταση, αφυδάτωση κ.ά.
- γ) τη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου του ύδατος, των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας
- δ) την εφαρμογή ειδικού διατροφολογικού προτύπου με σκοπό τη μείωση των ουραιμικών εκδηλώσεων και ίσως την επιβράδυνση της εξέλιξης της ΧΝΝ διατηρώντας όμως τους ασθενείς σε καλή θρέψη,⁵⁰ και
- ε) την επιβράδυνση ή αναστολή της εξέλιξης της ΧΝΝ.⁵¹

1.7.2. Μέθοδοι υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας

Όταν η πειραματική διήθηση μειωθεί σημαντικά (κάτω από 5 ml/min), η συντηρητική θεραπεία δεν κατορθώνει να ελέγξει τις εκδηλώσεις της ουραιμίας και υπάρχει κίνδυνος θανατηφόρων επιπλοκών.¹⁵ Στο στάδιο αυτό, που η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία είναι μικρότερη από το 5% της φυσιολογικής, δεν εξασφαλίζεται η βιοχημική, ηλεκτρολυτική και οξεοβασική ισορροπία του οργανισμού.⁶

Η απομάκρυνση των τοξικών ουσιών από τον οργανισμό μπορεί να γίνει με την εφαρμογή εξωνεφρικής κάθαρσης, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί με την αιμοκάθαρση και με την περιτοναϊκή κάθαρση. Με τις μεθόδους αυτές επιτυγχάνεται η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Διατηρείται έτσι ισορροπία του οργανισμού του νεφροπαθούς και εξασφαλίζεται η επιβίωσή του. Πλήρης αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας είναι δυνατόν να επιτευχθεί μόνο με τη μεταμόσχευση νεφρού.⁵²⁻⁵³

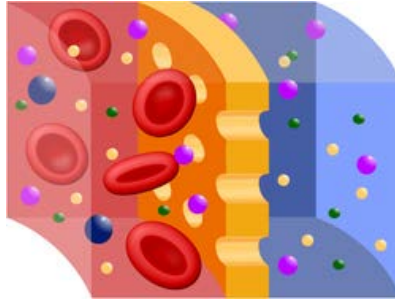
1.7.2.1. Αιμοκάθαρση

Η εισαγωγή της αιμοκάθαρσης ως θεραπεία της ΧΝΝ αντιπροσωπεύει μια από τις σημαντικότερες ιατρικές εξελίξεις του 20^{ου} αιώνα. Η ανακάλυψη από τον Willem J. Kolff το 1943⁵⁴ του πρώτου μηχανήματος τεχνητού νεφρού αποτέλεσε την αρχή μιας αλματώδους ανάπτυξης στην ιστορία της αιμοκάθαρσης. Ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια που η τελική τους κατάληξη ήταν ο θάνατος στις αρχές του αιώνα μας, τώρα με την εφαρμογή της χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης έχουν περισσότερα αλλά και πλέον ποιοτικά χρόνια ζωής.⁵⁵

Η αιμοκάθαρση αποτελεί παγκοσμίως την κυριότερη και πιο διαδεδομένη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ασθενών με οξεία ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κατά την οποία απομακρύνονται τα τελικά τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού, ρυθμίζεται το ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών, η ωσμωτικότητα και τέλος η οξεοβασική ισορροπία (ομοιόσταση). Σε σπάνιες περιπτώσεις η μέθοδος χρησιμοποιείται και για την αντιμετώπιση δηλητηριάσεων από φάρμακα ή άλλους τοξικούς παράγοντες.

Ο φυσιολογικός νεφρός επιτυγχάνει την εσωτερική ομοιόσταση κυρίως με τις λειτουργίες του νεφρώνα που είναι η σπειραματική διήθηση, η σωληναριακή παλιρρόφηση και η απέκκριση. Στην περίπτωση της αιμοκάθαρσης όμως οι λειτουργίες αυτές επιτελούνται εν μέρει, δεδομένης της απουσίας των μηχανισμών αυτοελέγχου (feedback) των προγραμματισμένων λειτουργιών της διαδικασίας της μεθόδου.⁵⁶

Η αιμοκάθαρση είναι η διαδικασία κατά την οποία η περιεκτικότητα σε διαλυμένες ουσίες ενός διαλύματος Α μεταβάλλεται όταν αυτό εκτίθεται σε δεύτερο διάλυμα Β μέσω ημιδιαπερατής μεμβράνης. Υποθετικά, η ημιδιαπερατή μεμβράνη μπορεί να θεωρηθεί σαν φύλλο χαρτιού με τρύπες ή πόρους. Τα μόρια του νερού και οι διαλυμένες ουσίες χαμηλού μοριακού βάρους που περιέχονται στα δύο διαλύματα, μπορούν να διέλθουν από τους πόρους της μεμβράνης και να αναμιχθούν, αλλά μεγαλύτερες διαλυμένες ουσίες όπως οι πρωτεΐνες δεν μπορούν να περάσουν από το ημιδιαπερατό φράγμα και οι ποσότητές τους θα παραμένουν αμετάβλητες και στις δύο πλευρές της μεμβράνης⁵⁷ (Εικ. 3).



Εικ. 3 Ημιδιαπερατή μεμβράνη

Πηγή: <http://el.wikipedia.org/wiki/αιμοκάθαρση>

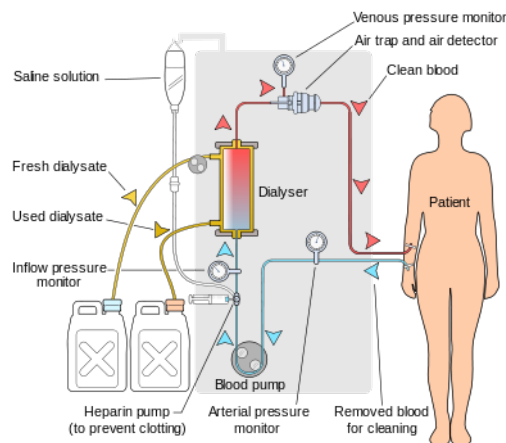
Ως διαδικασία, η αιμοκάθαρση στηρίζεται στην εφαρμογή εξωσωματικής κυκλοφορίας στον ασθενή, η οποία οδηγεί σημαντική ποσότητα αίματος στη συσκευή της αιμοκάθαρσης όπου επιτελείται η κάθαρση του αίματος.

Για τη διενέργεια της αιμοκάθαρσης είναι απαραίτητα τα παρακάτω στοιχεία: (Εικ. 4)

- Το φίλτρο της αιμοκάθαρσης, όπου ουσιαστικά συμβαίνει η διαδικασία της αιμοκάθαρσης.
- Το σύστημα παραγωγής του διαλύματος της αιμοκάθαρσης.
- Οι γραμμές μεταφοράς του αίματος και του διαλύματος.
- Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης που παρέχει την ενέργεια για τη διαδικασία και που έχει τους κατάλληλους αισθητήρες για τον έλεγχο της ποιότητας και της ασφάλειας της διαδικασίας.⁵⁶

Οι διαλυμένες ουσίες που διέρχονται από τους πόρους της μεμβράνης μεταφέρονται με δύο μηχανισμούς: τη διάχυση (diffusion) και την υπερδιήθηση ή συναπαγωγή (convection).

- Διάχυση: Ο μηχανισμός της διάχυσης είναι αποτέλεσμα της τυχαίας μοριακής κίνησης και της διαφοράς της συγκέντρωσης των διαλυμένων ουσιών εκατέρωθεν της μεμβράνης. Εξαρτάται από το μοριακό βάρος των ουσιών και από το εύρος των πόρων της μεμβράνης. Είναι η αρχή στην οποία βασίζεται η κλασική αιμοκάθαρση.⁵⁸



Εικ. 4 Διαδικασία αιμοκάθαρσης

Πηγή: <http://el.wikipedia.org/wiki/αιμοκάθαρση>

- Υπερδιήθηση: πρόκειται για το δεύτερο μηχανισμό μεταφοράς των διαλυμένων ουσιών μέσω των ημιδιαπερατών μεμβρανών. Η διαφορά της υδροστατικής πίεσης μεταξύ αίματος και διαλύματος αντιστοιχεί στο φαινόμενο της υδροστατικής υπερδιήθησης και καθορίζει τη μετακίνηση του ύδατος από το αίμα προς το διάλυμα (αφυδάτωση κατά την αιμοκάθαρση).⁵⁹

1.7.2.2 Περιτοναϊκή Κάθαρση

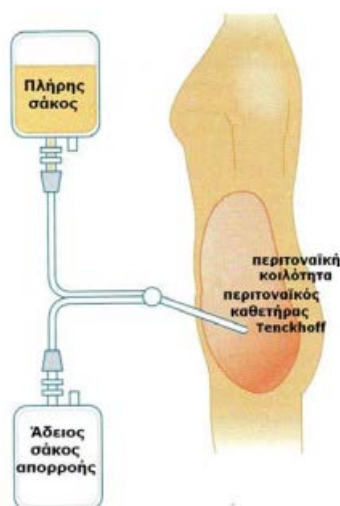
Η ΠΚ είναι εναλλακτική μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης για τους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ.

Η έννοια της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (ΣΦΠΚ) εισάγεται από τους Popovich et al, ενώ η ολοκλήρωση της τεχνικής έγινε στο Toronto Western Hospital από τους Oreopoulos et al. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται σε όλα τα νεφρολογικά κέντρα του κόσμου από το 1977 και καθιερώνεται έτσι η ΠΚ ως κύρια μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.⁶⁰

Η ΣΦΠΚ από τη φύση της έχει ως αποτέλεσμα, στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών, τη συνεχή και σταθερή ρύθμιση της ύδατο-ηλεκτρολυτικής και οξεοβασικής ισορροπίας του οργανισμού και της συγκέντρωσης στο πλάσμα των διαφόρων προϊόντων του μεταβολισμού των λευκωμάτων.⁶¹⁻⁶² Κατά συνέπεια ο ορισμός της επάρκειας της ΠΚ βασίζεται κυρίως σε δύο λειτουργίες, τη ρύθμιση του εξωκυττάριου όγκου και την επαρκή αφαίρεση των ουραιμικών τοξινών.⁶³

Το περιτόναιο ως ημιδιαπερατή μεμβράνη είναι διαπερατή στο νερό και στις μικρού μοριακού βάρους ουσίες που περνούν διαμέσου πόρων και μεσοκυττάρων ανοιγμάτων στη περιτοναϊκή κοιλότητα. Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται επαρκώς η απομάκρυνση ουσιών μικρού μοριακού βάρους, ενώ ουσίες μεγάλου μοριακού βάρους διαπηδούν από το αίμα στο υγρό σε πολύ αργό ρυθμό. Υπολογίζεται ότι με την περιτοναϊκή κάθαρση επιτυγχάνεται πολύ ικανοποιητική κάθαρση ουσιών μέσου μοριακού βάρους.⁶⁴ (Εικ. 5)

Η μεταφορά των ουσιών και του ύδατος από την αιματική κυκλοφορία στην περιτοναϊκή κοιλότητα γίνεται με τη διάχυση, την υπερδιήθηση και την ώσμωση.



Εικ. 5: Διαγραμματική παρουσίαση της ΣΦΠΚ

Πηγή: [http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/2956/3/Nimertis_Savvidaki\(i\).pdf](http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/2956/3/Nimertis_Savvidaki(i).pdf)

- **Διάχυση:** με τη διάχυση επιτελείται η μεταφορά και διακίνηση μικρομοριακών ενώσεων. Η διακίνηση αυτή πραγματοποιείται λόγω της διαφοράς συγκέντρωσης της ουσίας στους δύο χώρους.
- **Υπερδιήθηση:** υπερδιήθηση είναι η μεταφορά διαλύματος μέσω βιολογικών μεμβρανών που οφείλεται στην ύπαρξη διαφοράς υδροστατικής και ωσμωτικής πίεσης. Μέσω αυτού του μηχανισμού επιτυγχάνεται ταχεία μετακίνηση ύδατος και διαλυμένων ουσιών από τα τριχοειδή της περιτοναϊκής μεμβράνης στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

- Ώσμωση: με το φαινόμενο της ώσμωσης συμπληρώνεται η υπερδιήθηση στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ωσμωτικός παράγοντας που χρησιμοποιείται σε διαλύματα διαφόρων πυκνοτήτων παγκοσμίως είναι η γλυκόζη.⁶⁵

1.7.2.3. Μεταμόσχευση νεφρού

Η μεταμόσχευση νεφρού θεωρείται ως θεραπεία εκλογής για κάθε ασθενή που βρίσκεται σε ΤΣΧΝΝ. Σε σύγκριση με τις άλλες μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, την αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση, προσφέρει καλύτερη ΠΖ, απαλλαγμένη από τα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα της μακροχρόνιας κάθαρσης.⁶⁶

Για την πραγματοποίηση της μεταμόσχευσης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη νεφρικού μοσχεύματος.

Τα νεφρικά μοσχεύματα προέρχονται από ζώντες ή νεκρούς δότες. Στην πρώτη περίπτωση η δωρεά γίνεται συνήθως από συγγενείς τους, ενώ για τους νεκρούς δότες αυτά προέρχονται από δωρητές οργάνων.

Ανεξάρτητα από τον τρόπο προέλευσης του μοσχεύματος, κάθε υποψήφιος δότης και λήπτης πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη προμεταμοσχευτικό έλεγχο προκειμένου η μεταμόσχευση νεφρού να γίνει επιτυχώς και να μειωθεί ο κίνδυνος της απόρριψης. Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος είναι καθοριστικής σημασίας, διότι μεταξύ των άλλων, επιτυγχάνεται η εκτίμηση της ανοσολογικής κατάστασης των δότη-λήπτη καθώς και η ανοσολογική ανοχή από το λήπτη των αλλογενικών κυττάρων του δότη.⁶⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΝΟΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Πόνος -από το ρήμα πένομαι- σήμαινε στους ομηρικούς χρόνους σκληρή δουλειά, τον καιρό του Ηροδότου σήμαινε δυσφορία και μόνο τον καιρό του Ιπποκράτη συνδέθηκε άμεσα με τη νόσο ή τον τραυματισμό. Αξίζει να αναφερθεί ακόμα η στενή ετυμολογική σχέση της λέξης πόνος με την λέξη ποινή (poena στα λατινικά). Η λέξη αυτή προφανώς αντανακλά στην "ηθικά ανυψωτική,, αντίληψη για τον πόνο που επικρατεί σε διάφορες θρησκείες. Εξ' άλλου ο σωματικός πόνος (όπως και ο ψυχικός) αποτελεί, ακόμα και σήμερα, τρόπο τιμωρίας-σωφρονισμού των παιδιών και μερικές φορές και των ενηλίκων.⁶⁸

Ο πόνος αποτελεί την υποκειμενική απάντηση του οργανισμού σε σωματικούς και ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες. Όλοι οι άνθρωποι έχουν βιώσει τον πόνο σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Η αίσθηση του πόνου κατέχει προεξάχουσα θέση μεταξύ των αισθητικών εμπειριών στον άνθρωπο και εκτιμάται σαν εκδήλωση επικείμενης νοσηρής κατάστασης.⁶⁹ Αν και θεωρείται δυσάρεστος και ανεπιθύμητος, εντούτοις παίζει προστατευτικό ρόλο για τον οργανισμό και προειδοποιεί για καταστάσεις απειλητικές για την υγεία.⁷⁰ Γι' αυτό, ολοένα και συχνότερα ο πόνος θεωρείται το πέμπτο ζωτικό σημείο και συστήνεται να αξιολογείται πάντα κατά τη λήψη των ζωτικών σημείων. Η JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) έχει διαμορφώσει πρότυπα για την αντιμετώπιση του πόνου με βάση τα οποία, θεωρείται δικαίωμα του ασθενούς η ανακούφισή του από τον πόνο και απαιτείται από κάθε μονάδα παροχής φροντίδας υγείας να εφαρμόζει συγκεκριμένα πρωτόκολλα αξιολόγησης και αντιμετώπισης του πόνου και να εκπαιδεύσει το προσωπικό της πάνω σε αυτά.⁷¹

Κάθε επεισόδιο πόνου αποτελεί μία ιδιαίτερη προσωπική εμπειρία για τον ασθενή και επηρεάζεται από σωματικούς, ψυχολογικούς, γνωσιακούς, κοινωνικομορφωτικούς και θρησκευτικούς παράγοντες. Ο πόνος είναι το συχνότερο σύμπτωμα που κάνει κάποιον να θεωρεί τον εαυτό του άρρωστο και είναι η συνηθέστερη αιτία αναζήτησης ιατρικής φροντίδας.⁷²

Ο πόνος σύμφωνα με την υποεπιτροπή ταξινόμησης (Subcommittee of Taxonomy) της JASP (International Association for the Study of the Pain) ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητική και

συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με ήδη υπάρχουσα ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται σαν τέτοια,⁷³ ενώ κατά τη McCaffery πόνος είναι οτιδήποτε περιγράφει αυτός που τον υφίσταται και υπάρχει οποιαδήποτε στιγμή αυτός το αναφέρει.⁷⁴

Ο πόνος είναι ένα πολύπλοκο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο το οποίο εμφανίζεται σε πληθυσμούς ασθενών με διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τους. Είναι προφανής δε η άποψη ότι προστατεύει τον ανθρώπινο οργανισμό περιορίζοντας την επέκταση της ιστικής βλάβης είτε αυτή οφείλεται σε εξωτερικούς είτε σε εσωτερικούς παράγοντες. Η σύγχρονη βιβλιογραφία σίγουρα μας βοηθά να κατανοήσουμε τους φυσιολογικούς μηχανισμούς και τις οδούς του πόνου, αλλά η ατομική αντίληψη που θα αποκτήσει ο καθένας μας για την έννοια του πόνου είναι προϊόν της προσωπικής του εμπειρίας και ενασχόλησης με το συγκεκριμένο αντικείμενο. Στον ορισμό της για τον πόνο η JASP (1979) εστιάζεται στην αισθητική και στην συναισθηματική πλευρά μιας επώδυνης εμπειρίας. Από την άλλη, ο ορισμός της McCaffery τονίζει ότι ο πόνος είναι μία καθαρά εξατομικευμένη εμπειρία που η εκτίμησή της βασίζεται σε αυτά που αναφέρει ο ασθενής. Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει ότι μόνο ο ασθενής είναι δυνατόν να ορίσει και να περιγράψει με ακρίβεια τον πόνο που αισθάνεται και κάθε αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου από τον επαγγελματία υγείας πρέπει να γίνεται με βάση αυτόν.⁷⁵ Ο συγκεκριμένος ορισμός συμφωνεί επίσης με τις αξίες και πεποιθήσεις, σε ότι αφορά τον πόνο, που απαιτούνται για την ολιστική νοσηλευτική φροντίδα, περιλαμβάνοντας τα εξής:

- Μόνο ο ίδιος ο ασθενής είναι δυνατόν να αισθανθεί το πόνο του. Ο πόνος δηλαδή έχει προσωπική σημασία.
- Όταν ο ασθενής αναφέρει ότι πονά, πονά στα αλήθεια. Κάθε πόνος είναι πραγματικός.
- Ο πόνος έχει σωματικές, συναισθηματικές, γνωσιακές, κοινωνικομορφωτικές και θρησκευτικές διαστάσεις.
- Ο πόνος επηρεάζει το σύνολο του οργανισμού, συνήθως αρνητικά.
- Ο πόνος είναι δυνατόν να αποτελεί αντίδραση αλλά και προειδοποιητικό σημείο πραγματικού ή επαιλουμένου τραύματος.⁷⁰

Η εμπειρία έχει επίσης δείξει ότι είναι δυνατόν ένα άτομο να υφίσταται την αίσθηση του πόνου χωρίς να ανευρίσκεται σαφής παθοφυσιολογική βλάβη. Όπως επίσης είναι δυνατόν, άτομα κάτω από τις ίδιες συνθήκες να έχουν διαφορετική αντίληψη του πόνου.⁷⁵

2.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Πριν από τη σχετικά πρόσφατη ανακάλυψη των νευρώνων και του ρόλου τους στη διαδικασία του πόνου, ποικίλες διαφορετικές θεωρίες που αφορούσαν το ανθρώπινο σώμα προτάθηκαν για να ερμηνεύσουν το φαινόμενο αυτό.⁷⁶ Οι πρώτες θεωρίες που ανταγωνίζονταν μεταξύ τους και αφορούσαν τον πόνο, αναπτύχθηκαν από τους αρχαίους Έλληνες. Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι ο πόνος οφειλόταν σε μοχθηρά πνεύματα τα οποία εισέρχονταν στο σώμα μέσα από το τραύμα, ενώ ο Ιπποκράτης ότι οφειλόταν σε μια ανισορροπία των ζωτικών υγρών.⁷⁷ Τον 11ο αιώνα, ο Avicenna θεωρούσε ότι υπήρχε ένας αριθμός από αισθήσεις όπως το άγγιγμα, ο πόνος και ο κνησμός, ενώ πριν την επιστημονική Αναγέννηση στην Ευρώπη, καθώς δεν μπορούσε να δοθεί βάσιμη εξήγηση για το φαινόμενο του πόνου, αυτό θεωρούνταν ότι προερχόταν από κάτι εκτός σώματος, ίσως από κάποια τιμωρία από το Θεό.

Το 1644, ο Rene' Descartes θεώρησε ότι ο πόνος ήταν μια διαταραχή που διέσχιζε τις νευρικές ίνες μέχρι να φθάσει στον εγκέφαλο, μια εξέλιξη η οποία μετέτρεψε τη θεώρηση του πόνου από μία πνευματική, μυστικιστική εμπειρία, σε μια σωματική αίσθηση. Η εργασία του Descartes μαζί με αυτήν του Avicenna, έθεσαν τα θεμέλια για την ανάπτυξη της θεωρίας της ειδικότητας (specificity theory) κατά το 19^ο αιώνα. Η εν λόγω θεωρία έβλεπε τον πόνο ως μία ξεχωριστή αίσθηση με τους δικούς της αισθητηριακούς μηχανισμούς, ανεξάρτητη από την επαφή και τις άλλες αισθήσεις, ενώ στο τέλος του αιώνα, τα περισσότερα βιβλία φυσιολογίας και ψυχολογίας τόνιζαν ότι η εν λόγω θεωρία αντανάκλα πλήρως την πραγματικότητα.⁷⁷ Στη συνέχεια, το 1955, οι DC Sinclair και G Weddel ανέπτυξαν τη θεωρία των προτύπων, η οποία βασιζόταν στην πρόταση που είχε κάνει το 1934 ο John Paul Nafe.⁷⁸ Πρότειναν ότι οι απολήξεις των ινών του δέρματος είναι πανομοιότυπες και ότι ο πόνος παράγεται από έντονη διέγερση αυτών των ινών.⁷⁸

Το 1965 οι Ronald Melzack και Patrick Wall δημοσίευσαν στο περιοδικό Science το άρθρο "Pain Mechanisms: A New Theory", που περιέγραφε για πρώτη φορά την «θεωρία της πύλης».⁷⁹ Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, υπάρχει ένας μηχανισμός πύλης στο νωτιαίο μυελό. Οι νευρικές ίνες (ίνες Αδ και C) μεταδίδουν το ερέθισμα του πόνου από την περιφέρεια του σώματος. Αυτού του είδους τα ερεθίσματα μεταφέρονται από νωτιαία κέρατα και συγκεκριμένα την πηκτωματώδη ουσία. Τα κύτταρα της πηκτωματώδους ουσίας μπορούν να

εμποδίσουν ή να προωθήσουν τις ώσεις του πόνου που μεταδίδονται στα κύτταρα σκανδάλης (T-κύτταρα). Όταν η ενεργότητα των T-κυττάρων αναστέλλεται η πύλη κλείνει και είναι λιγότερο πιθανό να μεταδοθούν τα ερεθίσματα στον εγκέφαλο, ενώ όταν η πύλη είναι ανοιχτή τα ερεθίσματα του πόνου φτάνουν στον εγκέφαλο.⁸⁰

2.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η προσέγγιση της έννοιας του πόνου πρέπει να έχει σαν βάση την αρχική κατανόηση των ανατομικών δομών, της φυσιολογίας καθώς και των διαδικασιών με τις οποίες μεταφέρεται το αλγεινό ερέθισμα.⁸¹

Σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες από τους επιστήμονες του χώρου της νευροφυσιολογίας, το φαινόμενο του πόνου συνδέεται άμεσα με το νευρικό σύστημα του ανθρώπου.⁸² Η ανακάλυψη ότι οι οπίσθιες ρίζες του νωτιαίου μυελού είναι αισθητικές είχε σαν αποτέλεσμα την αναγνώριση της σχέσης πόνου και νευρικού συστήματος. Στο δέρμα και τους εν τω βάθει ιστούς υπάρχουν ελεύθερες, λεπτές νευρικές απολήξεις που σχηματίζουν ένα πολύπλοκο δίκτυο. Οι απολήξεις αυτές που θεωρούνται ειδικοί αισθητικοί υποδοχείς για τον πόνο, ανήκουν στο περιφερικό τμήμα του πρώτου αισθητικού νευρώνα του οποίου το κύτταρο εδράζεται στο νωτιαίο γάγγλιο. Οι περισσότερες αισθητικές ίνες εισέρχονται στο νωτιαίο μυελό με τις οπίσθιες ρίζες και μόνο ελάχιστες με τις πρόσθιες, για να καταλήξουν τελικά όλες μαζί στο πρόσθιο κέρασ.

Ανάλογα με το μέγεθός τους διακρίνουμε δύο ειδών ίνες: τις C (διαμέτρου 2-4 μ.), με μικρή ταχύτητα αγωγής και τις A-δέλτα (διάμετρος 6-8μ.), με μεγάλη ταχύτητα αγωγής. Από τα κύτταρα του οπίσθιου κέρατος αρχίζει ο δεύτερος αισθητικός νευρώνας, ο άξονας του οποίου, αφού διασταυρωθεί μέσω του λευκού συνδέσμου, ανέρχεται προς τα άνω στο αντίθετο ήμισυ του νωτιαίου μυελού με το νωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο. Τα δύο είδη δεματίων που περιγράφονται είναι το νεονωτιαιοθαλαμικό και το παλαιονωτιαιοθαλαμικό. Το πρώτο έχει σχέση με την ένταση και την εντόπιση του πόνου, ενώ το δεύτερο με το διεγερτικό και το συγκινησιακό του στοιχείο. Τόσο το νεονωτιαιοθαλαμικό όσο και το τριδυμοθαλαμικό δεμάτιο (αισθητικότητα προσώπου) τερματίζουν στους πυρήνες του θαλάμου, ενώ το παλαιονωτιαιοθαλαμικό καταλήγει επιπλέον και στο δικτυωτό σχηματισμό. Αλλά και κατερχόμενες ίνες από το στέλεχος του εγκεφάλου προς διάφορα κέντρα του νωτιαίου μυελού φαίνεται να έχουν σχέση με τη ρύθμιση του πόνου. Από τους πυρήνες του θαλάμου

αρχίζει ο τρίτος αισθητικός νευρώνας που καταλήγει στο φλοιό των βρεγματικών και μετωπιαίων λοβών όπου γίνεται η αντίληψη και η απεικόνιση του πόνου.

Η αγωγή του πόνου γίνεται μέσω ορισμένων ουσιών που δρουν ως νευροδιαβιβαστές.(K+, βραδυκινίνη, ουσία P, προσταγλανδίνες), ορισμένες από τις οποίες πυροδοτούν την έναρξη του φαινομένου, ενώ άλλες δεν ευαισθητοποιούν τις νευρικές απολήξεις).⁸³⁻⁶⁹

2.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Μια αδρή ταξινόμηση κατατάσσει τον πόνο σε τρεις κύριες κατηγορίες,

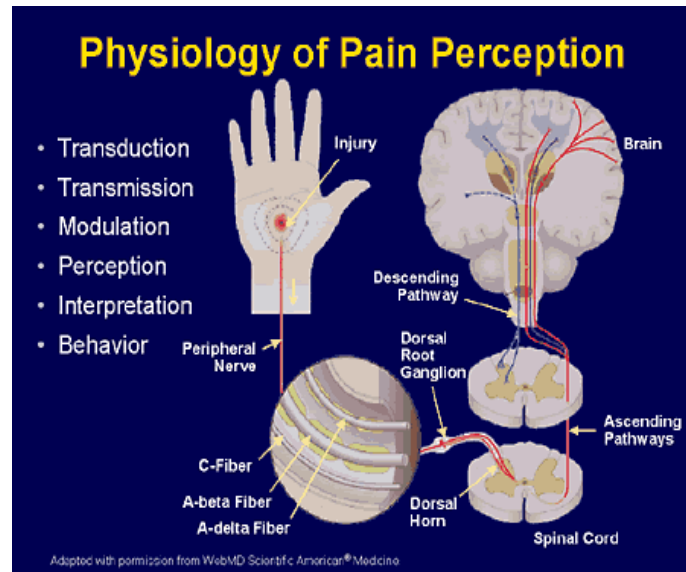
- Αλγαισθητικός (nociceptive)
- Νευροπαθητικός (neuropathic)
- Ψυχογενής (psychogenic)

Ο **αλγαισθητικός πόνος** προέρχεται από την ενεργοποίηση των υποδοχέων του πόνου, που βρίσκονται σε όλους τους ιστούς εκτός από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), και συνδέεται με βλάβη των περιφερικών ιστών.⁸⁴

Στοιχεία παθοφυσιολογίας αλγαισθητικού πόνου:

Μεταξύ του σημείου της ιστικής βλάβης και της αντίληψης του πόνου, παρεμβάλλεται μια πολύπλοκη και πολυεπίπεδη σειρά ηλεκτροχημικών φαινομένων, γνωστών ως απάντηση στο βλαπτικό ερέθισμα. Η διαδικασία αυτή της πρόκλησης και της αντίληψης του πόνου καλείται αλγαισθησία (nociception). Η φυσιολογία της αλγαισθησίας περιλαμβάνει μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση των δομών του περιφερικού και του ΚΝΣ, που εκτείνεται από το δέρμα, τα σπλάχνα και τους μυοσκελετικούς ιστούς έως τον εγκεφαλικό φλοιό. Τα αλγαινα ερεθίσματα (μηχανικά, θερμικά, χημικά) διεγείρουν ειδικούς υποδοχείς, τους αλγοϋποδοχείς. Οι νευρικές ώσεις (ωθήσεις) προσάγονται με τους πρώτους αισθητικούς νευρώνες στο νωτιαίο μυελό ή σε πυρήνες κρανιακών νεύρων (με το τρίδυμο στη γέφυρα για την περιοχή της κεφαλής). Η επεξεργασία του σήματος γίνεται στο νωτιαίο μυελό ή στο στέλεχος του εγκεφάλου, πριν από τη μεταβίβαση σε υπερνωτιαίες δομές. Μετά από περαιτέρω επεξεργασία σε υπερνωτιαίες δομές η πληροφορία προκαλεί συνειδητή αντίληψη του πόνου. Το αίσθημα του πόνου γίνεται αντιληπτό στο φλοιό του εγκεφάλου. Καθένα από τα επίπεδα του ΚΝΣ διαθέτει

τροποποιητικούς μηχανισμούς. Αυτό είναι το τέλος μιας εξαιρετικά πολύπλοκης διαδρομής, που αρχίζει από τους περιφερικούς αλγούποδοχείς, διατρέχει τους νευράξονες των περιφερικών νεύρων και καταλήγει στο νωτιαίο μυελό. Συνεχίζει μέσα στο νωτιαίο μυελό και διαμέσου του έσχατου και του μέσου εγκεφάλου φτάνει στο θάλαμο. Από εκεί, διαμέσου των θαλαμοφλοιωδών συνδέσεων, η πληροφορία που έχει ήδη αναλυθεί φτάνει στο φλοιό, σε περιοχές που έχουν σχέση με τη συνείδηση και την αντίληψη του πόνου. (εικ. 6).



Εικ. 6: Φυσιολογία της αντίληψης του πόνου

Πηγή: <http://www.medscape.org/viewarticle/498353>

Το σήμα που μπορεί να ερμηνευτεί σαν πόνος είναι δυνατόν να παραχθεί σε κάθε σημείο αυτής της διαδρομής.

Η αλγαισθησία περιλαμβάνει τέσσερις φυσιολογικές διαδικασίες:

1. Μετατροπή (transduction)
2. Μεταβίβαση (transmission)
3. Τροποποίηση (modulation)
4. Αντίληψη (perception)⁸⁵⁻⁸⁶

Ο αλγαισθητικός πόνος διακρίνεται στο σωματικό και το σπλαχνικό πόνο:

1. **σωματικός πόνος:** Είναι ο πόνος που προέρχεται από ιστούς όπως το δέρμα, οι μύες, τα οστά, οι σύνδεσμοι και συχνά αναφέρεται ως μυοσκελετικός πόνος. Στο σωματικό πόνο υπάρχει καταστροφή ιστών του σώματος εξαιτίας διαφόρων παραγόντων όπως ο τραυματισμός, η φλεγμονή, η πίεση, θερμά ή ψυχρά ερεθίσματα. Τα σήματα του πόνου αναγνωρίζονται από υποδοχείς που αντιδρούν στον πόνο – τους επανομαζόμενους αλγοϋποδοχείς (οι οποίοι βρίσκονται στο δέρμα, στους μύες, οστά κ.λπ.). Χαρακτηριστικά ο σωματικός πόνος είναι συχνά οξύς, καλά εντοπισμένος και αναπαράγεται με την κίνηση ή την πίεση του πάσχοντος ιστού ή περιοχής.
2. **σπλαχνικός πόνος:** Είναι ο πόνος που προέρχεται από τα σπλαχνικά όργανα των κοιλιοτήτων του σώματος τα οποία έχουν υποστεί κάποια βλάβη και δυσλειτουργούν. Υπάρχουν τρεις κύριες κοιλότητες στο ανθρώπινο σώμα:
 - Ο θώρακας (καρδιά και πνεύμονες)
 - Η κοιλιά (ήπαρ, νεφροί σπλήνας και έντερο)
 - Η πύελος (κύστη, ωοθήκες, μήτρα)⁸⁷

Χαρακτηριστικά ο σπλαχνικός πόνος είναι βύθιος, μη καλά εντοπισμένος, πόνος σαν σφίξιμο, συνεχής ή κωλικοειδής. Συνήθως ο πόνος αντανακλά στη μέση ή στην πλάτη ανάλογα με το ύψος της βλάβης.⁸⁸⁻⁸⁹

Ο **νευροπαθητικός πόνος:** Σαν νευροπαθητικός ή νευρογενής πόνος (neurogenic) περιγράφεται αυτός που προέρχεται από βλάβη ή νόσο κάποιας περιοχής του σωματοαισθητικού συστήματος είτε στο ΚΝΣ, είτε στο ΠΝΣ.⁹⁰ Ο νευροπαθητικός πόνος στον μεγαλύτερο αριθμό των περιπτώσεων, είναι χρόνιος πόνος.⁹¹

Το σωματοαισθητικό σύστημα αποτελείται από τα περιφερικά νεύρα και τις ελεύθερες απολήξεις τους με τους υποδοχείς του πόνου, τα γάγγλια στις ραχιαίες ρίζες των περιφερικών νεύρων, το οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού με τις συνάψεις του, την νωτιοθλαμική οδό, τον θάλαμο και την σωματοαισθητική περιοχή του βρεγματικού λοβού. Το σωματοαισθητικό σύστημα ελέγχει τις μεταβολές που υφίσταται το σώμα από το περιβάλλον και όχι τις πληροφορίες που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον (όραση, ακοή κλπ). Οποιαδήποτε βλάβη στην περιοχή του σωματοαισθητικού συστήματος παράγει νευροπαθητικό πόνο.⁹²

Η IASP δημοσίευσε μια ενδιαφέρουσα σημείωση στις 22 Μαΐου 2012 που αφορούσε τον νευροπαθητικό πόνο. Σύμφωνα με αυτήν ο νευροπαθητικός πόνος είναι ένα κλινικό σύμπτωμα και όχι διάγνωση, το οποίο απαιτεί την παρουσία μιας σαφούς βλάβης ή νόσου που να ικανοποιεί καθιερωμένα νευρολογικά διαγνωστικά κριτήρια. Ο όρος βλάβη χρησιμοποιείται είτε όταν οι διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις πιστοποιούν μια σαφή δυσλειτουργία, είτε όταν υπάρχει εμφανές τραύμα. Ο όρος νόσος χρησιμοποιείται όταν το αίτιο της βλάβης είναι γνωστό (πχ εγκεφαλικό επεισόδιο, αγγειίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης, γενετική ανωμαλία κλπ). Πολλές φορές ο όρος νευροπαθητικός πόνος χρησιμοποιείται και όταν ή το ιστορικό (μεθερπητική νευραλγία) ή η χαρακτηριστική κλινική εμφάνιση (νευραλγία τριδύμου) καλύπτουν τη διάγνωση.⁹³

Ψυχογενής πόνος: Πρόκειται για πόνο που οφείλεται, αυξάνει ή παρατείνεται από συναισθηματικούς ή στρεσογόνους παράγοντες. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η κεφαλαλγία τάσης, η οσφυαλγία και ο πόνος του στομάχου. Υπάρχει γενικά η εντύπωση ότι ο πόνος αυτός δεν είναι πραγματικός αλλά η άποψη των ειδικών είναι ότι ο ψυχογενής πόνος πονά όπως κάθε άλλος πόνος και ταλαιπωρεί τον ασθενή.⁹⁴

Ο πόνος, ανάλογα με την ένταση και τη διάρκειά του μπορεί να ταξινομηθεί σε δύο επιπλέον κατηγορίες, τον οξύ και τον χρόνια πόνο:

Οξύς πόνος: Ο οξύς πόνος έχει αιφνίδια έναρξη, σαφή εντόπιση και συνήθως περιορισμένη διάρκεια. Πόνος διάρκειας μικρότερης των 6 μηνών το αίτιο του οποίου είναι γνωστό, χαρακτηρίζεται ως οξύς πόνος. Η αιφνίδια έναρξη του πόνου οφείλεται συχνά σε ιστική βλάβη λόγω τραύματος, χειρουργικής επέμβασης ή φλεγμονής. Ο πόνος είναι συνήθως διαξιφιστικός και σαφώς εντοπισμένος, αν και είναι πιθανό να αντανακλά και αλλού.

Χρόνιος πόνος: Ο χρόνιος πόνος είναι παρατεταμένος και διαρκεί συνήθως περισσότερο από 6 μήνες. Δεν είναι πάντα δυνατόν να αναγνωριστεί συγκεκριμένο αίτιο γι' αυτόν, ενώ δεν ανταποκρίνεται πάντα στη συμβατική φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς συχνά περιγράφουν το χρόνια πόνο ως αμβλύ και διάχυτο.

Ο χρόνιος πόνος διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες:

- Υποτροπιάζον οξύς πόνος που χαρακτηρίζεται από σχετικά καλά αφοριζόμενα επεισόδια πόνου ανάμεσα στα οποία μεσολαμβάνουν περιόδοι ελεύθερες πόνου. Παραδείγματα οξέος υποτροπιάζοντος πόνου είναι οι κρίσεις δρεπανοκυτταρικής αναιμίας.
- Συνεχιζόμενος πόνος καθορισμένης διάρκειας που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα χρονικά όρια. Παραδείγματα αυτού αποτελούν ο πόνος του καρκίνου που τελειώνει είτε με τον έλεγχο της νόσου ή με το θάνατο του ασθενούς και ο πόνος των εγκαυμάτων που τελειώνει είτε με αποκατάσταση είτε με θάνατο.
- Χρόνιος πόνος μη σχετιζόμενος με κακοήθεια που συνεχίζεται πέραν ενός εύλογου για τη θεραπεία του, χρονικού διαστήματος, χωρίς όμως να είναι απειλητικός για τη ζωή. Τέτοιος πόνος είναι η οσφυαλγία.
- Σύνδρομο χρόνιου ανθεκτικού πόνου μη σχετιζόμενου με κακοήθεια που είναι παρόμοιος με τον κοινό μη κακοήγη χρόνο πόνο αλλά χαρακτηρίζεται από αδυναμία του ατόμου να αντέξει τον πόνο και από την πρόκληση σωματικής, κοινωνικής ή/και ψυχολογικής ανικανότητας.⁷⁰

Ο ασθενής με χρόνια πόνο συχνά εκδηλώνει κατάθλιψη, απόσυρση, περιορισμό της κινητικότητας, ευερεθιστότητα ή/και τάση να ελέγχει τους γύρω του.⁹⁵ Ο χρόνιος πόνος ενδέχεται να ποικίλει σε ένταση από ήπιος έως σοβαρός και να είναι συνεχής ή διαλείπων. Είναι όμως αδιάκοπος και αμείλικτος με αποτέλεσμα συχνά ο ίδιος ο πόνος να αποτελεί το παθολογικό πρόβλημα που απαιτεί θεραπεία.⁹⁶⁻⁹⁷

2.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η μέτρηση του πόνου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαγνωστικούς σκοπούς, για θεραπευτικές προσεγγίσεις και για εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας. Η διαγνωστική εκτίμηση μπορεί να περιλαμβάνει ακτινολογικές, νευρολογικές, ορολογικές εξετάσεις καθώς και εξετάσεις που άπτονται της πυρηνικής ιατρικής. Μπορεί ακόμα να περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού και τη φυσική εξέταση. Θα πρέπει να τονίσουμε εδώ ότι ένα λεπτομερές ιστορικό είναι ουσιώδες για μια όσο το δυνατόν ακριβέστερη προσέγγιση. Απαντήσεις σε ερωτηματολόγια μπορούν να αποκαλύψουν τη φύση, την έναρξη, την εστία

και τη μορφολογία του πόνου παρέχοντας σημαντικά διαγνωστικά δεδομένα. Κατά τη λήψη του ιστορικού οι ασθενείς πρέπει να είναι ελεύθεροι να χρησιμοποιούν το δικό τους λεξιλόγιο. Πολλές φορές οι πληροφορίες που δίνονται από τον ασθενή παρέχουν μια ξεκάθαρη εικόνα για τη διάγνωση η οποία συχνά τίθεται από τα συμπτώματα και μόνο. Αρκετές από τις ερωτήσεις που τίθενται αρχικά στον ασθενή πρέπει να επαναλαμβάνονται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.⁹⁸⁻⁹⁹

Η διαγνωστική εκτίμηση είναι αυτή που θα ορίσει τη θεραπευτική προσέγγιση. Όταν η υπάρχουσα παθολογία δεν μπορεί να διευκρινιστεί, η θεραπεία του πόνου βασίζεται στη φύση και στην εντόπισή του. Η εκτίμηση του πόνου σε τακτά διαστήματα από την έναρξη της θεραπείας είναι απαραίτητη γιατί αφενός διαφαίνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης και αφετέρου καθορίζεται η ανάγκη για περαιτέρω παρεμβάσεις.⁹⁹

Υπάρχουν διαθέσιμες πολλές αξιόπιστες και έγκυρες μέθοδοι εκτίμησης του πόνου οι οποίες βασίζονται στην αυτοαξιολόγηση. Το ερωτηματολόγιο πόνου McGill (Melzack 1975) αποτελείται από τρία κύρια μέρη τα οποία αντιπροσωπεύουν το αισθητικό, συναισθηματικό και γνωστικό στοιχείο του πόνου αντίστοιχα. Το σύντομο ερωτηματολόγιο πόνου του Wisconsin (Dault, Cleeland και Flanery 1983) είναι ένα γρήγορο πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και αρθρίτιδα. Η κάρτα αξιολόγησης πόνου Memorial (MPAC) βαθμολογεί τον πόνο, την ανακούφιση απ' αυτόν καθώς και τη διάθεση του ασθενούς χρησιμοποιώντας οπτικές αναλογικές κλίμακες σε συνδυασμό με λίστες λέξεων από τις οποίες ο ασθενής επιλέγει αυτές που περιγράφουν την ένταση του πόνου του. Είναι γρήγορη και εύχρηστη μέθοδος, παρόλα αυτά οι ασθενείς και ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, μπορεί να αντιμετωπίσουν πρόβλημα τόσο με την οπτική αναλογική κλίμακα όσο και με το διαχωρισμό της κλίμακας του πόνου από αυτή της ανακούφισης.¹⁰⁰

Η ψυχολογική εκτίμηση μπορεί να αποδειχτεί δυνητικά πολύ χρήσιμη ιδιαίτερα σε καταστάσεις που ο πόνος μεταβάλλει την ικανότητα του ασθενούς να συμμετάσχει στις καθημερινές του δραστηριότητες, επηρεάζει τις σχέσεις του με τους άλλους και του προκαλεί δυσανάλογη συναισθηματική φόρτιση. Επίσης μπορεί να αποδειχτεί χρήσιμη σε καταστάσεις που ο ασθενής κάνει υπερβολική χρήση των υπηρεσιών του συστήματος υγείας ή απαιτεί περαιτέρω εξετάσεις και θεραπεία χωρίς αυτές να έχουν ένδειξη. Αυτού του είδους η

εκτίμηση βοηθά στην ανακούφιση των ψυχολογικών παραγόντων καθώς και των παραγόντων συμπεριφοράς, που συμμετέχουν σε μια επώδυνη κατάσταση και μπορεί να φέρουν στην επιφάνεια συναφείς ψυχοκοινωνικές καταστάσεις. Η ψυχολογική εκτίμηση μπορεί επίσης να είναι καθοριστική για την επιλογή στρατηγικής για την αντιμετώπιση του πόνου όσον αφορά στον ψυχολογικό τομέα καθώς και στον τομέα συμπεριφοράς.¹⁰¹

Η ψυχολογική εκτίμηση μπορεί να περιλαμβάνει ένα ιατρικό ιστορικό μέσα στο οποίο θα υπάρχει περιγραφή της εμπειρίας από τον ασθενή, αναγνώριση του προβλήματος καθώς και παράθεση των προσδοκιών του για την προτεινόμενη θεραπεία, προηγούμενες θεραπείες και απάντηση σ' αυτές, χρήση φαρμάκων και αλκοόλ. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ανάλυση συμπεριφοράς, τόσο κοινωνικής όσο και επαγγελματικής, ύπαρξη συνυπαρχουσών καταστάσεων stress και εκτίμηση ψυχολογικών δυσλειτουργιών.¹⁰²

Το πολυφασικό ερωτηματολόγιο προσωπικότητας της Μινεσότα (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI) είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο πόνο. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται με σκοπό την πρόβλεψη της απάντησης στη θεραπευτική αγωγή κατά του πόνου και κατά κύριο λόγο αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση ψυχιατρικών ασθενών και κατά συνέπεια τίθεται σε αμφιβολία η εγκυρότητά της κατά τη διάρκεια της χρήσης της σε οργανικές νόσους.¹⁰³⁻¹⁰⁴

Η φύση και η διάρκεια ενός πόνου μπορούν να πυροδοτήσουν την έναρξη ψυχολογικών και φυσιολογικών μηχανισμών προσαρμογής. Εύκολα αναγνωρίσιμες συμπεριφορές που αναγνωρίζονται σε καταστάσεις πόνου μπορούν να εκλείψουν όταν αυτές εμπίπτουν σε χρονιότητα. Η έλλειψη των συμπεριφορών αυτών δεν σημαίνει όμως ότι ο πόνος δεν υφίσταται. Φυσιολογικά το αυτόνομο νευρικό σύστημα προσαρμόζεται στη συνεχή παρουσία πόνου με αποτέλεσμα την απουσία συμπτωμάτων όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση, αύξηση παλμών και αριθμού αναπνοών. Προσαρμογή υπάρχει και στον τομέα της συμπεριφοράς. Μπορεί να υπάρχει φυσική έκφραση στο πρόσωπο του ασθενούς καθώς ο ασθενής προσαρμόζεται σε καταστάσεις χρόνιου πόνου. Τα ορατά συμπτώματα εξασθενούν, παρόλα αυτά ο πόνος παραμένει αμετάβλητος.¹⁰⁵

Οι παράμετροι του πόνου μας προμηθεύουν πληροφορίες απαραίτητες για την εξιχνίαση της αιτιολογίας του και μας βοηθούν να αποκτήσουμε μια συνολικότερη εικόνα για τη

συγκεκριμένη επώδυνη εμπειρία. Ως παράμετροι θεωρούνται η έναρξη, η διάρκεια, η εντόπιση, η ένταση, η ποιότητα, παράγοντες που ανακουφίζουν ή επιδεινώνουν καθώς και επίδραση στην καθημερινή δραστηριότητα. Η διάρκεια μιας εμπειρίας υποδηλώνει την ύπαρξη χρονιότητας ή όχι και βοηθά στην κατανόηση της συμπεριφοράς του ασθενούς.¹⁰⁶

Η παράταση ενός επώδυνου συνδρόμου δίνει επίσης τη δυνατότητα στους θεράποντες να αποφανθούν για το εάν ο συγκεκριμένος πόνος κατατάσσεται στο οξύ ή χρόνιο μοντέλο.

Πρέπει εδώ να επισημανθεί ότι η ένταση είναι το πιο υποκειμενικό από τα χαρακτηριστικά. Μετρείται με τη βοήθεια βαθμολογικών κλίμακων. Οι κλίμακες αυτές προσπαθούν να δώσουν στην υποκειμενική εμπειρία ένα όσον το δυνατόν αντικειμενικότερο χαρακτήρα. Η συχνή χρήση μιας συγκεκριμένης κλίμακας αξιολόγησης παρέχει τη δυνατότητα στο θεράποντα να έχει στα χέρια του μια αξιόπιστη πηγή σύγκρισης κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής παρέμβασης. Εκτίμηση της έντασης του πόνου προ της έναρξης της θεραπείας καθώς και μετά καθορίζει το κατά πόσο η παρέμβαση είναι αποτελεσματική ή όχι.¹⁰⁷

Κριτήρια επιλογής μιας κλίμακας αξιολόγησης:

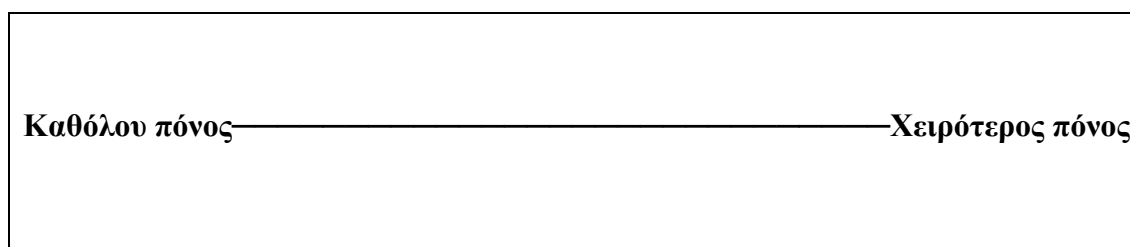
1. να είναι κατανοητή από τον ασθενή
2. να ορίζονται οι παράμετροι της κλίμακας μέχρι να εξοικειωθεί ο ασθενής με αυτή
3. να λαμβάνεται υπόψη το επίπεδο πνευματικής καλλιέργειας του ασθενή
4. η αντίληψη
5. η οπτική οξύτητα
6. η διάθεση συνεργασίας εκ μέρους του ασθενή

Οι οπτικές αναλογικές κλίμακες, οι αριθμητικές κλίμακες και οι λεκτικές κλίμακες περιλαμβάνονται στις κλίμακες μέτρησης που βασίζονται στην αυτοαξιολόγηση συγκεκριμένων παραμέτρων του πόνου.

Οπτικές αναλογικές κλίμακες:

Αποτελούνται από μια ευθεία γραμμή το ένα άκρο της οποίας αντιστοιχεί σε καθόλου πόνο και το άλλο στο χειρότερο πόνο. Πρόκειται για απλή και γρήγορη μέθοδο και η μέχρι τώρα εμπειρία έχει αποδείξει ότι είναι επίσης έγκυρη και αξιόπιστη. Παρόλα αυτά επειδή οι έννοιες που χρησιμοποιεί έχουν σχετικά αφηρημένο χαρακτήρα μπορεί μερικές φορές να αποβεί

δύσχρηστη για ορισμένους ασθενείς. Από την άλλη έχει απόλυτη ένδειξη σε ασθενείς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις αριθμητικές κλίμακες. (Σχήμα 1)



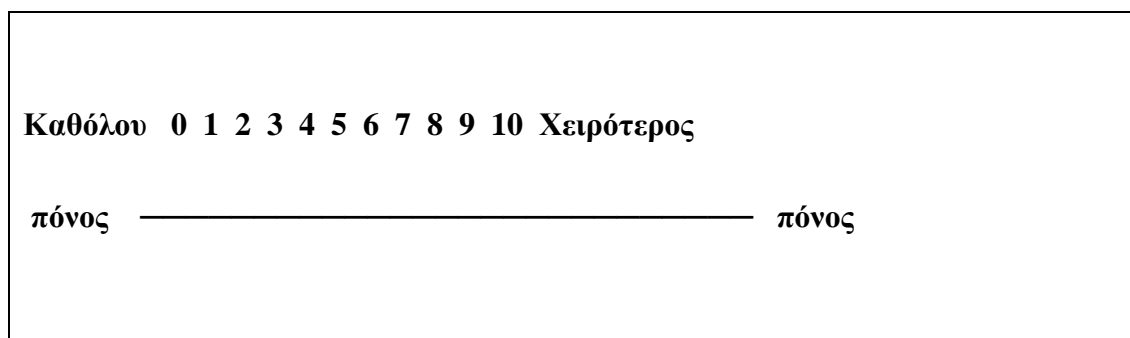
Σημειώστε στην παραπάνω ευθεία, το πόσο δυνατός είναι ο πόνος σας αυτή τη στιγμή

Σχ. 1: Οπτική αναλογική κλίμακα

Πηγή: Kingdom et al, 2002

Αριθμητικές κλίμακες:

Είναι επίσης απλές, γρήγορες και εύχρηστες. Ο ασθενής μπορεί να σημειώσει ή να αναφέρει λεκτικά τον αριθμό στον οποίο αντιστοιχεί ο πόνος του. Παρόλο που οι αριθμητικές κλίμακες δεν είναι δυσνόητες, δεν καταφέρνουν να ανιχνεύσουν μικρές αλλαγές (Σχήμα 2)



Διαλέξτε στην παραπάνω κλίμακα έναν αριθμό από το 0 έως το 10 ο οποίος αντιστοιχεί κατά τη γνώμη σας στην ένταση του πόνου που αισθάνεστε τώρα

Σχ. 2: Αριθμητική κλίμακα

Πηγή: Kingdom et al, 2002

Λεκτικές κλίμακες αξιολόγησης:

Βασίζονται στην επιλογή λέξεων-επιθέτων που περιγράφουν τον πόνο. Ο ασθενής πρέπει να καταλαβαίνει την έννοια των λέξεων αυτών, η ακρίβεια δε της αξιολόγησης συμβαδίζει με τον αριθμό των λέξεων που χρησιμοποιούνται. (Σχήμα 3)

Ανύπαρκτος / Ενοχλητικός / Δυσάρεστος / Τρομερός / Φρικτός / Βασανιστικός

Επιλέξτε από τις παραπάνω λέξεις αυτή που αντικατοπτρίζει καλύτερα τον πόνο που αισθάνεστε αυτή τη στιγμή

Σχ. 3: Λεκτική κλίμακα

Πηγή: Kingdom et al, 2002⁶⁸

Ανεξάρτητα από την κλίμακα που θα επιλεγθεί είναι επιτακτική ανάγκη να διευκρινιστεί μέχρι ποιο επίπεδο ο ασθενής ανέχεται τον πόνο. Αυτό επιτρέπει την υιοθέτηση στόχων λογικών που μπορούν να επιτευχθούν. Η πλήρης απουσία του πόνου δεν είναι πάντα δυνατή. Αποδεκτή ανακούφιση, περισσότερες δραστηριότητες και βελτίωση στις συνήθειες φαγητού και ύπνου του ασθενούς θα είναι για τους θεράποντες η απόδειξη μιας επιτυχημένης παρέμβασης.

Κατά τη διάρκεια της περιγραφής ο ασθενής αναφερόμενος στην ποιότητα του πόνου του χρησιμοποιεί επίθετα τα οποία συχνά προσφέρουν χρήσιμα στοιχεία και βοηθούν στο να χαρακτηριστεί ο συγκεκριμένος πόνος ως αλγαισθητικός ή/και νευροπαθητικός. «Νυγμάδης», «καυστικός», «σαν μαχαίρι» είναι συνήθως επίθετα ενδεικτικά του νευροπαθητικού πόνου, ενώ λέξεις όπως «ισχυρός», «βύθιος», «συνεχής» περιγράφουν πιο συχνά τον αλγαισθητικό πόνο. Αναλύοντας τα ποιοτικά επίθετα είναι πιθανό να αποκαλυφθούν σε μια συγκεκριμένη εμπειρία πόνου και αλγαισθητικά και νευροπαθητικά στοιχεία.¹⁰¹

Ο εντοπισμός είναι επίσης μία σημαντική παράμετρος. Είναι καλύτερο να λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την εστίαση του πόνου κατά τη διάρκεια που ο ασθενής τον υφίσταται, διαφορετικά η ακρίβεια των όσων ο ασθενής αναφέρει δεν είναι η αναμενόμενη. Στη διαδικασία εντόπισης του πόνου ο ασθενής είτε δείχνει πάνω στο σώμα του το επώδυνο ή τα επώδυνα σημεία, είτε σημειώνει την κατανομή σε συγκεκριμένα ανατομικά σχέδια. Τα σχέδια αυτά πρέπει να περιλαμβάνουν πρόσθιες, οπίσθιες καθώς και πλάγιες όψεις του ανθρώπινου σώματος

Πληροφόρηση σχετικά με συμπεριφορές ή/και παρεμβάσεις που επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν από τον πόνο συμβάλλουν στη διάγνωση και το σχεδιασμό της θεραπείας,⁶⁸

Κατανοώντας τέλος το πώς επιδρά ο πόνος πάνω σε ένα συγκεκριμένο άτομο λαμβάνονται πληροφορίες χρήσιμες στην κατανόηση της εμπειρίας του πόνου σαν σύνολο.

Η επιμελής και συνάμα ακριβής αξιολόγηση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για κάθε επιτυχή αναλγητική θεραπεία, όταν μάλιστα γίνεται όπως πρέπει, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες για ένα θετικό αποτέλεσμα. Η καλή συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας διευκολύνει κατά πολύ την αξιολόγηση και την παρακολούθηση του ασθενούς, εξασφαλίζοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή ανακούφιση από τον πόνο.¹⁰⁷

2.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αντιμετώπιση και θεραπεία του πόνου κατά την πορεία της ανθρώπινης ιστορίας δέχθηκε επιρροές και υπέστη μεταβολές από πολιτιστικούς, θρησκευτικούς και άλλους παράγοντες. Με την πάροδο των χρόνων και την εξέλιξη των επιστημών, η εμπειρική χρήση των βοτάνων αντικαταστάθηκε από καινούργιες και αποτελεσματικότερες ουσίες, οι οποίες βασίστηκαν σε πειραματικές έρευνες.¹⁰⁸

Είναι γνωστό ότι οι αλγούντες ασθενείς παρουσιάζουν μια τεράστια ποικιλία και διαφοροποίηση συμπεριφορών και βιώνουν πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η διαπίστωση αυτή οδήγησε τους επιστήμονες στο να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα θεωρητικών προσεγγίσεων και κλινικών εφαρμογών, με βασικό γνώμονα των προσπαθειών τους την διατήρηση της ποιότητας στη ζωή τόσο των ασθενών που πονούν όσο και του περιβάλλοντός τους.¹⁰⁹

Για την αποτελεσματική ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο απαιτείται συντονισμένη δράση της ομάδας φροντίδας υγείας.¹¹⁰

Φαρμακευτική αγωγή

Ο σημαντικότερος μηχανισμός ρύθμισης του πόνου είναι η χρήση φαρμάκων που τον μειώνουν, π.χ. αναλγητικά. Αναλγησία σημαίνει απουσία του πόνου.

Υπάρχουν πολλά και διαφορετικά φάρμακα με ποικίλες οδούς χορήγησης. Ανάμεσα σε αυτά περιλαμβάνονται τα μη ναρκωτικά αναλγητικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), τα ναρκωτικά αναλγητικά (ή οπιοειδή), τα συνθετικά ναρκωτικά αναλγητικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα τοπικά αναισθητικά.¹¹¹

Μη ναρκωτικά αναλγητικά: τα μη ναρκωτικά αναλγητικά, όπως η ακεταμινοφαίνη, έχουν αναλγητική και αντιπυρετική δράση. Χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του πόνου ήπιας έως μέτριας έντασης.

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη: τα ΜΣΑΦ δρουν στις απολήξεις των περιφερικών νεύρων και αναστέλλουν τον πόνο εμποδίζοντας τη σύνθεση των προσταγλανδινών. Παραδείγματα ΜΣΑΦ είναι η ασπιρίνη, η ιβουπροφαίνη και η σελεκοξίμπη. Έχουν αντιφλεγμονώδη, αναλγητική και αντιπυρετική δράση και είναι η θεραπεία εκλογής για τον πόνο ήπιας έως μέτριας έντασης, ενώ συνεχίζουν να είναι αποτελεσματικά όταν συνδυαστούν με ναρκωτικά στον πόνο μέτριας έως σοβαρής έντασης.

Ναρκωτικά αναλγητικά (οπιοειδή): τα ναρκωτικά αναλγητικά ή οπιοειδή παράγονται από το φυτό όπιο. Τα φάρμακα αυτά και οι συνθετικές τους μορφές αποτελούν τη θεραπεία εκλογής του μέτριου προς σοβαρού πόνου. Παραδείγματα τέτοιων φαρμάκων είναι η μορφίνη, η κωδεΐνη και η φαιντανύλη. Τα ναρκωτικά αναλγητικά προκαλούν αναλγησία συνδεδεμένα στους υποδοχείς των οπιοειδών εντός και εκτός ΚΝΣ.¹¹²

Αντικαταθλιπτικά: τα τρικυκλικά και μη αντικαταθλιπτικά δρουν στην παραγωγή και κατακράτηση της σεροτονίνης στο ΚΝΣ αναστέλλοντας με αυτόν τον τρόπο την αίσθηση του πόνου. Βελτιώνουν επίσης την ΠΖ του ασθενούς που πονά βοηθώντας τον να κοιμάται καλύτερα.¹¹³

Τοπικά αναισθητικά: τα τοπικά αναισθητικά, όπως η βενζοκαΐνη και η ξυλοκαΐνη, εμποδίζουν τη γέννηση και μετάδοση των νευρικών ώσεων από μια περιοχή του σώματος, αναστέλλοντας έτσι και την αίσθηση του πόνου.⁷⁰

Χειρουργική αντιμετώπιση του πόνου

Η χειρουργική επέμβαση με στόχο την αντιμετώπιση του πόνου εφαρμόζεται συνήθως μόνο αφού όλες οι άλλοι μέθοδοι έχουν αποτύχει. Στις χειρουργικές επεμβάσεις αντιμετώπισης του πόνου περιλαμβάνονται:

Χορδοτομή: συνίσταται στη χειρουργική διατομή των προσθιοπλάγιων δεματίων του νωτιαίου μυελού με σκοπό τη διακοπή της μετάδοσης του πόνου.

Νευρεκτομή: σημαίνει τη χειρουργική αφαίρεση κάποιου νεύρου.

Συμπαθεκτομή: κατά τη συμπαθεκτομή, τα συμπαθητικά γάγγλια, συνήθως της οσφυϊκής και της οπίσθιας τραχηλικής χώρας, καταστρέφονται με διήθηση ή χειρουργική διατομή τους δεδομένου ότι τα συμπαθητικά νεύρα παίζουν σημαντικό ρόλο στη γένεση και μετάδοση της αίσθησης του πόνου.

Ριζοτομή: συνίσταται σε χειρουργική διατομή των οπίσθιων ριζών του νωτιαίου μυελού και χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο της κεφαλής, του τραχήλου ή των πνευμόνων.⁷⁰

Συμπληρωματικές θεραπείες

Βελονισμός: πρόκειται για αρχαία κινέζικη πρακτική, κατά την οποία διεγείρονται συγκεκριμένα σημεία του σώματος με σκοπό την ενίσχυση της ροής της ζωτικής ενέργειας κατά μήκος οδών που ονομάζονται μεσημβρινοί.

Βιοανάδραση: ηλεκτρονική μέθοδος καταγραφής διαφόρων βιολογικών παραμέτρων όπως εγκεφαλικά κύματα, μυϊκές συσπάσεις και θερμοκρασία του σώματος και κατόπιν οπτικοποίησης και προβολής τους μέσω κατάλληλου μέσου στον ασθενή.

Οι βιολογικές λειτουργίες μετατρέπονται από ειδικό μηχάνημα σε οπτικοακουστικά σήματα, τα οποία οι ασθενείς προσπαθούν να τροποποιήσουν με βάση ειδικές τεχνικές, στις οποίες εκπαιδεύονται.¹¹⁴

Υπνωτισμός: πρόκειται για καταληπτική κατάσταση, στη διάρκεια της οποίας ο νους του ατόμου γίνεται ιδιαίτερα δεκτικός στην υποβολή. Όσο διαρκεί η φάση της ύπνωσης ο θεραπευτής παροτρύνει τον ασθενή να απαλλαγεί από τον πόνο. Είναι δυνατόν μέσω του υπνωτισμού να επιτευχθεί πλήρης αναισθησία ή/και να τροποποιηθεί η αίσθηση του πόνου με διάφορους τρόπους.

Χαλάρωση: Η χαλάρωση αποσπά την προσοχή του ασθενούς από τον πόνο, ελαττώνει τις δυσμενείς επιδράσεις του άγχους, αυξάνει την αντοχή στον πόνο, αυξάνει την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών μεθόδων και αυξάνει την αίσθηση του ασθενούς ότι ελέγχει τον πόνο του.

Διέγερση του δέρματος: με μάλαξη του δέρματος (μασάζ), δονήσεις, εφαρμογή θερμών ή ψυχρών επιθεμάτων και με το θεραπευτικό άγγιγμα. Η διέγερση του δέρματος είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση από τον πόνο κλείνοντας την πύλη στην ηηκτωματώδη ουσία.¹¹⁵

2.7 Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Η εμφάνιση χρόνιου πόνου είναι συνήθης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, με ένταση η οποία κυμαίνεται από μέτρια έως σοβαρή, με αποτέλεσμα τη δημιουργία πολλαπλών προβλημάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.¹¹⁶

Με την επέκταση της εφαρμογής της αιμοκάθαρσης σε ασθενείς όλο και πιο προχωρημένης ηλικίας, όπως και λόγω μεγαλύτερης επιβίωσης των ήδη αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, γίνεται όλο και πιο δύσκολη η επίτευξη καλύτερης ΠΖ με την πάροδο της ηλικίας.¹⁰ Τα μέχρι τώρα δεδομένα δείχνουν ότι ο πόνος είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα-ενοχλήματα των ασθενών αυτών με προκαλούμενη σοβαρού βαθμού διαταραχή της ΠΖ τους.¹¹⁷

Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ βιώνουν εκτεταμένες σωματικές ταλαιπωρίες. Ο πόνος είναι ένα συχνό σύμπτωμα που αναφέρεται μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση¹⁰⁻

¹² αν και δεν αποτελεί συχνά αντικείμενο της έρευνας που σχετίζεται με τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Συγκεκριμένα, οι πληροφορίες σχετικά με την προέλευσή του, τη συχνότητα και τη διαχείρισή του είναι σχετικά σπάνιες. Τα περισσότερα δημοσιευμένα στοιχεία προέρχονται έμμεσα από τις μελέτες με επίκεντρο την υγεία σε σχέση με την ΠΖ.¹⁰⁻¹² Η αναφερόμενη συχνότητα του πόνου ποικίλλει ευρέως σε αυτούς τους ασθενείς¹³ και η σταθμισμένη μέση επικράτησή του ανάμεσα στα συμπτώματα της ΧΝΝ βρίσκεται στο 47%, με ένα εύρος μεταξύ 8% και 82%.¹¹ Οι πιθανές πηγές του πόνου είναι πολλές και ποικίλες, συμπεριλαμβανομένων της διαβητικής νευροπάθειας, της χειρουργικής επέμβασης για τη δημιουργία αγγειακής προσπέλασης, της εκφυλιστικής νόσου των αρθρώσεων που σχετίζεται με την ηλικία. Είναι γνωστό ότι η παρουσία του χρόνιου πόνου σε μεγάλο βαθμό επηρεάζει την ΠΖ και μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη συν-νοσηρότητα του άγχους και της κατάθλιψης.¹³

Η αιτιολογία του πόνου στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, στα πλαίσια υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας, ως σύμπτωμα εμφανίζεται είτε συνδεδεμένο με το νόσημα που ευθύνεται για τη χρόνια νεφρική νόσο (π.χ. πολυκυστικοί νεφροί, σακχαρώδης διαβήτης), είτε σα συνάρτηση της τεχνικής ή των άμεσων επιπλοκών της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, (π.χ. χειρουργική επέμβαση δημιουργίας και παρακέντηση της αγγειακής προσπέλασης, κράμπες), είτε σα συνάρτηση των απώτερων επιπλοκών της νόσου (π.χ. νεφρική οστεοδυστροφία απότοκο του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού) είτε τέλος ως ψυχολογική προέκταση της νόσου και της θεραπείας.¹¹⁸

Η αιτιολογία του είναι ποικίλη και συχνά πολυπαραγοντική. (πίνακας 4).

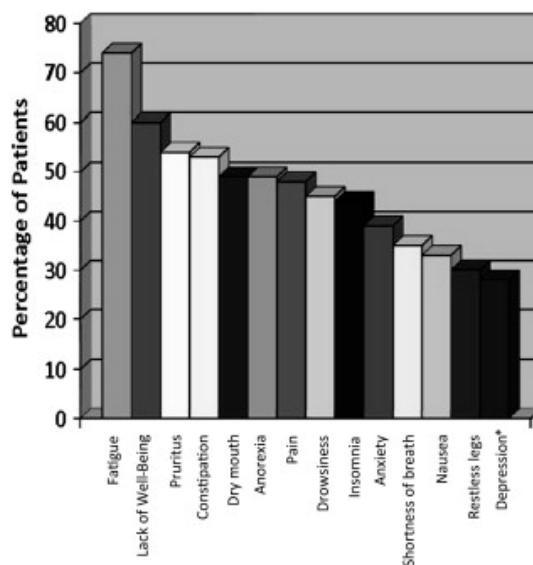
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΙΤΙΩΝ ΧΡΟΝΙΟΥ Ή ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ	
ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	
Συνυπάρχοντα νοσήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Περιφερική διαβητική νευροπάθεια • Περιφερική αγγειακή νόσος
Αίτια ΧΝΝ	<ul style="list-style-type: none"> • Πολυκυστική νόσος νεφρών
Σύνδρομα σχετιζόμενα με τη ΧΝΝ	<ul style="list-style-type: none"> • Νεφρική οστική νόσος • Αμυλοείδωση της αιμοκάθαρσης

	<ul style="list-style-type: none"> • Περιφερική ουραιμική νευροπάθεια • Καλσιφύλαξη • Νεφρογενής συστηματική ίνωση
Κοινά σύνδρομα που επιδεινώνονται με τη ΧΝΝ	<ul style="list-style-type: none"> • Φλεγμονώδης αρθρίτιδα • Οστεοαρθρίτιδα • Οστεοπόρωση
Επιπλοκές της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης	<ul style="list-style-type: none"> • Επαναλαμβανόμενος πόνος κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (κράμπες, κεφαλαλγία, παρακέντηση αγγειακής προσπέλασης)
	<ul style="list-style-type: none"> • Δισκίτιδα/οστεομυελίτιδα από «λοιμώξη» • ΚΦΚ αιμοκάθαρσης • Σύνδρομο υποκλοπής από την αρτηριοφλεβική επικοινωνία

Πίν. 4: Αίτια πόνου στη ΧΝΝ

Πηγή: [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(10\)00979-6/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(10)00979-6/fulltext)

Ο πόνος, παρόλο που είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που καθορίζουν την ΠΖ των ασθενών αυτών, δεν είναι ούτε το μοναδικό σύμπτωμα αλλά ούτε και το πιο κοινό αλλά βιώνεται ανάμεσα σε πολλά άλλα φυσικά και ψυχολογικά συμπτώματα τα οποία επιδρούν αρνητικά στην ΠΖ¹¹⁹(Σχήμα 4) .



Σχ. 4: Συμπτώματα ΧΝΝ

Πηγή: [http://www.jpmsjournal.com/article885-3924\(10\)00979-6/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article885-3924(10)00979-6/fulltext)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η έννοια της ΠΖ τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η ΠΖ χρησιμοποιείται σήμερα εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και μελετάται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και ασθενείς τελικού σταδίου.¹²⁰

Η ΠΖ αποτελεί μία δύσκολα καθοριζόμενη και πολυδιάστατη έννοια, που αναφέρεται σε όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου και χρησιμοποιείται σε πολλούς τομείς, όπως λογοτεχνία, φιλοσοφία, διαφήμιση, ιατρικές και κοινωνικές επιστήμες (π.χ. οικονομικά της υγείας, κοινωνιολογία, ψυχολογία και άλλες επιστήμες, που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του).¹²¹

Πρόκειται για έννοια με ευρύ περιεχόμενο και περιλαμβάνει επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις, καθώς και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες.¹²²⁻¹²³

Η ΠΖ έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του “Ηθικά Νικομάχεια”, απέδιδε τους όρους ΠΖ (ευ ζην) και ευημερία (ευ πράττειν) με τη λέξη “ευδαιμονία”, δηλαδή “το τέλειο και αυτάρκες αγαθό”, που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου.¹²⁴

Ο McCall αργότερα υποστήριξε ότι η ΠΖ συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή.¹²⁵ Μετά το 1979, οι Zautra και Goodman και αργότερα ο Lehman, υποστήριξαν ότι για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της έννοιας ΠΖ, είναι απαραίτητος τόσο ο συνδυασμός αντικειμενικών όσο και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών.¹²⁶⁻¹²⁷ Οι αντικειμενικοί αφορούν στο τι είναι το άτομο ικανό να κάνει και στην πρόσβαση που έχει σε πόρους και ευκαιρίες, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους αυτούς για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του. Οι υποκειμενικοί παράγοντες αφορούν στο αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο.¹²⁸

Ο όρος «ποιότητα ζωής» άρχισε να γίνεται ευρέως γνωστός με τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο όταν υπήρξε η ανάγκη να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι η «καλή ζωή» εξαρτάται όχι μόνο από υλικά αγαθά αλλά και από άλλους παράγοντες όπως η απασχόληση, η κατοικία, το περιβάλλον και η υγεία.¹²⁹

Μετά το '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση.¹³⁰ Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Επίσης παρατηρήθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας, θεραπείας και αποκατάστασης.¹³¹

Η ΠΖ είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ΠΖ. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας.¹³²

Η ΠΖ αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε στοχαστής ή μελετητής αντιμετωπίζει το θέμα.¹³²

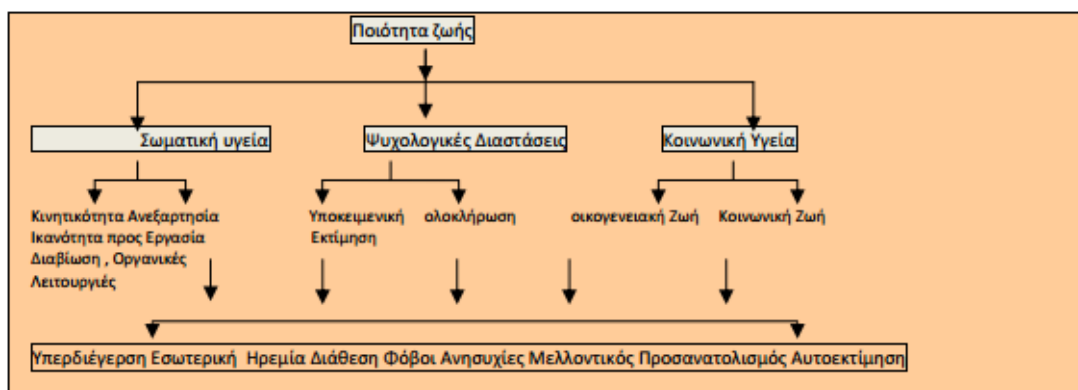
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) τοποθετεί την ΠΖ στο χώρο της υγείας με το σύνταγμά του και τον ορισμό που δίνει στην υγεία προσδιορίζοντάς την ως «φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας».¹³³

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η ΠΖ ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του».¹³⁴

Η ΠΖ είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις, σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του.

Εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου αφορά την ψυχική ευεξία ενώ η κοινωνική ευεξία αντανακλά το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του.¹³⁵

Θεωρητικά η ΠΖ μπορεί να οριστεί με την περιγραφή χαρακτηριστικών της ζωής των ανθρώπων, που είναι απαραίτητα για να λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα ο άνθρωπος. Η ΠΖ αφορά την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την εκπλήρωση ψυχοκοινωνικών αναγκών και επιθυμιών στην καθημερινή ζωή καθώς και τη διατήρηση της υγείας. Ο Hornquist θεωρεί ότι συνολικά η ΠΖ έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής.¹³⁶ (Σχήμα 5)



Σχ. 5: Βασικά στοιχεία της Ποιότητας Ζωής
Πηγή: Υφαντόπουλος, 2001

3.2 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Κρίθηκε αναγκαίο να διαχωρισθεί η έννοια της ΠΖ γενικά από την ΣΥΠΖ και σύμφωνα με τον Till ΣΥΠΖ είναι οι υποκειμενικές εμπειρίες ή προτιμήσεις που εκφράζονται από ένα άτομο, ή μέλη μιας συγκεκριμένης ομάδας ατόμων, σε σχέση με συγκεκριμένες πλευρές της κατάστασης της υγείας τους και είναι σημαντικές και προσδιορίσιμες για το άτομο ή την ομάδα. Σήμερα για την αξιολόγηση των νέων θεραπειών λαμβάνεται υπόψη το κόστος και τα οφέλη που αποκομίζουν οι ασθενείς. Ο καθορισμός της ΠΖ των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών βοηθημάτων.¹³⁷

Ο όρος της ΣΥΠΖ ενέχει επίσης ασάφειες και είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστούν τα στοιχεία που τον συνθέτουν, τα οποία ποικίλουν από μελέτη σε μελέτη.¹²⁹ Γενικά, η ΠΖ σε σχέση με την υγεία, μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου.¹³⁰ Η ΣΥΠΖ μπορεί να οριστεί ως η λειτουργικότητα στη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής με συνυπολογισμό της ευεξίας, όπως αυτή εκτιμάται από τον κάθε άνθρωπο,¹³¹ ή σαν την αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, όπως αυτή τροποποιείται από τις βλάβες, τις διάφορες καταστάσεις λειτουργικότητας, τις προσδοκίες και τις κοινωνικές ευκαιρίες.¹³⁸

Γενικά, ο όρος, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις:

- Την υποκειμενική αποτίμηση της (σωματικής και ψυχικής) λειτουργικής κατάστασης του ατόμου.
- Την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητά του.
- Τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του.¹³⁹

Η ΣΥΠΖ λοιπόν, αποτελεί μια δυναμική έννοια, που μεταβάλλεται μαζί με το επίπεδο υγείας, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου. Στους πάσχοντες από κάποιο νόσημα, όπως είναι αναμενόμενο, η ΣΥΠΖ επηρεάζεται από το βασικό νοσολογικό υπόστρωμα, από πιθανές καταστάσεις μειωμένης λειτουργικότητας ή καταστάσεις εξάρτησης από βοηθήματα – συσκευές υποστήριξης, καθώς και από πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής. Σημαντικό ρόλο στη ΣΥΠΖ παίζουν και οι προσδοκίες των ατόμων για βελτίωση της υγείας τους, οι κοινωνικές ευκαιρίες για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και οι πολιτικές υγείας, που πιθανά επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις συνθήκες διαβίωσής τους.¹⁴⁰

Η ταχεία ανάπτυξη και καθιέρωση θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής ασθενών τελικού σταδίου προκάλεσε το ενδιαφέρον των γιατρών και των άλλων επιστημόνων υγείας να μελετήσουν την ΠΖ των ασθενών αυτών, προκειμένου να διερευνηθούν οι τυχόν κίνδυνοι ή τα οφέλη από τις ιατρικές αυτές πράξεις καθώς και οι επιπτώσεις στη ζωή του αρρώστου. Στο πλαίσιο αυτό τοποθετείται η μελέτη για την ΠΖ,

αφενός η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του (αντικειμενική διάσταση).¹⁴¹

3.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η μέτρηση της ΠΖ, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εκτίμηση αποτελέσματος, ως προγνωστικός παράγοντας ή ως παρέμβαση. Στην πρώτη περίπτωση σκοπός είναι η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (π.χ. κλινικές δοκιμές), ο χαρακτηρισμός του ποσοστού επιβίωσης (μελέτες κόστους - αποτελέσματος) και η αξιολόγηση των απώτερων φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Στην δεύτερη περίπτωση, σκοπός είναι η πρόβλεψη της θνησιμότητας ή το αντίθετο και ο υπολογισμός της συνολικής επιβίωσης. Στην τρίτη περίπτωση η αξιολόγηση χρησιμοποιείται, προκειμένου να υποστηρίξει τη διαδικασία παροχής πληροφοριών κατά την ιατρική συμβουλευτική.¹⁴²

Η μέτρηση της ΠΖ στο χώρο της υγείας γίνεται με ειδικά και γενικά εργαλεία. Το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού όπως και διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών ομάδων γίνεται με τη χρήση εργαλείων γενικής χρήσης (generic instruments). Τα εργαλεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε διάφορους τύπους ασθενειών και ιατρικών θεραπειών.¹⁴³⁻¹⁴⁴

3.3.1 Γενικά εργαλεία μέτρησης ΠΖ

Είναι συστήματα μέτρησης της κατάστασης της υγείας (health status) ενός πληθυσμού. Περιλαμβάνουν ένα σύστημα περιγραφής της κατάστασης της υγείας και ένα σύστημα απόδοσης της αξίας.¹²⁰⁻¹⁴⁵

Τα εργαλεία αυτά βασίζονται σε μία ευρεία και γενικευμένη αντίληψη της ΠΖ. Αξιολογούν πολλαπλές πλευρές του επιπέδου υγείας, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ή τη νόσο των ατόμων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλο τον πληθυσμό και διευκολύνουν τις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων του γενικού πληθυσμού ή μεταξύ των πληθυσμών των χωρών. Εστιάζουν σε μία γενική θεώρηση για την υγεία και δεν είναι ευαίσθητα για καταγραφή ιδιαίτερων προβλημάτων που χαρακτηρίζουν μία συγκεκριμένη ασθένεια. Αποδίδουν μία ενιαία τελική βαθμολογία ή ένα βαθμό για κάθε διάσταση ξεχωριστά.¹³⁸⁻¹³⁹ Μεταξύ των κυριότερων είναι τα παρακάτω.

- **Ερωτηματολόγια και Κλίμακες Αξιολόγησης του Γενικού Επιπέδου Υγείας:**
 - EuroQol (EQ-5D)
 - Nottingham Health Profile (NHP)
 - Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire -GHQ)
 - Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (Sickness Impact Profile - SIP)..
 - Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας (Health Utility Index - HUI)
 - Γενικός Δείκτης Κατάταξης Υγείας (General Health Rating Index - GHRI).
 - Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (The Psychological Adjustment to Illness Scale).
- **Κλίμακες Ευεξίας και Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής:**
 - Κλίμακα Ποιότητας Ευεξίας (Quality of Well-Being Scale):
 - Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας (The Spiritual Well-being Scale).
 - Κλίμακα Γενικής Ευεξίας (General Well-Being Scale).
 - Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs): αποτελούν δείκτη μέτρησης της ΠΖ και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας για την κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής.
- **Κλίμακες Μέτρησης Ανικανότητας**
 - Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski Index):
 - Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status):
 - Δείκτης Spitzer για την ΠΖ (The Spitzer Quality of Life Index):
 - Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living):
- **Κλίμακες Μέτρησης Πόνου**

Οι κλίμακες μέτρησης και αξιολόγησης του πόνου έχουν αναφερθεί στο κεφάλαιο 2 του παρόντος.¹⁴⁶⁻¹⁴⁷

3.3.2 Εργαλεία για συγκεκριμένες ασθένειες

Εξαιτίας της αδυναμίας των εργαλείων γενικής χρήσης να εστιάσουν σε ζητήματα που έχουν ιδιαίτερη αξία για τους ασθενείς μιας συγκεκριμένης ασθένειας και της αδυναμίας να εντοπίσουν τις αλλαγές, οι οποίες προκύπτουν ως αποτέλεσμα θεραπευτικών αγωγών που

συγκρίνονται στις κλινικές δοκιμές, κρίθηκε απαραίτητο να δημιουργηθούν εργαλεία για συγκεκριμένες ασθένειες.¹¹² Έτσι έχουμε ερωτηματολόγια για καρδιαγγειακά νοσήματα, πνευμονοπάθειες, νεοπλάσματα, αρθρίτιδες, ΤΣΧΝΝ ή για συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως οι ηλικιωμένοι ή για συγκεκριμένες καταστάσεις και προβλήματα. Τα εξειδικευμένα αυτά εργαλεία εστιάζουν στο θέμα που εξετάζουν με ειδικές ερωτήσεις, δεν επιτρέπουν όμως συγκρίσεις μεταξύ του υπό εξέταση πληθυσμού και άλλων ομάδων ή συγκρίσεις μεταξύ καταστάσεων ή νοσημάτων.¹⁴⁸

3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Οι ασθενείς με νεφρολογικά νοσήματα αποτελούν μια ειδική κατηγορία χρονίως πασχόντων ασθενών, οι οποίοι, εκτός από τα προβλήματα που αφορούν σε αυτή καθαυτή τη νόσο τους, βρίσκονται αντιμέτωποι με τη νέα κατάσταση που δημιουργεί η ένταξή τους στο πρόγραμμα της αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό ή της περιτοναϊκής κάθαρσης και η υλικοτεχνική εξάρτησή τους. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων διερεύνησης και παρεμβάσεων από την πλευρά των ειδικών σε θέματα ΠΖ των ασθενών. Στην κατεύθυνση αυτή έχει συμβάλει η προοδευτική επικράτηση της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και της αντίληψης ότι ο ασθενής πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της ιατρικής πράξης (patient-centered medicine).¹

Ως εκ τούτου, σε αρκετές μελέτες εξετάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων που αφορούν στη θεραπευτική αγωγή και των επιπτώσεων στην ΠΖ των ασθενών με χρόνια νοσήματα, όπως των ασθενών με ΧΝΝ.¹⁴⁹

Η ΧΝΝ είναι μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση που ταλαιπωρεί μεγάλο αριθμό ατόμων παγκοσμίως. Η μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και η ψυχολογική πίεση που συνοδεύει την εμφάνιση της νόσου έχει βρεθεί ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα αυτού του πληθυσμού.¹⁵⁰

Η διάγνωση της ΧΝΝ αναστατώνει ριζικά και συνολικά τη ζωή του ατόμου και της οικογένειας. Πέρα από το πρόβλημα υγείας το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει πολύπλοκα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, καθώς η μακροχρόνια θεραπεία παρεμβαίνει και επηρεάζει τις σχέσεις, τους ρόλους, τις δραστηριότητες και τις επιδιώξεις της ζωής τους.¹⁵¹⁻¹⁵²

Η ΠΖ στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η μέθοδος θεραπείας, η ιατρονοσηλευτική φροντίδα, η ενημέρωση που τους παρέχεται, η προσωπικότητα του ατόμου και το οικογενειακό τους περιβάλλον.¹⁵³

Μεταξύ των παραμέτρων που σχετίζονται με το χαμηλό επίπεδο της ΠΖ στους ασθενείς με ΧΝΝ, διακρίνουμε την αναιμία, την προχωρημένη ηλικία, την κακή θρέψη και την παρουσία άλλων νοσηρών καταστάσεων. Η έγκαιρη παραπομπή σε νεφρολόγο και η προγραμματισμένη ένταξη σε τακτικό πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης σχετίζονται με βελτιωμένη ΠΖ. Αναπόφευκτα λοιπόν η ΧΝΝ και πολύ περισσότερο η ΤΣΧΝΝ πλήττουν σημαντικά το επίπεδο ΠΖ των νεφροπαθών. Η εκτίμηση λοιπόν της ΣΥΠΖ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον αφού θα μπορούσε να οδηγήσει στοχευμένα στη βελτίωση της περίθαλψης.

Αρκετά από τα νοσήματα που συχνά συνοδεύουν-συνυπάρχουν με τη ΧΝΝ μπορεί να επηρεάσουν την ΠΖ. Μεταξύ αυτών αναφέρονται ο σακχαρώδης διαβήτης, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η στεφανιαία νόσος, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, οι νευρολογικές νόσοι, η αρτηριακή υπέρταση, η περιφερική αγγειακή νόσος, ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, οι διάφορες κακοήθειες.¹⁵⁴

Όπως ήδη έχει αναφερθεί στο κεφάλαιο 2, η εμφάνιση χρόνιου πόνου είναι συνήθης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, και μάλιστα πρόκειται για ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα-ενοχλήματα των ασθενών αυτών με προκαλούμενη σοβαρού βαθμού διαταραχή της ΠΖ τους.¹¹⁷

Ο πόνος είναι μια πολύ δυσάρεστη εμπειρία, η οποία μπορεί να έχει αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής ενός ασθενούς, περιλαμβανομένης της ψυχικής του υπόστασης και της ικανότητάς του να ανταποκριθεί στον καθημερινό κοινωνικό του ρόλο. Έρευνα έχει δείξει ότι άνθρωποι που ζουν με μόνιμο άλγος, έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη ή άγχος και περισσότερο από διπλάσιες στο να αναφέρουν δυσκολία ανταπόκρισης στην εργασία τους, σε σχέση με αυτούς που δε βιώνουν πόνο.¹⁵⁵

Αρκετοί ερευνητές έχουν δείξει επίσης ότι ο πόνος επιδρά αρνητικά σε πολλούς τομείς της ΣΥΠΖ, περιλαμβανομένης της φυσικής λειτουργίας, του κοινωνικού ρόλου, των

καθημερινών δραστηριοτήτων, της ενέργειας και της κόπωσης, καθώς και των συναισθηματικών λειτουργιών.¹⁵⁶

Η ΠΖ σχετίζεται σημαντικά με το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΝ. Καθοριστικές παράμετροι φαίνεται να είναι η ύπαρξη οικογένειας, η αντοχή στις διάφορες δραστηριότητες και τα μικρότερα επίπεδα πόνου. Έτσι οι ασθενείς που ζουν με τις οικογένειές τους βιώνουν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα και προβλήματα., έχουν υψηλότερο συνολικό δείκτη υγείας, καλύτερη ψυχική κατάσταση, καλύτερη κοινωνική συναναστροφή και περισσότερη αυτοεκτίμηση. Η ΠΖ που σχετίζεται με οποιαδήποτε ασθένεια πρέπει να προσεγγίζεται σαν ένα κοινωνικό αγαθό και η βελτίωσή της σαν ένδειξη του πολιτισμού που χαρακτηρίζει την κοινωνία μας..¹⁵⁴

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η αξιολόγηση του πόνου και της ΠΖ ασθενών που έπασχαν από ΧΝΝ και βρίσκονταν σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας με αιμοκάθαρση στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού των Νοσοκομείων Άργους, Καλαμάτας, Σπάρτης και Μολάων.

Επιπλέον, σκοπό αποτέλεσε η διερεύνηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) σε ασθενείς με ΧΝΝ που χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω μελέτη.

1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στη παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 224 ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Οι ασθενείς αυτοί αποτέλεσαν και το συνολικό δείγμα της παρούσας έρευνας, η οποία είχε ως βασικό σκοπό την αξιολόγηση του πόνου που σχετίζεται είτε με τη νόσο είτε με τη διαδικασία της θεραπείας και της ΠΖ αυτών των ασθενών. Στους ασθενείς δόθηκαν δύο ερωτηματολόγια, ένα που αφορά τη αξιολόγηση της ΠΖ και ένα που αφορά την αξιολόγηση του πόνου, ενώ καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών καθώς και στοιχεία του ατομικού ιατρικού ιστορικού τους. Στους ασθενείς επίσης δόθηκε δήλωση συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα.

Στην πιλοτική φάση της μελέτης αξιολογήθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) σε ασθενείς με ΧΝΝ. 50 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και προέρχονταν από τις ΜΤΝ των Νοσοκομείων Καλαμάτας και Μολάων συμμετείχαν σε αυτή τη διαδικασία. Στην αρχική χορήγηση (ημέρα-1), η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου PSEQ δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες προκειμένου οι ίδιοι να το συμπληρώσουν, υπό την εποπτεία ενός από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Το PSEQ χορηγήθηκε και πάλι σε όλους τους συμμετέχοντες από τον ίδιο επόπτη ένα μήνα μετά την ημερομηνία της πρώτης χορήγησης. Μεταξύ των δύο αξιολογήσεων, καμία μεταβολή στην κλινική κατάσταση των ατόμων δεν καταγράφηκε και καμία άλλη θεραπευτική παρέμβαση δεν έγινε στους ασθενείς.

1.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σχεδιασμός ήταν διερευνητικός, περιγραφικός. Προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη, είχε ήδη διενεργηθεί μία περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση, η οποία και χρησιμοποιήθηκε στην ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας. Στη συλλογή των βιβλιογραφικών αναφορών, είχε τεθεί γλωσσικός περιορισμός, με την επιλογή δημοσιευμένων άρθρων στα αγγλικά και ελληνικά.

1.4 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή των δεδομένων, έγινε με τη χρήση ανώνυμων ερωτηματολογίων. Στα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη δόθηκαν 2 ερωτηματολόγια. Το πρώτο μέρος περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων καθώς και ερωτήσεις καταγραφής στοιχείων από το ατομικό ιστορικό, ενώ ακολούθησε το ερωτηματολόγιο της κλίμακας Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI). Συγκεκριμένα, πρόκειται για ένα εργαλείο αξιολόγησης, το οποίο συγκεντρώνει αναφορές και πληροφορίες από ασθενείς, σχετικά με την ΠΖ κατά τη διάρκεια μίας προχωρημένης νόσου. Τέλος, στους ασθενείς δόθηκε το ερωτηματολόγιο « Pain self-efficacy questionnaire (PSEQ)» που διερευνά και αξιολογεί την δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί τις συνήθεις δραστηριότητες και να έχει ομαλή ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή παρά την παρουσία χρόνιου πόνου στο ατομικό ιατρικό ιστορικό του.

Σημειώνεται πως η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Απριλίου έως και Ιουνίου του 2013 και είχε τη μορφή αυτοσυμπλήρωσης. Εξηγήθηκε στους συμμετέχοντες ο σκοπός της έρευνας, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, η εξασφάλιση της ανωνυμίας και η τήρηση του απορρήτου καθώς και η μη χρήση των στοιχείων σε άλλες έρευνες ή άλλους σκοπούς.

1.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Έγινε χρήση των βασικών μέτρων θέσης και διασποράς, καθώς και των συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των διαστάσεων ΠΖ των ασθενών, καθώς και της διαχείρισης του πόνου.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις-προτάσεις από το ερωτηματολόγιο κλίμακας «MissoulavITAS Quality of Life Index» για τη σύνθεση των επιμέρους σκορ (διαστάσεις) ΠΖ. Τα σκορ αυτά αφορούν στα «Συμπτώματα», στη «Λειτουργικότητα», στις «Διαπροσωπικές Σχέσεις», στην «Ευεξία» και στην «Πνευματικότητα». Επιπλέον, έγινε χρήση του ερωτηματολογίου «the pain self-efficacy questionnaire (PSEQ)», το οποίο εξετάζει την αποτελεσματικότητα διαχείρισης του χρόνιου πόνου από τον ίδιο τον ασθενή. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των παραπάνω σκορ στάσης υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha).

Στη συνέχεια, για τη συγκριτική αξιολόγηση της ΠΖ και της διαχείρισης του πόνου με τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA F-test), σύγκριση της μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) και υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearmanr. Επιπλέον, η στατιστική συσχέτιση της ΠΖ και της διαχείρισης του πόνου με το ιστορικό υγείας και της θεραπείας με αιμοκάθαρση, έγινε με τη χρήση ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA F-test), σύγκριση της μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) και υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearmanr. Τέλος, η στατιστική συσχέτιση της συνολικής ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης και με τη διαχείριση του πόνου, πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης του Spearmanr.

Τα p-value με τιμή χαμηλότερη από 0,05 θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS Statistics version 19 (SPSS Inc., 2003, Chicago, USA).

1.6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μίας έρευνας. Ειδικότερα, τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους συμμετέχοντες και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού, κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

2.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων στη συγκεκριμένη έρευνα περιελάμβανε την καταγραφή βασικών δημογραφικών δεδομένων των ασθενών, όπως για το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, την οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό των παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, την επαγγελματική τους κατάσταση, τον τόπο διαμονής τους, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και τον ασφαλιστικό φορέα τους.

Έτσι, από τον Πίνακα 1 προκύπτει πως το 54,9% των συμμετεχόντων είναι άντρες και το υπόλοιπο 45,1% γυναίκες. Το 12,1% είναι ηλικίας από 21 έως και 40 ετών, το 42% από 41 έως και 60 ετών, το 34,8% είναι ηλικίας 61 έως και 80 ετών, ενώ το 11,2% είναι ασθενείς άνω των 81 ετών. Σημειώνεται πως το 100% των συμμετεχόντων είναι ημεδαπής καταγωγής. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, το 63,4% των ατόμων είναι έγγαμοι, το 17,4% άγαμοι, ενώ το 8,5% και το 10,7% είναι διαζευγμένοι και χήροι αντίστοιχοι. Αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών, το 13,8% δηλώνει πως έχει ένα παιδί, το 33% 2 παιδιά, το 14,7% είναι τρίτεκνοι, το 12,9% πολύτεκνοι, ενώ το 25,4% των ασθενών δεν έχει κανένα παιδί. Από τον Πίνακα 1 φαίνεται ότι το 45,5% του δείγματος έχει απολυτήριο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 33,9% έχει λάβει απολυτήριο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 20,5% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, η πλειοψηφία των ασθενών, το 48,2% είναι συνταξιούχοι, το 18,8% ασχολείται με τα οικιακά, το 14,3% είναι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης, το 9,8% είναι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης και το 8,9% άνεργοι. Το 41,1% των ασθενών του δείγματος διαμένει σε πόλη, ενώ το υπόλοιπο 58,9% σε χωριό. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, το 15,2% έχει μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 500 ευρώ, το 12,5% από 501 έως και 1000 ευρώ, το 6,7% εισόδημα από 1001 έως και 1500 ευρώ και το 1,3% άνω των 1501 ευρώ. Σημειώνεται πως στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν απάντησε το 64,3% του δείγματος. Η πλειοψηφία των ασθενών (89,3%) έχουν ασφαλιστική κάλυψη δημοσίου, το 8,9% ιδιωτική, ενώ το 1,8% έχει δημόσια και ιδιωτική ασφάλεια.

Τα παραπάνω περιγραφικά παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 1 του παραρτήματος.

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των δημογραφικών χαρακτηριστικών για το σύνολο των 224 ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

Δημογραφικά Στοιχεία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλο		
Γυναίκα	101	45,1
Άνδρας	123	54,9
Ηλικία (έτη)		
21 – 40	27	12,1
41 – 60	94	42,0
61 – 80	78	34,8
>80	25	11,2
Εθνικότητα		
Ημεδαπός	224	100,0
Αλλοδαπός	0	0,0
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος/η	142	63,4
Άγαμος/η	39	17,4
Διαζευγμένος/η	19	8,5
Χήρος/α	24	10,7
Αριθμός Παιδιών		
Κανένα	57	25,4
1 παιδί	31	13,8
2 παιδιά	74	33,0
3 παιδιά	33	14,7
>3 παιδιά	29	12,9
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Πρωτοβάθμια	102	45,5
Δευτεροβάθμια	76	33,9
Τριτοβάθμια	46	20,5
Επαγγελματική Κατάσταση		
Πλήρους Απασχόλησης	22	9,8
Μερικής Απασχόλησης	32	14,3
Άνεργος	20	8,9
Συνταξιούχος	108	48,2
Οικιακά	42	18,8
Τόπος Διαμονής		
Πόλη	92	41,1
Χωριό	132	58,9

Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα		
0 – 500 ευρώ	34	15,2
501 – 1000 ευρώ	28	12,5
1001 – 1500 ευρώ	15	6,7
>1501 ευρώ	3	1,3
Δεν απαντώ	144	64,3
Ασφαλιστική Κάλυψη		
Δημόσια	200	89,3
Ιδιωτική	20	8,9
Δημόσια & Ιδιωτική	4	1,8

2.1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Παρακάτω, δίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία που αφορούν σε πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό ιστορικό και με τον πόνο που αισθάνεται ο ασθενής που υποβάλλεται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση. Ο πόνος μπορεί να εμφανίζεται ως σύμπτωμα συνδεδεμένο με το νόσημα που ευθύνεται για τη χρόνια νεφρική νόσο, είτε σα συνάρτηση της τεχνικής ή των άμεσων επιπλοκών της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, είτε σα συνάρτηση των απότερων επιπλοκών της νόσου. Έτσι, από τον Πίνακα 2 φαίνεται ότι το 49,6% του δείγματος έχει ξεκινήσει θεραπεία αιμοκάθαρσης στη συγκεκριμένη μονάδα κατά το χρονικό διάστημα 2008-2013, το 33,5% κατά το χρονικό διάστημα 2003 – 2007, το 11,6% κατά το 1998 – 2002, το 3,6% το 1993 – 1997 και μόνο το 1,8% των ασθενών του δείγματος κάνει θεραπεία αιμοκάθαρσης στην ίδια μονάδα πριν και το 1992. Αναφορικά με το χρονικό διάστημα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, το 49,6% των ατόμων κάνει θεραπεία έως και 5 έτη, το 32,6% από 6 έως και 10 έτη, το 12,9% από 11 έως και 15 έτη, το 3,1% υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση από 16 σε 20 έτη, ενώ το 1,8% για άνω των 20 ετών. Στην ερώτηση για το αν γνωρίζουν την προσωπική αιτία που ανέπτυξαν χρόνια νεφρική νόσο, το 32,6% απαντά ότι είναι η διαβητική νεφροπάθεια, το 20,5% η σπειραματονεφρίτιδα, το 20,1% η αρτηριακή υπέρταση, το 13,8% οι πολυκυστικοί νεφροί και το 12,9% απαντά «άλλο». Το 62,9% των ασθενών έχει αγγειακή προσπέλαση «fistula», το 22,8% μόσχευμα και το 14,3% έχει κεντρικό φλεβικό καθετήρα. Παράλληλα, το 91,1% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι έχει υποβληθεί σε κάποιο είδους χειρουργική επέμβαση κατά το χρονικό διάστημα που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση. Από αυτούς, το 89,7% έχει κάνει επέμβαση δημιουργίας αγγείου, το 16,1% έχει κάνει επέμβαση στην κοιλιακή χώρα, το 8,5%

έχει υποβληθεί σε bypass, το 1,3% σε παραθυροειδεκτομή και το 3,1% σε «άλλη» επέμβαση. Το 33% των ασθενών της παρούσας μελέτης είναι διαβητικοί, το 62,1% πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση και το 39,7% πάσχει από κάποιο καρδιακό νόσημα. Ειδικότερα, από το σύνολο των ασθενών με κάποιο καρδιακό νόσημα, το 71,9% έχει στεφανιαία νόσο, το 14,6% έχει καρδιακή ανεπάρκεια και το 13,5% αρρυθμία. Ακόμα, το 21% υποφέρει από κάποια πάθηση των οστών, εκ των οποίων το 53,2% έχει αρθρίτιδα και το 46,8% νεφρική οστική νόσο. Το 24,6% του δείγματος δηλώνει ότι έχει κινητικά προβλήματα. Κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης, το 61,2% των ασθενών δηλώνει ότι υποφέρει από κράμπες, το 54,9% από πονοκεφάλους και το 33,9% από κνησμό.

Τα παραπάνω περιγραφικά παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2 του παραρτήματος.

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του ιστορικού υγείας και αιμοκάθαρσης για το σύνολο των 224 ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

Ιστορικό Υγείας	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Έτος έναρξης θεραπείας αιμοκάθαρσης στη συγκεκριμένη μονάδα		
Μέχρι το 1992	4	1,8
1993 – 1997	8	3,6
1998 – 2002	26	11,6
2003 – 2007	75	33,5
2008 έως σήμερα	111	49,6
Πόσα χρόνια υποβάλλεστε σε θεραπεία αιμοκάθαρσης;		
0 – 5	111	49,6
6 – 10	73	32,6
11 – 15	29	12,9
16 – 20	7	3,1
>20	4	1,8
Γνωρίζετε ποιο είναι το αίτιο της Χρόνιας Νεφρικής σας Νόσου;		
Διαβητική νεφροπάθεια	73	32,6
Αρτηριακή Υπέρταση	45	20,1
Σπειραματονεφρίτιδα	46	20,5
Πολυκυστικοί νεφροί	31	13,8
Άλλο	29	12,9
Τι είδους αγγειακή προσπέλαση έχετε;		
Fistula	141	62,9
Μόσχευμα	51	22,8
Κεντρικό φλεβικό καθετήρα	32	14,3

Έχετε υποβληθεί σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση στα έτη που υποβάλλεστε σε αιμοκάθαρση

Όχι	20	8,9
Ναι	204	91,1

Αν ναι, σε τι είδους χειρουργικές επεμβάσεις έχετε υποβληθεί;

Επέμβαση δημιουργίας αγγείου	201	89,7
Επέμβαση κοιλιακής χώρας	28	12,5
Bypass	19	8,5
Παραθυροειδεκτομή	3	1,3
Άλλο	7	3,1

Πάσχετε από (ναι):

Σακχαρώδη Διαβήτη	74	33,0
Αρτηριακή Υπέρταση	139	62,1
Καρδιακό Νόσημα	89	39,7
<i>Στεφανιαία νόσο</i>	64	71,9
<i>Αρρυθμία</i>	12	13,5
<i>Καρδιακή ανεπάρκεια</i>	13	14,6
Πάθηση των οστών	47	21,0
<i>Νεφρική οστική νόσος</i>	22	46,8
<i>Αρθρίτιδα</i>	25	53,2
Κινητικά προβλήματα	55	24,6

Κατά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης υποφέρετε από (ναι):

Κράμπες	137	61,2
Πονοκεφάλους	123	54,9
Κνησμό	76	33,9

2.1.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ MISSOULA-VITAS QUALITY OF LIFE INDEX (MVQOLI)

Προκειμένου να μελετηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες προτάσεις από το ερωτηματολόγιο «Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI)» για τη σύνθεση των επιμέρους σκορ ΠΖ. Το ερωτηματολόγιο καλύπτει 5 διαστάσεις ή τομείς (σκορ) της ΠΖ: «Συμπτώματα», «Λειτουργικότητα», «Διαπροσωπικές Σχέσεις», «Ευεξία» και «Πνευματικότητα». Το ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί ειδικά για να αξιολογείται η προσωπική εμπειρία του κάθε ασθενή σε καθεμία από αυτές τις διαστάσεις ή τομείς της ΠΖ.

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι 5 διαφορετικές διαστάσεις και οι 15 ερωτήσεις-προτάσεις από τις οποίες προσδιορίζονται (δηλαδή οι προτάσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή τους). Ειδικότερα, 5 προτάσεις αφορούν στην αποτίμηση (Α) που κάνει ο ασθενής για την πραγματική κατάσταση υγείας του. Οι προτάσεις αυτές είναι οι 1, 4, 7, 10 και 13 του ερωτηματολογίου και κωδικοποιήθηκαν ως εξής: (Διαφωνώ Απόλυτα= -2, Διαφωνώ= -1, Ούτε Διαφωνώ-Ούτε Συμφωνώ= 0, Συμφωνώ= 1 και Συμφωνώ Απόλυτα= 2). Ακόμα, 5 προτάσεις αφορούν στο βαθμό της αποδοχής ή ικανοποίησής (Ι) του από την τωρινή του κατάσταση. Οι προτάσεις αυτές είναι οι 2, 5, 8, 11 και 14 του ερωτηματολογίου και κωδικοποιήθηκαν ως εξής: (Διαφωνώ Απόλυτα= -4, Διαφωνώ= -3, Ούτε Διαφωνώ-Ούτε Συμφωνώ= 0, Συμφωνώ= 3 και Συμφωνώ Απόλυτα= 4). Τέλος, υπάρχουν 5 προτάσεις που αφορούν στον βαθμό της σημαντικότητας (Σ) για την ΠΖ του. Οι προτάσεις αυτές είναι οι 3, 6, 9, 12 και 15 του ερωτηματολογίου και κωδικοποιήθηκαν ως εξής: (Διαφωνώ Απόλυτα= 1, Διαφωνώ= 2, Ούτε Διαφωνώ-Ούτε Συμφωνώ= 3, Συμφωνώ= 4 και Συμφωνώ Απόλυτα= 5).

Ο υπολογισμός της τελικής μεταβλητής που αντιπροσωπεύει την κάθε διάσταση γίνεται με τον εξής τύπο:

*(Αποτίμηση + Ικανοποίηση)*Σημαντικότητα= Σκορ Ποιότητας Ζωής για κάθε Διάσταση*

Σημειώνεται πως:

- σκορ με αρνητικές τιμές υποδηλώνουν μείωση της ΠΖ
- σκορ με θετικές τιμές υποδηλώνουν αύξηση της ΠΖ
- Η μεταβλητότητα της κάθε διάστασης αντικατοπτρίζει και το μέγεθος της μεταβολής στην ΠΖ του ασθενούς

Πιο αναλυτικά,

▪ Συμπτώματα

Προτάσεις: 1 (Α), 2 (Σ) και 3 (Ι)

Σύνολο: 3 προτάσεις

- **Λειτουργικότητα**

Προτάσεις: 4 (Α), 5 (Σ) και 6 (Ι)

Σύνολο: 3 προτάσεις

- **Διαπροσωπικές Σχέσεις**

Προτάσεις: 7 (Α), 8 (Σ) και 9 (Ι)

Σύνολο: 3 προτάσεις

- **Ευεξία**

Προτάσεις: 10 (Α), 11 (Σ) και 12 (Ι)

Σύνολο: 3 προτάσεις

- **Πνευματικότητα**

Προτάσεις: 13 (Α), 14 (Σ) και 15 (Ι)

Σύνολο: 3 προτάσεις

Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach'sAlpha) για τον έλεγχο της εσωτερικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητική, με τη συνολική τιμή να είναι 0,74.

Ακολουθούν τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των 5 σκορ. Από τον Πίνακα 3 προκύπτει ότι τη μεγαλύτερη μέση τιμή (32,4) έχει το σκορ ΠΖ «Διαπροσωπικές Σχέσεις». Ακολουθεί το σκορ «Λειτουργικότητα» με μέση τιμή 27,4, «Ευεξία» με μέση τιμή 23,2, «Συμπτώματα» και «Πνευματικότητα» με μέση τιμή 20,2 και 20,1 αντίστοιχα. Αυτό σημαίνει πως κατά μέσο όρο οι ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης απολαμβάνουν υψηλότερη ΠΖ όσο αφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και χαμηλότερη ΠΖ κατά μέσο όρο σχετικά με τα συμπτώματα και την πνευματικότητά τους.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά τα περιγραφικά των διαφόρων σκορ. Στο Σχήμα 3α του παραρτήματος παρουσιάζονται οι κατανομές των αντίστοιχων σκορ. Σημειώνεται ότι

η κατανομή των επιμέρους σκορ κατανέμονται κανονικά. Στο Σχήμα 3β του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής για τα διάφορα σκορ ΠΖ ασθενών με ΧΝΝ.

Πίνακας 3. Βασικά στατιστικά μέτρα θέσης και διασποράς για τα 5 σκορ ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.

Σκορ	Μέση τιμή	ΣΑ	Ελάχιστη	Μέγιστη
1. Συμπτώματα	20,2	9,51	5	50
2. Λειτουργικότητα	27,4	8,54	4	50
3. Διαπροσωπικές Σχέσεις	32,4	11,24	6	50
4. Ευεξία	23,2	7,01	8	50
5. Πνευματικότητα	20,1	7,40	6	50

Παράλληλα, στην ερώτηση «Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;», το 43,8% των ασθενών απαντά «μέτρια», το 38,8% δηλώνει «καλή», το 8,9% «φτωχή», το 4,5% «πολύ καλή» και το 4% «πολύ φτωχή». Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 4 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 4 του παραρτήματος.

Πίνακας 4. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.

Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Πολύ φτωχή	9	4,0
Φτωχή	20	8,9
Μέτρια	98	43,8
Καλή	87	38,8
Πολύ καλή	10	4,5

2.1.4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ *THE PAIN SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE (PSEQ)*

Προκειμένου να μελετηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκε επιπλέον το ερωτηματολόγιο «*the pain self-efficacy questionnaire (PSEQ)*». Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διερευνά και αξιολογεί την δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί τις συνήθεις δραστηριότητες και να έχει ομαλή ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή παρά την παρουσία χρόνιου πόνου στο ατομικό ιατρικό ιστορικό του. Αποτελείται από δέκα ερωτήσεις, με τις οποίες εξετάζεται η αποτελεσματικότητα διαχείρισης του χρόνιου πόνου από τον ίδιο τον ασθενή ακόμα και χωρίς τη χορήγηση αναλγητικής θεραπείας. Για την κατασκευή του αντίστοιχου σκορ, αθροίζονται οι απαντήσεις των ασθενών στις 10 ερωτήσεις. Η κωδικοποίηση των απαντήσεων είναι η εξής: 0= Καθόλου σίγουρος/η, 1= Λίγο σίγουρος/η, 2= Όχι και τόσο σίγουρος/η, 3= ΔΓ/ΔΑ, 4= Αρκετά σίγουρος/η, 5= Πολύ σίγουρος/η και 6= Απόλυτα σίγουρος/η. Συνεπώς, το σκορ κυμαίνεται από 0 έως και 60, με υψηλό σκορ να υποδηλώνει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην διαχείριση του πόνου.

Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach'sAlpha) για τον έλεγχο της εσωτερικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου ήταν εξαιρετική, με τη συνολική τιμή να είναι 0,96. Ακολουθούν τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς του σκορ (Πίνακας 5). Φαίνεται πως κατά μέσο όρο οι ασθενείς είναι ουδέτεροι ως προς την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. Στο Σχήμα 5α και 5β του παραρτήματος απεικονίζεται το ιστόγραμμα συχνοτήτων και η μέση τιμή με το αντίστοιχο διάστημα εμπιστοσύνης της για το σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.

Πίνακας 5. Βασικά στατιστικά μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.

Σκορ	Μέση τιμή	ΣΑ	Ελάχιστη	Μέγιστη
PSEQ	32,5	14,43	0	60

2.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

- **Συσχέτιση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο, καθώς και του σκορ διαχείρισης πόνου με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Για τη στατιστική συσχέτιση της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε θεραπεία με αιμοκάθαρση, καθώς και του σκορ διαχείρισης πόνου με τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA F-test), σύγκριση της μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) και υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearmanr.

Αρχικά, στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και του σκορ διαχείρισης του πόνου και της ηλικίας. Φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής του σκορ ΠΖ «συμπτώματα» μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ($F=3,511$ και $p\text{-value}=0,016<0,05$). Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς μεταξύ των ηλικιών 21 με 40 ετών φαίνεται να απολαμβάνουν κατά μέσο όρο χαμηλότερη ΠΖ εξαιτίας των συμπτωμάτων της νόσου τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση που εξετάζεται το σκορ της «λειτουργικότητας». Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής του σκορ ($F=3,025$ και $p\text{-value}=0,030<0,05$). Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς μεταξύ των ηλικιών 21 με 40 ετών φαίνεται να απολαμβάνουν κατά μέσο όρο χαμηλότερη ΠΖ αναφορικά με την λειτουργικότητα σε σχέση με τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Από την άλλη, οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας (21 – 40 ετών) έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερη ΠΖ όσο αφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($F=4,324$ και $p\text{-value}=0,006<0,05$). Όσο αφορά τη συσχέτιση της ηλικίας με τα υπόλοιπα σκορ ΠΖ δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value}>0,05$). Αναφορικά με την συσχέτιση της ηλικίας και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με ΧΝΝ, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ειδικότερα, προκύπτει ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας έχουν την τάση κατά μέσο όρο να διαχειρίζονται τον πόνο με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο σε σύγκριση με τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($F=13,590$ και $p\text{-value}<0,001$).

Στο Σχήμα 6 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των σκορ ΠΖ και διαχείρισης του πόνου από ασθενείς με ΧΝΝ, ανά ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης ποιότητας ζωής και του σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και της ηλικίας.

Σκορ	Ηλικία (έτη)	N	Μέσητιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	21-40	27	16,9	8,35	F=3,511 p=0,016*
	41-60	94	18,9	8,10	
	61-80	78	21,7	11,57	
	>80	25	23,7	6,48	
	Σύνολο	224	20,2	9,51	
Λειτουργικότητα	21-40	27	23,7	6,70	F=3,025 p=0,030*
	41-60	94	26,8	9,65	
	61-80	78	28,8	8,25	
	>80	25	29,2	4,78	
	Σύνολο	224	27,4	8,54	
Διαπροσωπικές Σχέσεις	21-40	27	35,7	10,33	F=4,324 p=0,006*
	41-60	94	29,5	12,04	
	61-80	78	34,9	10,43	
	>80	25	31,8	9,12	
	Σύνολο	224	32,4	11,24	
Ευεξία	21-40	27	22,8	7,98	F=1,207 p=0,308
	41-60	94	22,9	6,29	
	61-80	78	24,4	7,91	
	>80	25	21,7	5,18	
	Σύνολο	224	23,2	7,01	
Πνευματικότητα	21-40	27	17,0	6,99	F=2,287 p=0,08
	41-60	94	20,4	7,10	
	61-80	78	21,1	8,50	
	>80	25	19,4	3,71	
	Σύνολο	224	20,1	7,40	
PSEQ	21-40	27	43,1	11,75	F=13,590 p<0,001**
	41-60	94	35,5	13,79	
	61-80	78	28,1	13,83	
	>80	25	23,9	11,46	
	Σύνολο	224	32,5	14,43	

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και του φύλου. Για το σκοπό αυτό εφαρμόστηκε έλεγχος σύγκρισης μέσης τιμής για 2 ανεξάρτητα δείγματα t-test. Ωστόσο, φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των σκορ μεταξύ των αντρών και γυναικών ($p\text{-value}>0,05$). Στο Σχήμα 7 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανά φύλο.

Πίνακας 7. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης ποιότητας ζωής και του σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και του φύλου.

Σκορ	Φύλο	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Ανδρας	123	20,1	9,39	$t=0,125$
	Γυναίκα	101	20,3	9,69	$p=0,901$
Λειτουργικότητα	Ανδρας	123	27,8	8,05	$t=0,814$
	Γυναίκα	101	26,9	9,11	$p=0,417$
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Ανδρας	123	33,6	10,50	$t=1,685$
	Γυναίκα	101	31,0	11,99	$p=0,093$
Ευεξία	Ανδρας	123	23,6	7,47	$t=0,706$
	Γυναίκα	101	22,8	6,42	$p=0,934$
Πνευματικότητα	Ανδρας	123	20,1	6,94	$t=0,147$
	Γυναίκα	101	20,2	7,96	$p=0,885$
PSEQ	Ανδρας	123	33,1	14,32	$t=0,667$
	Γυναίκα	101	31,8	14,60	$p=0,506$

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και του σκορ διαχείρισης του πόνου και της οικογενειακής κατάστασης. Προκειμένου να γίνει ο στατιστικός έλεγχος έγινε ομαδοποίηση της μεταβλητής σε 2 κατηγορίες (1=άγαμος, διαζευγμένος ή χήρος και 2= έγγαμος). Φαίνεται πως δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις διαστάσεις της ΠΖ και της οικογενειακής κατάστασης ($p\text{-value}>0,05$). Αυτό σημαίνει ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο στην ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ. Αναφορικά με την συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με ΧΝΝ, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ειδικότερα, προκύπτει ότι οι άγαμοι ασθενείς έχουν την τάση κατά μέσο όρο να διαχειρίζονται τον πόνο με πιο αποτελεσματικό τρόπο σε σύγκριση με όσους είναι έγγαμοι. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t=2,292$ και $p\text{-value}=0,023<0,05$).

Στο Σχήμα 8 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των σκορ ΠΖ και διαχείρισης του πόνου από ασθενείς με ΧΝΝ, σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση.

Πίνακας 8. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης ποιότητας ζωής και του σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και της οικογενειακής κατάστασης.

Σκορ	Οικογενειακή Κατάσταση	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Άγαμος	82	18,9	8,39	t=1,491
	Έγγαμος	142	20,9	10,05	p=0,137
Λειτουργικότητα	Άγαμος	82	27,8	8,33	t=0,511
	Έγγαμος	142	27,2	8,68	p=0,610
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Άγαμος	82	32,7	11,64	t=0,324
	Έγγαμος	142	32,2	11,04	p=0,746
Ευεξία	Άγαμος	82	22,5	6,90	t=1,230
	Έγγαμος	142	23,7	7,07	p=0,220
Πνευματικότητα	Άγαμος	82	19,1	6,88	t=1,562
	Έγγαμος	142	20,7	7,65	p=0,120
PSEQ	Άγαμος	82	35,4	14,55	t=2,292
	Έγγαμος	142	30,9	14,14	p=0,023*

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης του πόνου με το μορφωτικό επίπεδο. Για το σκοπό αυτό υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης r. Από τον έλεγχο προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του σκορ ΠΖ «συμπτώματα» και της εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερο το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, τόσο πιο χαμηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στα «συμπτώματα» της νόσου. ($r=-0,209$ και $p\text{-value}=0,002<0,05$). Όσον αφορά στα υπόλοιπα σκορ που προσδιορίζουν την ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ δεν βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το μορφωτικό επίπεδο ($p\text{-value}>0,05$). Σχετικά με τη σχέση της διαχείρισης του πόνου και του εκπαιδευτικού επιπέδου, προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση. Πιο αναλυτικά, όσο υψηλότερο το επίπεδο μόρφωσης, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η διαχείριση του πόνου. Στο Σχήμα 9 του παραρτήματος απεικονίζεται η κατανομή των σκορ ΠΖ και διαχείρισης πόνου με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Πίνακας 9. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με το μορφωτικό επίπεδο.

Σκορ	Συντελεστής Συσχέτισης r	p-value
Συμπτώματα	-0,209	0,002*
Λειτουργικότητα	-0,096	0,153
Διαπροσωπικές Σχέσεις	0,064	0,339
Ευεξία	0,007	0,912
Πνευματικότητα	0,024	0,720
PSEQ	0,434	<0,001**

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και του σκορ διαχείρισης του πόνου με την επαγγελματική κατάσταση. Προκειμένου να γίνει ο στατιστικός έλεγχος έγινε ομαδοποίηση της μεταβλητής σε 3 κατηγορίες (1=πλήρους απασχόλησης, 2= μερικής απασχόλησης και 3= άνεργος ή οικιακά ή συνταξιούχος). Έτσι, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής του σκορ ΠΖ «συμπτώματα» μεταξύ των ασθενών με διαφορετικό επάγγελμα ($F=4,022$ και $p\text{-value}=0,019<0,05$). Συγκεκριμένα, όσοι είναι άτομα πλήρους απασχόλησης φαίνεται να έχουν κατά μέσο όρο χαμηλότερη ΠΖ σε σχέση με όσους είναι μερικής απασχόλησης και όσους είναι άνεργοι. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση που διερευνάται το σκορ ΠΖ της «λειτουργικότητας» ($F=7,692$ και $p\text{-value}=0,001<0,05$). Έτσι, όσοι είναι άνεργοι ή μερικής απασχόλησης, φαίνεται κατά μέσο όρο να απολαμβάνουν υψηλότερη ΠΖ σε σχέση με όσους ασθενείς είναι πλήρους απασχόλησης. Απ' την άλλη, σχετικά με το σκορ της «ευεξίας», χαμηλότερη ΠΖ έχουν κατά μέσο όρο όσοι είναι μερικής απασχόλησης ($F=7,069$ και $p\text{-value}=0,001<0,05$). Αναφορικά με την συσχέτιση του επαγγέλματος και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με ΧΝΝ, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ειδικότερα, προκύπτει ότι οι ασθενείς που είναι είτε άνεργοι, είτε συνταξιούχοι, είτε ασχολούνται με τα οικιακά, έχουν την τάση κατά μέσο όρο να διαχειρίζονται τον πόνο με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο σε σύγκριση με όσους εργάζονται. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($F=12,894$ και $p\text{-value}<0,001$).

Στο Σχήμα 10 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των σκορ ΠΖ και διαχείρισης του πόνου από ασθενείς με ΧΝΝ, σύμφωνα με την επαγγελματική κατάσταση.

Πίνακας 10. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης ποιότητας ζωής και του σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και της επαγγελματικής κατάστασης.

Σκορ	Επάγγελμα	N	Μέσητιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Πλήρους απασχόλησης	22	16,4	5,64	F=4,022 p=0,019*
	Μερικής απασχόλησης	32	17,5	7,63	
	Άνεργος Total	170 224	21,2 20,2	10,02 9,51	
Λειτουργικότητα	Πλήρους απασχόλησης	22	22,0	6,34	F=7,692 p=0,001*
	Μερικής απασχόλησης	32	24,9	5,03	
	Άνεργος Total	170 224	28,5 27,4	8,96 8,54	
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Πλήρους απασχόλησης	22	30,3	10,77	F=0,770 p=0,464
	Μερικής απασχόλησης	32	34,1	11,57	
	Άνεργος Total	170 224	32,4 32,4	11,25 11,24	
Ευεξία	Πλήρους απασχόλησης	22	24,5	6,29	F=7,069 p=0,001*
	Μερικής απασχόλησης	32	19,1	6,19	
	Άνεργος Total	170 224	23,9 23,2	7,01 7,01	
Πνευματικότητα	Πλήρους απασχόλησης	22	21,4	5,06	F=1,148 p=0,319
	Μερικής απασχόλησης	32	18,5	6,92	
	Άνεργος	170	20,3	7,72	

	Total	224	20,1	7,40	
PSEQ	Πλήρους απασχόλησης	22	40,0	9,72	F=12,894 p<0,001**
	Μερικής απασχόλησης	32	41,3	12,40	
	Άνεργος Total	170 224	29,9 32,5	14,36 14,43	

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και του σκορ διαχείρισης του πόνου και του τόπου διαμονής. Φαίνεται πως δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις διαστάσεις της ΠΖ, ούτε της διαχείρισης του πόνου και του τόπου διαμονής (p-value>0,05). Αυτό σημαίνει ότι ο τόπος διαμονής δεν παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο στην ΠΖ και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με ΧΝΝ.

Στο Σχήμα 11 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των σκορ ΠΖ και διαχείρισης του πόνου από ασθενείς με ΧΝΝ, σύμφωνα με τον τόπο διαμονής..

Πίνακας 11. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης ποιότητας ζωής και του σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και του τόπου διαμονής.

Σκορ	Τόπος διαμονής	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Πόλη	92	19,8	7,40	t=0,465 p= 0,642
	Χωριό	132	20,4	10,75	
Λειτουργικότητα	Πόλη	92	27,1	6,39	t=0,418 p= 0,676
	Χωριό	132	27,6	9,78	
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Πόλη	92	31,5	9,79	t=0,964 p= 0,336
	Χωριό	132	33,0	12,15	
Ευεξία	Πόλη	92	23,1	5,36	t=0,185 p= 0,853
	Χωριό	132	23,3	7,99	
Πνευματικότητα	Πόλη	92	20,4	8,10	t=0,430 p= 0,668
	Χωριό	132	20,0	6,89	
PSEQ	Πόλη	92	32,9	12,74	t=0,319 p= 0,750
	Χωριό	132	32,3	15,54	

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης του πόνου με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Για το σκοπό αυτό υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης r . Από τον έλεγχο προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του σκορ ΠΖ «συμπτώματα» και του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερο το οικογενειακό εισόδημα των ασθενών, τόσο πιο χαμηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στα «συμπτώματα» της νόσου ($r=-0,255$ και $p\text{-value}=0,022<0,05$). Επίσης, όσο υψηλότερο το οικογενειακό εισόδημα των ασθενών, τόσο πιο χαμηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στην «ευεξία» που νιώθουν εξαιτίας της νόσου ($r=-0,266$ και $p\text{-value}=0,017<0,05$). Όσο αφορά στα υπόλοιπα σκορ που προσδιορίζουν την ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ δεν βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ($p\text{-value}>0,05$). Σχετικά με τη σχέση της διαχείρισης του πόνου και του εκπαιδευτικού επιπέδου, προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση. Πιο αναλυτικά, όσο υψηλότερο το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η διαχείριση του πόνου ($r=0,450$ και $p\text{-value}<0,001$). Στο Σχήμα 12 του παραρτήματος απεικονίζεται η κατανομή των σκορ ΠΖ και διαχείρισης πόνου με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.

Σκορ	Συντελεστής Συσχέτισης r	$p\text{-value}$
Συμπτώματα	-0,255	0,022*
Λειτουργικότητα	-0,122	0,280
Διαπροσωπικές Σχέσεις	0,180	0,110
Ευεξία	-0,266	0,017*
Πνευματικότητα	-0,050	0,658
PSEQ	0,450	<0,001**

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

- **Συσχέτιση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο, καθώς και του σκορ διαχείρισης πόνου με το ιστορικό υγείας και θεραπειάς με αιμοκάθαρση**

Για τη στατιστική συσχέτιση της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε θεραπεία με αιμοκάθαρση, καθώς και του σκορ διαχείρισης πόνου με το ιστορικό υγείας τους, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA F-test), σύγκριση της μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) και υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearmanr.

Αρχικά, στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και του σκορ διαχείρισης του πόνου με το έτος έναρξης της θεραπείας στη συγκεκριμένη μονάδα. Για το σκοπό αυτό υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης r. Από τον έλεγχο προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του σκορ ΠΖ «ευεξία» και του έτους έναρξης της θεραπείας με αιμοκάθαρση. Συγκεκριμένα, όσο πιο πρόσφατη η έναρξη της αιμοκάθαρσης, τόσο πιο υψηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στην «ευεξία» που αισθάνονται οι ασθενείς ($r=0,139$ και $p\text{-value}=0,037<0,05$). Όσο αφορά στα υπόλοιπα σκορ που προσδιορίζουν την ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ, καθώς και τη διαχείριση του πόνου, δεν βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το έτος έναρξης της θεραπείας ($p\text{-value}>0,05$). Στο Σχήμα 13 του παραρτήματος απεικονίζεται η κατανομή των σκορ ΠΖ και διαχείρισης πόνου με το έτος έναρξης της θεραπείας με αιμοκάθαρση.

Πίνακας 13. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με το έτος έναρξης της αιμοκάθαρσης στη συγκεκριμένη μονάδα.

Σκορ	Συντελεστής Συσχέτισης r	p-value
Συμπτώματα	0,022	0,743
Λειτουργικότητα	-0,106	0,114
Διαπροσωπικές Σχέσεις	-0,001	0,985
Ευεξία	0,139	0,037*
Πνευματικότητα	0,094	0,162
PSEQ	0,030	0,658

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και του σκορ διαχείρισης του πόνου με τα έτη θεραπείας με αιμοκάθαρση. Για το σκοπό αυτό υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης r . Από τον έλεγχο προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του σκορ ΠΖ «ευεξία» και των ετών θεραπείας με αιμοκάθαρση. Συγκεκριμένα, όσα λιγότερα χρόνια υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, τόσο πιο υψηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στην «ευεξία» που αισθάνονται οι ασθενείς ($r=-0,141$ και $p\text{-value}=0,035<0,05$). Όσο αφορά στα υπόλοιπα σκορ που προσδιορίζουν την ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ, καθώς και τη διαχείριση του πόνου, δεν βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τα έτη θεραπείας ($p\text{-value}>0,05$). Στο Σχήμα 14 του παραρτήματος απεικονίζεται η κατανομή των σκορ ΠΖ και διαχείρισης πόνου με τα έτη θεραπείας με αιμοκάθαρση.

Πίνακας 14. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με τα έτη θεραπείας με αιμοκάθαρση.

Σκορ	Συντελεστής Συσχέτισης r	p-value
Συμπτώματα	-0,018	0,794
Λειτουργικότητα	0,106	0,115
Διαπροσωπικές Σχέσεις	-0,005	0,939
Ευεξία	-0,141	0,035*
Πνευματικότητα	-0,094	0,160
PSEQ	-0,032	0,636

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και του σκορ διαχείρισης του πόνου και του είδους της αγγειακής προσπέλασης. Όσο αφορά τη συσχέτιση της αγγειακής προσπέλασης με τα σκορ ΠΖ δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value}>0,05$). Αναφορικά με την συσχέτιση του είδους της αγγειακής προσπέλασης και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με ΧΝΝ, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ειδικότερα, προκύπτει ότι οι ασθενείς που έχουν κεντρικό φλεβικό καθετήρα, κατά μέσο όρο διαχειρίζονται τον πόνο με λιγότερο αποτελεσματικό

τρόπο σε σύγκριση με όσους έχουν μόσχευμα και με όσους ασθενείς έχουν fistula. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($F=5,783$ και $p\text{-value}=0,004<0,05$).

Στο Σχήμα 15 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των σκορ ΠΖ και διαχείρισης του πόνου από ασθενείς με ΧΝΝ, ανάλογα με το είδος της αγγειακής προσπέλασης.

Πίνακας 15. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης ποιότητας ζωής και του σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και του είδους της αγγειακής προσπέλασης.

Σκορ	Είδος αγγειακής προσπέλασης	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	fistula	141	21,0	10,12	F=1,870 p=0,157
	μόσχευμα	51	19,3	8,20	
	κεντρικόφλεβικό καθετήρα	32	17,7	8,25	
	Σύνολο	224	20,2	9,51	
Λειτουργικότητα	fistula	141	27,3	8,60	F=0,194 p=0,824
	μόσχευμα	51	27,0	8,25	
	κεντρικόφλεβικό καθετήρα	32	28,2	8,96	
	Σύνολο	224	27,4	8,54	
Διαπροσωπικές Σχέσεις	fistula	141	33,1	11,70	F=0,725 p=0,485
	μόσχευμα	51	30,9	10,88	
	κεντρικόφλεβικό καθετήρα	32	31,9	9,70	
	Σύνολο	224	32,4	11,24	
Ευεξία	fistula	141	23,2	7,44	F=1,165 p=0,314
	μόσχευμα	51	22,4	6,77	
	κεντρικόφλεβικό καθετήρα	32	24,8	5,13	
	Σύνολο	224	23,2	7,01	
Πνευματικότητα	fistula	141	20,8	8,14	F=1,663 p=0,192
	μόσχευμα	51	19,0	6,13	
	κεντρικόφλεβικό καθετήρα	32	18,9	5,33	
	Σύνολο	224	20,1	7,40	
PSEQ	fistula	141	34,8	13,83	

μόσχευμα	51	30,0	14,67	F=5,783 p=0,004*
κεντρικόφλεβικό καθετήρα	32	26,3	14,57	
Σύνολο	224	32,5	14,43	

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και της υποβολής σε χειρουργική επέμβαση. Για το σκοπό αυτό εφαρμόστηκε έλεγχος σύγκρισης μέσης τιμής για 2 ανεξάρτητα δείγματα t-test. Ωστόσο, φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των σκορ ΠΖ μεταξύ όσων ασθενών έχουν υποβληθεί ή όχι σε άλλη χειρουργική επέμβαση (p-value > 0,05). Αντίθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής του σκορ διαχείρισης του πόνου παρατηρείται μεταξύ όσων έχουν ή όχι υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Ειδικότερα, όσοι έχουν κάνει και άλλη επέμβαση διαχειρίζονται τον πόνο, κατά μέσο όρο, με πιο αποτελεσματικό τρόπο (t= 2,742 και p-value=0,007 < 0,05). Στο Σχήμα 16 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με την επέμβαση σε άλλο είδους χειρουργείου.

Πίνακας 16. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με την επέμβαση σε άλλο είδους χειρουργείου.

Σκορ	Έχετε υποβληθεί σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση στα έτη που υποβάλλεστε σε αιμοκάθαρση	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	20	17,0	6,93	t=1,593 p=0,113
	Ναι	204	20,5	9,68	
Λειτουργικότητα	Όχι	20	27,4	6,23	t=0,009 p=0,993
	Ναι	204	27,4	8,75	

Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	20	31,4	8,21	t=0,421
	Ναι	204	32,5	11,51	p=0,675
Ευεξία	Όχι	20	25,7	4,53	t=1,612
	Ναι	204	23,0	7,18	p=0,108
Πνευματικότητα	Όχι	20	18,0	5,14	t=1,363
	Ναι	204	20,4	7,56	p=0,174
PSEQ	Όχι	20	24,2	14,74	t=2,742
	Ναι	204	33,3	14,17	p=0,007*

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και του σακχαρώδους διαβήτη. Για το σκοπό αυτό εφαρμόστηκε έλεγχος σύγκρισης μέσης τιμής για 2 ανεξάρτητα δείγματα t-test. Από την εφαρμογή του ελέγχου προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του σακχαρώδους διαβήτη με το σκορ ΠΖ «συμπτώματα». Συγκεκριμένα, όσοι ασθενείς δεν είναι διαβητικοί απολαμβάνουν υψηλότερη ΠΖ αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου (t=2,363 και p-value=0,019<0,05). Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των υπολοίπων σκορ ΠΖ και της διαχείρισης του πόνου σε διαβητικούς ή μη ασθενείς(p-value>0,05). Στο Σχήμα 17 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι διαβητικός ή όχι.

Πίνακας 17. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με τον σακχαρώδη διαβήτη.

Σκορ	Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη;	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	150	21,2	10,26	t=2,363
	Ναι	74	18,1	7,38	p=0,019*
Λειτουργικότητα	Όχι	150	27,4	8,52	t=0,040
	Ναι	74	27,4	8,65	p=0,968
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	150	32,8	11,87	t=0,686
	Ναι	74	31,7	9,87	p=0,493
Ευεξία	Όχι	150	23,0	7,62	t=0,745
	Ναι	74	23,7	5,60	p=0,457
Πνευματικότητα	Όχι	150	20,2	7,93	t=0,209
	Ναι	74	20,0	6,24	p=0,835

PSEQ	Όχι	150	33,4	14,82	t=1,348
	Ναι	74	30,7	13,52	p=0,179

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και της αρτηριακής υπέρτασης. Για το σκοπό αυτό εφαρμόστηκε έλεγχος σύγκρισης μέσης τιμής για 2 ανεξάρτητα δείγματα t-test. Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των σκορ ΠΖ ανάλογα με την αρτηριακή πίεση ($p\text{-value}>0,05$). Απ' την άλλη όμως, προκύπτει ότι οι ασθενείς με υπέρταση διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με όσους δεν έχουν αρτηριακή υπέρταση ($t=4,786$ και $p\text{-value}<0,001$). Στο Σχήμα 18 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι υπέρτασικός ή όχι.

Πίνακας 18. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με την αρτηριακή υπέρταση.

Σκορ	Πάσχετε από αρτηριακή υπέρταση;	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	85	18,6	9,60	t=1,959
	Ναι	139	21,1	9,35	p=0,051
Λειτουργικότητα	Όχι	85	26,2	9,16	t=1,678
	Ναι	139	28,1	8,08	p=0,095
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	85	31,9	12,03	t=0,561
	Ναι	139	32,7	10,77	p=0,575
Ευεξία	Όχι	85	23,6	7,50	t=0,630
	Ναι	139	23,0	6,72	p=0,529
Πνευματικότητα	Όχι	85	20,6	8,06	t=0,753
	Ναι	139	19,9	6,98	p=0,453
PSEQ	Όχι	85	38,2	13,63	t=4,786
	Ναι	139	29,1	13,85	p<0,001**

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και του καρδιακού νοσήματος. Από την εφαρμογή του ελέγχου προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του καρδιακού νοσήματος με το σκορ ΠΖ «συμπτώματα».

Συγκεκριμένα, όσοι ασθενείς δεν έχουν κάποιο καρδιακό νόσημα φαίνεται να απολαμβάνουν υψηλότερη ΠΖ αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου ($t=2,663$ και $p\text{-value}=0,008<0,05$). Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των υπολοίπων σκορ ΠΖ και του καρδιακού νοσήματος ($p\text{-value}>0,05$). Επιπλέον, προκύπτει ότι οι ασθενείς με καρδιακό νόσημα διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με όσους δεν έχουν ($t=4,299$ και $p\text{-value}<0,001$). Στο Σχήμα 19 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με το αν ο ασθενείς πάσχει από κάποιο καρδιακό νόσημα.

Πίνακας 19. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με το καρδιακό νόσημα.

Σκορ	Πάσχετε από κάποιο καρδιακό νόσημα;	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	135	18,8	8,34	$t=2,663$ $p=0,008^*$
	Ναι	89	22,2	10,77	
Λειτουργικότητα	Όχι	135	26,7	8,22	$t=1,553$ $p=0,122$
	Ναι	89	28,5	8,94	
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	135	32,9	11,95	$t=0,832$ $p=0,406$
	Ναι	89	31,6	10,08	
Ευεξία	Όχι	135	23,1	6,92	$t=0,314$ $p=0,754$
	Ναι	89	23,4	7,19	
Πνευματικότητα	Όχι	135	20,1	8,38	$t=0,072$ $p=0,943$
	Ναι	89	20,2	5,64	
PSEQ	Όχι	135	35,8	13,91	$t=4,299$ $p<0,001^{**}$
	Ναι	89	27,6	13,87	

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και της πάθησης των οστών. Από την εφαρμογή του ελέγχου προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της πάθησης των οστών με το σκορ ΠΖ «συμπτώματα». Συγκεκριμένα, όσοι ασθενείς έχουν κάποια πάθηση των οστών φαίνεται να απολαμβάνουν χαμηλότερη ΠΖ αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου ($t=3,635$ και $p\text{-value}<0,001$). Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των υπολοίπων σκορ

ποιότητας και της πάθησης των οστών($p\text{-value}>0,05$). Επιπλέον, προκύπτει ότι οι ασθενείς με πάθηση των οστών διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με όσους δεν έχουν ($t=6,158$ και $p\text{-value}<0,001$). Στο Σχήμα 20 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με το αν ο ασθενείς έχει κάποια πάθηση των οστών.

Πίνακας 20. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με την πάθηση των οστών.

Σκορ	Πάσχετε από κάποια πάθηση των οστών;	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	177	19,0	8,75	$t=3,635$
	Ναι	47	24,5	10,97	$p<0,001^{**}$
Λειτουργικότητα	Όχι	177	27,1	8,63	$t=1,095$
	Ναι	47	28,6	8,16	$p=0,275$
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	177	32,8	11,85	$t=1,012$
	Ναι	47	30,9	8,51	$p=0,313$
Ευεξία	Όχι	177	23,0	7,41	$t=0,899$
	Ναι	47	24,1	5,26	$p=0,369$
Πνευματικότητα	Όχι	177	20,0	7,06	$t=0,577$
	Ναι	47	20,7	8,61	$p=0,564$
PSEQ	Όχι	177	35,4	13,93	$t=6,158$
	Ναι	47	21,9	10,94	$p<0,001^{**}$

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και των κινητικών προβλημάτων. Από την εφαρμογή του ελέγχου προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση κινητικών προβλημάτων με το σκορ ΠΖ «συμπτώματα». Συγκεκριμένα, όσοι ασθενείς έχουν κινητικό πρόβλημα φαίνεται να απολαμβάνουν χαμηλότερη ΠΖ αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου ($t=4,711$ και $p\text{-value}<0,001$). Επίσης, όσοι ασθενείς έχουν κινητικό πρόβλημα φαίνεται να απολαμβάνουν χαμηλότερη ΠΖ αναφορικά με την «λειτουργικότητα» ($t=2,746$ και $p\text{-value}=0,007<0,05$). Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των υπολοίπων σκορ ποιότητας και των κινητικών προβλημάτων ($p\text{-value}>0,05$). Επιπλέον, προκύπτει ότι οι

ασθενείς με κινητικά προβλήματα διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με όσους δεν έχουν αντίστοιχα προβλήματα ($t=9,708$ και $p\text{-value}<0,001$). Στο Σχήμα 21 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με το αν ο ασθενείς έχει κινητικά προβλήματα.

Πίνακας 21. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με την ύπαρξη κινητικών προβλημάτων.

Σκορ	Έχετε κινητικά προβλήματα;	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	169	18,5	8,87	$t=4,711$ $p<0,001$
	Ναι	55	25,2	9,73	
Λειτουργικότητα	Όχι	169	26,5	8,08	$t=2,746$ $p=0,007^*$
	Ναι	55	30,1	9,40	
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	169	33,4	11,18	$t=2,237$ $p=0,026^*$
	Ναι	55	29,5	11,02	
Ευεξία	Όχι	169	23,0	7,35	$t=0,962$ $p=0,337$
	Ναι	55	24,0	5,85	
Πνευματικότητα	Όχι	169	20,0	7,10	$t=0,438$ $p=0,662$
	Ναι	55	20,5	8,30	
PSEQ	Όχι	169	37,0	12,33	$t=9,708$ $p<0,001^{**}$
	Ναι	55	18,7	11,42	

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και της εμφάνισης κράμπας κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης. Από την εφαρμογή του ελέγχου προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των σκορ ποιότητας και της εμφάνισης κράμπας κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης ($p\text{-value}>0,05$). Όμως, προκύπτει ότι οι ασθενείς που εμφανίζουν κράμπες κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ($t=3,358$ και $p\text{-value}=0,001<0,05$). Στο Σχήμα 22 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με το αν ο ασθενείς εμφανίζει κράμπες κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.

Πίνακας 22. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με την εμφάνιση κράμπας κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.

Σκορ	Κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης υποφέρετε από κράμπες	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	87	18,8	9,23	t=1,720
	Ναι	137	21,0	9,61	p=0,087
Λειτουργικότητα	Όχι	87	27,0	9,27	t=0,503
	Ναι	137	27,6	8,07	p=0,615
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	87	33,6	12,32	t=1,236
	Ναι	137	31,7	10,48	p=0,218
Ευεξία	Όχι	87	23,8	6,51	t=1,009
	Ναι	137	22,9	7,32	p=0,314
Πνευματικότητα	Όχι	87	19,6	6,63	t=0,867
	Ναι	137	20,5	7,85	p=0,387
PSEQ	Όχι	87	36,5	14,58	t=3,358
	Ναι	137	30,0	13,80	p=0,001*

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και της εμφάνισης πονοκεφάλων κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης. Από την εφαρμογή του ελέγχου προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέση τιμής του σκορ ΠΖ «συμπτώματα» μεταξύ των ασθενών που υποφέρουν ή όχι από πονοκεφάλους κατά τη διάρκεια της συνεδρίας της αιμοκάθαρσης (t=3,217 και p-value=0,001<0,05). Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των υπολοίπων σκορ ποιότητας και της εμφάνισης πονοκεφάλων κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης (p-value>0,05). Όμως, προκύπτει ότι οι ασθενείς που εμφανίζουν πονοκεφάλους κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους (t=4,965 και p-value<0,001). Στο Σχήμα 23 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με το αν ο ασθενείς εμφανίζει πονοκεφάλους κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.

Πίνακας 23. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με την εμφάνιση πονοκεφάλων κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.

Σκορ	Κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης υποφέρετε από πονοκεφάλους	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	101	18,0	7,67	t=3,217
	Ναι	123	22,0	10,47	p=0,001*
Λειτουργικότητα	Όχι	101	26,2	8,31	t=1,8146
	Ναι	123	28,3	8,65	p=0,071
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	101	33,7	11,03	t=1,576
	Ναι	123	31,3	11,34	p=0,116
Ευεξία	Όχι	101	23,2	7,34	t=0,111
	Ναι	123	23,3	6,77	p=0,912
Πνευματικότητα	Όχι	101	19,0	6,82	t=2,175
	Ναι	123	21,1	7,73	p=0,031*
PSEQ	Όχι	101	37,5	12,89	t=4,965
	Ναι	123	28,4	14,37	p<0,001**

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της ΠΖ και της διαχείρισης πόνου και της εμφάνισης κνησμού κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης. Από την εφαρμογή του ελέγχου προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέση τιμής του σκορ ΠΖ «διαπροσωπικές σχέσεις» μεταξύ των ασθενών που υποφέρουν ή όχι από κνησμό κατά τη διάρκεια της συνεδρίας της αιμοκάθαρσης ($t=2,270$ και $p\text{-value}=0,024<0,05$). Πιο αναλυτικά, όσοι δεν υποφέρουν από κνησμό κατά τη διάρκεια της συνεδρίας της αιμοκάθαρσης, έχουν υψηλότερη ΠΖ όσο αφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις σε σχέση με όσους δεν υποφέρουν από κνησμό. Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των υπολοίπων σκορ ποιότητας και της εμφάνισης κνησμού κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης ($p\text{-value}>0,05$). Επιπλέον, προκύπτει ότι οι ασθενείς που έχουν κνησμό κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ($t=5,488$ και $p\text{-value}<0,001$). Στο Σχήμα 24 του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης και συνεπώς η

διακύμανση των αντίστοιχων σκορ, ανάλογα με το αν ο ασθενείς εμφανίζει κνησμό κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.

Πίνακας 24. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου με την εμφάνιση κνησμού κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.

Σκορ	Κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης υποφέρετε από κνησμό	N	Μέση τιμή	ΣΑ	Στατιστικός Έλεγχος
Συμπτώματα	Όχι	148	19,9	9,73	t=0,699
	Ναι	76	20,8	9,10	p=0,486
Λειτουργικότητα	Όχι	148	27,2	8,69	t=0,376
	Ναι	76	27,7	8,30	p=0,707
Διαπροσωπικές Σχέσεις	Όχι	148	33,6	11,02	t=2,270
	Ναι	76	30,1	11,37	p=0,024*
Ευεξία	Όχι	148	23,5	7,39	t=0,696
	Ναι	76	22,8	6,25	p=0,487
Πνευματικότητα	Όχι	148	20,4	7,81	t=0,670
	Ναι	76	19,7	6,55	p=0,503
PSEQ	Όχι	148	36,1	12,59	t=5,488
	Ναι	76	25,6	15,32	p<0,001**

*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης της συνολικής ΠΖ και του σκορ διαχείρισης του πόνου από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με αιμοκάθαρση. Για το σκοπό αυτό υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης r. Από τον έλεγχο προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συνολικής ΠΖ και της διαχείρισης του πόνου. Συγκεκριμένα, όσα πιο αποτελεσματική είναι η διαχείριση του πόνου, τόσο πιο υψηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στην συνολική ΠΖ οι ασθενείς με ΧΝΝ (r=0,522 και p-value<0,001). Στο Σχήμα 25 του παραρτήματος απεικονίζεται η κατανομή της διαχείρισης του πόνου, ανάλογα με την συνολική ΠΖ των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης.

Πίνακας 25. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο.

Σκορ	Συντελεστής Συσχέτισης r	p-value
PSEQ – Ποιότητα Ζωής	0,522	<0,001**

**στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%

2.3 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ PSEQ

2.3.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 50 ασθενείς, εκ των οποίων το 60,0% είναι άνδρες και το 40,0% είναι γυναίκες (Πίνακας 26). Η διάμεσος ηλικία ισούται με 73,50 ($\pm 19,50$) έτη. Ο μικρότερος ασθενής είναι 22 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος είναι 93 ετών. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς (94,0%) είναι ελληνικής εθνικότητας. Το 62,0% των ασθενών είναι έγγαμοι, το 18,0% είναι άγαμοι, το ίδιο ποσοστό τελεί εν χηρεία, ενώ μόνο ένα άτομο είναι διαζευγμένο. Το 58,0% των ασθενών είναι συνταξιούχοι, το 24,0% ασχολείται με τα οικιακά, το 8,0% είναι μερικής απασχόλησης, το ίδιο ποσοστό είναι άνεργοι, ενώ μόλις ένα άτομο είναι πλήρους απασχόλησης. Το 78,0% διαμένει σε χωριό, ενώ το 22% σε πόλη. Η πλειοψηφία των ασθενών (68,0%) είναι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 22,0% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, και το 10,0% είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 95,9% έχει δημόσια ασφαλιστική κάλυψη, ενώ ο διάμεσος χρόνος θεραπείας είναι 3,00 ($\pm 5,25$) χρόνια.

2.3.2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Από τον Πίνακα 27 παρατηρούμε ότι το 72,0% είναι από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορεί να χαίρεται, παρά τον πόνο που αισθάνεται. Το 66,0% είναι από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορεί να κάνει περισσότερες οικιακές δουλειές. Το 76,0% είναι από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορεί να έχει συχνή επαφή με τους φίλους και την οικογένειά του. Το 70,0% είναι από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορεί να αντιμετωπίσει τον πόνο του στις περισσότερες καταστάσεις. Το 63,3% είναι από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορεί να κάνει κάποιας μορφής εργασία. Το 65,3% είναι από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορεί ακόμη και σήμερα να κάνει πολλές από τις δραστηριότητες που του αρέσουν, όπως χόμπι ή

δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο. Το 61,2% είναι από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορεί να αντιμετωπίσει τον πόνο χωρίς φάρμακα. Το 75,5% είναι από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορεί να επιτύχει τους περισσότερους στόχους του. Το 65,3% είναι από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορεί να έχει κανονικό τρόπο ζωής. Το 75,4% είναι από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορεί σταδιακά να γίνει πιο δραστήριο. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα που αφορούν τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δίνονται στον Πίνακα 28.

Πίνακας 26. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των δημογραφικών χαρακτηριστικών για το σύνολο των 50 ασθενών που συμμετείχαν διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του PSEQ

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	30	60,0
	Γυναίκα	20	40,0
Ηλικία	73,50 (\pm 19,50)*		
Εθνικότητα	Ελληνική	47	94,0
	Ξένη	3	6,0
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	9	18,0
	Έγγαμος	31	62,0
	Διαζευγμένος	1	2,0
	Χήρος	9	18,0
Επάγγελμα	Πλήρους απασχόλησης	1	2,0
	Μερικής απασχόλησης	4	8,0
	Άνεργος	4	8,0
	Συνταξιούχος	29	58,0
	Οικιακά	12	24,0
Διαμονή	Πόλη	11	22,0
	Χωριό	39	78,0
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	34	68,0
	Δευτεροβάθμια	11	22,0
	Τριτοβάθμια	5	10,0
Ασφαλιστική κάλυψη	Δημόσια	47	95,9
	Ιδιωτική	2	4,1
Χρόνια θεραπείας	3,00 (\pm 5,25)*		

* Median (\pm IQR)

Πίνακας 27. Αποτελέσματα διαχείρισης πόνου (πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου PSEQ)

	0	1	2	3	4	5	6	Mean (SD)
Μπορώ να χαίρομαι	2 (4,0)	2 (4,0)	10 (20,0)	13 (26,0)	8 (16,0)	7 (14,0)	8 (16,0)	3,520 (1,632)
Μπορώ να κάνω τις περισσότερες οικιακές δουλειές	4 (8,0)	6 (12,0)	7 (14,0)	12 (24,0)	8 (16,0)	4 (8,0)	9 (18,0)	3,240 (1,858)
Μπορώ να έρχομαι σε επαφή με τους φίλους μου ή την οικογένειά μου συχνά	2 (4,0)	5 (10,0)	5 (10,0)	13 (26,0)	3 (6,0)	6 (12,0)	16 (32,0)	3,840 (1,910)
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου στις περισσότερες καταστάσεις	4 (8,0)	4 (8,0)	7 (14,0)	9 (18,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	11 (22,0)	3,540 (1,897)
Μπορώ να κάνω κάποιας μορφής εργασία	5 (10,2)	7 (14,3)	6 (12,2)	9 (18,4)	7 (14,3)	8 (16,3)	7 (14,3)	3,184 (1,933)
Μπορώ ακόμη και σήμερα να κάνω πολλές από τις δραστηριότητες που μου αρέσουν	5 (10,2)	9 (18,4)	8 (16,3)	10 (20,4)	3 (6,1)	6 (12,2)	8 (16,3)	2,959 (1,979)
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου χωρίς φαρμακευτική αγωγή	6 (12,2)	5 (10,2)	9 (18,4)	10 (20,4)	4 (8,2)	6 (12,2)	9 (18,4)	3,122 (1,996)
Μπορώ ακόμη και σήμερα να επιτύχω τους περισσότερους από τους στόχους μου στη ζωή	5 (10,2)	12 (24,5)	7 (14,3)	13 (26,5)	4 (8,2)	3 (6,1)	5 (10,2)	2,571 (1,780)
Μπορώ να έχω έναν κανονικό τρόπο ζωής, παρά τον πόνο που αισθάνομαι	4 (8,2)	3 (6,1)	12 (24,5)	13 (26,5)	4 (8,2)	5 (10,2)	8 (16,3)	3,163 (1,795)
Μπορώ σταδιακά να γίνω πιο δραστήριος/α	7 (14,3)	6 (12,2)	11 (22,4)	13 (26,5)	5 (10,2)	1 (2,0)	6 (12,2)	2,612 (1,789)

0 = καθόλου σίγουρος – 6 = απόλυτα σίγουρος

Πίνακας 28. Αποτελέσματα διαχείρισης πόνου (δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου PSEQ)

	0	1	2	3	4	5	6	Mean (SD)
Μπορώ να χαίρομαι	2 (4,0)	3 (6,0)	7 (14,0)	15 (30,0)	8 (16,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	3,560 (1,656)
Μπορώ να κάνω τις περισσότερες οικιακές δουλειές	3 (6,0)	8 (16,0)	5 (10,0)	14 (28,0)	7 (14,0)	5 (10,0)	8 (16,0)	3,220 (1,810)
Μπορώ να έρχομαι σε επαφή με τους φίλους μου ή την οικογένειά μου συχνά	2 (4,0)	4 (8,0)	4 (8,0)	15 (30,0)	3 (6,0)	7 (14,0)	15 (30,0)	3,880 (1,837)
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου στις περισσότερες καταστάσεις	4 (8,0)	5 (10,0)	7 (14,0)	8 (16,0)	9 (18,0)	8 (16,0)	9 (18,0)	3,460 (1,887)
Μπορώ να κάνω κάποιας μορφής εργασία	6 (12,0)	8 (16,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	3,040 (1,958)
Μπορώ ακόμη και σήμερα να κάνω πολλές από τις δραστηριότητες που μου αρέσουν	5 (10,0)	10 (20,0)	6 (12,0)	11 (22,0)	5 (10,0)	6 (12,0)	7 (14,0)	2,940 (1,932)
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου χωρίς φαρμακευτική αγωγή	5 (10,0)	7 (14,0)	8 (16,0)	12 (24,0)	4 (8,0)	5 (10,0)	9 (18,0)	3,080 (1,947)
Μπορώ ακόμη και σήμερα να επιτύχω τους περισσότερους από τους στόχους μου στη ζωή	5 (10,0)	8 (16,0)	11 (22,0)	15 (30,0)	3 (6,0)	3 (6,0)	5 (10,0)	2,640 (1,699)
Μπορώ να έχω έναν κανονικό τρόπο ζωής, παρά τον πόνο που αισθάνομαι	4 (8,0)	4 (8,0)	12 (24,0)	10 (20,0)	6 (12,0)	5 (10,0)	9 (18,0)	3,220 (1,855)
Μπορώ σταδιακά να γίνω πιο δραστήριος/α	7 (14,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	16 (32,0)	5 (10,0)	3 (6,0)	4 (8,0)	2,620 (1,701)

0 = καθόλου σίγουρος – 6 = απόλυτα σίγουρος

Αθροίζοντας τις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις προέκυψε ο συνολικός δείκτης διαχείρισης του πόνου. Τόσο ο δείκτης διαχείρισης του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όσο και μετά τη δεύτερη, συσχετίζονται μέτρια αρνητικά με την ηλικία των ατόμων (Spearman'srho = -0,468; p=0,001 και Spearman'srho = -0,451; p=0,001; (Πίνακας 29). Όσο νεότεροι είναι οι ασθενείς, τόσο καλύτερα διαχειρίζονται τον πόνο που αισθάνονται.

Πίνακας 29. Συσχέτιση δείκτη διαχείρισης πόνου (πρώτη και δεύτερη συμπλήρωση) με την ηλικία και τα χρόνια θεραπείας

		Δείκτης διαχείρισης του πόνου (πρώτη συμπλήρωση)	Δείκτης διαχείρισης του πόνου (δεύτερη συμπλήρωση)
Ηλικία	Spearman'srho	-0,468	-0,451
	p-value	0,001	0,001
Χρόνια θεραπείας	Spearman'srho	-0,094	-0,075
	p-value	0,520	0,603

Η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,012$), η εκπαίδευση ($p<0,001$) και το επάγγελμα ($p=0,024$) επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το δείκτη διαχείρισης του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (Πίνακας 30). Οι άγαμοι, οι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ασθενείς και οι μερικής απασχόλησης ασθενείς διαχειρίζονται καλύτερα τον πόνο που αισθάνονται. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα για το δείκτη διαχείρισης του πόνου μετά τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Πίνακας 30. Συσχέτιση δείκτη διαχείρισης πόνου (πρώτη και δεύτερη συμπλήρωση) με το φύλο, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και το επάγγελμα

		N	Mean	SD	Σημαντικότητα	
Δείκτης διαχείρισης του πόνου (πρώτη συμπλήρωση)	Φύλο	Ανδρας	29	34,483	16,917	0,192
		Γυναίκα	20	28,000	16,721	
	Διαμονή	Πόλη	10	3(1,500	13,826	0,945
		Χωριό	39	3(1,923	17,845	
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	9	42,333	20,718	0,012 ¹
		Έγγαμος	30	3(1,567	16,699	
		Χήρος	9	2(1,889	7,132	
	Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	33	24,273	13,429	<0,001 ²
		Δευτεροβάθμια	11	49,818	13,746	
		Τριτοβάθμια	5	42,200	6,723	
	Επάγγελμα	Μερικής απασχόλησης	4	55,750	7,228	0,024 ²
		Άνεργος	4	36,500	16,783	
		Συνταξιούχος	28	27,857	14,175	

		Οικιακά	12	29,250	18,351	
Δείκτης διαχείρισης του πόνου (δεύτερη συμπλήρωση)	Φύλο	Άνδρας	30	34,233	16,4771	0,182
		Γυναίκα	20	27,800	16,434	
	Διαμονή	Πόλη	11	3(1,000	12,892	0,883
		Χωριό	39	3(1,846	17,646	
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	9	42,000	20,180	0,011 ¹
		Έγγαμος	31	3(1,581	16,219	
		Χήρος	9	2(1,556	7,667	
	Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	34	24,529	13,331	<0,001 ²
		Δευτεροβάθμια	11	49,000	13,461	
		Τριτοβάθμια	5	42,000	7,969	
	Επάγγελμα	Μερικής απασχόλησης	4	55,000	6,782	0,021 ²
		Άνεργος	4	36,250	15,629	
Συνταξιούχος		29	27,931	14,002		
Οικιακά		12	29,000	18,056		

¹ Welch test used

²Kruskal-Wallis test used

2.3.3 ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Από την ανάλυση προέκυψε ότι τα αποτελέσματα είναι συνεπή, σταθερά και ιδιαίτερα επαναληπτικά. Τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 31. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου κρίνεται ιδιαίτερα εξαιρετικά υψηλή (Chronbach'sa= 0,977). Παρόμοιο είναι το αποτέλεσμα για την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και μετά τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (Chronbach'sa= 0,976).

Ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson και ο συντελεστής ICC αποκάλυψαν εξαιρετική συσχέτιση μεταξύ των δυο δεικτών διαχείρισης του πόνου ($r=0,997$; $p<0,001$ και $ICC=0,997$; $p<0,001$, αντίστοιχα).

Ο μέσος δείκτης διαχείρισης του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση ισούται με 31,837 ($\pm 16,970$), ενώ μετά τη δεύτερη συμπλήρωση βρέθηκε ίσος με 31,660 ($\pm 16,599$). Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων βαθμών ($t(48)=0,667$; $p=0,508$).

Ο Πίνακας 32 παρουσιάζει τις συσχετίσεις μεταξύ του δείκτη διαχείρισης του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και κάθε ερώτηση. Όλες οι συσχετίσεις είναι

στατιστικά σημαντικές (Spearman's $\rho \geq 0,869$; $p < 0,001$), το οποίο δηλώνει ότι η συγκλίνουσα εγκυρότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή.

Πίνακας 31. Αποτελέσματα ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας

Ιδιότητα	Μέτρο	Τιμή	Σημαντικότητα
Internal consistency	Chronbach's α	0,977	–
Repeatability	Pearson's r	r=0,997	<0,001
Test-retest reliability I	ICC (95% ΔΕ)	0,997 (0,995;0,998)	<0,001
Test-retest reliability II	Paired samples t-test	3(1,837 (16,970) ^a	0,508
		3(1,660 (16,599) ^b	

ICC = Intraclass Correlation Coefficient

ΔΕ = Διάστημα Εμπιστοσύνης

^aπρώτη συμπλήρωση

^bδεύτερη συμπλήρωση

Πίνακας 32. Συσχετίσεις μεταξύ του δείκτη διαχείρισης του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και κάθε ερώτηση

	Spearman's rho
Μπορώ να χαίρομαι	0,908
Μπορώ να κάνω τις περισσότερες οικιακές δουλειές	0,926
Μπορώ να έρχομαι σε επαφή με τους φίλους μου ή την οικογένειά μου συχνά	0,869
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου στις περισσότερες καταστάσεις	0,925
Μπορώ να κάνω κάποιας μορφής εργασία	0,919
Μπορώ ακόμη και σήμερα να κάνω πολλές από τις δραστηριότητες που μου αρέσουν	0,947
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου χωρίς φαρμακευτική αγωγή	0,874
Μπορώ ακόμη και σήμερα να επιτύχω τους περισσότερους από τους στόχους μου στη ζωή	0,926
Μπορώ να έχω έναν κανονικό τρόπο ζωής, παρά τον πόνο που αισθάνομαι	0,896
Μπορώ σταδιακά να γίνω πιο δραστήριος/α	0,871

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη συγκεκριμένη μελέτη έλαβαν μέρος 224 ασθενείς με ΤΣΧΝΝ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Από τους ασθενείς αυτούς το 54,9% ήταν άντρες και το 45,1% γυναίκες, ενώ το 42% ήταν σε ηλικία μεταξύ 41 και 60 χρόνων. Το 63,4% των συμμετεχόντων ασθενών στην έρευνα ήταν έγγαμοι, το 45,5% απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ το 48,2% ήταν συνταξιούχοι. Το 49,6% των ασθενών υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση μέχρι και πέντε χρόνια, ενώ το πρωτοπαθές αίτιο της ΧΝΝ για το 32,6% ήταν η διαβητική νεφροπάθεια. Το 91,1% έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και από αυτούς το 89,7% η επέμβαση αφορά τη δημιουργία αγγειακής προσπέλασης. Ως συνυπάρχοντα νοσήματα αναφέρονται ο σακχαρώδης διαβήτης (33%), η αρτηριακή υπέρταση (62,1%), καρδιακά νοσήματα (39,7% με το 71,9% αυτών να πάσχει από στεφανιαία νόσο), παθήσεις οστών (21%). Επίσης το 24,6% των ασθενών δηλώνει πως έχει κινητικά προβλήματα, ενώ κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης εμφανίζονται κράμπες, πονοκέφαλος ή κνησμός σε ποσοστά 61,2%, 54,9% και 33,9%, αντίστοιχα.

Τα χαρακτηριστικά αυτά του δείγματος όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία καθώς και τα στοιχεία του ατομικού ιστορικού, διαπιστώθηκε, μετά από αναζήτηση και μελέτη, πως συμφωνούν με τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά των δειγμάτων ανάλογων μελετών.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

- Οι ασθενείς που είναι μικρότεροι σε ηλικία (<40 χρόνων) φαίνεται πως απολαμβάνουν χαμηλότερη ΠΖ όσον αφορά τα συμπτώματα και τη λειτουργικότητα αλλά επιτυγχάνουν καλύτερη διαχείριση του πόνου συγκριτικά με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.
- Οι άγαμοι ασθενείς έχουν την τάση κατά μέσο όρο να διαχειρίζονται τον πόνο με πιο αποτελεσματικό τρόπο σε σύγκριση με όσους είναι έγγαμοι.
- Όσο υψηλότερο το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, τόσο πιο χαμηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στα «συμπτώματα» της νόσου και τόσο πιο αποτελεσματική είναι η διαχείριση του πόνου.
- Όσοι είναι άτομα πλήρους απασχόλησης φαίνεται να έχουν κατά μέσο όρο χαμηλότερη ΠΖ σε σχέση με όσους είναι μερικής απασχόλησης και όσους είναι άνεργοι. Οι ασθενείς που είναι είτε άνεργοι, είτε συνταξιούχοι, είτε ασχολούνται με τα οικιακά, έχουν την

τάση κατά μέσο όρο να διαχειρίζονται τον πόνο με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο σε σύγκριση με όσους εργάζονται.

- Όσο υψηλότερο είναι το οικογενειακό εισόδημα των ασθενών, τόσο πιο χαμηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στα «συμπτώματα» της νόσου και όσο αφορά στην «ευεξία» που νιώθουν εξαιτίας της νόσου, ενώ όσο υψηλότερο είναι το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η διαχείριση του πόνου.

- Όσα λιγότερα χρόνια υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, τόσο πιο υψηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στην «ευεξία» που αισθάνονται οι ασθενείς

- Οι ασθενείς που έχουν κεντρικό φλεβικό καθετήρα, κατά μέσο όρο διαχειρίζονται τον πόνο με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο σε σύγκριση με όσους έχουν μόσχευμα και με όσους ασθενείς έχουν fistula.

- Όσοι έχουν κάνει και άλλη επέμβαση διαχειρίζονται τον πόνο, κατά μέσο όρο, με πιο αποτελεσματικό τρόπο

- Όσοι ασθενείς δεν είναι διαβητικοί απολαμβάνουν υψηλότερη ΠΖ αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου

- Οι ασθενείς με υπέρταση διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με όσους δεν έχουν αρτηριακή υπέρταση

- Όσοι ασθενείς δεν έχουν κάποιο καρδιακό νόσημα φαίνεται να απολαμβάνουν υψηλότερη ΠΖ αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου και διαχειρίζονται με περισσότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με όσους έχουν

- Όσοι ασθενείς έχουν κάποια πάθηση των οστών φαίνεται να απολαμβάνουν χαμηλότερη ΠΖ αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου και ταυτόχρονα διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με όσους δεν έχουν

- Όσοι ασθενείς έχουν κινητικό πρόβλημα φαίνεται να απολαμβάνουν χαμηλότερη ΠΖ αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου και τη «λειτουργικότητα». Επιπλέον, προκύπτει ότι οι ασθενείς με κινητικά προβλήματα διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με όσους δεν έχουν αντίστοιχα προβλήματα.

- Οι ασθενείς που εμφανίζουν κράμπες κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους

- Οι ασθενείς που εμφανίζουν πονοκεφάλους κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους

- Όσοι δεν υποφέρουν από κνησμό κατά τη διάρκεια της συνεδρίας της αιμοκάθαρσης, έχουν υψηλότερη ΠΖ όσο αφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις σε σχέση με όσους δεν υποφέρουν από κνησμό, ενώ όσοι έχουν κνησμό κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης διαχειρίζονται με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο τον πόνο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους.
- Από τα ευρήματα της μελέτης φαίνεται πως κατά μέσο όρο οι ασθενείς είναι ουδέτεροι ως προς την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου.
- Όσο πιο αποτελεσματική είναι η διαχείριση του πόνου, τόσο πιο υψηλή ΠΖ απολαμβάνουν όσο αφορά στην συνολική ΠΖ οι ασθενείς με ΧΝΝ.
- Παράλληλα, στην ερώτηση «Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;», το 43,8% των ασθενών απαντά «μέτρια», το 38,8% δηλώνει «καλή», το 8,9% «φτωχή», το 4,5% «πολύ καλή» και το 4% «πολύ φτωχή».
- Μετά την αξιολόγηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου “The Pain self-Efficacy Questionnaire”- PSEQ προέκυψε πως τα αποτελέσματα είναι συνεπή, σταθερά και ιδιαίτερα επαναληπτικά. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου κρίνεται ιδιαίτερα εξαιρετικά υψηλή, ενώ παρόμοιο είναι το αποτέλεσμα για την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και μετά τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση της παρούσας έρευνας με ανάλογες μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα ή το εξωτερικό.

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε σε 1186 ασθενείς με ΧΝΝ (σταδίου III-V), σε μονάδες αιμοκάθαρσης και νεφρολογικές κλινικές στη Βόρεια Αμερική,¹⁵⁷ προέκυψε πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς (>65 χρόνων) εμφάνιζαν γενικότερα χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ σχετικά με τη λειτουργικότητα και τη γενικότερη υγεία ($p < 0,0001$) χωρίς όμως να υπάρχει συσχέτιση με συγκεκριμένα συμπτώματα όπως ο πόνος. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς όσον αφορά το επίπεδο ευεξίας και συναισθηματικής κατάστασης εμφάνισαν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ συγκριτικά με ασθενείς μικρότερης ηλικίας. Στη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε επίσης πως η γυναίκες απολαμβάνουν γενικότερα χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ σε σχέση με τους άντρες ($p < 0,0001$), ενώ στη δική μας μελέτη η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p > 0,05$). Συνυπάρχοντα νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιακά νοσήματα, αποδείχτηκε πως επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο της ΠΖ των ασθενών αυτών.

Σε μελέτη που έγινε και δημοσιεύτηκε τη φετινή χρονιά στην Ελβετία συμμετείχαν 123 ασθενείς με ΤΣΧΧΝ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση.¹⁵⁸ Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 71 χρόνια, το 61% ήταν άντρες, ενώ το 78% των συμμετεχόντων έκανε αιμοκάθαρση από 1 έως 5 έτη. Το σύνολο των ασθενών ανέφεραν τον πόνο και την κούραση ως τα σημαντικότερα ενοχλήματα με το 66% να θεωρεί τον πόνο ως το κυρίαρχο ενόχλημα. Ανάμεσα στους τελευταίους ασθενείς το 60,5% χαρακτηρίζει τον πόνο «έντονο», το 21% «μέτριο» και το 17,1% «ήπιο». Από τα ευρήματα της μελέτης προέκυψε η συσχέτιση του πόνου με συμπτώματα όπως η δύσπνοια, η κούραση/εξασθένηση, η ανορεξία, η ναυτία/έμετος, η δυσκοιλιότητα, το άγχος, οι διαταραχές ύπνου. Θετική συσχέτιση επίσης παρατηρήθηκε ανάμεσα στον πόνο και το γυναικείο φύλο και την κακή ανοχή στην αιμοκάθαρση. Ο συχνότερος πόνος που αναφέρθηκε ήταν ο μυοσκελετικός (64%), ο οποίος μάλιστα αποτελεί και την κυριότερη ενόχληση εκτός της αιμοκάθαρσης και ακολουθούν η κεφαλαλγία (31%) και οι κράμπες (20%) που αποτελούν τα κυριότερα ενοχλήματα κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Το 75% τέλος των συμμετεχόντων ανέφερε πως ο πόνος περιορίζει πλήρως ή εν μέρει τις καθημερινές δραστηριότητες. Η υψηλή επιβάρυνση των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων είναι γνωστό ότι είναι πολυπαραγοντική, και στη μελέτη αυτή συνδέθηκε με μειωμένη καθημερινή δραστηριότητα και μια σημαντική επίδραση στην ποιότητα της ζωής και της ανεξαρτησίας.¹⁵⁹

Οι 205 ασθενείς με ΤΣΧΝΝ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε τέσσερις Μονάδες τεχνητού Νεφρού και οι οποίοι συμμετείχαν σε μελέτη που έγινε στην Αλμπέρτα του Καναδά,¹⁶⁰ είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 47,5 χρόνια, ήταν κατά 63,3% άντρες και 36,7% γυναίκες, κατά 60% έγγαμοι, ενώ το πρωτοπαθές αίτιο της ΧΝΝ ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης για το 31,2%. Τα συνυπάρχοντα νοσήματα αφορούσαν την αρτηριακή υπέρταση (61,7%), το σακχαρώδη διαβήτη (41,6%), τα καρδιακά νοσήματα (26,7%), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (12,5%) και την περιφερική αγγειακή νόσο (5%), ενώ το 39,2% υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για χρονικό διάστημα μικρότερο των 9 μηνών και το 31,7% για χρονικό διάστημα μεταξύ 9 μηνών και 2 χρόνων. Από τα ευρήματα της μελέτης αυτής προέκυψε πως το 50,2% των ασθενών ανέφερε πόνο ανάμεσα στα συμπτώματα με το 41,4% αυτών να τον χαρακτηρίζει μέτριας έως σοβαρής έντασης. Από τους τελευταίους ασθενείς (με πόνο μέτριας έως σοβαρής έντασης) το 42,7% αφορούσε εκείνους που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 2 χρόνων, ενώ το 34% αυτών εμφάνιζε συμπτώματα κατάθλιψης και το 62% ανέφερε προβλήματα στον ύπνο. Στους ίδιους ασθενείς

παρατηρήθηκε επίσης σημαντική ευερεθιστότητα, άγχος και αδυναμία αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Δεν αναφέρθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με την ηλικία ή το φύλο. Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε πως ο χρόνιος πόνος συνδέεται σημαντικά με την κατάθλιψη και την αϋπνία καθώς και με την επιθυμία απόσυρσης από τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Είναι βέβαια πιθανό η αναφορά του πόνου να είναι σύμπτωμα της κατάθλιψης ή έκφραση της «καλυμμένης» κατάθλιψης. Δηλαδή η κατάθλιψη να ευθύνεται για την παρουσία πόνου και όχι το αντίθετο.¹⁶¹

Σε άλλη μελέτη του ίδιου ερευνητή που διενεργήθηκε επίσης στην Αλμπέρτα του Καναδά μεταξύ 591 ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στα πλαίσια υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας,¹⁶² ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 61,3 χρόνια, έκαναν αιμοκάθαρση για 3,3 έτη κατά μέσο όρο, το 55% ήταν άντρες και το 45% γυναίκες, ενώ το πρωτοπαθές αίτιο της ΧΝΝ ήταν και στη μελέτη αυτή, όπως και σε όλες τις προηγούμενες μεταξύ των οποίων και η παρούσα, κατά 27,6% ο σακχαρώδης διαβήτης. Το 46,5% του συνόλου των ερωτηθέντων αναφέρει μέτριας έως σοβαρής έντασης πόνο, ενώ δεν καταγράφονται συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία και την ΠΖ ή τα συμπτώματα της νόσου. Αυτή η μελέτη δείχνει μία ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επιβάρυνσης των συμπτωμάτων και την ΠΖ τη σχετιζόμενη είτε με την σωματική είτε με την ψυχική υγεία.

Μία ομάδα από 45 ασθενείς σε μονάδα αιμοκάθαρσης στην Αμερική αξιολογήθηκαν για τον τύπο και τη σοβαρότητα του πόνου πριν και μετά από χορήγηση αναλγητικής θεραπείας.¹⁶³ Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 65 χρόνια και το 49% είχαν ως αίτιο της ΧΝΝ τη διαβητική νεφροπάθεια. Το 54% ανέφερε την ύπαρξη πόνου ανάμεσα στα συμπτώματα με το 86% αυτών να χαρακτηρίζουν τον πόνο μέτριο έως σοβαρό. Δεν υπήρχε διαφορά στην αρχική αξιολόγηση του πόνου με βάση το φύλο, την ηλικία και τη φυλή. 42% ανέφερε αλγαισθητικό πόνο, το 31% νευροπαθητικό και το 29% και τα δύο. Επαρκής αναλγησία επιτεύχθηκε σε 43 από τους 45 ασθενείς (96%) με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς να ανταποκρίνονται λιγότερο στη θεραπεία συγκριτικά με τους νεότερους. Η συσχέτιση με την ΠΖ αφορούσε τον πιο ξεκούραστο ύπνο, τη βελτιωμένη λειτουργικότητα και την καλύτερη ανοχή της αιμοκάθαρσης.

Η υποβάθμιση της ΠΖ ως αποτέλεσμα της συνολικής επιβάρυνσης των συμπτωμάτων φαίνεται και από μελέτη που έγινε σε 162 ασθενείς με ΤΣΧΝΝ σε αιμοκάθαρση στην Αμερική,¹⁶⁴ με μέση ηλικία τα 62 χρόνια, με επικράτηση των αντρών σε ποσοστό 62% και τον σακχαρώδη διαβήτη ως πρωτοπαθές αίτιο της ΧΝΝ στο 48% των συμμετεχόντων.

Σε έρευνα που έγινε στην Ισπανία με σκοπό την εκτίμηση του πόνου ανάμεσα σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση με την χρήση διαφορετικών κλιμάκων αξιολόγησης, συμμετείχαν 27 ασθενείς (13 άντρες και 14 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 66 χρόνια η μελέτη έδειξε υψηλό επιπολασμό του πόνου ανάμεσα στους ερωτώμενους ασθενείς (92,5% κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και 77,7% συνολικά κατά τη διάρκεια και εκτός συνεδρίας). Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς της μελέτης αυτής, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο όχι κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά στο σπίτι τους, χαρακτηρίζουν την ένταση του πόνου ήπια έως μέτρια, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες μελέτες. Διαπιστώθηκε επικράτηση του μυοσκελετικού πόνου με τον ισχαιμικό πόνο και τον πόνο που συνδέεται με τη διαδικασία της θεραπείας να ακολουθούν. Διαπιστώθηκε επίσης ισχυρή στατιστικά σχέση μεταξύ του χρονικού διαστήματος που οι ασθενείς υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και της έντασης του πόνου, ενώ δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση με την ηλικία και το φύλο.¹⁶⁷

Σε συγχρονική μελέτη που έγινε ανάμεσα σε 67 ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στη Ραμπάτ του Μαρόκου η ένταση του πόνου καθορίστηκε με χρήση λεκτικής κλίμακας. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 43,5 χρόνια, με επικράτηση των γυναικών στο 58,2%. Η επικράτηση του πόνου ήταν 50,7%. Ο πόνος χαρακτηρίστηκε ως διαλείπων σε ποσοστό 47,1% και ως συνεχής σε ποσοστό 20,6%, ενώ των 41% των ασθενών χαρακτήρισε την ένταση του πόνου ως μέτρια και το 44% ως σοβαρή. Οι παράγοντες κινδύνου που συσχετίστηκαν με τον πόνο ήταν η προχωρημένη ηλικία και το μεγάλο χρονικό διάστημα θεραπείας με αιμοκάθαρση.¹⁶⁸

Σε έρευνα που έγινε στην Κρήτη στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, με θέμα «προσέγγιση των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών και των πασχόντων με β-μεσογειακή αναιμία σε ένα νοσοκομείο της Κρήτης και διερεύνηση της ΠΖ τους»¹⁶⁵ συμμετείχαν 51 αιμοκαθαιρόμενοι νεφροπαθείς με μέσο όρο ηλικίας τα 58,6 χρόνια. Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης προέκυψε πως το 43,1% των ασθενών χαρακτήρισε την ΠΖ ως «μέτρια», το 33% «καλή», το 19,6% «κακή» και το 3,9% «πολύ

καλή» και διαπιστώνεται έτσι η ταύτιση με τα αντίστοιχα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Το 27,5% των ασθενών αναφέρει μέτριο πόνο ανάμεσα στα συμπτώματα, το 27,5% σοβαρό πόνο, το 15,7% καθόλου πόνο, το 13,7% πολύ ήπιο πόνο, το 9,8% ήπιο και το 5,9% πολύ έντονο πόνο και μάλιστα αναφέρεται πως ο σωματικός πόνος επηρεάζει την εργασία σε μέτριο έως μεγάλο βαθμό για την πλειοψηφία των ερωτηθέντων. Επίσης, από τα αποτελέσματα προκύπτει ο σοβαρός περιορισμός των καθημερινών και κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνητικής εργασίας που έγινε ανάμεσα σε 200 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και της περιφέρειας,¹⁶⁶ διαπιστώθηκε πως το 60,2% των ασθενών αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα, το 36,7% συνταξιοδοτήθηκε πρόωρα, με άμεση συνέπεια απώλεια παραγωγικότητας και το 63,2% των ασθενών δήλωσε ότι αναγκάζεται να απουσιάσει συχνά από την εργασία του. Είναι γεγονός ότι οι ασθενείς που πάσχουν από ΤΣΧΝΝ εγκαταλείπουν πρόωρα την παραγωγική διαδικασία ή αλλάζουν τη φύση της απασχόλησής τους. Άμεση σύνδεση με την απώλεια παραγωγικότητας φαίνεται να έχει, σύμφωνα με αρκετούς επιστήμονες, η επιλεγμένη μέθοδος θεραπείας, αφού η αδυναμία επιλογής του ωραρίου αιμοκάθαρσης από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδονοσοκομειακή αιμοκάθαρση επηρεάζει ουσιαστικά το δικαίωμα επιλογής ωραρίου αιμοκάθαρσης συνοδεύεται από μεγαλύτερα ποσοστά απασχόλησης και καλύτερη ΠΖ των νεφροπαθών, αφού η θεραπεία εναρμονίζεται καλύτερα με τον τρόπο ζωής τους διατήρηση του επαγγέλματός τους.

Είναι πιθανό το ανελαστικό ωράριο αιμοκάθαρσης καθώς οι συχνές απουσίες από την εργασία να σχετίζεται με την χαμηλή ΠΖ των πλήρως απασχολούμενων ασθενών.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί η έρευνα διεξήχθη σε 4 ΜΤΝ της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Από τα αποτελέσματά της επομένως δεν είναι δυνατόν να υπάρξει γενίκευση για το σύνολο των νεφροπαθών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Τα αποτελέσματα θα ήταν περισσότερο αξιόπιστα και πιθανόν διαφοροποιημένα εάν το μέγεθος του δείγματος ήταν μεγαλύτερο και η γεωγραφική κατανομή ευρύτερη.

Το γεγονός επίσης πως τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, παρουσία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των υπόλοιπων ασθενών πιθανόν να επηρέασε την αντικειμενικότητα των απαντήσεων.

Πρέπει βέβαια να τονίσουμε πως αν και τα αποτελέσματα βασίζονται στην υποκειμενική αντίληψη των ασθενών, η συμφωνία τους κατά το μεγαλύτερο μέρος τους με τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, περιορίζει τη μεροληψία και την έλλειψη αντικειμενικότητας σε μεγάλο βαθμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η χρονιότητα και η συχνότητα της ΧΝΝ καθώς και η απαραίτητη μακροχρόνια θεραπεία δημιουργούν αντίστοιχα προβλήματα τα οποία προσδίδουν στη νόσο σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικοοικονομικές διαστάσεις. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς υφίστανται τις κακουχίες της νόσου καθώς και της θεραπευτικής αγωγής και παράλληλα βρίσκονται αντιμέτωποι με το πλήθος των συνοδών και αλληλοεξαρτώμενων προβλημάτων τα οποία προκύπτουν στην καθημερινή τους διαβίωση και προδιαγράφουν περιοριστικά τον τρόπο ζωής τους.¹⁶⁹

Τα συμπτώματα που αναπτύσσονται επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ η επίπτωση της νόσου στη λειτουργική τους κατάσταση και την ΠΖ τους είναι σοβαρή.¹⁶⁹

Ανάμεσα στα πιο κοινά και περισσότερο ενοχλητικά συμπτώματα της νόσου αναφέρεται ο πόνος, η παρουσία του οποίου επηρεάζει δυσμενώς την ΠΖ των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας είναι πως η εμφάνιση πόνου στους ασθενείς με ΧΝΝ, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στα πλαίσια υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας, είναι συνήθης, δημιουργώντας πολλαπλά προβλήματα στην ΠΖ τους. Ταυτόχρονα, όσο πιο αποτελεσματική είναι η διαχείριση του πόνου εκ μέρους των ασθενών αυτών τόσο πιο υψηλή ΠΖ, στο σύνολό της, απολαμβάνουν.

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσας εργασίας διαπιστώθηκε η έλλειψη δεδομένων που αφορούν την κλινική εμφάνιση του πόνου καθώς και η απουσία ερευνητικού ενδιαφέροντος, κυρίως στη χώρα μας. Το αποτέλεσμα είναι η πλημμελής αξιολόγηση, διαχείριση και αντιμετώπιση του πόνου από τους επαγγελματίες υγείας, που συνεπάγεται την υποβάθμιση των συνθηκών και του επιπέδου ζωής της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών.

Έτσι, μετά την ολοκλήρωση της διπλωματικής αυτής εργασίας και αφού μελετήθηκαν ανάλογες μελέτες που έχουν γίνει καθώς και τα βιβλιογραφικά δεδομένα, προτείνονται τα εξής:

- Οργάνωση και εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σε τακτά χρονικά διαστήματα, των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε MTN ώστε να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν με εφαρμογή κλιμάκων αντιμετώπισης του πόνου και να αντιμετωπίζουν με φαρμακευτικά ή μη μέσα τον πόνο στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.
- Δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων με σκοπό τη μετάθεση του επίκεντρου της περίθαλψης από τη μονοδιάστατη ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση σε αυτήν με τις ευρύτερες διαστάσεις της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Γιατροί, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές είναι οι επαγγελματίες υγείας που πρέπει να απαρτίζουν τις ομάδες αυτές .
- Δημιουργία πρωτοκόλλων εκτίμησης και αντιμετώπισης πόνου, τα οποία να βασίζονται σε διεθνείς κλινικές οδηγίες, σε τεκμηριωμένες διαδικασίες καθώς και σε έγκυρες και αξιόπιστες επιστημονικές πληροφορίες.
- Ενθάρρυνση των ασθενών για αυτοαξιολόγηση και αυτοδιαχείριση του πόνου, για σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ή για εφαρμογή τεχνικών ανακούφισης από τον πόνο.
- Ενθάρρυνση εξωτερίκευσης σκέψεων και συναισθημάτων καθώς οι προσωπικές πεποιθήσεις αλλά και οι εμπειρίες του κάθε ασθενή για τον πόνο είναι δύο παράμετροι που πρέπει να γνωρίζει το προσωπικό υγείας προκειμένου να κατανοήσει τις αντιδράσεις του ασθενή και την ένταση του πόνου. Ο φόβος καθώς και ένας πιθανός αρνητισμός του ασθενή για τη νόσο και την πορεία της, η απουσία στήριξης από το στενό περιβάλλον και η τάση του να μεγαλοποιεί τα συμπτώματά του είναι παράγοντες που επίσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Στηρίζοντας αυτούς τους ασθενείς με κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη μειώνεται παράλληλα και η ένταση των συμπτωμάτων τους.
- Συνεργασία με το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς ώστε να γίνουν γνωστές τυχόν ιδιαιτερότητες ή συνήθειες που σκιαγραφούν την προσωπικότητά του και μπορούν να εκτιμηθούν και να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά με την θεραπευτική αγωγή στην αντιμετώπιση του πόνου.
- Συνεχής αξιολόγηση του αναλγητικού αποτελέσματος τόσο στη μείωση των συμπτωμάτων όσο και στη βελτίωση του επιπέδου της ΠΖ, βάσει κλιμάκων εκτίμησης του πόνου.

- Διεύρυνση της έρευνας πάνω στο συγκεκριμένο θέμα προκειμένου να είναι δυνατή η εξαγωγή ασφαλών και αξιόπιστων αποτελεσμάτων με τελικό σκοπό την ανακούφιση της ιδιαίτερης αυτής ομάδας ασθενών από σοβαρά και ενοχλητικά συμπτώματα όπως ο πόνος, με ταυτόχρονη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους.
- Μέσα από τη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου PSEQ αλλά και από τη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου MVQOLI¹⁷⁰ διαπιστώνεται πως η εγκυρότητά τους είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική. Το γεγονός επίσης πως το σύνολο σχεδόν των ασθενών απάντησε με προθυμία και ευκολία τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια δείχνει πως αποτελούν εργαλεία εύχρηστα και κατάλληλα στην διεξαγωγή μελετών. Για τους παραπάνω λόγους λοιπόν προτείνεται η ευρεία χρήση σε μελλοντικές και ανάλογου περιεχομένου μελέτες, τόσο του ερωτηματολογίου MVQOLI με το οποίο συλλέγονται αναφορές και πληροφορίες από ασθενείς σχετικά με την ΠΖ τους , όσο και του ερωτηματολογίου PSEQ που αφορά την αξιολόγηση και αυτοδιαχείριση του πόνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεοφίλου Π, Παναγιωτάκη Ε, Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας. *Νοσηλευτική* 2010, 49(3):295-304
2. Theofilou P, Quality of Life and Mental Health in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients: the Role of Health Beliefs. *International Urology and Nephrology* 2012, 44(1):245-253
3. Theofilou P, Association of Insomnia with Kidney Disease Quality of Life Reported by Patients on Maintenance Dialysis. *Psychology, Health & Medicine* 2012, 1-9, iFirst Article.
4. Theofilou P, Self - Reported Functional Status: an Important Predictor of Mental Health Outcomes among Chronic Dialysis Patients. *European Journal of Psychological Assessment* 2012, DOI 10.1027/1015-5759/a000155.
5. Morsch CM, Goncalves LF, Barros E., Health-Related Quality of Life among Haemodialysis Patients-Relationship with Clinical Indicators Morbidity and Mortality, *Journal Clinical Nursing*, 2006, 15(4):498-504
6. Μάτζιου-Μεγαπάνου, Β, Νεφρολογική Νοσηλευτική, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 2009
7. Θεοφίλου, Π, Ποιότητα Ζωής, Κατάθλιψη και Άγχος σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο: ο Ρόλος των Αντιλήψεων για την Υγεία, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 2011, 4(2): 38-46
8. Davison SN, Chronic Kidney Disease: Psychosocial Impact on Chronic Pain. *Geriatrics* 2007, 62(2):17-23
9. Parrino I, Casuccio A, Incidence of Chronic Pain in Patients with End-Stage Renal Disease on Dialysis. *Journal Pain Symptom Management* 2005, 30:302-304.
10. Davison SN, Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Cause, Severity and Management. *American Journal Kidney Disease* 2003, 42:1239-1247.
11. Mercadante S, Ferrantelli A, Tortorici C, Lo Cascio A, Lo Cicero M, Cutaia I, et al, Incidence of Chronic Pain in Patients with End-Stage Renal Disease on Dialysis. *Journal Pain Symptom Management*, 2005, 30: 302–304

12. Shayamsunder AK, Patel SS, Jain V, Peterson RA, Kimmel PL: Sleepiness, Sleeplessness, and Pain in End-Stage Renal Disease: Distressing Symptoms for Patients. *Semin Dial* 2005, 18:109–118
13. Steven A. Iacono, *Coping with Pain: The Dialysis Patient's Perspective*, Columbia, South Carolina *Journal of Nephrology Social Work*, 2003, 22:42-44)
14. Δρίβας Γ, *Παθήσεις των Νεφρών*, στο: *Παθολογική Φυσιολογία*, επιμ. Έκδοσης: Φερτάκης Α., Αθήνα, 2009
15. Βεργεμέζης Β, *Στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας των Νεφρών*, στο *Βασικές Αρχές Νεφρολογίας*, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005
16. Δρακόπουλος Α, *Φυσιολογία Νεφρού-Γενικές Πληροφορίες*. Available at: <http://www.nephrologia.gr/neph/articles/article.jsp?categoryid>
17. Λαζαρίδης Σ, *Βασικές Αρχές Ανατομίας*. Έλλην 2000, 199-204
18. Παπαδημητρίου Μ. και συν., *Νεφρολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Α. Σιώκη 1992, 40-52
19. Davidsons MD, *Γενικές Αρχές και Κλινική Πράξη της Ιατρικής*. Ιατρικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος 2004, 274-285
20. Boron W., Boulpaep E, *Ιατρική Φυσιολογία-Κυτταρική και Μοριακή Προσέγγιση*, Γεν. Επιμέλεια-Πρόλογος: Κουτσιλιέρης Μ, τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2006
21. Ζηρογιάννης ΝΠ, Περίδης Α, Διαμαντόπουλος Α, *Κλινική Νεφρολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2005
22. Cecil, *Παθολογία*, Μετάφραση Μουτσόπουλος Χ., 5^η εκδ, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2003, 270-281
23. Seldin DW, Giebisch G, *The Kidney Physiology and Pathophysiology*, 3rd ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000
24. Ζηρογιάννης ΝΠ, *Ανατομία-Φυσιολογία Νεφρού*, Ο Νεφρός στα Συστηματικά Νοσήματα, τόμος Α', Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2001
25. Βλαχογιάννης Ι, *Κλινική Νεφρολογία και Υπέρταση*. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 2009
26. Vander MD, Sherman D, Lucioano D, Τσακόπουλος Μ, *Φυσιολογία του Ανθρώπου*, Μηχανισμοί της Λειτουργίας του Οργανισμού, τόμος ΙΙ, 8^η έκδοση, Επιμ. Ελλην. Έκδοσης Γελαδάς Ν., Τσακόπουλος Μ., Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2001

27. Schrier RW, Manual of Nephrology-Diagnosis and Therapy. 3rd ed, Little Brown, 1990
28. Levey AS, Definition and Classification of Chronic Renal Disease: A Position Statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney International*, 2005, 67:2089-2094
29. Clinical Practice Quidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, *American Journal Kidney Disease*, 2002, 39:1-9
30. Σαββιδάκη Ε, Ιστολογικές Αλλοιώσεις της Περιτοναϊκής Μεμβράνης σε Σχέση με την Επάρκεια της Περιτοναϊκής Κάθαρσης, (Διδακτορική Διατριβή) Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής, Πάτρα, 2009
31. Nicola T, *Renal Nursing* 2nd Baillere Tindall, Elsevier limited 2005, 27-50
32. Maddox D, Brenner BM, Glomerular Ultra Filtration, In: Bremmer BM. (ed), *The Kidney*, 6th ed, WB Saunders Philadelphia, 2000, 319-374
33. Bauer C, Melamed ML, Hostetter TH, Staging of Chronic Kidney Disease: Time for a Course Correction. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2008, 19(5):844-846
34. Meguid A, Nahas EI, Bello AK, Chronic Kidney Disease: The Global Challenge, *Lancet* 2005, 365:331-340
35. Coresh J., Astor BC., Greene T., et al, Prevalence of Chronic Kidney Disease and Decreased Kidney Function in the Adult US Population: 3rd National Health and Nutrition Examination Survey, *American Journey Kidney Disease*, 2003, 41(1):1-12
36. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, et al, Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 2007, 298(17):2038-2047
37. Vanholder R, Smet RD, Gorieux G, et al, Review on Uremic Toxins: Classification, Concentration and Interindividual Variability. *Kidney international*, 2003, 63:1934-1943
38. Vanholder R, Smet RD, Pathophysiologic Effects of Uremic Retention Solutes. *Journal of the American Society of Nephrology*, 1999, 10(8):15-23
39. Gutch CF, Φυσιολογία του Νεφρού και Παθολογία της Νεφρικής Ανεπάρκειας, στο Αγραφιώτης ΘΚ., Η Αιμοκάθαρση στην Κλινική Πράξη, ο Ρόλος της Υγειονομικής Ομάδας,. 6^η εκδ, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2003

40. Edward T, Zawada J, Initiation of Dialysis, In: Daugirdas JT., Blake PG., TS Ing., Handbook of Dialysis. 3rd ed., Lippincott Williams & Williams, Philadelphia, 2001:3-11
41. Obrador GT, Pereira JG, Systemic Complications of Chronic Kidney Medicine. Post-Graduate Medicine, 2002, 111(2):115-122
42. Yavuz A, Tetta C, Ersoy FF, D'intini V, Ratanarat R, De Cal M, et al, Uremic Toxins: A new Focus on an Old Subject. Seminars in Dialysis, 2005, 18(3):203-211
43. Coupe D, Predialysis Management and Education, in: Challinor P., Sedgewick J., Principles and Practice of Renal Nursing. Stanley Thornes, London, 1998, 90-110
44. Iseki K, Ikemiya Y, Fukiyama K, Risk Factors of End-Stage Renal Disease and Serum Creatinine in a Community-based Mass Screening. Kidney International, 1997, 3:850-854
45. Kissmeyer L, Kong C, Cohen J, et al, Community Nephrology: Audit of Screening for Renal Insufficiency in a High Risk Population. Nephrology Dialysis Transplantation, 1999, 14:2150-2155
46. Stoner MH, Η Ομάδα της Αιμοκάθαρσης, στο: Αγραφιώτης ΘΚ, Η Αιμοκάθαρση στην Κλινική Πράξη, ο Ρόλος της Υγειονομικής Ομάδας, 6^η εκδ, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2003
47. Hurst J, Predialysis Care, In: Thomas N, Renal Nursing, Baillere Tindal, 1997, 123-142
48. Cassidy WIJD, Ter Wee PM, Assesment and Initial Management of the Patient with Renal Failing Renal Function. In: Davinson AM, Cameron JS, Grunfeld P, Kerr DN, Ritz E, Winearls CG (eds). Oxford Textbook of Clinical Neprology, 2nd ed 1998, Oxford Univercity Press, 1789-819
49. Luke RG, Strom TB, Chronic Renal Failure. In: Stein JH, (ed). Internal Medicine, 4th ed. St Louis, 1994, 2622-45
50. Μητροπούλου Κ, Λαζαρίδου Ε, Διαιτητικές Ανάγκες Ασθενών σε Εξωνεφρική Κάθαρση, στο: Θάνου Ι, Κωστενίδου Μ, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στην Αντιμετώπιση Νεοεντασσομένου Ασθενή σε Εξωνεφρική Κάθαρση, Αθήνα, 2001
51. Suki WN, Eknoyan G, Pathophysiology and Clinical Manifestation of Chronic Renal Failure and the Uremic Syndrome. In: Jacobson HR. Striker GE, Klahr S., (eds). 2nd ed, The Principles and Practice of Nephrology, St Louis, 1995, 603-14.

52. Woffindin C, Hoenich WA, Hemodialyser Performance: A Review of the Trends over the past two Decades. *Artificial Organs*, 1995, 17(11):1113-1139
53. Σόμπολος Κ, Η Θεραπεία με Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση, στο: Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση, εκδ University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1984
54. Kolff W.J, Berk H.T, The Artificial Kidney: A Dialyser with a Great Area. *Acta Medica Scandinavica*, 1944, 117:121-131
55. Γεωργιάδης Γ.Σ, Κανταρτζή Κ.Μ, Βεργεμέζης Β.Α, Λαζαρίδης Μ.Κ, Η Ιστορία των Αγγειακών Προσπελάσεων σε Χρόνια Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς. Από τον Willem J. Kolff μέχρι τις μέρες μας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24(4):389-397
56. Μπίτα Θ, Η επίδραση του ουραιμικού ορού στο Σύστημα Μεταλλοπρωτεϊνών και σε Βασικές Βιολογικές Δράσεις Ενδοθηλιακών Κυττάρων σε Καλλιέργειες H.U.V.E.C, (Διδακτορική Διατριβή) Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής, Πάτρα, 2010
57. Daugirdas J, Αρχές Φυσιολογίας και Προτυποποίηση της Κινητικής της Ουρίας, στο: Daugirdas J., Blake P., Ing T., *Εγχειρίδιο Αιμοκάθαρσης*. 4^η εκδ, Επιμέλεια Ζηρογιάννης Π, προβατοπούλου Σ, Τομέας Εκδόσεων Ε.ΚΟ.Ν.Υ., Αθήνα, 2008
58. Αρχές-Στοιχεία Αιμοκάθαρσης, Available at: <http://iris.med.duth.gr/Portals/11/aimokatharsi.pdf>
59. Jenkins K, Mahon A, Chronic Kidney Disease, stages 4-5: A Guide to Clinical Practice, EDTNA/ERCA, Chronic Kidney Disease Group, Madrid, Spain, 2008
60. Dobie JW, Lioyo JK, Call CA, Categorization of Ultrastructural Changes in Peritoneal Mesothelium Stoma and Blood Vessels in Uremia and CAPO Patients, in: *Advances in: Khauna P, Nolph KD, et al, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*. University of Toronto Press, Toronto, 1990, 3-12
61. Τζαμαλούκας ΑΗ, Απώλεια Υπερδιήθησης και Οιδηματικές Καταστάσεις, στο: *Πρακτικά 2^{ου} Συμποσίου Περιτοναϊκής Κάθαρσης*, Αθήνα, 1995
62. Tzamaloukas AH, Murata GH, Adequacy of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *International Journal of Artificial Organs*, 1993, 16:557-562
63. Tzamaloukas AH, Inadequacy of Dialysis and Infectious Complications of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Diagnosis, Management and Prevention. *American Kidney Fund Nephrology*, 1991, 8:29-36
64. Μπαλάφα Ο, Η Διακίνηση Ύδατος και Ουσιών Διαμέσου της Περιτοναϊκής Μembrάνης. Ο Ρόλος της Αλβουμίνης. *Ελληνική Νεφρολογία*, 2012, 24(2): 100-108

65. Τσιρπανλής Γ, Αρχές Περιτοναϊκής Κάθαρσης-Μαθήματα Περιτοναϊκής Κάθαρσης για Ειδικευμένους Νεφρολόγους, 2011, Available at: [http://www.gna-gennimatas.gr / frontoffice/portal. asp? cpage = RESOURCE & cresrc = 159 & cnode=57](http://www.gna-gennimatas.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=RESOURCE&cresrc=159&cnode=57)
66. Μπολέτης Ι.Ν, Δαρεμά Μ, Μεταμόσχευση Νεφρού: Ξεπερνώντας Παραδοσιακούς Ανοσολογικούς Φραγμούς, *Dialysis Living*, Οδηγός Νεφρικής Νόσου, 2012, 70-79
67. Αντωνιάδης Α, Η Νεφρική Μεταμόσχευση στη Χειρουργική Κλινική Πράξη, στο: *Νεφρολογία*. τόμος ΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκη, Θεσσαλονίκη, 1992, 553-563
68. Borsook D, LeBel A, McPeck B, Εγχειρίδιο Αντιμετώπισης Πόνου, μετάφραση-επιμέλεια: Καμβύση-Δέα Σ, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1998
69. Κάλος Α, Πόνος, στο: *Παθολογική Φυσιολογία*. Επιμ. Έκδοσης Φερτάκης Α, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009
70. Lemone, P, Burke, K, Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, Αθήνα, 2006
71. Turk DC, Melzack R, *Handbook of Pain Assessment*. Guilford Press, London, 1992
72. Ροβίθης Μ., Η Δύναμη των Νοσηλευτών στη Διεπιστημονική Ομάδα Αντιμετώπισης του Καρκινικού Πόνου. *Νοσηλευτική*, 2002, 41(2):156-162
73. International Association for the Study of Pain Classification of chronic pain (2nd ed.). Seattle, IASP Press, 1994
74. McCaffery M, *Nursing Management of the Patient with Pain*. Lippincott, Philadelphia, 1979
75. Ruth T. Kingdom R. Karen J, Stanley, Robert J. Kizior, *Εγχειρίδιο Αντιμετώπισης Πόνου*. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002
76. Massieh M, Davis K, Theories of Pain:from Specificity to Gate Control. *Journal of Neurophysiology*, 2013, 108(1):5-12
77. Anonymous, *Models of Pain Perception* (Editorial). Elsevier Health, 2005
78. Bonicca JJ, *Pain Management, History of Pain, Concepts and Therapies*. Mount Sinal Journal of Medicine, London, 1991, 58(3):191-202
79. Melzack R, Katz J, The Gate Control Theory: Reaching for the Brain. In: Craig KD, Hadjistavropoulos T, Mahwah, N.J: Erlbaum L, *Pain: Psychological Perspectives* (Publishers), 2004

80. Carli G, Historical Perspective and Modern Views on Pain Physiology: from Psychogenic Pain to Hyperalgesic Priming Department of Physiology. University of Siena, Archives Italiennes de Biologie, 2011, 149:175-186
81. McGuire L, Πόνος: το 5^ο Ζωτικό Σημείο, στο: Ignatavicius D., Workman L., Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα, τόμος 1^{ος}, Επιμ. Ελληνικής Έκδοσης Βασιλειάδου Α., 5 εκδ., Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2008
82. Hobson A.R, and Aziz Q, Central Nervous System Processing of Human Visceral Pain in: Health and Disease. News in Physiological Sciences, 2003, 18(3):109-114
83. Anonymous, Pain Mechanisms. Available at: <http://www.painclinic.org/aboutpain-painmechanisms.htm> The Pain Clinic. Accessed March 16, 2009
84. Adams R, Martin J, Acute and Chronic Pain, Pathophysiology and Management. In: Harrison's Principles of Internal Medicine, New York, 1983
85. Ιατρού Χ, Όσα Πρέπει να Γνωρίζουμε για τον Αλγαισθητικό Πόνο, Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής, 2003, 1:48-57, Available at: <http://anesthesia.gr/download/journal/2003/6.pdf>
86. Merskey H, Bogduk N, Classification of Chronic Pain. In: James N Cambell (Ed): Pain 1994, An updated review. IASP press, Seattle 1994
87. Riedel W, Neck G, Nociception Pain, and Antinociception: Current Concepts. Z Rheumatol, 2001, 60:404-15.
88. Basbaum AI, Bushnell C, Science of Pain. Academic Press, Elsevier, Oxford, 2009, 57:866–867
89. Urch CE, Suzuki R, In: Sykes N., Bennett MI., Yuan C-S., Clinical Pain Management: Cancer Pain. 2nd ed. London, 2006
90. Castro-Lopes J, Raja S, Schmelz M, (Eds) Pain 2008 – An Updated Review, Refresher Course Syllabus Available at: <http://www.iasp-pain.org>
91. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, et al, Neuropathic Pain: Redefinition and a Grading System for Clinical and Research Purposes. Neurology 2008, 70(18):1630-5
92. Farquhar-Smith P., Anatomy, Physiology and Pharmacology of Pain. Anaesthesia and Intensive Care Medicine, 2007, 9(1):3-7
93. Pain 2012: Refresher Courses, 14th World Congress on Pain International Association for the Study of Pain, Available at: <http://www.iasp-pain.org>

94. Health information - Psychogenic pain, Available at: Biology-online.org. Cleveland Clinic, Accessed May 11, 2008
95. Calvino B, Grilo RM, Central Pain Control. *Joint Bone Spine*, 73(1):10-16, 2006
96. Ko SM, Zhou M, Central Plasticity and Persistent Pain, *Drug Discovery Today, Disease Models. Pain and Anaesthesia*, 1(2):101-106, 2004
97. Γιαβασοπουλος Ε, Γουρνη Π, Ψυχολογικές Αλληλεπιδράσεις στη Χρόνια Ασθένεια, Εκπαίδευση-Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στους Χρονίως Πάσχοντες Ασθενείς. Το Βήμα Του Ασκληπιού, 2008, 7(1):12-39
98. Hagger MS, Orbell's A, Meta-analytic Review of the Commn-sence Model of IllnessRepresentations. *Psychology and Health*, 2003, 18:141-184
99. Turk DC, Monarch ES, *Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain*. Guilford, New York, 2002
100. Μηνασίδου Ε, Λεμονίδου Χ, Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών. *Νοσηλευτική*, 2005, 44(2)ˆ202-211
101. Λαού Ε, Αξιολόγηση του Πόνου, στο: Σεμινάριο Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας «Αντιμετώπιση του Πόνου», Πρακτικά, Άρτα, 2012
102. Μυστακίδου Κ, Ολιστική Αγωγή Ασθενών με Χρόνιες και Καταληκτικές Παθήσεις, Εκδόσεις Γερολυμάτος, Αθήνα, 2005
103. Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel J, The Mulrimentional Nature of Cancer-Related Pain. *Pain*, 1983. 17:277-288
104. McGuire DB, *Cancer-Related Pain: A Multidimensional Approach*. Dissertation Abstracts International, 1987, 48(3)
105. Bressler LR, Hange PA, McGuire DB, Characterization of the Pain Experience in a Sample of Cancer Outpatients. *Oncology Nursing Forum*, 1986, 13:51-55
106. Rollin BE, Some Conceptual and Ethical Concerns about Current Views of Pain. *Pain forum*, 1999, 8:78-83
107. International Association for the Study of Pain, Task Force on Acute Pain Press, Seattle, 1992
108. Αργύρα Ε, Βαδαλούκα Α, Σιαφάκα Ι, Αναστασίου Ε, Παπαδόπουλος Γ, Αντιμετώπιση Οξέος και Χρόνιου Πόνου, Εκδόσεις Εφύρα, Αθήνα, 2006

109. Γιαβασόπουλος Ε, Ολιστική Θεώρηση του Πόνου-Νοσηλευτική Αντιμετώπιση, Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος , 2007, 6(4):1-10
110. Watt-Watson J, Garfinkel P, Gallop R, Stevens B, Streiner D, The Impact of Nurses Empathic Responses on Patients Pain Management in Acute Care. *Nursing Research*, 2000, 49(4):191-200
111. Dellasega C, Keiser C., Pharmacologic Approaches to Chronic Pain in the Older Adult. *American Journal of Primary Health Care*, 1997, 22(5):22-24
112. Acello B, Controlling Pain. Facing Fears about Opioid Addiction. *Nursing*, 2000, 30(5):72
113. Acherman C, Turkoski B, Using Guided Imagery to Reduce Pain and Anxiety. *Home Healthcare Nurse*, 2000, 78(8):524-530
114. Harden RN, Houle TT, Green S, Remble TA, Weinland SR, Colio S, et al., Biofeedback in the Treatment of Phantom Limb Pain: A Timeseries Analysis. *Appl. Psychophysiol Biofeedback*, 2005, 30:83–93
115. Σούλια Β, Γιαννακοπούλου Μ, Μη Επεμβατικές και Μη Φαρμακολογικές Μέθοδοι Ανακούφισης του Νευροπαθητικού Πόνου. *Νοσηλευτική*, 2011, 50(2): 147–162
116. Μπαλοδήμος Χ, Πετροπούλου Χ, Τριανταφύλλου Γ, Η Αντιμετώπιση του Χρόνιου Πόνου σε Ασθενείς με Αιμοκάθαρση. *Dialysis Living*, 2006, 15:6-12
117. Calls J, Calero R.M, Sanchez H.D, Navarro G.M, Amer J.F, Tura D, et al, An Evaluation of Pain in Haemodialysis Patients Using Different Validated Measurement Scales. *Nefrologia*, 2009, 29(3):236-243
118. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ, The Prevalence of Symptoms in End Stage Renal Disease: A Systematic Review. *Advanced Chronic Kidney Disease*, 2007; 14: 82–99
119. Davison S, Davison J, Is There a Legitimate Role for the Therapeutic Use of Cannabinoids for Symptom Management in Chronic Kidney disease?. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2011, 41(4):768-778
120. Fayers PM, Machin D, Quality of Life, Assessment, Analysis and Interpretation. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2006
121. Θεοφίλου Π, Η συμβολή των Κοινωνικών Επιστημών στην Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. *e-Journal of Science & Technology*, 2011, 6(2):19-32, Available at: [http://e-jst.teiath. Gr /issue_20/ theofilou20.pdf](http://e-jst.teiath.gr/issue_20/theofilou20.pdf)

122. Yfandopoulos J, Quality of Life and QUALYs in the Measurement of Health. Archives of Hellenic Medicine, 2001; 18(2):114-130
123. Yfandopoulos J, The “Social” Quality of Life. Archives of Hellenic Medicine, 2001, 18(2):108-113
124. Μεταφραστική Ομάδα Εκδόσεων Κάκτου, Αριστοτέλης, Άπαντα: Ηθικά Νικομάχεια, Αθήνα, 1993, 4:31-39,51
125. McCall S, Quality of Life. Social Indicators Research, 1975, 2:229-248
126. Zautra A, Goodhan D, Quality of Life Indicators:A Review of the Literature. Common Mental Health, 1979, 4:1-10
127. Lehman F, Instruments for Measuring Quality of Life in Mental illness, In: Katsching H, Freeman H, Santorius N, Quality of Life in Mental Disorders, John Wiley & Sons, West Sussex England, 1997
128. Holmes S, Assessing the Quality of Life-Reality or Impossible Dream? A discussion Paper. International Journal of Nursing Studies, 2005, 42:493-501
129. Σαρρής Μ, Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
130. Παπάνης Ε, Ρουmeliώτου Α, Ποιότητα Ζωής, 2007, Available at: http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog_post_5311.html
131. Υφαντόπουλος Ι, Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. Νέα Υγεία, 2003, 36:4-7
- 132.. Θεοφίλου Π, Ποιότητα Ζωής στο Χώρο της Υγείας:Έννοια και Αξιολόγηση. e- Journal of Science & Technology, 2010, Available at: http://e-jst.teiath.gr/issue17/theofilou_17.pdf43
133. World Health Organization, Regional Office for Europe, Targets for Health for All:Targets in Supports of the European Regional Strategy for Health for All, Copenhagen, 1985
134. Stenner P, Cooper D, Skevington MS, Putting the Q into Quality of Life:The Identification of Subjective Constructions of Health-Related Quality of Life Using Q Methodology. Social Science and Medicine, 2003, 57:2161-2172
135. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ, Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2001, 18(3):239-253

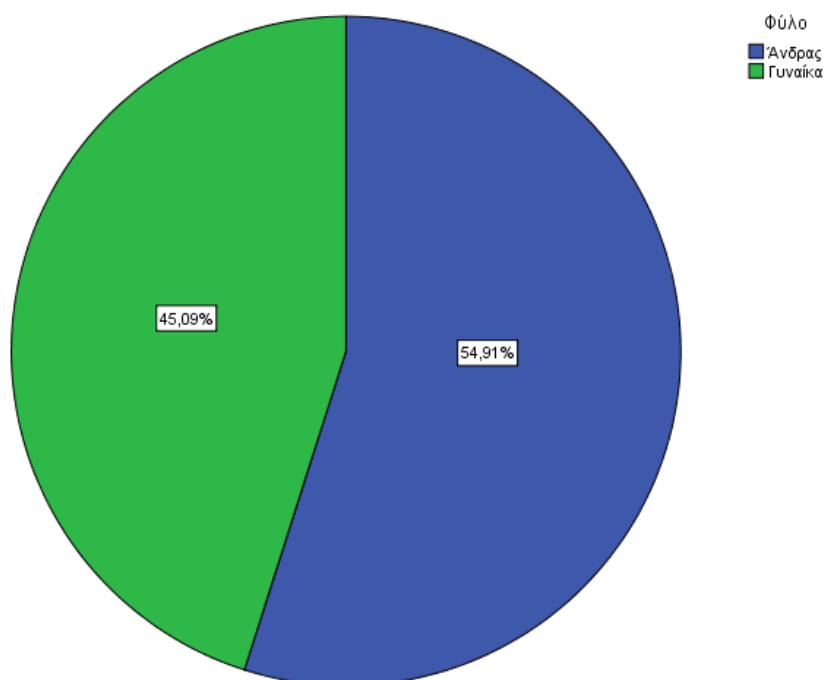
136. Hörnquist JO, The Concept of Quality of Life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1982, 10:57–61
137. Till JE, Sutherland HJ, Meslin EM, Is There a Role for Preference Assessments in Research on Quality of Life in Oncology?. *Quality of Life Research*, 1992, 1(1):31-40
138. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, και συν, Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία. *Εννοιολογικές Προσεγγίσεις, Κλινικές Εφαρμογές και Αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(3):239-253
139. Fayers PM, Machin D, *Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 2000
140. Bullinger M, International Compatibility of Health Interview Surveys: An Overview of Methods and Approaches. In: Noskov A, Gudex C (eds). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, 2003:1-11.
141. Patrick B, Erickson PD, Allocating Resources to Health Care, In: *Health Status and Health Policy*, Oxford University Press., Oxford, 1993
142. Kaplan RM, Bush JW, Health-Related Quality of Life Measurement for Evaluation Research and Policy Analysis. *Health Psychology* 1982, 1:61-80.
143. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ, Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, Μεθοδολογία Μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(3):218-229
144. Aaronson N, Quality of Life Research in Cancer Clinical Trials: A Need for Common Rules and Language. *Oncology*, Huntington, 1990, 4(5): 59 - 66
145. Thomas M, Gill MD, Alvan R, Feinstein MD, A Critical Appraisal of the Quality of Life Measurements, *The Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:618-626
146. Υφαντόπουλος Γ, *Τα Οικονομικά της Υγείας*. Εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2005
147. Australian Centre on Quality of Life. *Instruments*, 2008, Available at: www.acqol.deakin.edu.au.
148. Οικονομάκης Μ, Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής Διαβητικών Ασθενών με Χρήση του Γενικού Ερωτηματολογίου EuroQol EQ-5D, (Διπλωματική Εργασία.), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2006
149. Gokal R, Quality of Life in Patients Undergoing Renal Replacement Therapy. *Kidney International*, 1993, 40:S23-S27

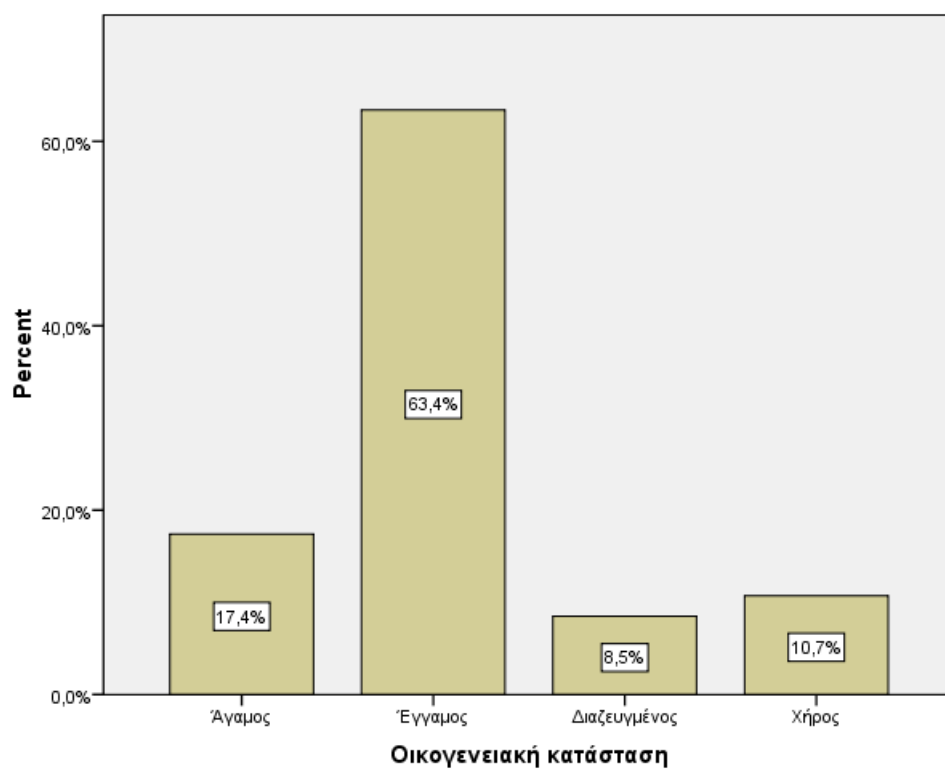
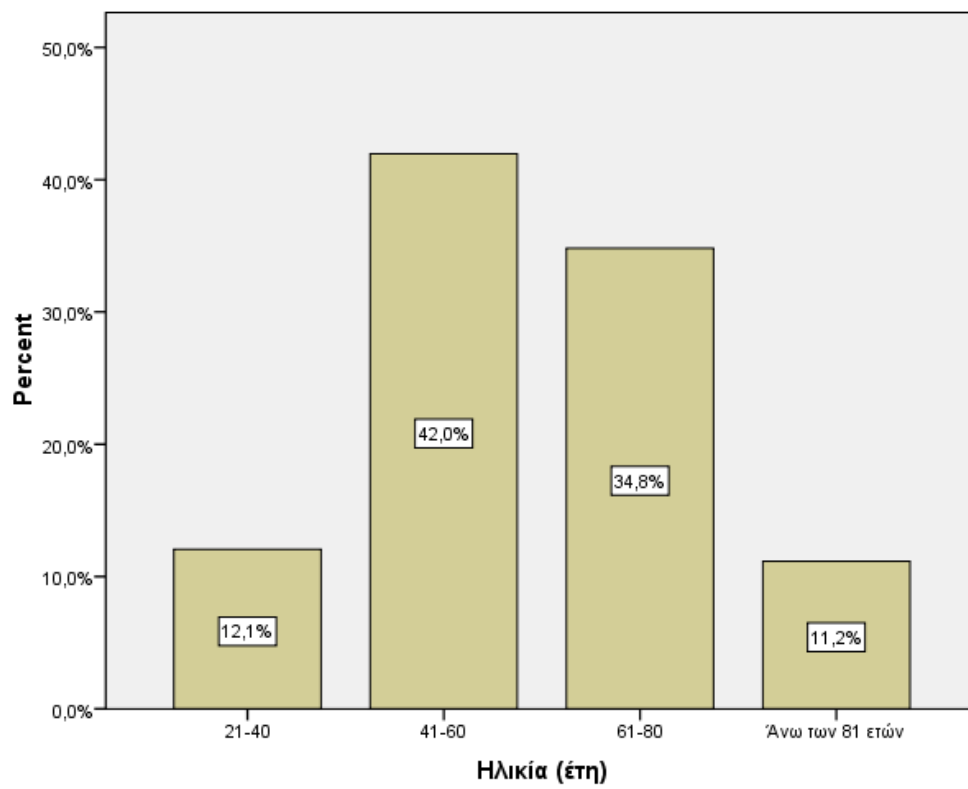
150. Δαμίγος Δ, Καλτσούδα Α, Οικονόμου Μ, Σιαμόπουλος ΚΧ., Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου. Ο Ρόλος της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας. *Ελληνική Νεφρολογία*, 2010, 22(2):120-129
151. Polaschek N, Living on Dialysis: Concerns of Clients in a Renal Setting. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 41(1):44-52
152. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Lutzen K, Clyne N, The Haemodialysis Machine as a Lifeline: Experiences of Suffering from End-Stage Renal Disease. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34(2):196-202
153. Jenkins K, Mahon A, Chronic Kidney Disease, Stages 4-5: A Guide to Clinical Practice, EDTNA/ERCA, Chronic Kidney Disease Group, Madrid, Spain, 2008
154. Μαλινδρέτος Π, Η Ποιότητα Ζωής στη Νεφρική Νόσο. *Dialysis Living*, Ετήσιος Οδηγός Νεφρικής Νόσου, 2012, 16-23
155. Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης Μ, Σουσαμλής Μ, Κουναλάκη Ε, Σκουληκάρη Κ, Ηλιάκη Α, Φραγκιαδάκη Ε, Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής Ασθενών με Οσφυαλγία που Υποβλήθηκαν σε Συντηρητική Θεραπεία. *Νοσηλευτική*, 2010, 49(2):182-194
156. Hathaway D, Strong M, Ganza M, Post-renal Quality of Expectations. *American Nephrology Nurses Association Journal*, 2006, 17:433-441
157. Mujais SK, Story K, Bruillette J, Takano T, Soroka S., Franek C, et al, Health-Related Quality of Life in CKD Patients: Correlates and Evolution over Time. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2009, 4(8):1293-1301
158. Gamondi C, Galli N, Schonholzer C, Marone C, Zwahlen H, Gabutti L, et al, Frequency and Severity of Pain and Symptom Distress among Patients with Chronic Kidney Disease Receiving Dialysis. *SMW- Swiss Medical Weekly*, 2013, Available at: <http://www.smw.ch/content/smw-2013-13750/>
159. Bruena E, MacMillan K, Haanson J, MacDonald RN, The Edmonton Staging System for Cancer Pain. Preliminary Report, *Pain*, 1989, 37(2):203-209
160. Davison SN, The Impact of Chronic Pain on Depression, Sleep and the Desire to Withdraw from Dialysis in Hemodialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2005, 30(5):465-473
161. Scharff L, Turk DC, Chronic Pain and Depression in the Elderly. *Clinical Geriatrics*, 1998, 6(9):30-36

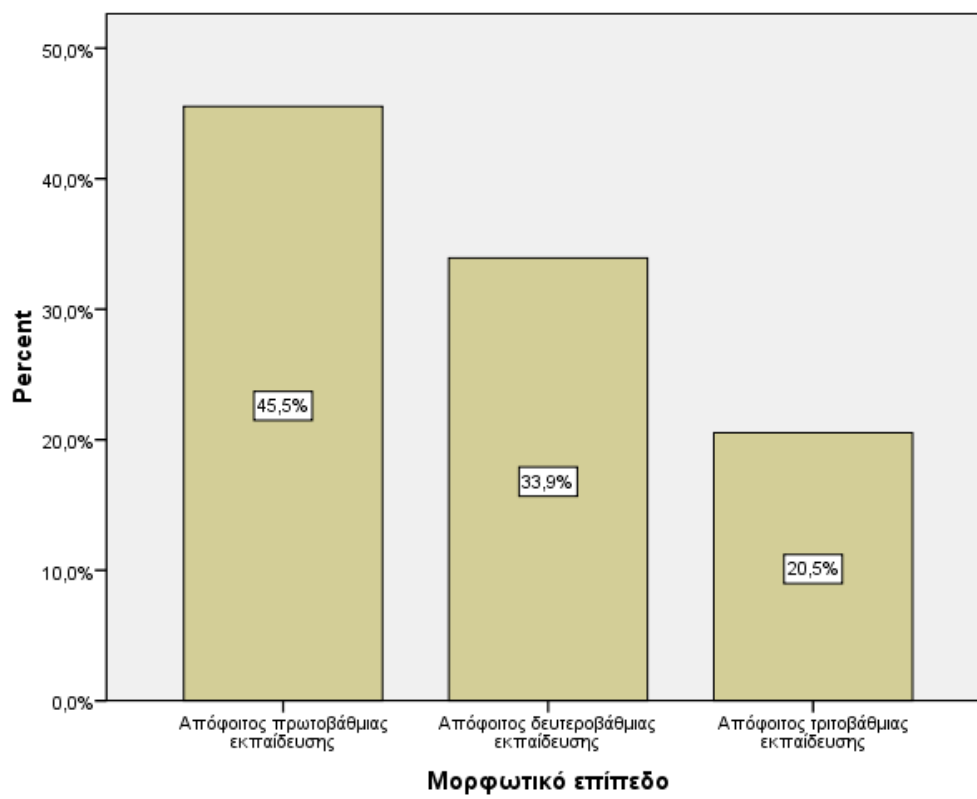
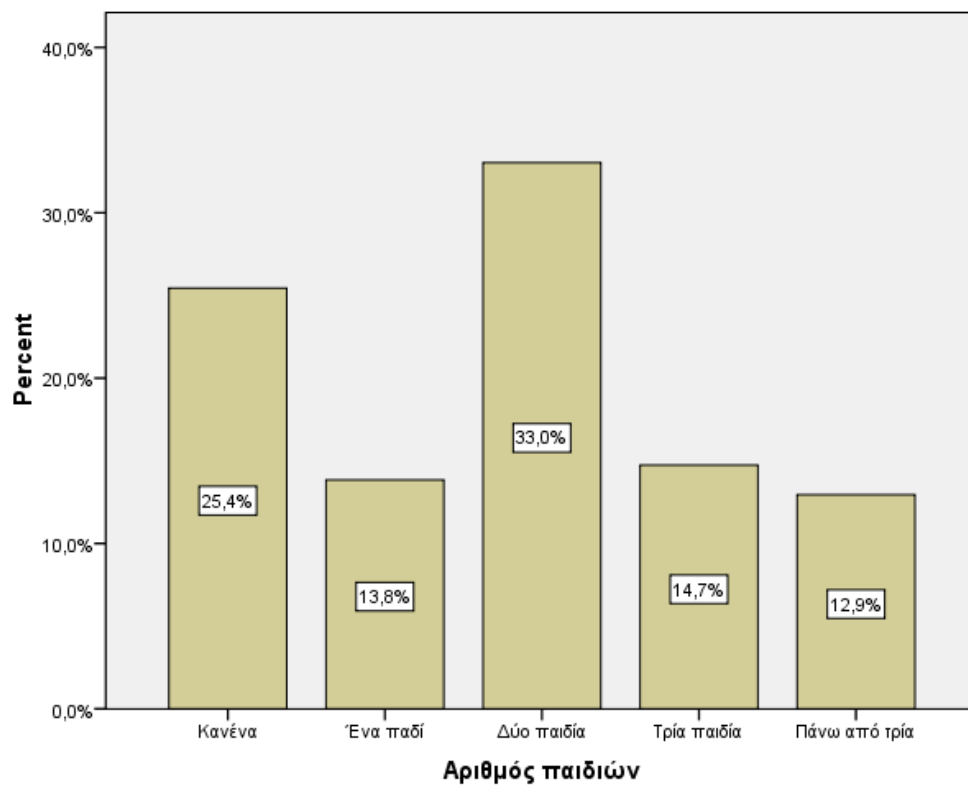
162. Davison SN, Jhangri GS, Impact of Pain and Symptom Burden on the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2010, 39(3):477-485
163. Barakzoy AS, Moss AH, Efficacy of the World Health Organization Analgesic Ladder to Treat Pain in End-Stage Renal Disease. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2006, 17(11):3198-203
164. Weisbord S, Fried L, Arnold R, Fine M, Levenson D, Peterson R, et al, Prevalence, Severity and Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis Patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2005, 16(8):2487-94
165. Παπαδάκης Ε, Προσέγγιση των Αιμοκαθαιρόμενων Νεφροπαθών και των Πασχόντων με β-Μεσογειακή Αναιμία σε ένα Γενικό Νοσοκομείο της Κρήτης και Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής τους (Μεταπτυχιακή Εργασία), Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο, 2010
166. Καϊτελίδου Δ, Λιαρόπουλος Λ, Σίσκου Ο, Θεοδώρα Μ, Ζηρογιάννης Π, Μανιαδάκης Ν, και συν, Οι Κοινωνικές και Οικονομικές Συνέπειες της Αιμοκάθαρσης στη Ζωή των Ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 2010, 46(2):246–255
167. Calls J, Calero M, Sánchez H.D, Navarro G.M, Amer J.F, Tura D, et al, An Evaluation of Pain in Haemodialysis Patients Using Different Validated Measurement Scales. *Nefrologia, Spain*, 2009, 29(3):236-243
168. Bouattar T, Skalli Z, Rhou H, Ezzaitouni F, Ouzeddoun N, Bayahia R, et al, The Evaluation and Analysis of Chronic Pain in Chronic Hemodialysis Patients. *Journal of Nephrology and Therapeutics*, 2009, 5(7):637-641.
169. Θεοφίλου Π, Ψυχιατρικές Διαταραχές στη Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2010, 9(4):420-440
170. Theofilou P, Aroni A, Ralli M, Gouzou M, Zyga S, Measuring Health: Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. Psychometric Properties of the MissoulaVITAS Quality of Life Index (MVQOLI-15) in Greece. *Health Psychology Research*, 2013, 1(17):74-78

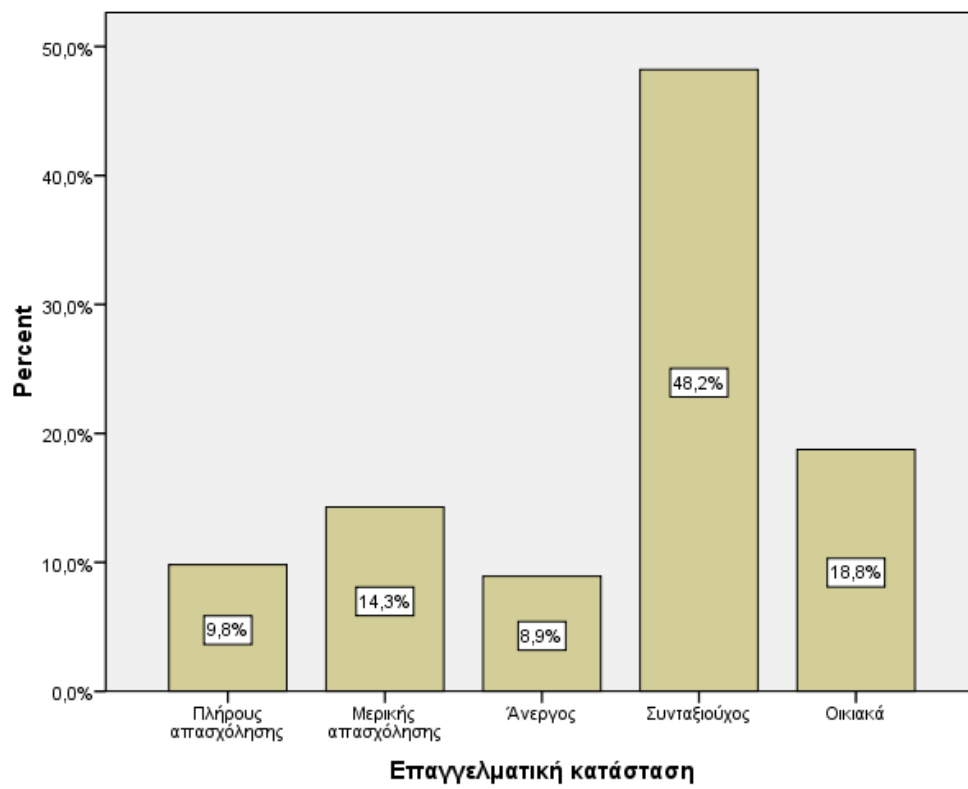
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

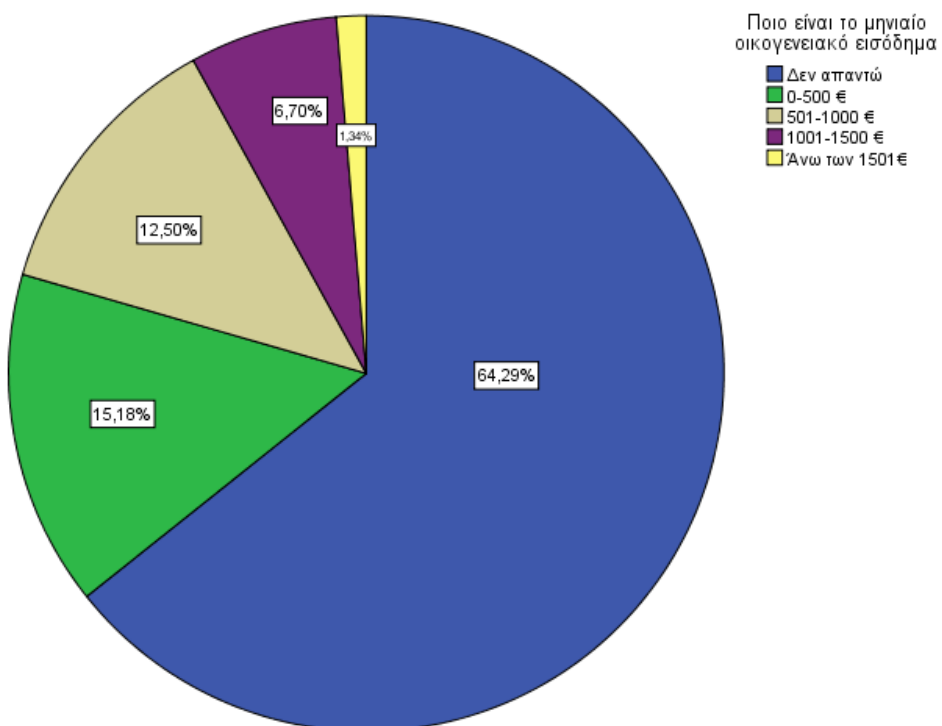
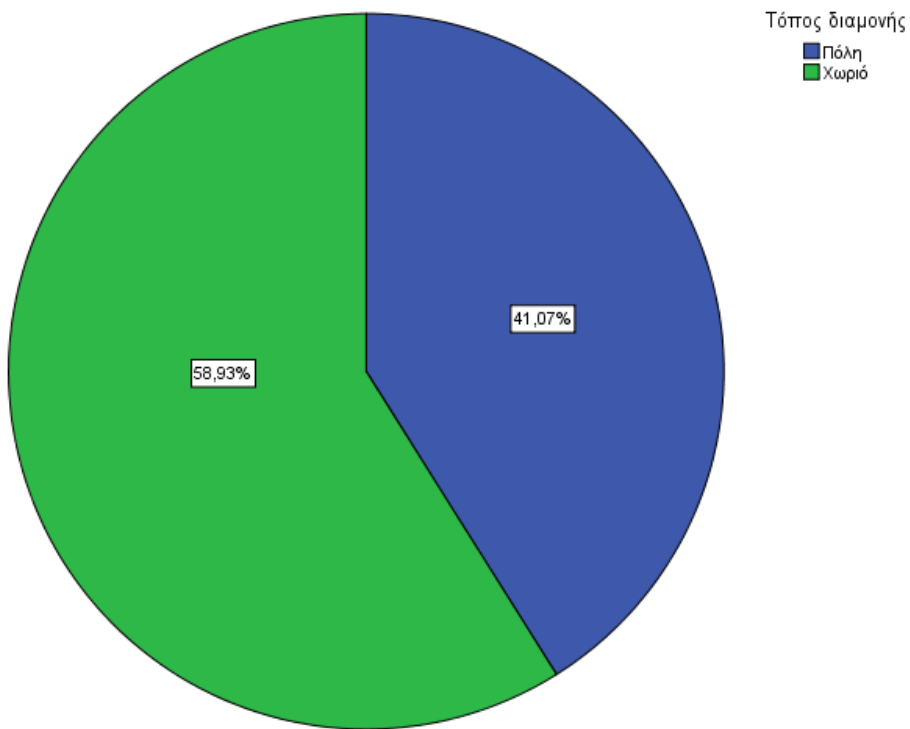
Σχήμα 1. Γράφημα των δημογραφικών χαρακτηριστικών για το σύνολο των 224 ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

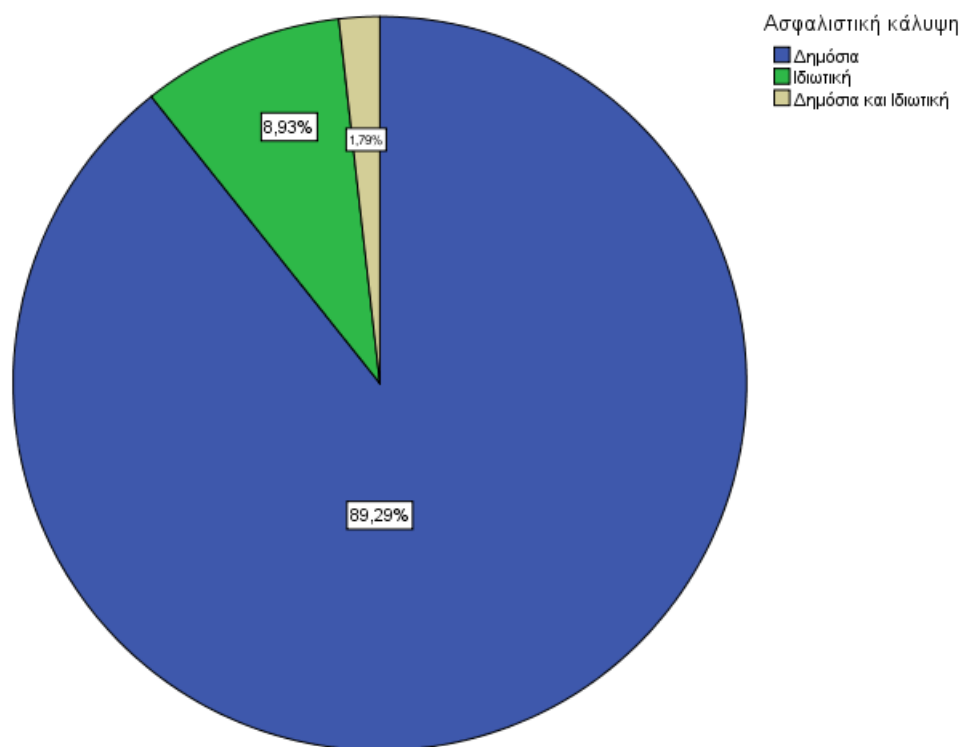




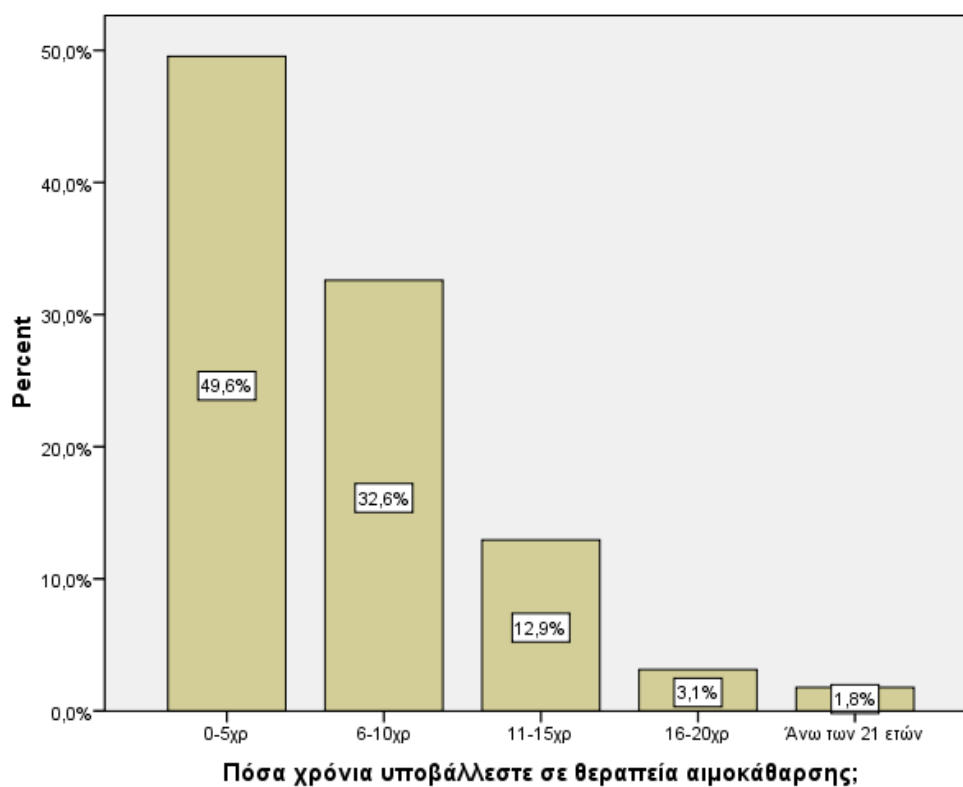
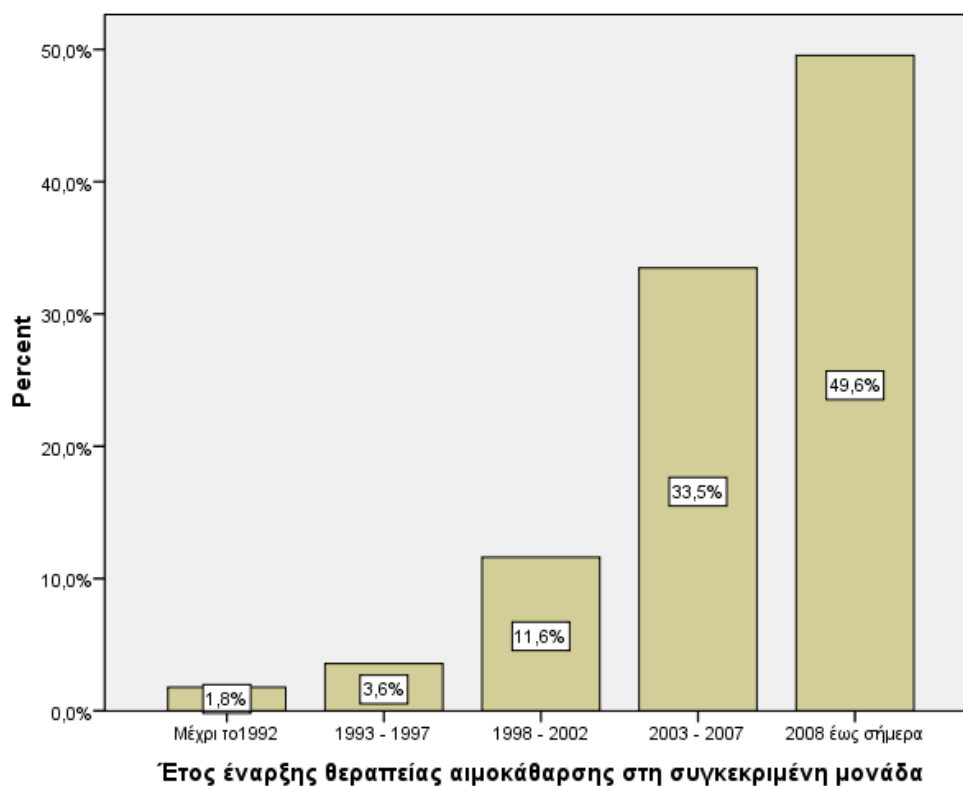


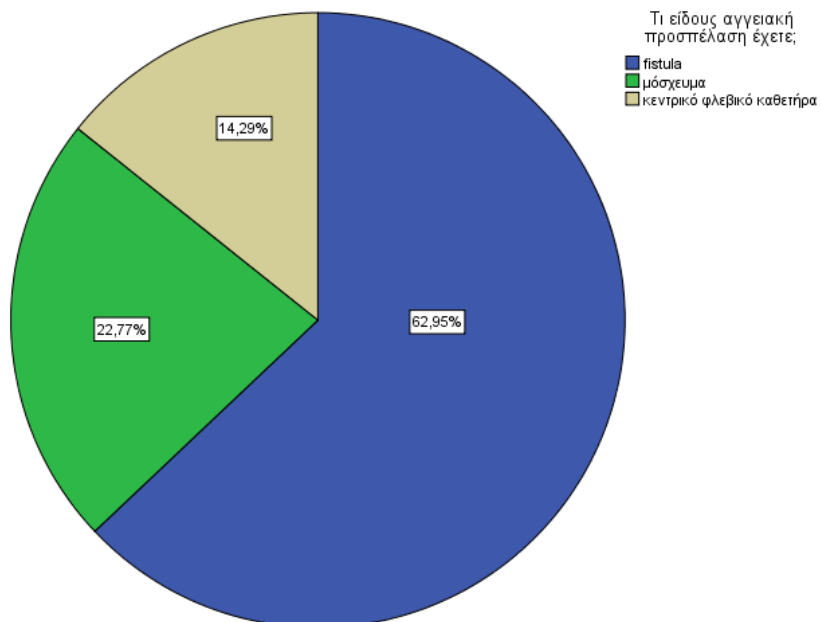
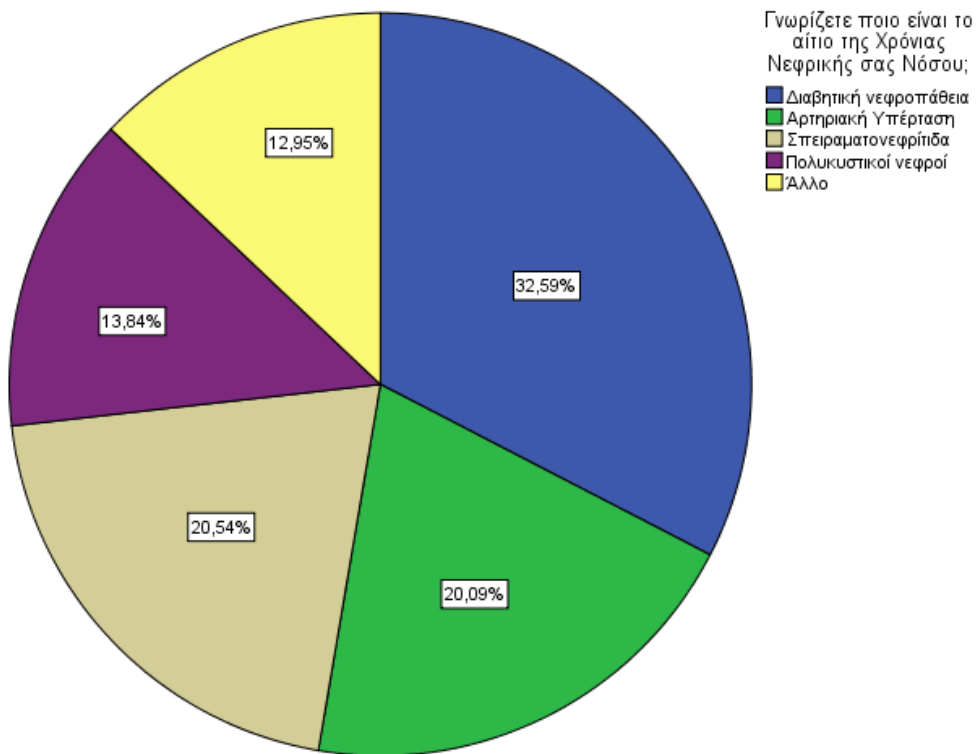




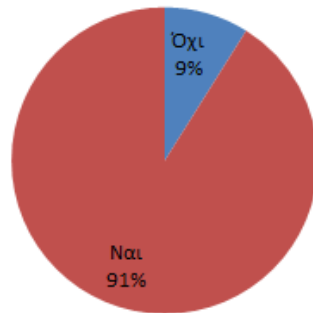


Σχήμα 2. Γραφήματα του ιστορικού υγείας και αιμοκάθαρσης για το σύνολο των 224 ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

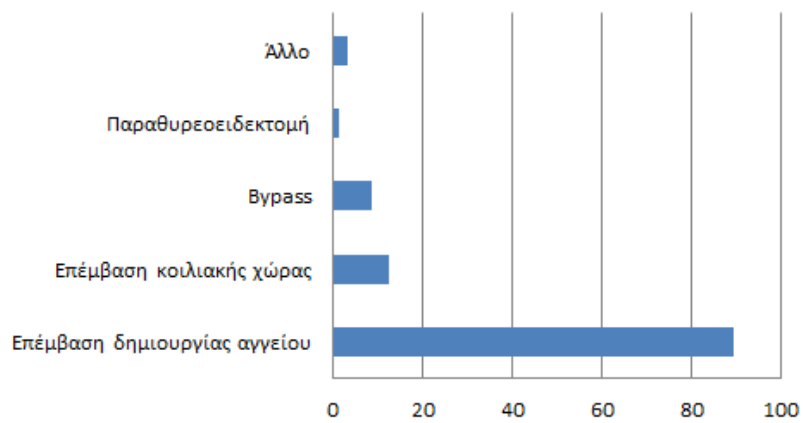




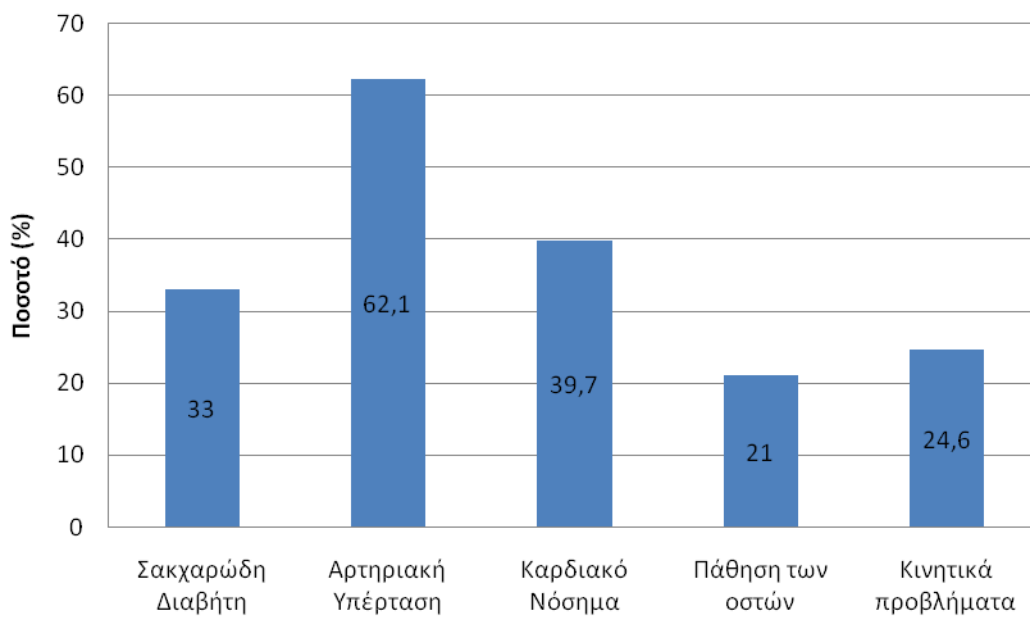
Έχετε υποβληθεί σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση στα έτη που υποβάλλεστε σε αιμοκάθαρση;

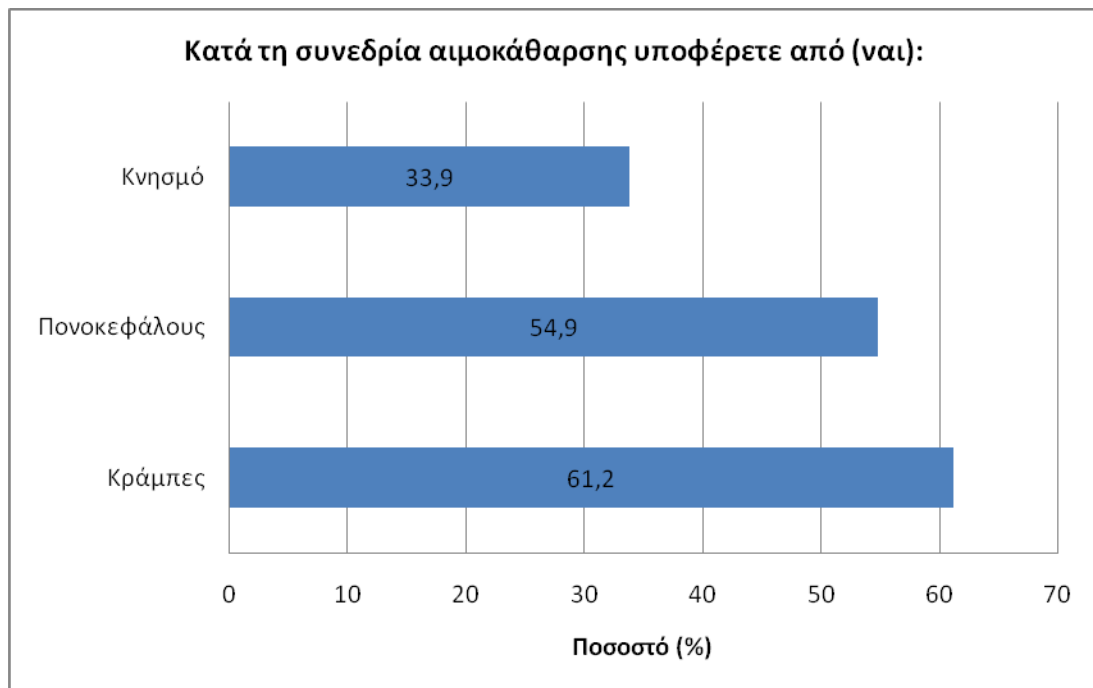


Αν ναι, σε τι είδους χειρουργικές επεμβάσεις έχετε υποβληθεί;

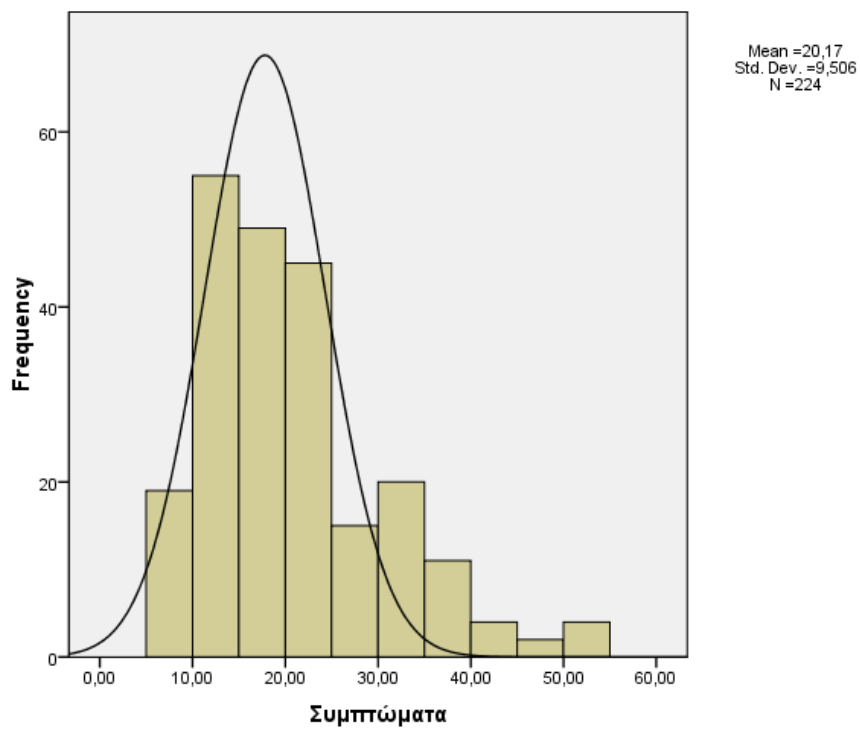


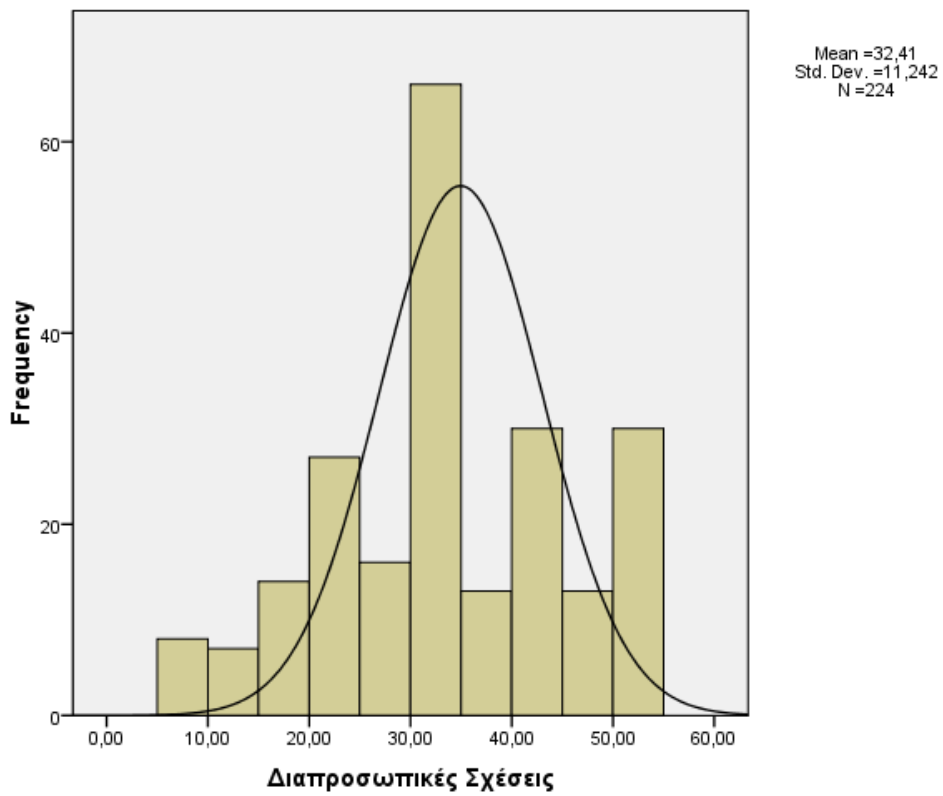
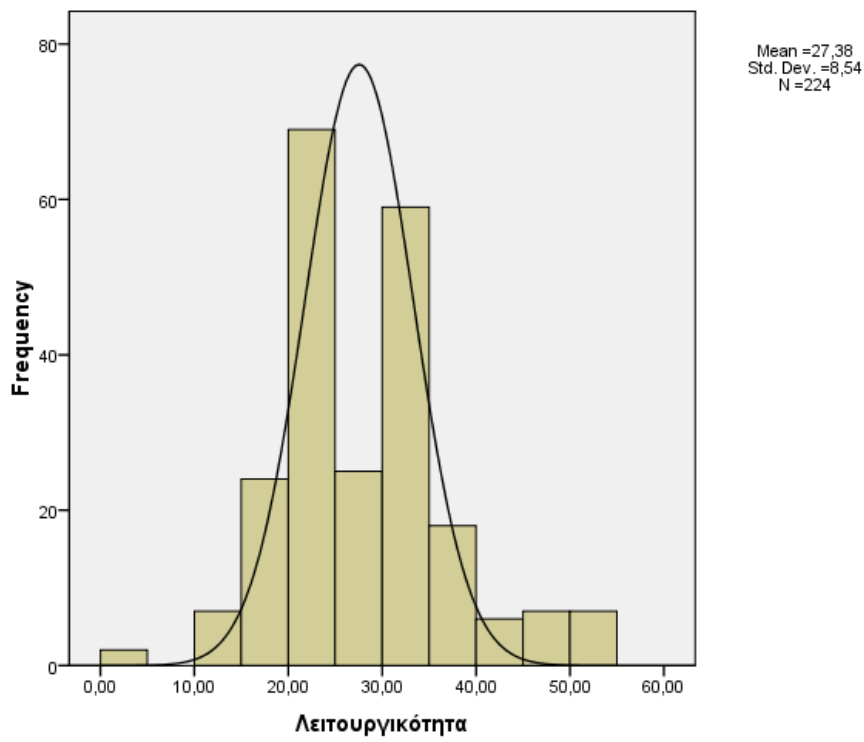
Πάσχετε από:

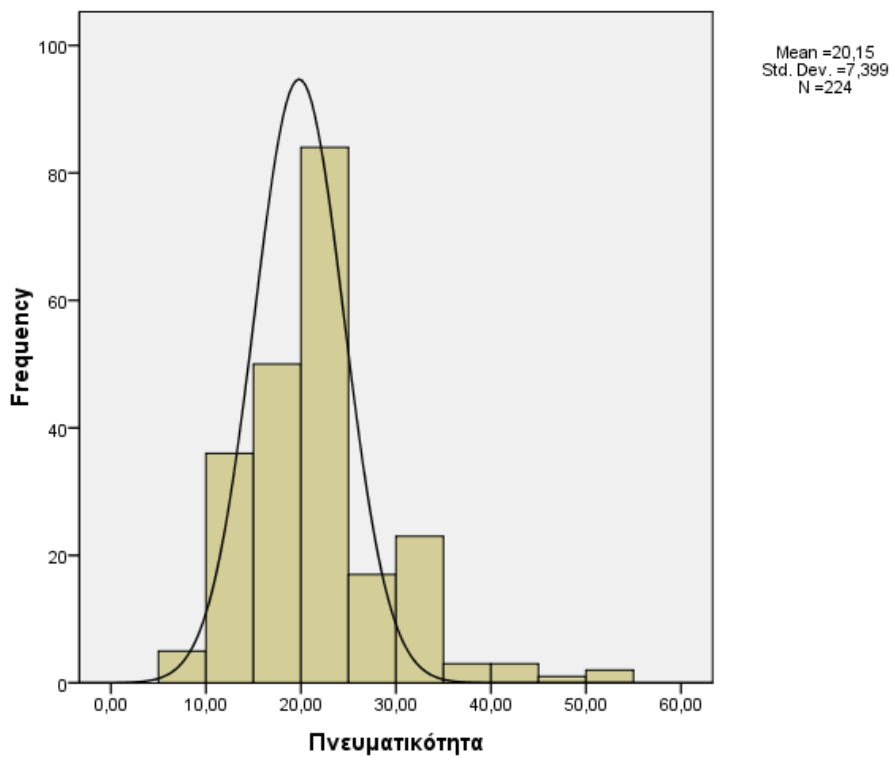
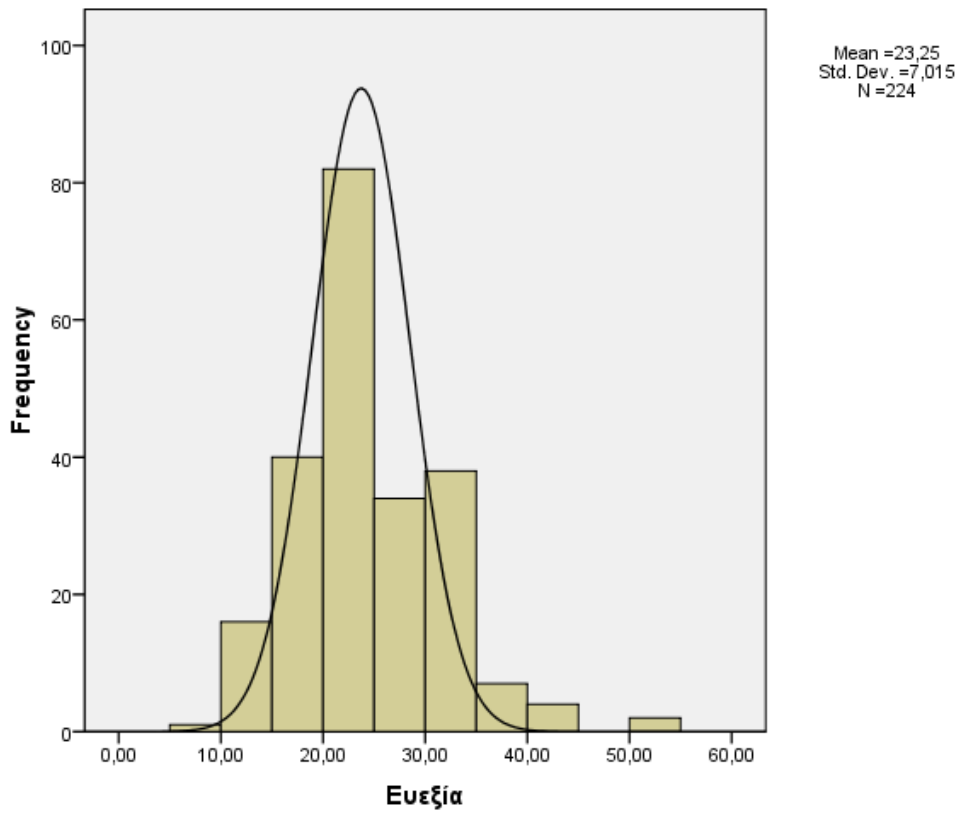




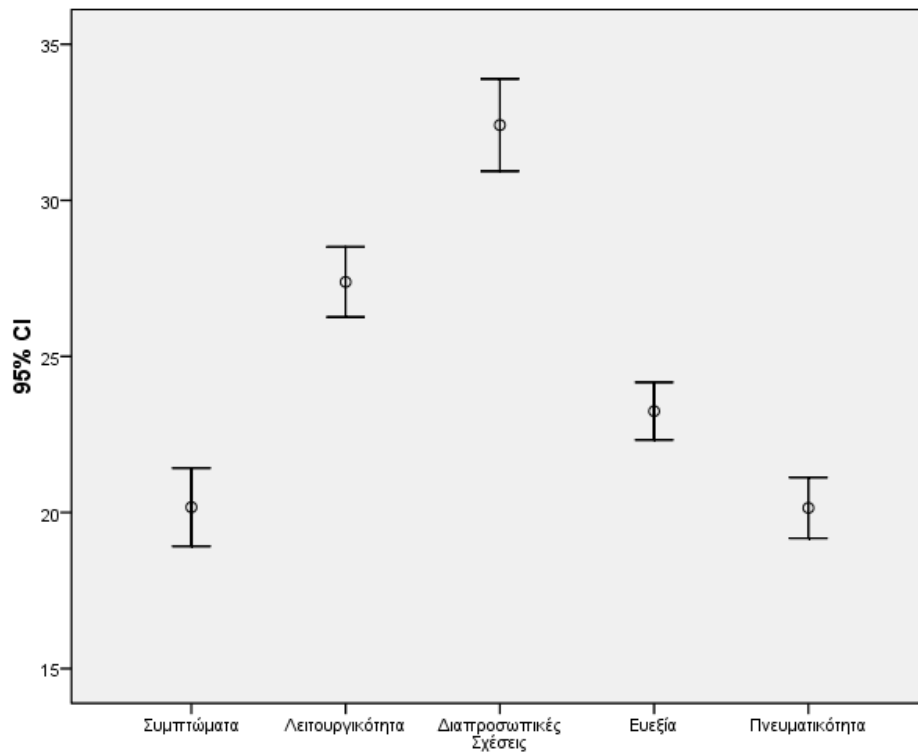
Σχήμα 3α. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τα 5 σκορ ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.



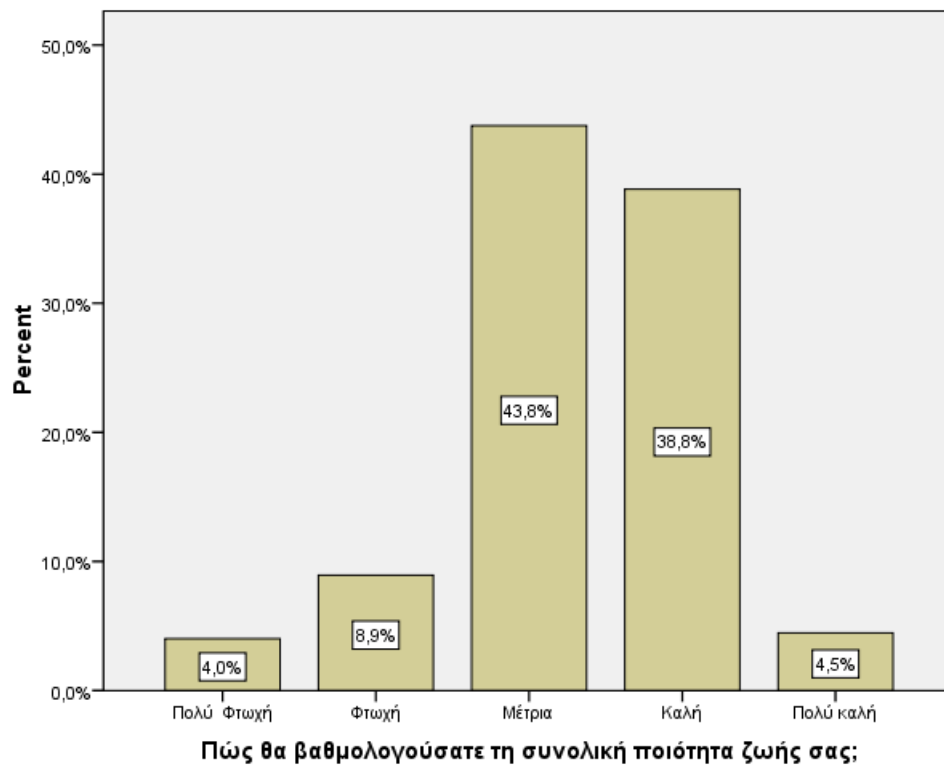




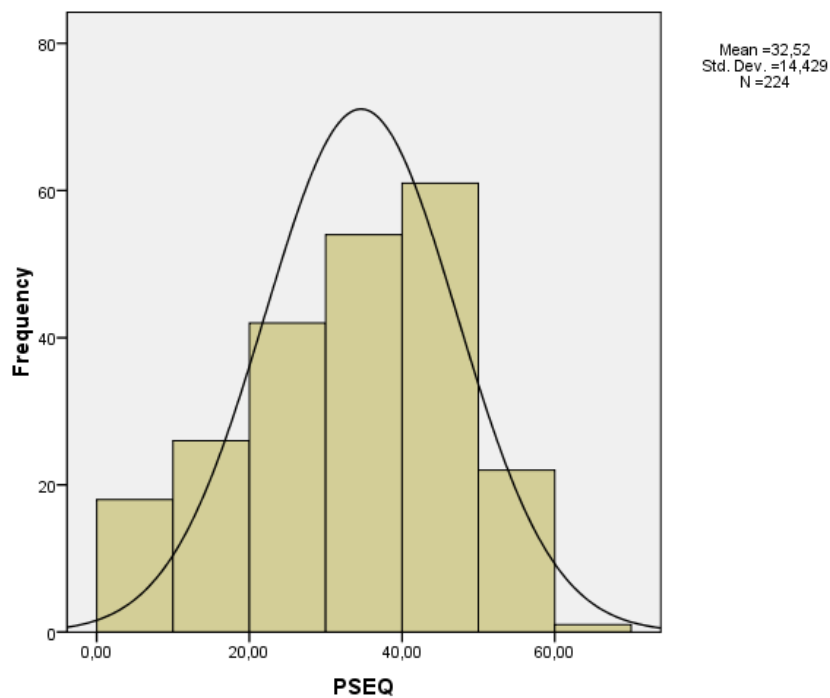
Σχήμα 3β. Γράφημα της μέσης τιμής και των 95% Διαστημάτων Εμπιστοσύνης για τα 5 σκορ ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.



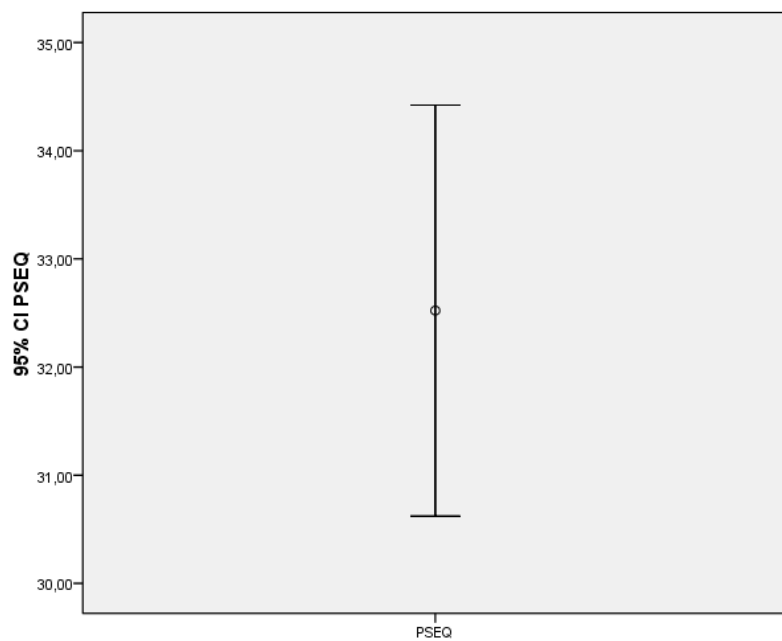
Σχήμα 4. Γράφημα της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.



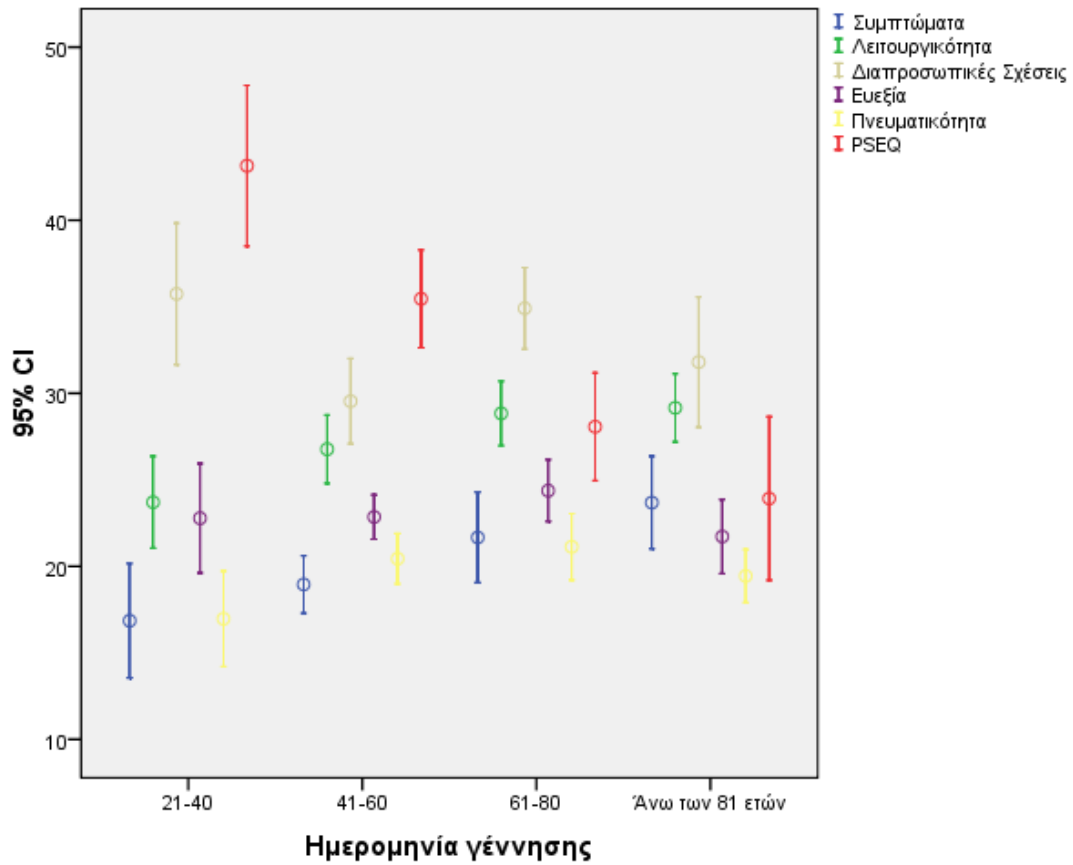
Σχήμα5α. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για το σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.



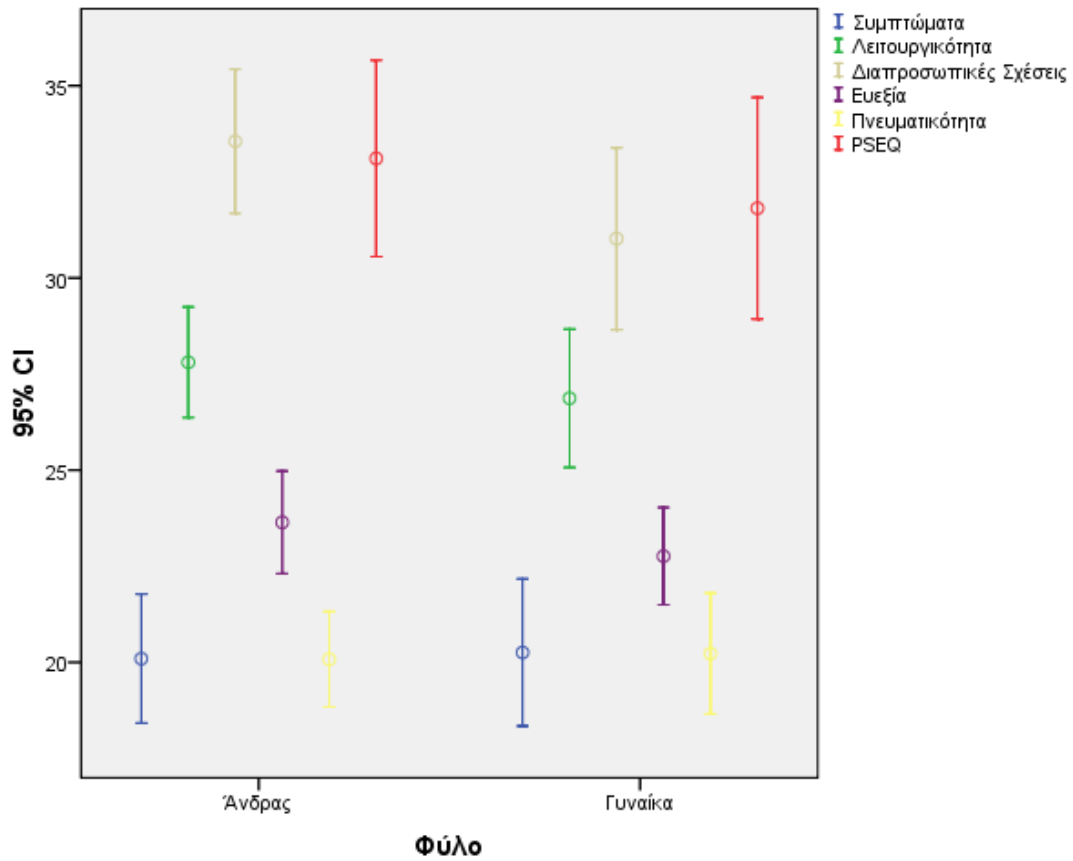
Σχήμα5β. Γράφημα της μέσης τιμής και των 95% Διαστημάτων Εμπιστοσύνης για το σκορ διαχείρισης πόνου των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.



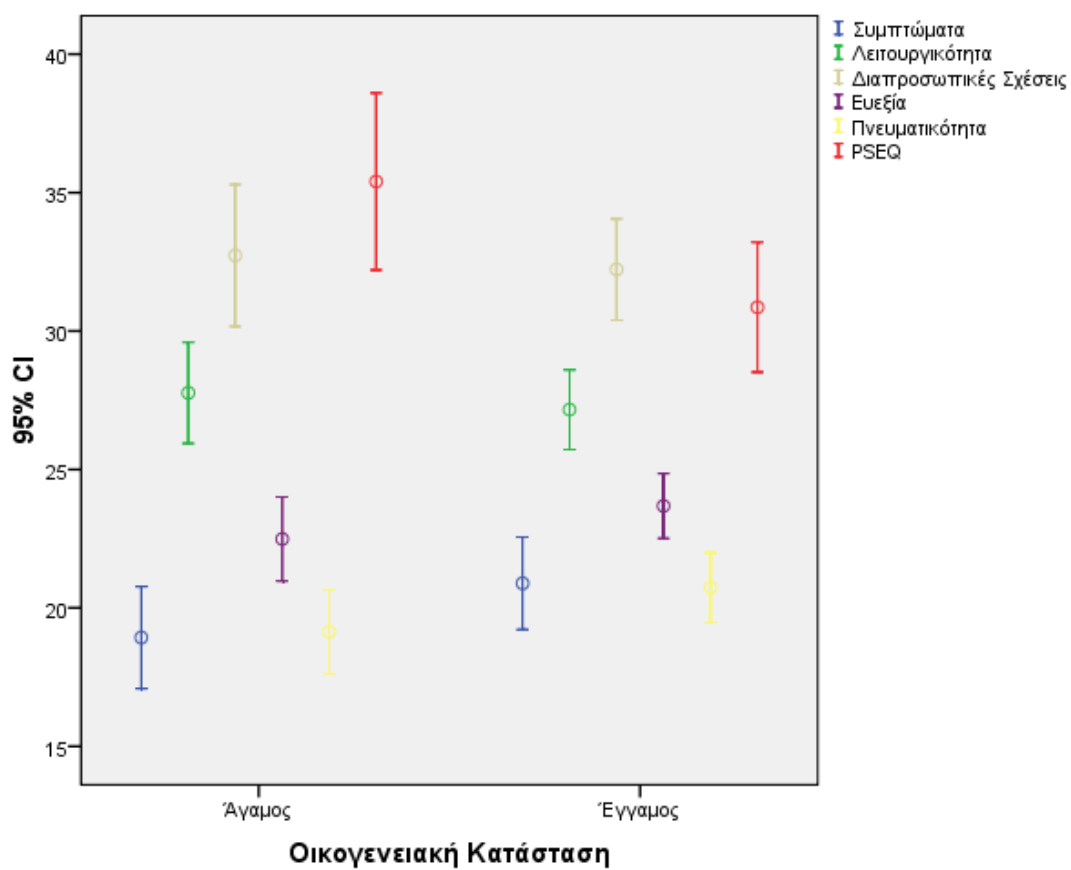
Σχήμα 6. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου, ανά ηλικιακή ομάδα.



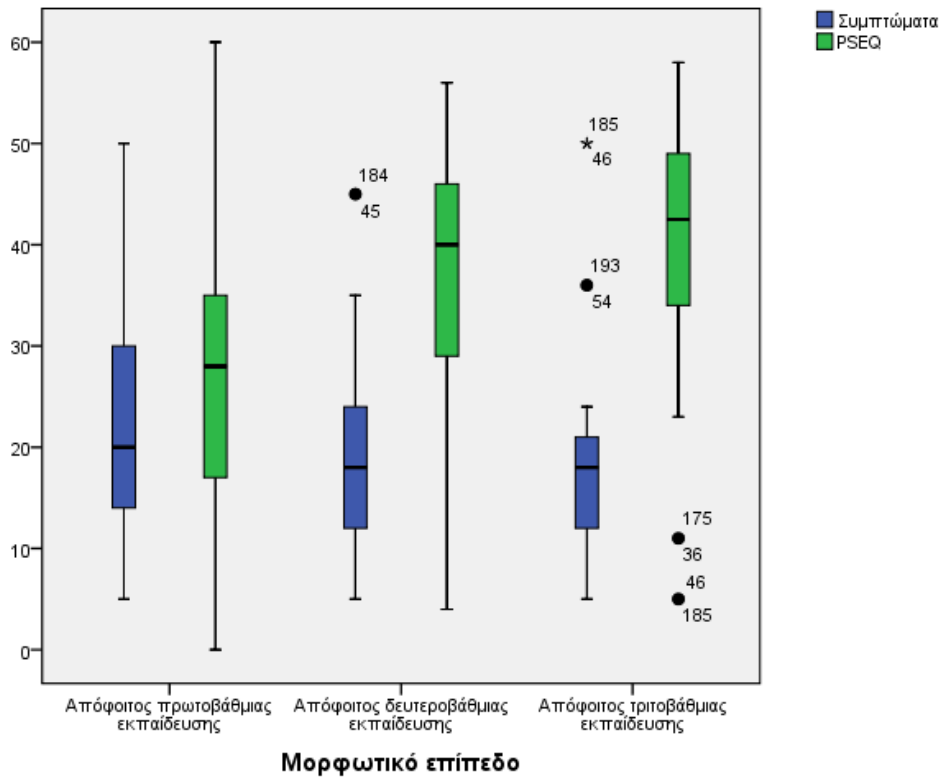
Σχήμα 7. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου, ανά φύλο.



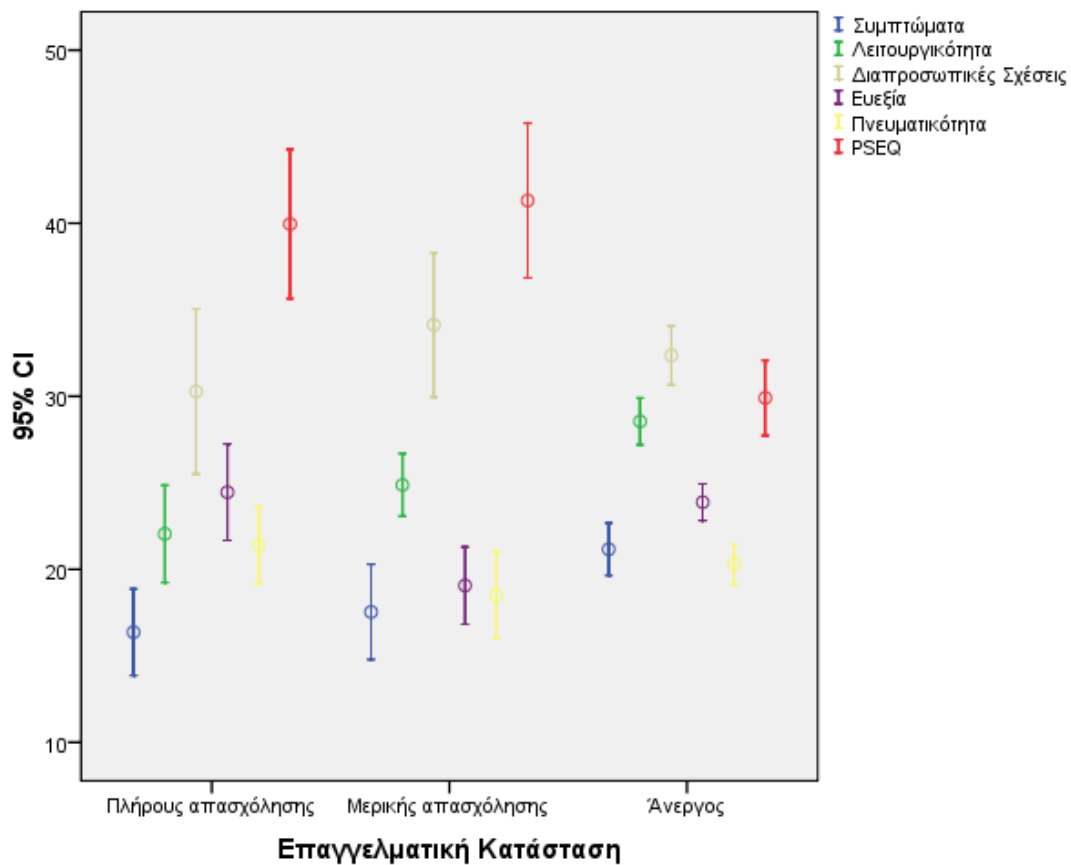
Σχήμα 8. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου, σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση.



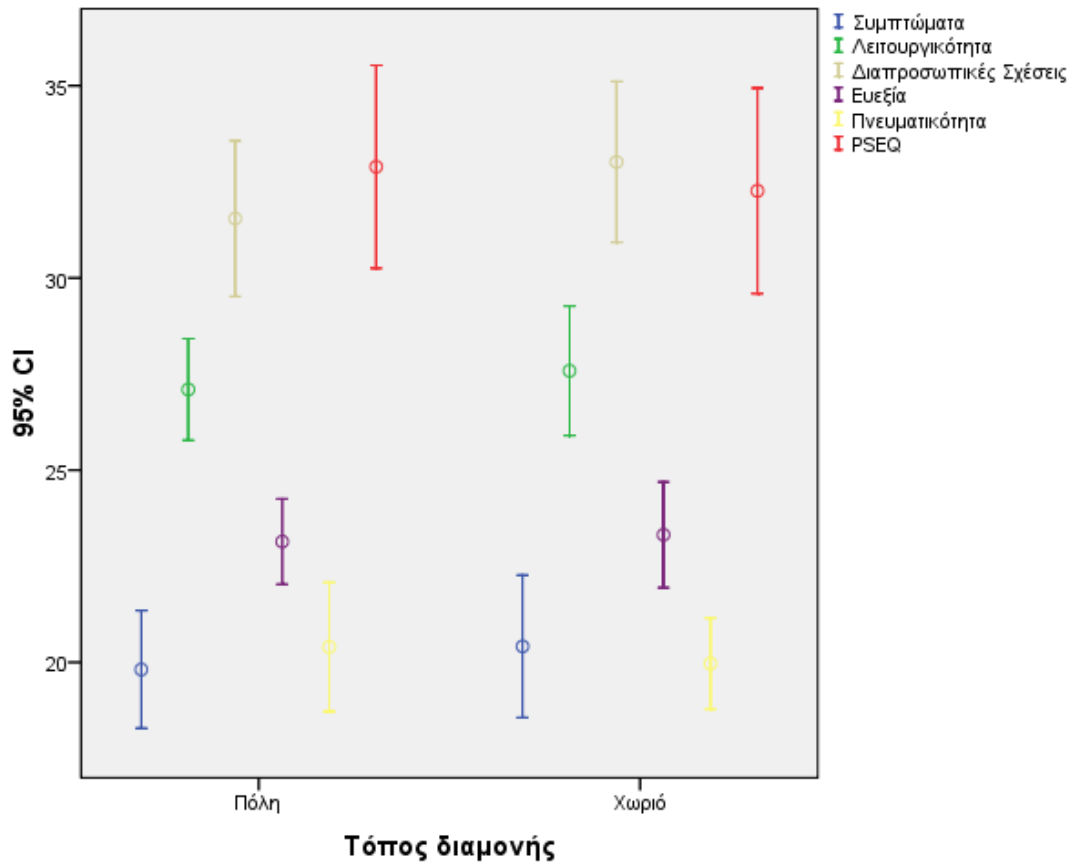
Σχήμα 9. Θηκόγραμμα της κατανομής της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με το μορφωτικό επίπεδο.



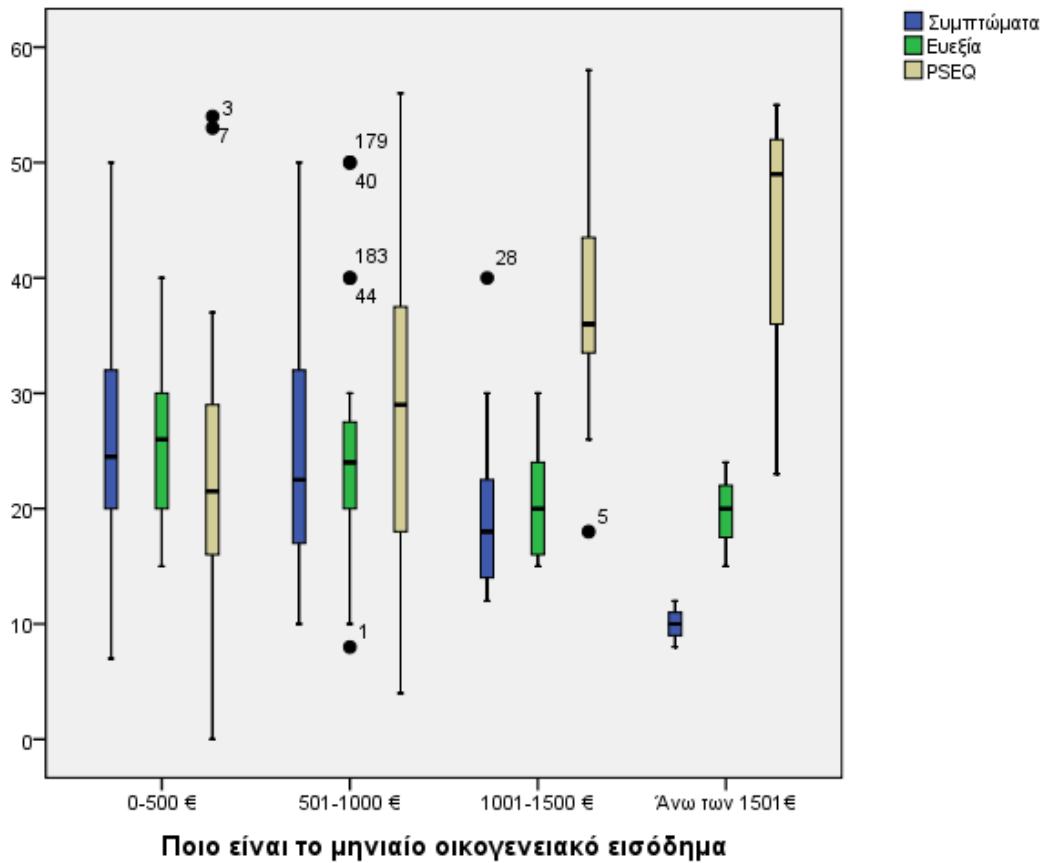
Σχήμα 10. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου, σύμφωνα με την επαγγελματική κατάσταση.



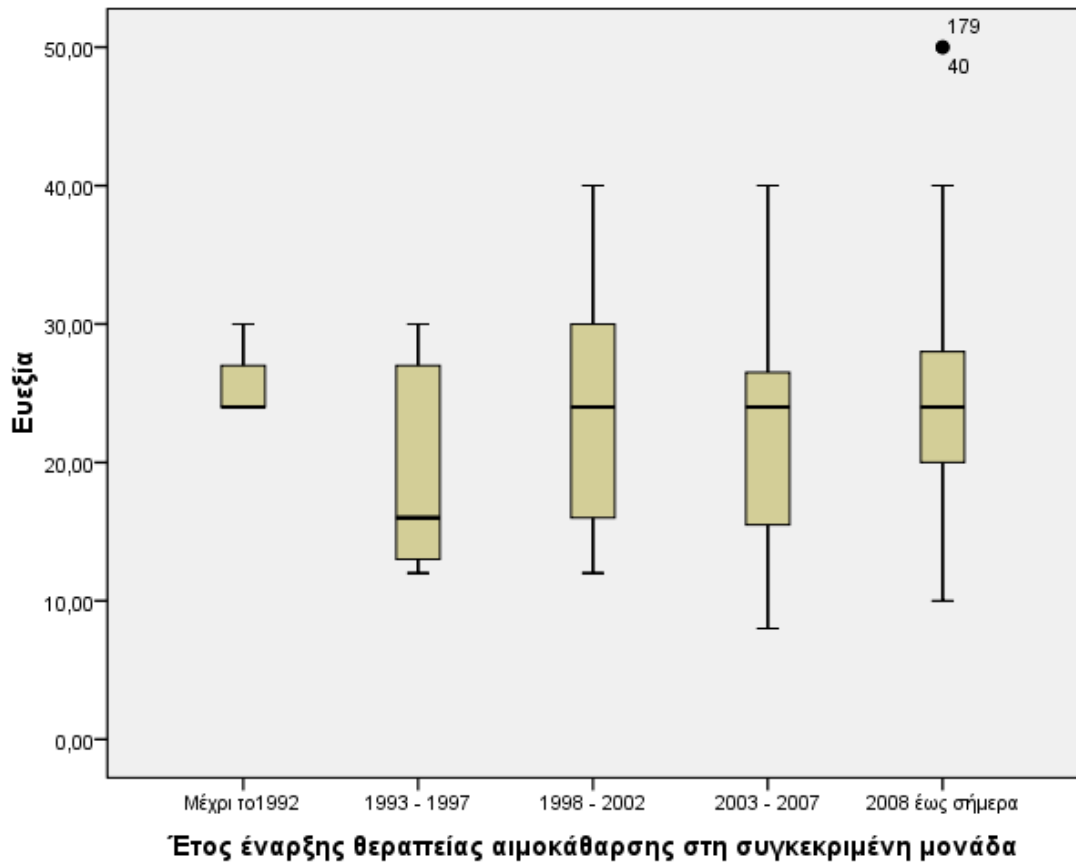
Σχήμα 11. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου, σύμφωνα με τον τόπο διαμονής.



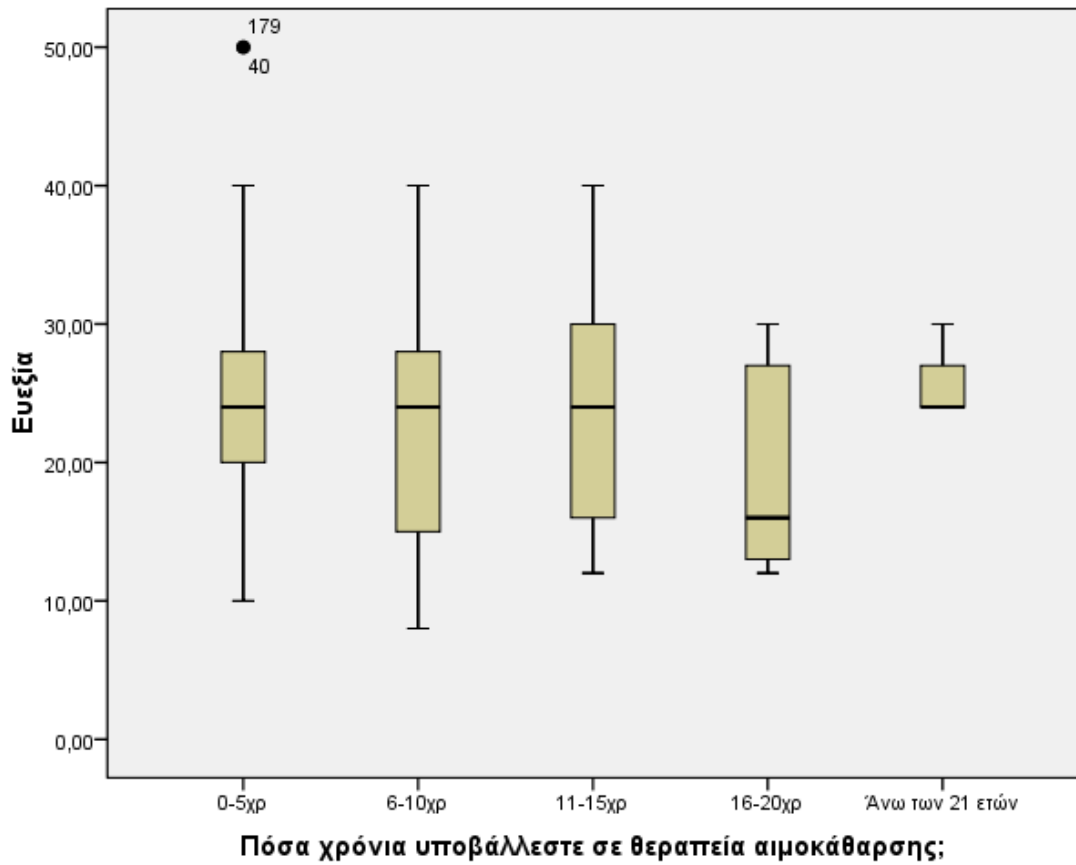
Σχήμα 12. Θηκόγραμμα της κατανομής της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.



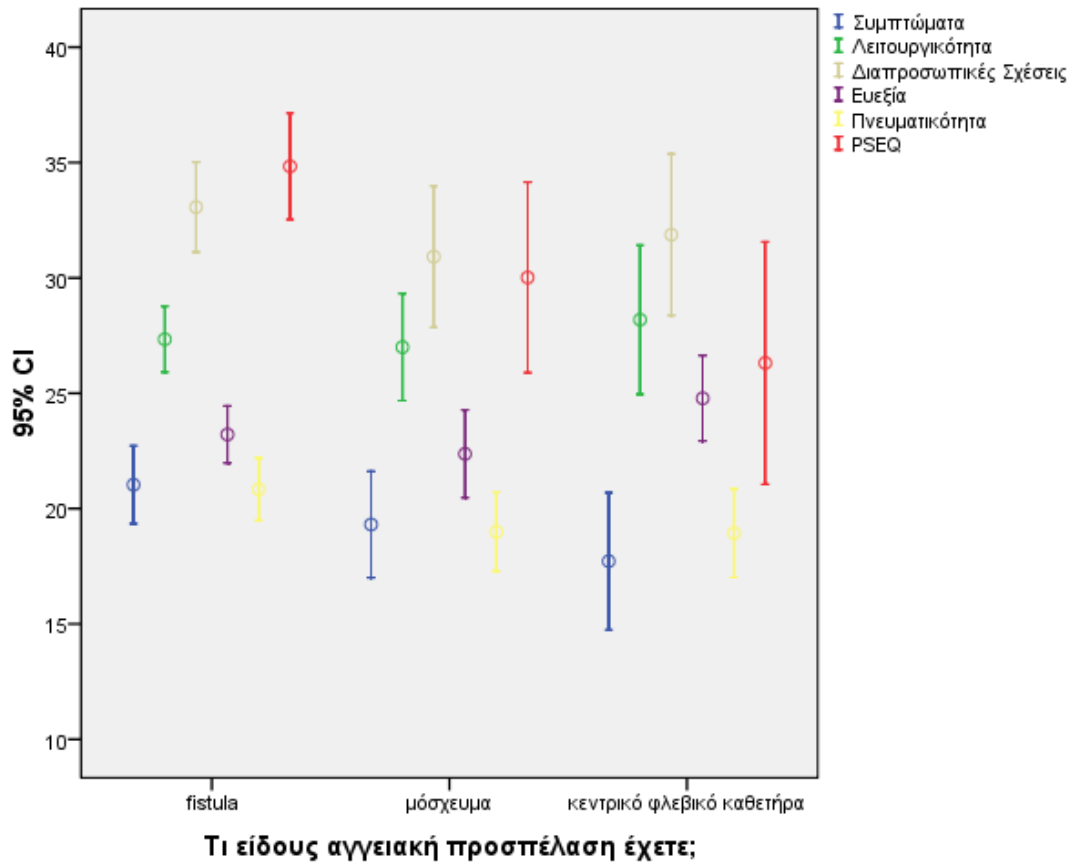
Σχήμα 13. Θηκόγραμμα της κατανομής της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με το έτος έναρξης της αιμοκάθαρσης στη συγκεκριμένη μονάδα.



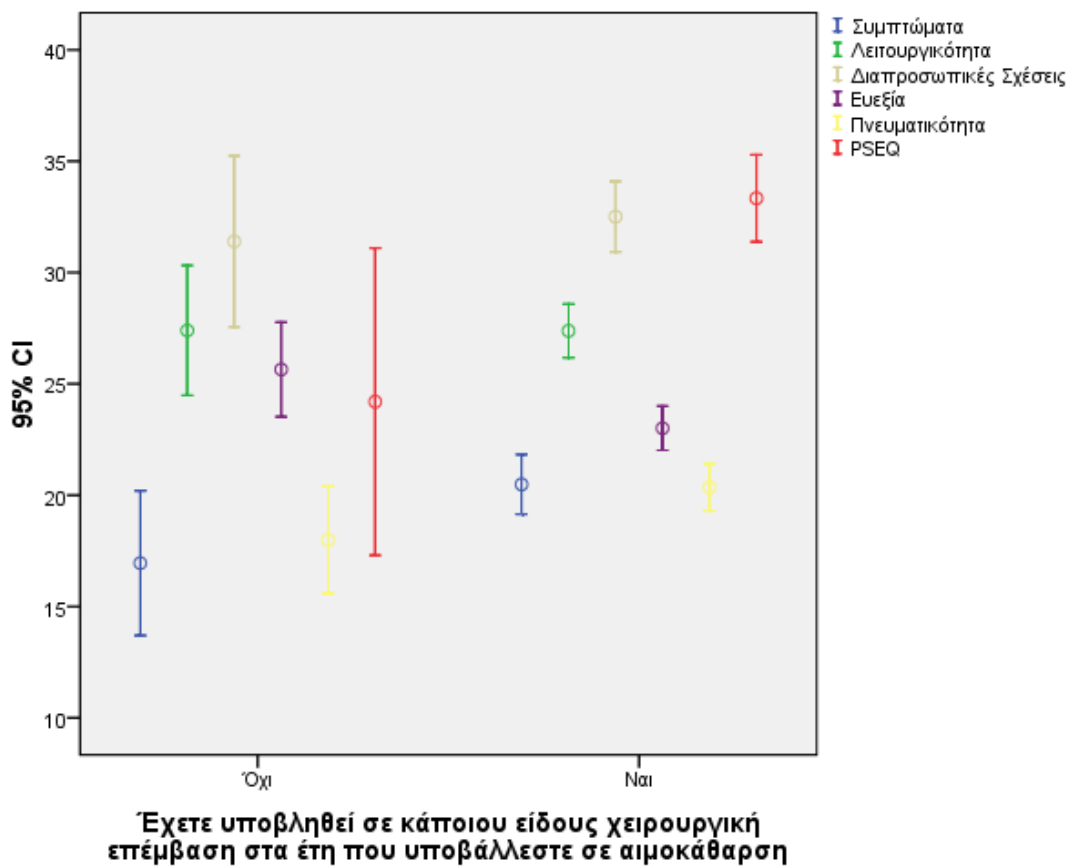
Σχήμα 14. Θηκόγραμμα της κατανομής της ποιότητας ζωής και της διαχείρισης του πόνου των ασθενών με τα έτη θεραπείας με αιμοκάθαρσης.



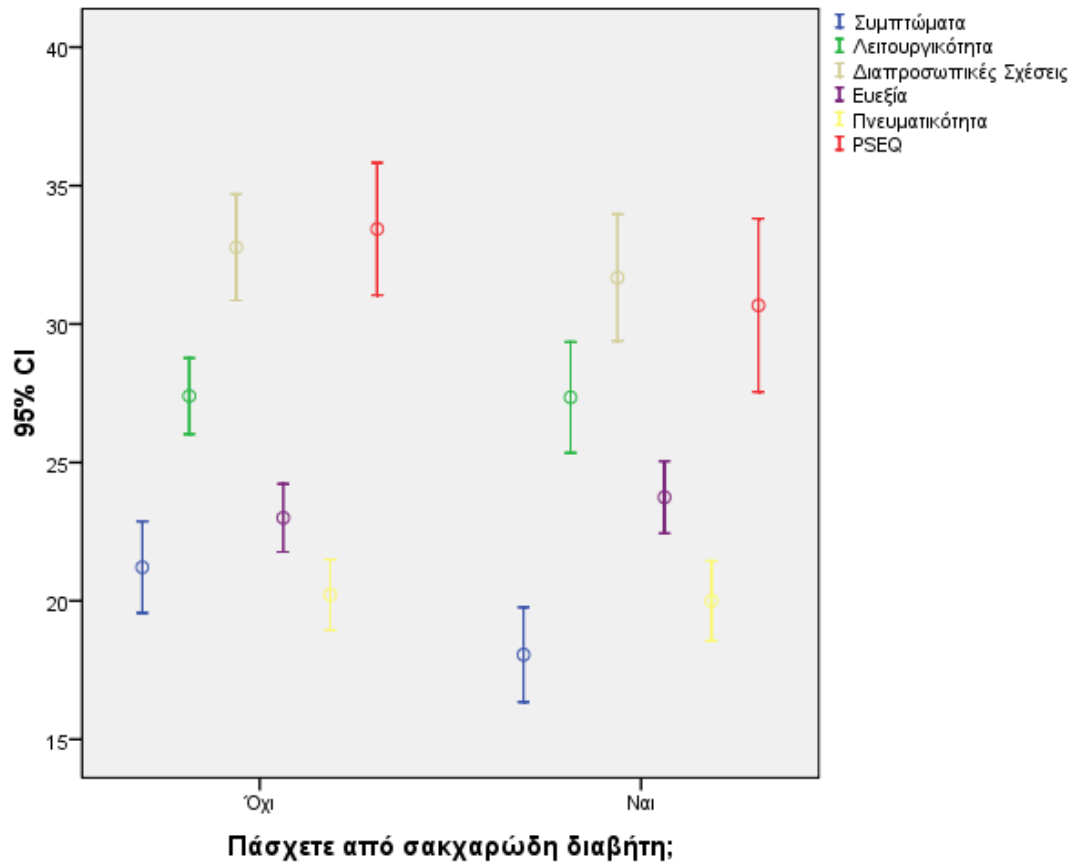
Σχήμα 15. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου, ανάλογα με το είδος αγγειακής προσπέλασης.



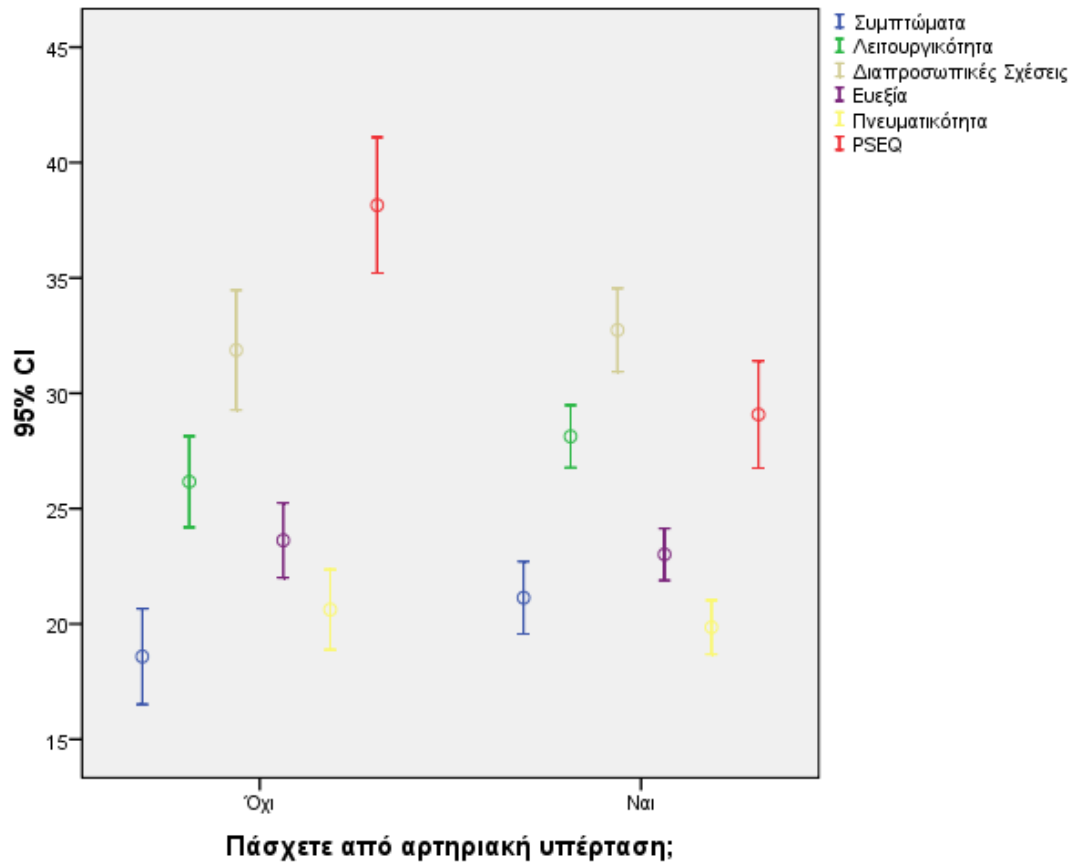
Σχήμα 16. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου, ανάλογα με τον αν οι ασθενείς έχουν υποβληθεί σε άλλη χειρουργική επέμβαση.



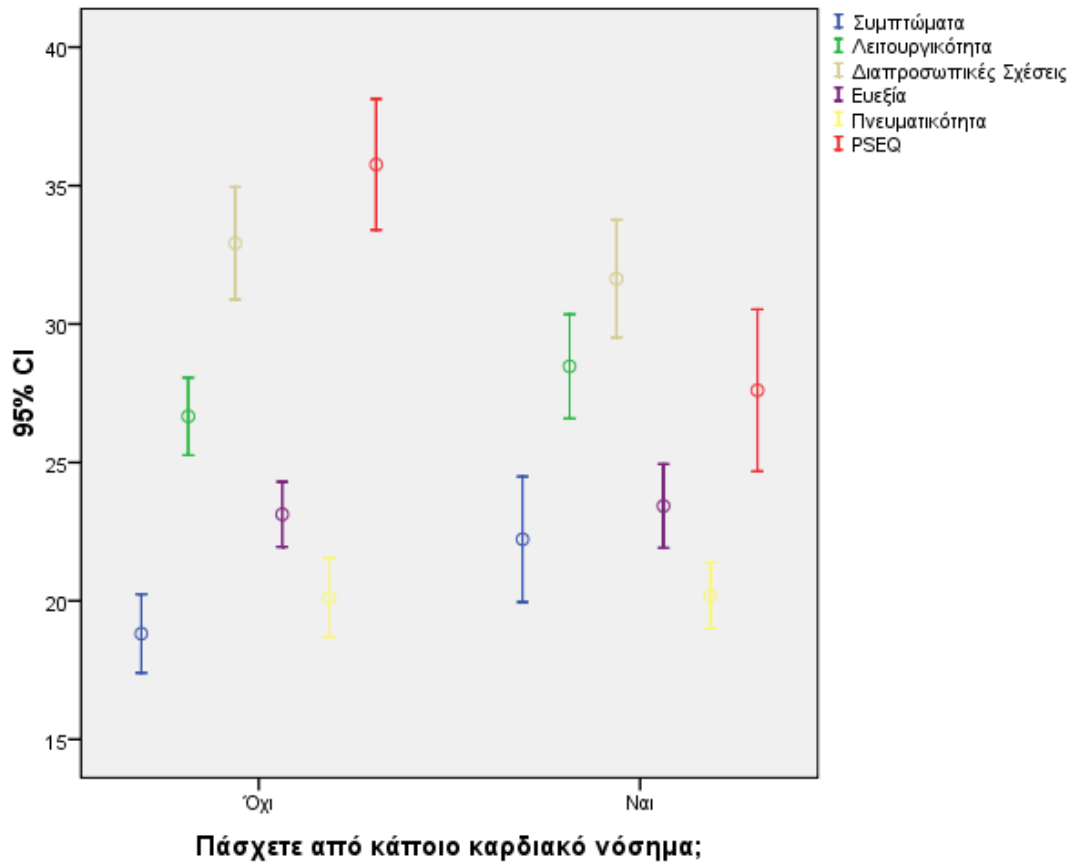
Σχήμα 17. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου και του σακχαρώδους διαβήτη.



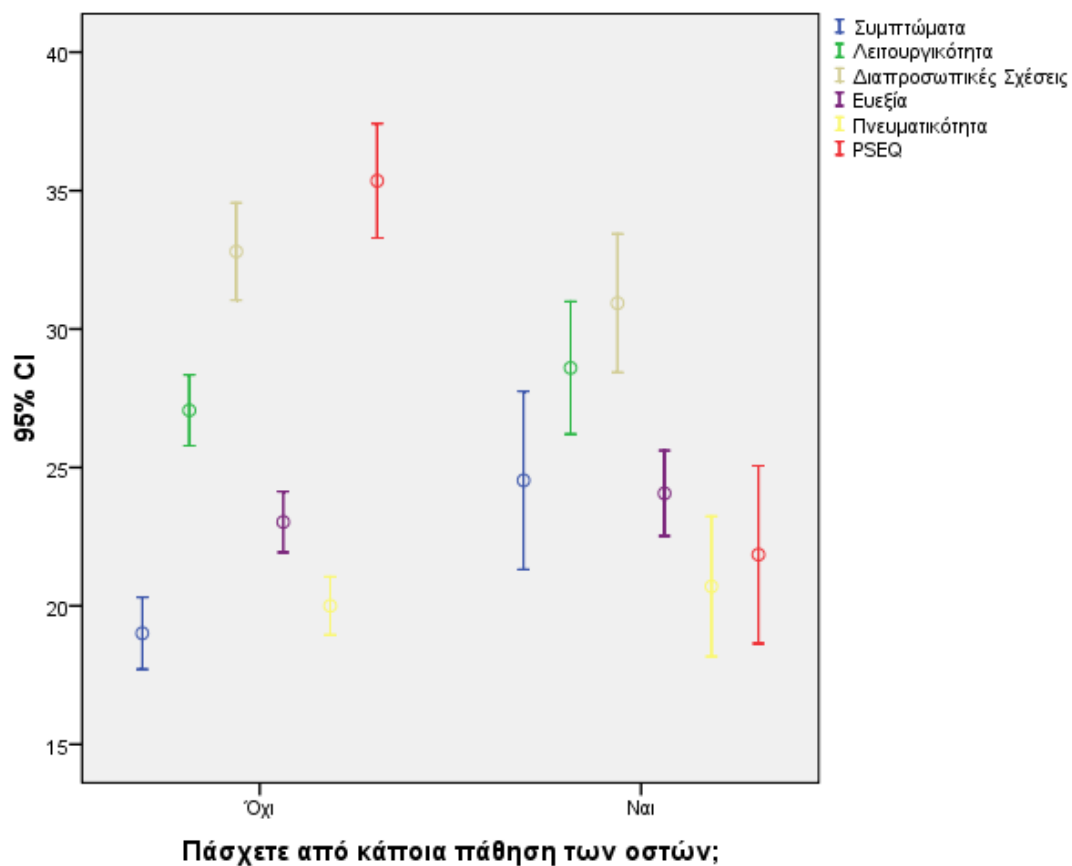
Σχήμα 18. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου και της αρτηριακής υπέρτασης.



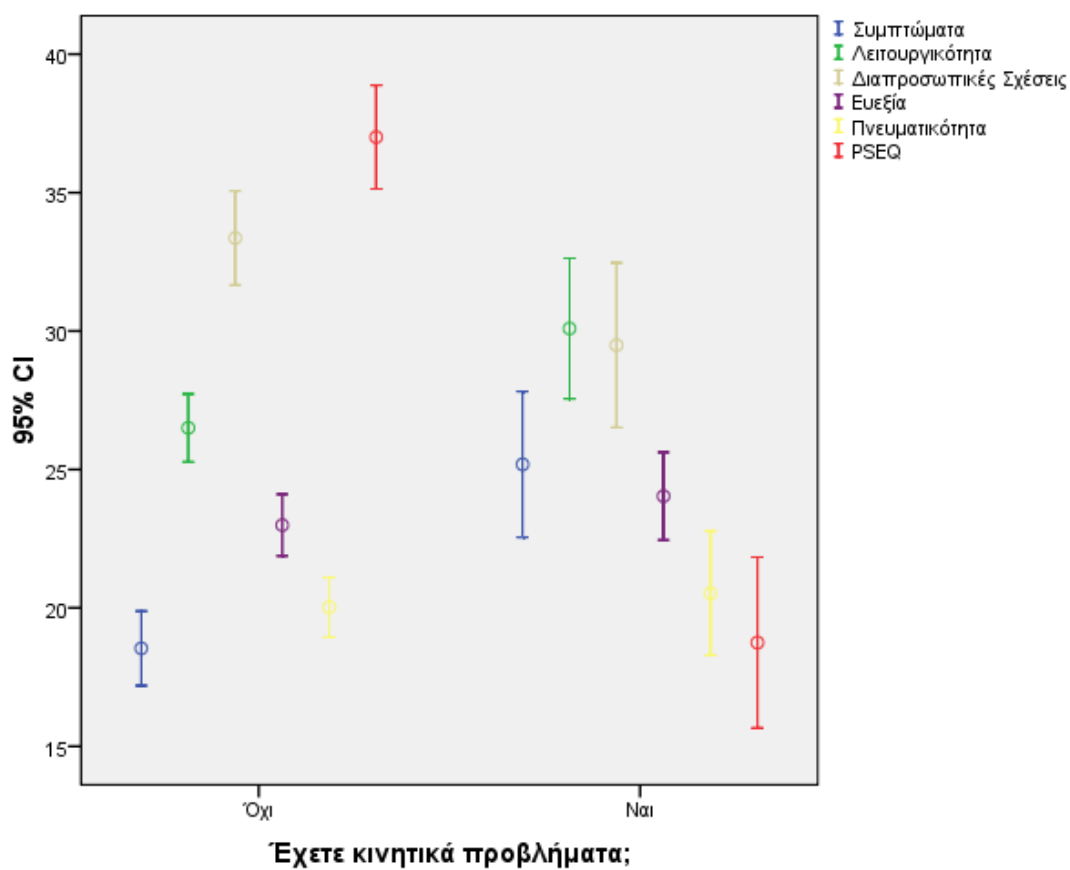
Σχήμα 19. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου και καρδιακού νοσήματος.



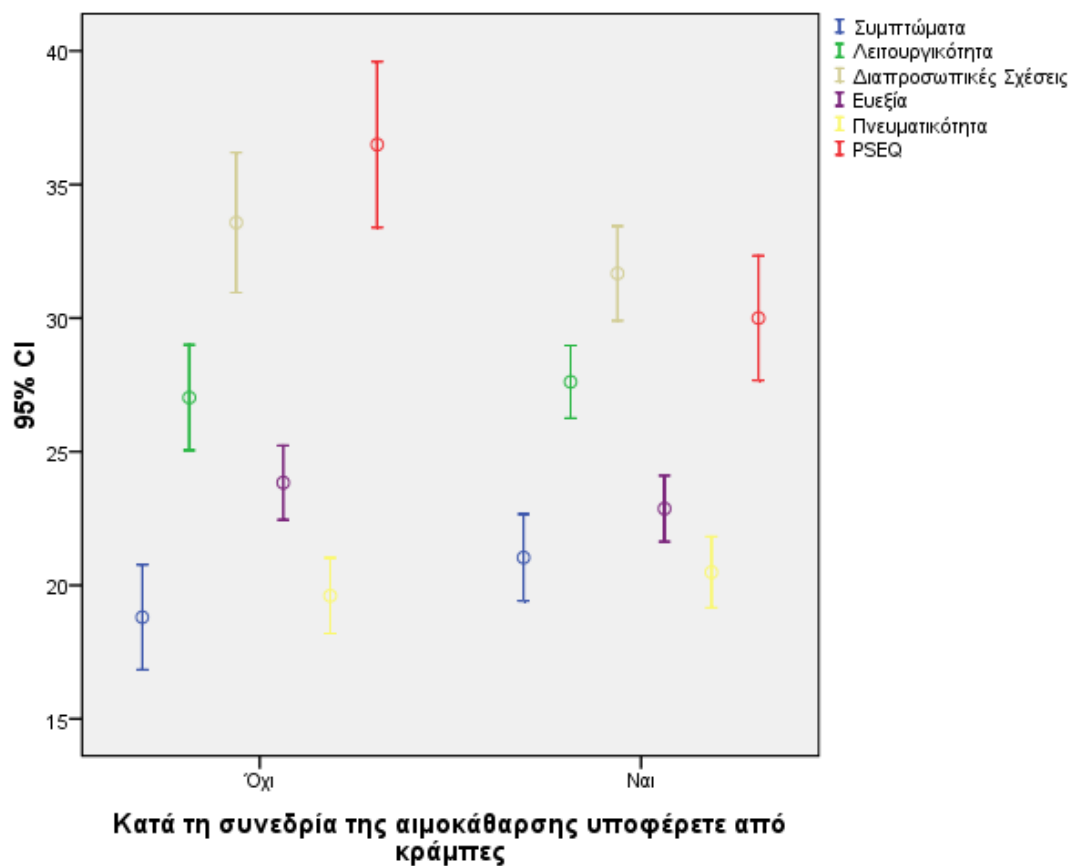
Σχήμα 20. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου με την πάθηση των οστών.



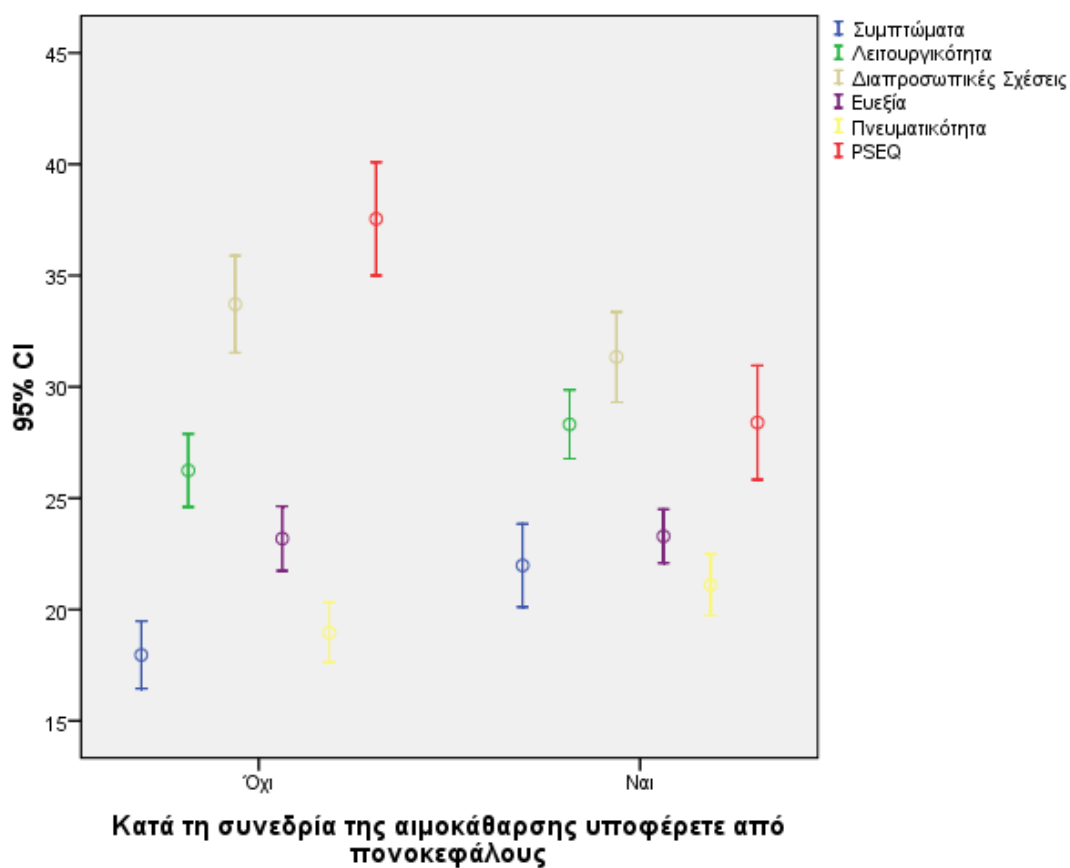
Σχήμα 21. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου με την ύπαρξη κινητικών προβλημάτων.



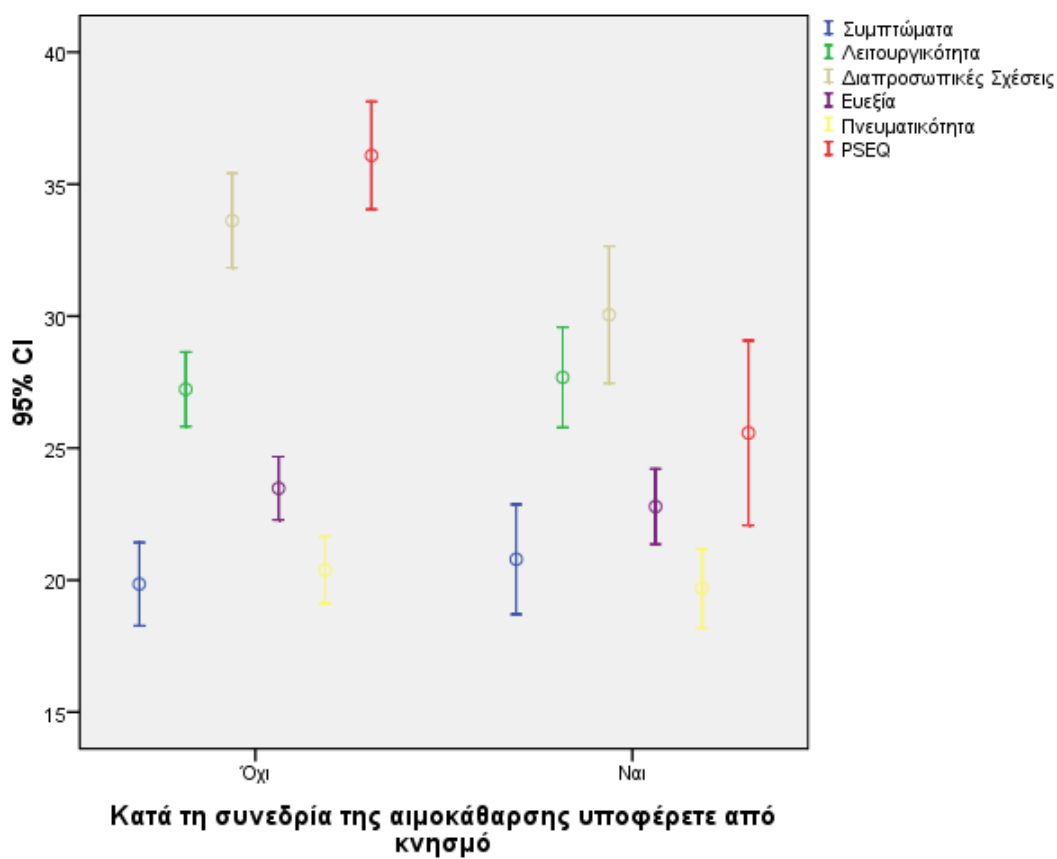
Σχήμα 22. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου με την εμφάνιση κράμπας κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.



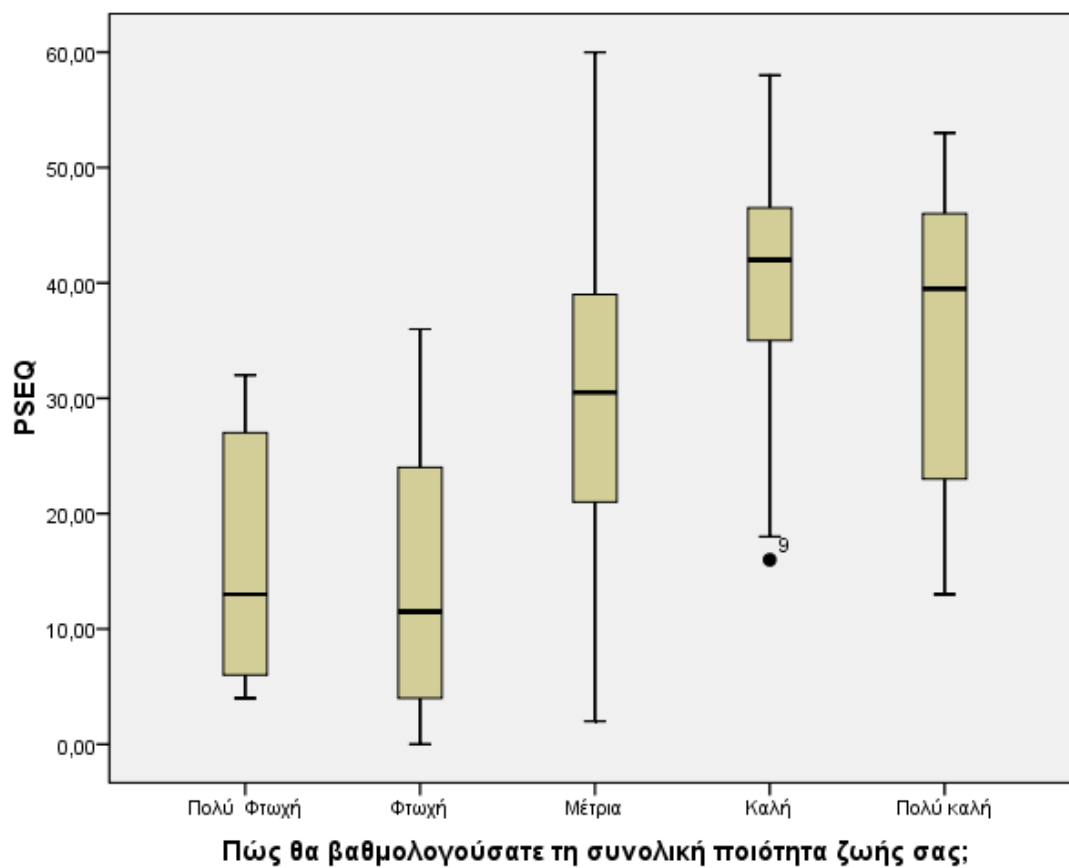
Σχήμα 23. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου με την εμφάνιση πονοκεφάλων κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.



Σχήμα 24. Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης των σκορ ποιότητας ζωής και διαχείρισης πόνου με την εμφάνιση κνησμού κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης.



Σχήμα 25. Θηκόγραμμα της κατανομής της διαχείρισης του πόνου των ασθενών ανάλογα με τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο.



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο

Άνδρας Γυναίκα

2. Ημερομηνία γέννησης:

3. Εθνικότητα (απαντήστε προαιρετικά).....

4. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος Άλλο:

5. Αριθμός παιδιών:

Αριθμός ανηλίκων

Αριθμός ενηλίκων.....

6. Μορφωτικό επίπεδο

Απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
 Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

7. Επαγγελματική κατάσταση

Πλήρους απασχόλησης Μερικής απασχόλησης Άνεργος Συνταξιούχος
 Οικιακά

8. Τόπος διαμονής

Πόλη Χωριό

9. Ποιό είναι το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (απαντήστε προαιρετικά).....

10. Ασφαλιστική κάλυψη

Δημόσια
 Ιδιωτική
 Δημόσια και Ιδιωτική

11. Έτος έναρξης θεραπείας αιμοκάθαρσης στη συγκεκριμένη μονάδα:
.....

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Πόσα χρόνια υποβάλλεστε σε θεραπεία αιμοκάθαρσης;

2. Γνωρίζετε ποιο είναι το αίτιο της Χρόνιας Νεφρικής σας Νόσου;

- Διαβητική νεφροπάθεια
 - Αρτηριακή Υπέρταση
 - Σπειραματονεφρίτιδα
 - Πολυκυστικοί νεφροί
 - Άλλο (προσδιορίστε τι) _____

3. Τι είδους αγγειακή προσπέλαση έχετε;

- fistula
- μόσχευμα
- κεντρικό φλεβικό καθετήρα

4. Έχετε υποβληθεί σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση στα έτη που υποβάλλεστε σε αιμοκάθαρση

- ναι
- όχι

5. Αν ναι, σε τι είδους χειρουργικές επεμβάσεις έχετε υποβληθεί;

6. Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη;

- ναι
- όχι

7. Πάσχετε από αρτηριακή υπέρταση;

- ναι
- όχι

8. Πάσχετε από κάποιο καρδιακό νόσημα;

- ναι
- όχι

9. Πάσχετε από κάποια πάθηση των οστών;

- ναι
- όχι

10. Έχετε κινητικά προβλήματα;

- ναι
- όχι

11. Κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης υποφέρετε από:

- κράμπες

- ναι
- όχι

- πονοκεφάλους

- ναι
- όχι

- κνησμό

- ναι
- όχι

MISSOULA-VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX VERSION - 15R Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου
Παρασκευή Θεοφίλου
Στοιχεία Επικοινωνίας: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου, Ερατούς 12, 14568, Κρυονέρι Αττικής, τηλ. 210- 6221435, κιν. 6977441502 1

Όνοματεπώνυμο ασθενή (προαιρετικά):.....
Ημερομηνία:.....

MISSOULA - VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX VERSION – 15R

© Copyright 2004 by VITAS Healthcare Corporation, Miami, FL and Ira R. Byock, MD, Missoula, MT.
Do not reproduce without permission.

Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις κυκλώνοντας κάθε φορά μία απάντηση. Αν κάνετε λάθος ή αλλάξετε γνώμη, διαγράψτε με ένα X τη λάθος απάντηση και κυκλώστε τη σωστή απάντηση. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;

	1	2	3	4	5
Πολύ Φτωχή	Μέτρια	Καλή	Πολύ		
Φτωχή		καλή			

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1. Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια.

-2	-1	0	1	2		
		Συμφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ
		Απόλυτα	ούτε διαφωνώ	απόλυτα		

2. Είμαι ικανοποιημένος με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων μου.

4	3	0	-3	-4		
		Συμφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ
		απόλυτα	ούτε διαφωνώ	απόλυτα		

3. Η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση.

5	4	3	2	1		
		Συμφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ
		απόλυτα	ούτε διαφωνώ	απόλυτα		

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

4. Δεν είμαι πλέον ικανός/ή να κάνω πολλά από τα πράγματα που μου αρέσει να κάνω.

-2 -1 0 1 2

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
Απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

5. Αποδέχομαι το γεγονός ότι δεν μπορώ να κάνω πολλά από τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.

4 3 0 -3 -4

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

6. Η ικανοποίηση από τη ζωή μου εξαρτάται από το να είμαι δραστήριος/α και να μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι.

5 4 3 2 1

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

7. Τον τελευταίο καιρό είμαι ικανός/ή να μοιράζομαι σημαντικά πράγματα με τα κοντινά μου πρόσωπα.

-2 -1 0 1 2

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
Απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

8. Στην παρούσα φάση περνώ όσο χρόνο θέλω με την οικογένεια και φίλους.

4 3 0 -3 -4

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

9. Είναι σημαντικό για μένα να έχω στενές προσωπικές σχέσεις.

5 4 3 2 1

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

ΕΥΕΞΙΑ

10. Οι υποθέσεις μου δεν είναι τακτοποιημένες. Ανησυχώ για το ότι πολλά πράγματα παραμένουν άλυτα.

-2 -1 0 1 2

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
Απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

11. Είμαι περισσότερο ικανοποιημένος/η με τον εαυτό μου τώρα από ότι ήμουν πριν την ασθένειά μου.

4 3 0 -3 -4

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

12. Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλά με τον εαυτό μου.

5 4 3 2 1

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

13. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει μεγαλύτερο νόημα τώρα από ότι είχε στο παρελθόν.

-2 -1 0 1 2

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
Απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

14. Η ζωή έχει χάσει κάθε αξία για μένα. Η καθημερινότητα είναι ένα βάρος.

4 3 0 -3 -4

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

15. Είναι σημαντικό για μένα να αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα.

5 4 3 2 1

Συμφωνώ Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ Διαφωνώ Διαφωνώ
απόλυτα ούτε διαφωνώ απόλυτα

PAIN SELF EFFICACY QUESTIONNAIRE (PSEQ)

M. K. Nicholas (1989)

Απαγορεύεται η χρήση του ερωτηματολογίου χωρίς τη χορήγηση άδειας.
Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

Όνοματεπώνυμο (προαιρετικά):.....

Ημερομηνία:.....

Παρακαλούμε να αξιολογήσετε πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να κάνετε τις παρακάτω δραστηριότητες αυτό το χρονικό διάστημα, παρά τον πόνο που αισθάνεστε. Απαντήστε κυκλώνοντας έναν από τους αριθμούς της κλίμακας σε καθεμία πρόταση, όπου 0=καθόλου σίγουρος και 6=απόλυτα σίγουρος.

Για παράδειγμα:

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

Θυμηθείτε, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν εξετάζει εάν κάνετε ή όχι αυτές τις δραστηριότητες, αλλά πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να τις κάνετε αυτό το χρονικό διάστημα, παρά τον πόνο που αισθάνεστε.

1. Μπορώ να χαίρομαι, παρά τον πόνο που αισθάνομαι.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

2. Μπορώ να κάνω τις περισσότερες οικιακές δουλειές (π.χ. σιγύρισμα, πλύσιμο πιάτων κ.λ.π.), παρά τον πόνο που αισθάνομαι.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

3. Μπορώ να έρχομαι σε επαφή με τους φίλους μου ή την οικογένειά μου συχνά, όπως συνήθιζα να κάνω, παρά τον πόνο που αισθάνομαι.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

4. Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου στις περισσότερες καταστάσεις.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

5. Μπορώ να κάνω κάποιας μορφής εργασία, παρά τον πόνο που αισθάνομαι (η «εργασία» περιλαμβάνει δουλειές του σπιτιού, αμειβόμενη ή όχι εργασία).

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

6. Μπορώ ακόμη και σήμερα να κάνω πολλές από τις δραστηριότητες που μου αρέσουν, όπως τα χόμπι μου ή δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο, παρά τον πόνο που αισθάνομαι.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

7. Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου χωρίς φαρμακευτική αγωγή.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

8. Μπορώ ακόμη και σήμερα να επιτύχω τους περισσότερους από τους στόχους μου στη ζωή, παρά τον πόνο που αισθάνομαι.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

9. Μπορώ να έχω έναν κανονικό τρόπο ζωής, παρά τον πόνο που αισθάνομαι.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

10. Μπορώ σταδιακά να γίνω πιο δραστήριος/α, παρά τον πόνο που αισθάνομαι.

0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου						Απόλυτα
σίγουρος/η						σίγουρος/η

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ

10/7/13

30-JUN-2013 18:26 FROM ΠΡΟΤΟΚΟΛΟ 6Η ΥΠΕ ΤΟ: 2751069553 P.01/01



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Τμ. Πρωτ. 3/7/13

ΠΑΤΡΑ 03 /07/2013
Αριθμ. Πρωτ. 11245

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΠΡΟΣ:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ -
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΡΓΟΥΣ
(με την παράκληση ενημέρωσης των
κ.κ. Φλώρου Αλεξάνδρα, Αρώνη
Αδαμαντία, Δαμιανού Μαρίας -
Παρασκευής)

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

3-7-2013
3840

- Θέμα:** Σχετικά με αιτήματα άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων
- Σχετ:**
- Το υπ'αριθμ. 3328/07.06.13 έγγραφό σας
 - Τις υπ'αριθμ. 21ΕΣ/07.06.13, 16ΕΣ/07.06.13 και 17ΕΣ/07.06.13 Αποφάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου σας,

Σε απάντηση του παραπάνω εγγράφου σας και λαμβάνοντας υπόψη τις υπ'αριθμ. 21ΕΣ/07.06.13, 16ΕΣ/07.06.13 και 17ΕΣ/07.06.13 Αποφάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου σας, επιτρέπουμε τη συλλογή των απαιτούμενων ερευνητικών δεδομένων, στις κ.κ. Φλώρου Αλεξάνδρα, Αρώνη Αδαμαντία και Δαμιανού Μαρία - Παρασκευή, με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
ΤΟΥ ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΤΟ ΠΡΩΤΟΓΡΑΦΟ

Κατσαλήρου Μαρία

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Α. ΚΑΤΣΙΒΕΛΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
13/5.06.2013
Του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας

ΘΕΜΑ: 41 << Επί της με αρ.πρωτ. 10232/27.05.2013 αίτησης της κ. Αρώνη Αδαμαντίας, Προϊσταμένης Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Ν.Μ. Μολάων, σχετικά με την έγκριση Εκπόνησης Ερευνητικής Μελέτης.>>

Σχετικά με το θέμα αυτό η εισηγήτρια κ. Μαρία Γιαννακέα εκτελούσα χρέη Δ/ντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, θέτει υπόψη του Συμβουλίου την με αρ.πρωτ. 10232/27.05.2013 αίτηση της κ. Αρώνη Αδαμαντίας, Προϊσταμένης Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Ν.Μ. Μολάων, η οποία επισυνάπτεται και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του παρόντος πρακτικού και με την οποία παρακαλεί να της χορηγηθεί σχετική άδεια προκειμένου να υλοποιήσει την ερευνητική μελέτη με θέμα: «Διαχείριση του πόνου και ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση».

Κατόπιν των ανωτέρω ΕΙΣΗΓΕΙΤΑΙ όπως το συμβούλιο χορηγήσει την άδεια στην κ. Αρώνη Αδαμαντία, Προϊσταμένη Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Ν.Μ. Μολάων, προκειμένου να υλοποιήσει την ερευνητική μελέτη με θέμα: «Διαχείριση του πόνου και ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση», σύμφωνα και με αρ.πρωτ. 10232/27.05.2013 αίτησή της.

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη του όλα τα ανωτέρω καθώς επίσης τις διατάξεις:
Α) Του Οργανισμού του Νοσοκομείου Β.Δ. 31/1-20/2/56 (ΦΕΚ 69/Α/56) καθώς τροποποιήθηκε - συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και αναμορφώθηκε με την αρ. Υ4α/οικ. 121798/12 (ΦΕΚ 3477/31.12.2012 Τεύχος Δεύτερο) απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Υγείας.
Β) Του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Κυπαρισσίας αρ. Α3β/οικ.4786/87 (ΦΕΚ 170/Β/1987) απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν.Ασφαλίσεων καθώς τροποποιήθηκε – συμπληρώθηκε και αναμορφώθηκε μεταγενέστερα.
Γ) Την με αρ. Υ4α/οικ. 123890/2012 (ΦΕΚ 3499/31.12.2012 Τεύχος Δεύτερο) απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Υγείας, σχετικά με τον Ενοποιημένο Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και του Γενικού Νοσοκομείου –Κ.Υ. Κυπαρισσίας.
Δ) Του Ν. 3329/2005.
Ε) Του Ν.3527/2007.
ΣΤ) Του Ν. 4118/2013 (ΦΕΚ 32/6.2.2013 τεύχος Πρώτο)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 13/5.06.2013

Και μετά από διαλογική συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

Χορηγεί την άδεια στην κ. Αρώνη Αδαμαντία, Προϊσταμένη Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Ν.Μ. Μολάων, προκειμένου να υλοποιήσει την ερευνητική μελέτη με θέμα: «Διαχείριση του πόνου και ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση», σύμφωνα και με αρ.πρωτ. 10232/27.05.2013 αίτησή της.



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
Καλαμάτα 24/07/2013
Η Γραμματέας
(Signature)
ΜΑΡΙΑ Ν. ΓΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛ. ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

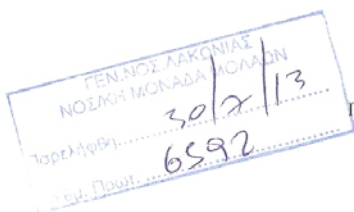
Ημερομηνία : 23/07/2013

Αρ. Πρ : Φ/Γ/2/8987

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας

Πληροφορίες: Ε.Κωνσταντοπούλου Τηλ. 27310 93376, Φαξ 2731029068, ekonsta@hospspa.gr



ΠΡΟΣ:

κ. Αρόνη Αδαμαντία,
Νοσηλεύτρια ΠΕ, Προϊστ. Μ.Τ.Ν
Ν.Μ. Μολάων
Μολάοι - Λακωνίας

ΘΕΜΑ : Έγκριση χορήγησης άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

ΣΧΕΤ: α) Η υπ'αρ.πρωτ.7333/14-06-2013 αίτησή σας.

β) Η υπ' αρ. πρωτ.13527/19-07-2013 έγκριση της 6^{ης} Υ.ΠΕ.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το σχετικό (β) εγκρίθηκε το αίτημά σας , σχετικά με την υλοποίηση ερευνητικής μελέτης με θέμα : « Διαχείριση του πόνου και ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής & ερευνητικής δεοντολογίας.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

- 1.Διευθυντή Ι.Υ
- 2.Ν.Μ. Μολάων ✓
3. Γραφείο Εκπαίδευσης





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία : 27/6/2013

Φ/ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜΒ./2/ 129

Επιστημονικό Συμβούλιο

Πληροφορίες: Β. Κολαντζιανού Τηλ. 2731093379, Φαξ 2731029068

27/6/13

ΠΡΟΣ

Γραφείο Εκπαίδευσης

Θέμα: Εκπόνηση ερευνητικής μελέτης

Σχετ.: Η αρ. 7333/14-6-2013 αίτηση της κ. Αρώνη Αδαμαντίας

Σας ενημερώνουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 7^η/27-6-2013 (Θέμα 4^ο) συνεδρίασή του ομόφωνα γνωμοδότησε θετικά στο αίτημα της κ. Αρώνη Αδαμαντίας, σχετικά με την υλοποίηση ερευνητικής μελέτης με θέμα: «Διαχείριση του πόνου και ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση» στα πλαίσια μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» εφόσον τηρηθούν όλες οι νόμιμες διαδικασίες.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΟΣ



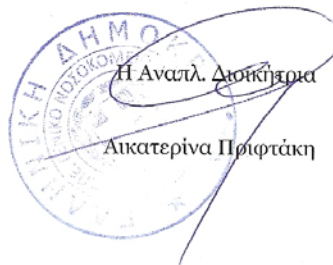
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΛΩΝ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

Μολάοι 16/4/2013
Α.Π.: 3231

ΠΡΟΣ: Αρώνη Αδαμαντία
Νοσηλεύτρια ΠΕ, Προϊσταμένη
Μονάδας Τεχνητού Νεφρού ΝΜ
Μολάων

Σχετ: Το υπ' αρ.3231/16-4-2013 έγγραφό σας.

Σε απάντηση του ανωτέρω σχετικού εγγράφου, σας ενημερώνω ότι έχετε την άδεια μου προκειμένου να υλοποιήσετε την ερευνητική μελέτη με θέμα: διαχείριση του πόνου και ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση.


Η Αναπλ. Διοικήτρια
Αικατερίνα Προϊτάκη

Ταχ. Δ/ση: Γ.Ν.-Κ.Υ. Μολάων, 230 52 Μολάοι Λακωνίας
Τηλ. επικ.: 2732022374, Τηλεμοιτοτυπία : 27320 22222, 27320 22667



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Μολάοι 28/04/13

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ

6^η Δ.Υ.Π.Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ

& ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΝ-ΚΥ Λακωνίας

Νοσηλευτική Μοναδα Μολάων

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Τ.Δ/νση: ΓΕΝ.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΟΛΑΩΝ

230 52 ΜΟΛΑΟΙ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Τηλ: 2732360184

(003027320)-22374,22446,22035

FAX:27320-22222


Θέμα : Εκπόνηση ερευνητικής μελέτης κ.Αρώνη Αδαμαντίας

Το αίτημα με την υπ.αριθμ 3231/16 /04/2013 που αφορά την διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης κ.Αρώνη Αδαμαντίας εξετάστηκε από το επιστημονικό συμβούλιο την 26^η Απριλίου 2013

Η διεξαγωγή της μελέτης εγκρίθηκε ομόφωνα από το Ε.Σ του ΓΝ-ΚΥ Μολάων.

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο

Η Πρόεδρος


Κισκήρα Όλγα