



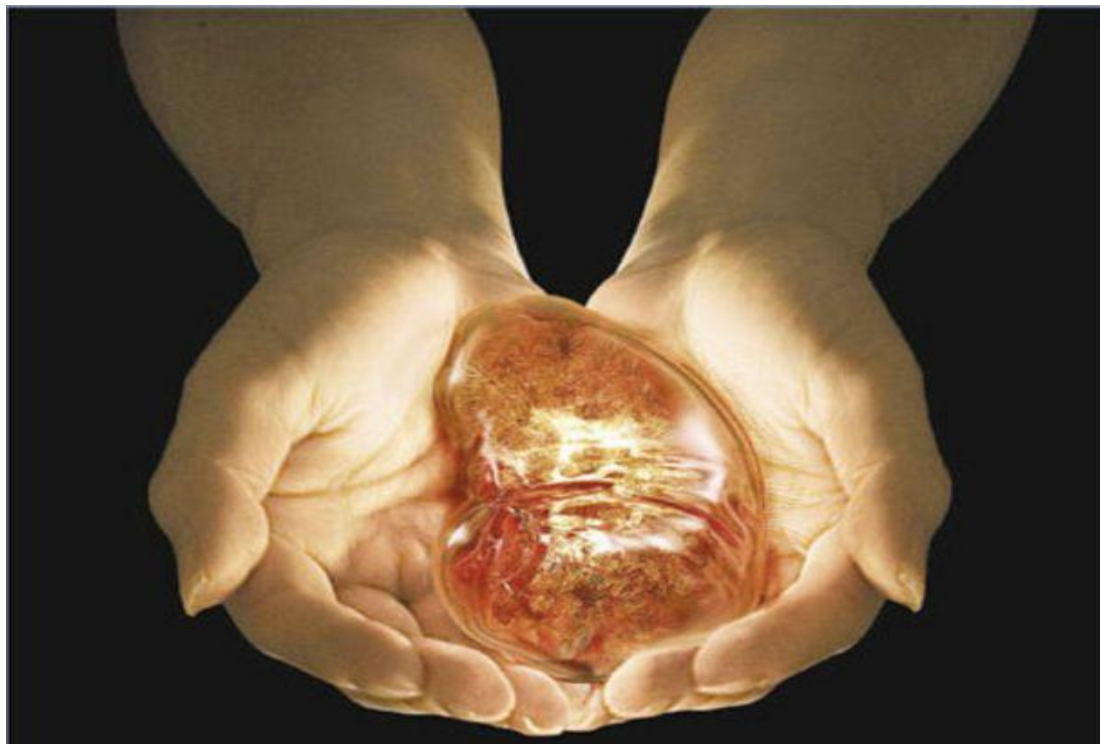
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ
ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ»**



ΦΡΑΓΚΟΥΛΙΑ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΧΑΤΖΗΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ

ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΟΥΛΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΤΣΙΜΑ ΡΟΔΟΘΕΑ

ΠΑΤΡΑ, 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρωταρχικά επιλέγουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην εποπτεύουσα καθηγήτριά μας κυρία Τσιμά Φοδοθέα καθώς και στον καθηγητή νεφρολόγο της κλινικής αιμοκάθαρσης «Κρανός σταυρός» κύριο Τρίγκα Κωνσταντίνο.

Στη συνέχεια θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους προϊσταμένους των τμημάτων τεχνικού νεφρού και περιτοναϊκής κάθαρσης του Π.Γ.Ν.Π. «Παναγία βοήθεια».

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας οι οποίοι στάθηκαν αρωγοί και υποστηρικτές καθόλη τη διάρκεια των προσωπικών μας προσπαθειών κατά την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα που πραγματεύεται η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι η διερεύνηση των αναγκών των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση.

Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αποτελεί ένα εισαγωγικό μέρος για την ανατομία και την λειτουργία των νεφρών. Στην συνέχεια καθορίζεται η οξεοβασική ισορροπία, ενώ στο τέλος παρουσιάζεται η οξεία και η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η αιμοκάθαρση. Δίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή, ο ορισμός της αιμοκάθαρσης και στην συνέχεια περιγράφεται η διαδικασία. Περιγράφονται επίσης οι τύποι της αιμοκάθαρσης, οι επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει σε μια εγκυμοσύνη, ενώ τέλος, αναφέρεται και η φροντίδα που πρέπει να παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το τρίτο κεφάλαιο της εργασίας συνδέεται με την περιτοναϊκή κάθαρση. Ύστερα από την σύντομη ιστορική αναδρομή και την έννοια της περιτοναϊκής κάθαρσης, περιγράφονται οι λειτουργίες, οι κύριες μέθοδοι, η πιθανότητα εγκυμοσύνης, καθώς και η νοσηλευτική φροντίδα.

Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορία της μεταμόσχευσης νεφρού και πώς γίνεται η διαδικασία, ενώ αναφέρεται και η φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται οι ανάγκες των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση. Γίνεται μια αναφορά στους μηχανισμούς άμυνας και την πυραμίδα του Maslow και

στην συνέχεια αναλύονται οι βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες των ασθενών.

Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, πραγματοποιείται η διεξαγωγή της έρευνας. Αρχικά, ορίζεται η μεθοδολογία της έρευνας και στην συνέχεια παρουσιάζονται και ερμηνεύονται τα αποτελέσματα.

Στο τέλος υπάρχουν τα συμπεράσματα από το θέμα που πραγματεύεται η παρούσα πτυχιακή εργασία.

ABSTRACT

The mattering subject of this graduation project is the investigation of the the needs of patients who are undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis.

The first chapter is an introductory section on the anatomy and function of the kidneys. Then it id determined the acid-base equilibrium, while at the end is presented acute and chronic renal failure.

The second chapter describes the dialysis. Comes with a short historical review, the definition of dialysis and subsequently there is described the process. Also there are described types of dialysis, the impact that may occure during a pregnancy, and finally is made a referance to the care that must be provided by your healthcare staff.

The third chapter of this project is associated with peritoneal dialysis. After a brief historical overview and the concept of peritoneal dialysis, describing the functions, main methods, the probability of pregnancy and the nursing care.

The next chapter presents the history of kidney transplantation and how the procedure is taking place as well as there is a referrance to the required care from the patient by the nursing staff.

The fifth chapter describes the needs of patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. It refers to the defense mechanisms and the pyramid of Maslow also there is analyzed the biological, psychological, social and economic needs of patients.

In the sixth and final chapter of this graduation project, there is performed the procedure of this project. Initially there is the definition of

the research methodology and then then there are presented and interpreted the results.

At the end there are the conclusions from the topic that have been addressed in this graduation project.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iii
ABSTRACT	v
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	2
ΝΕΦΡΟΙ.....	2
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΦΡΩΝ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	2
1.2 ΡΥΘΜΙΣΗ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ	8
1.3 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	10
1.4 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	22
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	22
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	22
2.2 ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	24
2.3 ΤΥΠΟΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	30
2.4 Η ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	31
2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	37
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	37
3.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	37
3.2 ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ.....	41
3.3 Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	44
3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	47
Η ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ.....	47

4.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ	47
4.2 Η ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ.....	48
4.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΗ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	56
ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ-ΑΝΑΓΚΕΣ	56
5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	56
5.2 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΟΥ MASLOW	57
5.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ	59
5.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	64
5.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ	67
5.6 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	70
ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ	
ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ	
ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	70
6.1 Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	70
6.1.1. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	70
6.1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	71
6.1.3 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	71
6.1.4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	72
6.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	74
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	134
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	137
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	138
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	140
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	141
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	142
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	142
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	149

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	149
---	------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μια κατάσταση κατά την οποία οι νεφροί δυσκολεύονται να εκτελέσουν τις καθημερινές τους λειτουργίες. Στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας, συσσωρεύονται στο αίμα άχρηστες ουσίες και νερό, τις οποίες οι νεφροί δεν μπορούν να τις αποβάλλουν, ενώ παράλληλα δεν μπορούν να παραχθούν ουσίες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ζωή μας. Για παράδειγμα, η βιταμίνη D που βοηθά τα οστά να προσλαμβάνουν ασβέστιο και να διατηρούνται ανθεκτικά και η ερυθροποιητίνη που βοηθά στην παραγωγή του αίματος.

Για την αντιμετώπιση της νόσου, εδώ και αρκετές δεκαετίες διατίθενται δύο μέθοδοι, η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση. Συγκριτικά, η περιτοναϊκή κάθαρση επιλέγεται σπανιότερα από τους ασθενείς, από την αιμοκάθαρση.

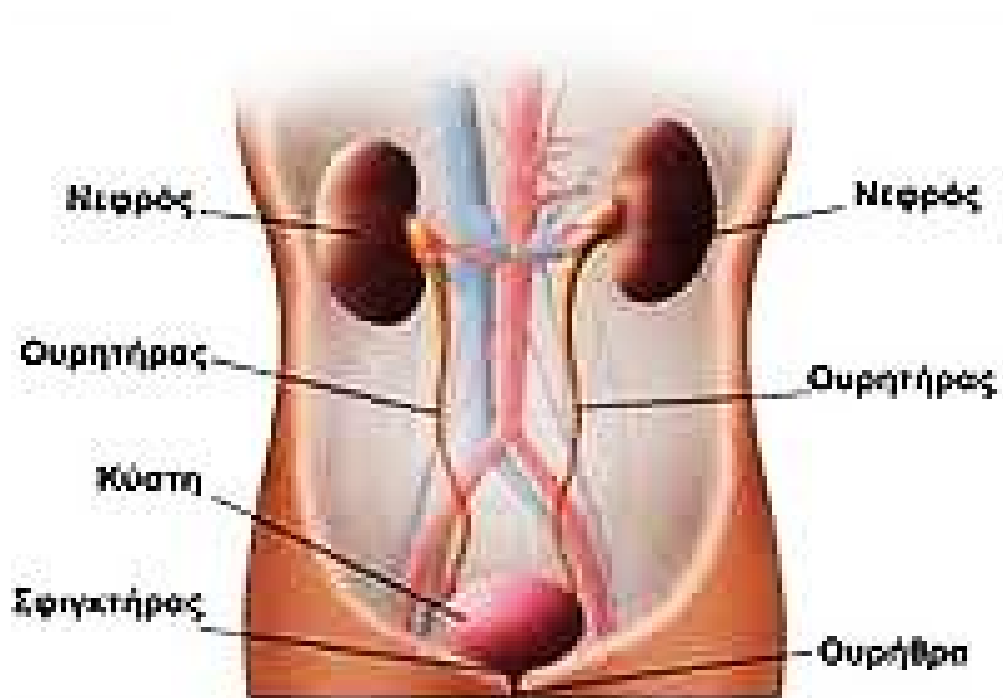
Πριν από το 1987 οι ασθενείς που έπασχαν από νεφρική ανεπάρκεια, αντιμετώπιζαν και προβλήματα αναιμίας, κούρασης, μειωμένης διάθεσης, καρδιακά προβλήματα κ.λπ. Ωστόσο, από το 1987 και με την ανακάλυψη της ερυθροποιητίνης, οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να ζήσουν μια ζωή ποιοτικά εφάμιλλη με αυτή των φυσιολογικών ατόμων.

Μια από τις συνηθέστερες επιπλοκές που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, είναι η κατάθλιψη. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει διεξαχθεί το συμπέρασμα ότι τα επίπεδα της θνησιμότητας των ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια, σχετίζονται άμεσα με την ψυχική νόσο της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΝΕΦΡΟΙ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΦΡΩΝ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Οι νεφροί βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκά, δεξιά και αριστερά της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, εκατέρωθεν του μείζονος ψοϊτού μυός και των μεγάλων αγγείων, της αορτής και της κάτω κοίλης φλέβας. Συνήθως εκτείνονται από τον 12^ο θωρακικό μέχρι τον 3^ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Το δεξιό νεφρό βρίσκεται χαμηλότερα από το αριστερό και αυτό συμβαίνει λόγω του ήπατος που βρίσκεται από πάνω και το απωθεί.



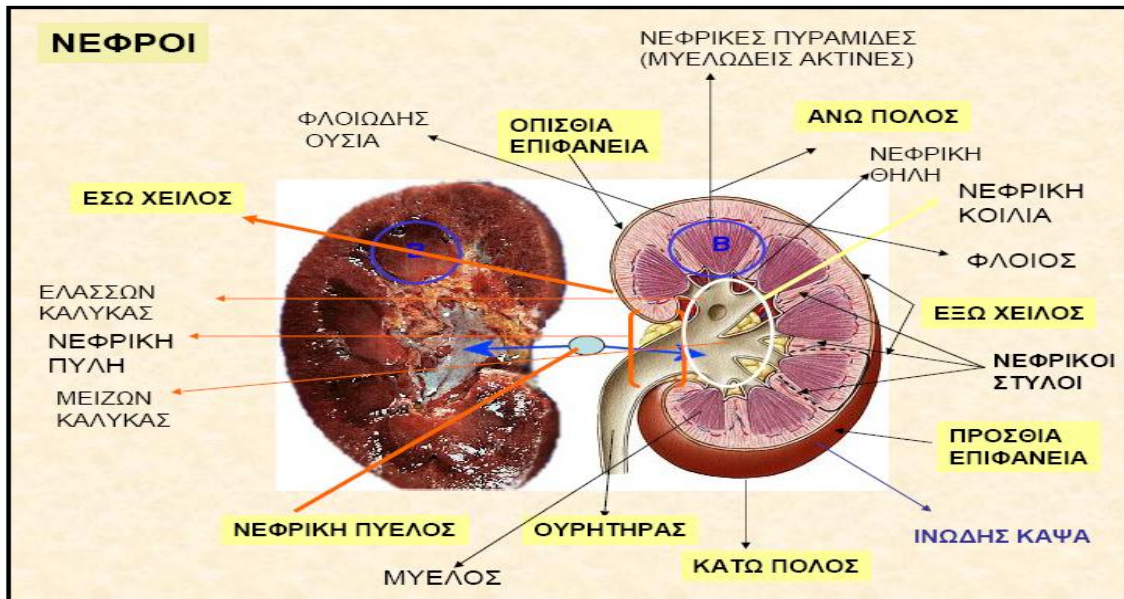
Εικόνα 1. Η θέση των νεφρών

Το βάρος του νεφρού είναι συνήθως για έναν ενήλικα, 11x6x3 cm (μήκος x πλάτος x πάχος). Το βάρος για τους άνδρες είναι περίπου 150 gr και για τις γυναίκες 135 gr. Το βάρος του νεφρού εξαρτάται από την επιφάνεια του σώματος. Ο αριστερός νεφρός είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό.

Κάθε νεφρός έχει σχήμα φασολιού με δύο επιφάνειες, δύο χείλη και δύο πόλους. Οι επιφάνειες ονομάζονται πρόσθια και οπίσθια, τα δύο χείλη είναι το έξω και το έσω, ενώ οι δύο πόλοι είναι ο άνω και ο κάτω. Οι άνω πόλοι συγκλίνουν προς τη μέση γραμμή παρουσιάζοντας περιστροφή γύρω από τον επιμήκη άξονά τους, ώστε το έσω χείλος φέρεται προς τα εμπρός και έσω και το έξω χείλος προς τα πίσω και έξω. Στον άνω πόλο του νεφρού επικάθεται το σύστοιχο επινεφρίδιο. Ο νεφρός σε διατομή διακρίνεται σε δυο μοίρες, τη φλοιώδη εξωτερικά και μυελώδη εσωτερικά. Η φλοιώδης με κοκκιώδη όψη είναι καστανέρυθη, έχει πάχος περίπου 1 cm και εμπεριέχει πλήθος από ερυθρά στίγματα, που αντιστοιχούν στα νεφρικά σωμάτια και άφθονα σωληνάκια.¹

¹http://www.uromed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=12

Βαργεμέζης Βασίλειος, Θώδης Ηλίας, Πασαδάκης Πλουμής, (2005). «Βασικές αρχές νεφρολογίας». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα



Εικόνα 2. Ανατομία Νεφρού

Η λειτουργική μονάδα του νεφρού είναι ο νεφρώνας, ο οποίος αποτελείται από το νεφρικό σωματίο, το εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο, την αγκύλη του Henle, το άπω εσπειραμένο σωληνάριο και το αθροιστικό σωληνάριο. Το νεφρικό σωματίο αποτελείται από το αγγειώδες σπείραμα και την κάψα του Bowman.

Από την παραπάνω εικόνα διακρίνουμε εξωτερικά μια λεπτή κάψα ινώδους συνθετικού που περιβάλλει το νεφρό, την κάψα του νεφρού και εσωτερικά το παρέγχυμά του. Στο παρέγχυμα υπάρχουν δύο ευδιάκριτες περιοχές, μία περιφερική ερυθρωπής χροιάς, αμέσως μέσα από την κάψα, που ονομάζεται φλοιός του νεφρού και μία κεντρική, γύρω από τον κόλπο του νεφρού, που περιλαμβάνει τη διατομή της νεφρικής πυέλου, των μειζόνων και ελασσόνων καλύκων και τη διατομή των νεφρικών πυραμίδων. Οι τελευταίες που φέρονται ακτινοειδώς εκ των έσω προς τα έξω με την κορυφή τους προς τους κάλυκες και τη βάση τους προς τον φλοιό αποτελούν τη μυελώδη ουσία του νεφρού, που παρουσιάζει υποκίτρινη χροιά. Μεταξύ των πυραμίδων, ο φλοιός δημιουργεί λεπτές καταδύσεις, τους γνωστούς *στύλους του Bertini*.

Ο νεφρός σχηματίζεται από τις λειτουργικές μονάδες, τους νεφρώνες, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω. Σε κάθε φυσιολογικό νεφρό, ο αριθμός των νεφρώνων είναι μεταξύ 700.000 και 1,2 εκατομμύρια. Το μήκος των ουροφόρων σωληναρίων είναι περίπου 5,5 cm. Οι νεφρώνες διαιρούνται σε βραχείς και μακρούς, ανάλογα με το βάθος που φτάνει η αγκύλη Henle. Οι βραχείς νεφρώνες είναι 7 φορές περισσότεροι και τα σωληνάριά του Henle, γυρίζουν πίσω μέσα στην έσω στιβάδα της έξω μυελικής μοίρας, ενώ οι παραμυελικοί νεφρώνες έχουν μακρύτερα σωληνάρια. Οι επιφανειακοί νεφρώνες έχουν βραχεία αγκύλη Henle και απαγωγά αρτηρίδια που καταδύονται μέχρι το μυελό σχηματίζοντας πλούσιο περισωληναριακό πλέγμα. Οι φλοιομυελικοί νεφρώνες έχουν μεγάλες αγκύλες Henle και απαγωγά αρτηρίδια που κατερχόμενα διαιρούνται σχηματίζοντας τα κατιόντα ευθέα αγγεία, που αιματώνουν την μυελώδη μοίρα.

Το μήκος των αγκυλών παίζει σημαντικό ρόλο στην συμπίκνωση των ούρων, εφόσον η αγκύλη Henle λειτουργεί σαν πολλαπλασιαστής αντιρρεύματος που δημιουργεί την διαφορά της ωσμωτικής πίεσης μεταξύ του μυελού και του φλοιού. Η μυελώδης ουσία αποτελείται από τα αθροιστικά σωληνάρια. Σε κάθε νεφρώνα, υπάρχουν δύο κύρια μέρη στα οποία υποδιαιρείται. Πρόκειται για το αγγειώδες σπείραμα και το ουροδόχο σωληνάριο. Το αγγειώδες σπείραμα περιλαμβάνει τα τριχοειδή αγγεία στα οποία διακλαδίζεται το προσαγωγό αρτηρίδιο και από τα οποία σχηματίζεται το απαγωγό, καθώς και την αρχική μοίρα του ουροφόρου σωληναρίου, που είναι διευρυμένη και ενδιπλωμένη, περιβάλλοντας σαν έλυτρο τα τριχοειδή αγγεία του σπειράματος (έλυτρο του Bowman). Το υπόλοιπο τμήμα κάθε νεφρικού σωληναρίου παρουσιάζει δύο σκέλη, το ανιόν και το κατιόν, που πορεύονται παράλληλα και ενώνονται με ένα εστενωμένο τμήμα, την αγκύλη του Henle. Τα ουροφόρα σωληνάρια συνδέονται με τα αθροιστικά, που

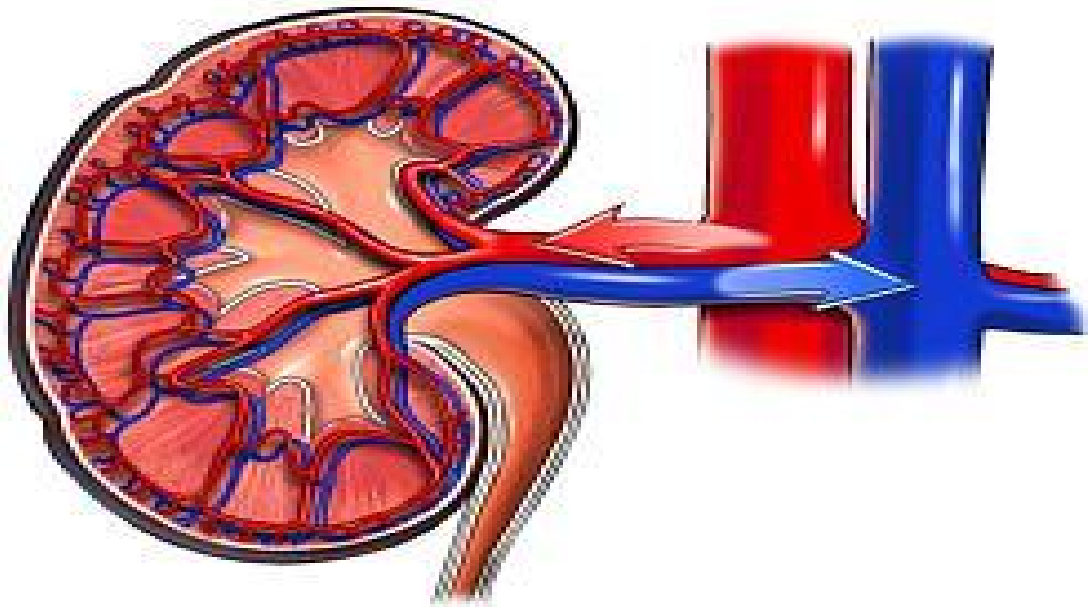
πορεύονται στη μυελώδη ουσία (νεφρικές πυραμίδες) και μεταφέρουν τα ούρα στις πυραμίδες και στους κάλυκες, από όπου αποχετεύονται στην πύελο και τον ουρητήρα.²

Κάθε νεφρός αιματώνεται φυσιολογικά από τη νεφρική αρτηρία, η οποία εκφύεται από την κοιλιακή αορτή στο ύψος του 2ου οσφυϊκού σπονδύλου και ένα εκατοστό κάτω από την έκφυση της μεσεντερίου αρτηρίας. Η δεξιά νεφρική αρτηρία εκφύεται λίγο πιο κάτω από την αριστερή και κατά τη διαδρομή της διασταυρώνεται με την κάτω κοίλη φλέβα, ενώ συγχρόνως έρχεται σε επαφή με τη νεφρική φλέβα. Οι νεφρικές αρτηρίες συχνά είναι πολλαπλές, ώστε ένας στους τέσσερις εξεταζόμενους έχει περισσότερες από μια νεφρικές αρτηρίες σε κάθε νεφρό. Οι υπεράριθμες αρτηρίες είναι μικροί κλάδοι που εκφύονται από την αορτή και αιματώνουν τους πόλους των νεφρών.³

Στην εικόνα 3 που ακολουθεί παριστάνεται η λειτουργία αιμάτωσης του νεφρού, που περιγράφηκε παραπάνω.

² Saunorus Baird Marianne, Hicks Keen Janet, Swearingen Pamela. «Επείγουσα νοσηλευτική». επιμέλεια Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

³ Βαργεμέζης Βασίλειος, Θώδης Ηλίας, Πασαδάκης Πλουμής, (2005). «Βασικές αρχές νεφρολογίας». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
http://www.uomed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=12



Εικόνα 3. Το αιμάτωμα των νεφρών

Όπως προαναφέρθηκε, οι νεφροί ρυθμίζουν την ποσότητα του νερού που θα αποβληθεί από τον οργανισμό μέσω της παραγωγής των ούρων, ώστε να διατηρείται μια ισορροπία. Με αυτόν τον τρόπο ρυθμίζεται και η ποσότητα νερού στο σώμα καθώς και η ισορροπία μεταξύ των ηλεκτρολυτών νατρίου, καλίου, ασβεστίου και φωσφόρου, οι οποίες είναι χημικές ουσίες που υπάρχουν στα υγρά του σώματος. Επίσης, δέχονται μεγάλη ποσότητα αίματος, την οποία καθαρίζουν από τις άχρηστες ουσίες που παράγονται από τις διεργασίες του μεταβολισμού. Το αίμα επιστρέφει καθαρό πίσω και επαναλαμβάνεται αυτή η διαδικασία πολλές φορές την ημέρα.

Σημαντική λειτουργία των νεφρών είναι επίσης η παραγωγή ορμονών. Μια ορμόνη που παράγεται από τα νεφρά είναι η ερυθροποιητίνη. Ρόλος της ερυθροποιητίνης είναι ο σχηματισμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων, που είναι τα κύτταρα του αίματος που είναι υπεύθυνα για την μεταφορά του οξυγόνου στο σώμα. Επιπλέον, ρυθμίζουν την παραγωγή της ορμόνης αγγειοτενσίνης, μιας πολύ σημαντικής ορμόνης που καθορίζει την αρτηριακή πίεση.

Στα νεφρά σχηματίζεται επίσης και η βιταμίνη D, που βοηθά στην καλή υγεία των οστών καθώς αυξάνει την απορρόφηση ασβεστίου.

Τέλος, από τα νεφρά αποβάλλονται τα φάρμακα αλλά και οι τοξίνες που μπαίνουν στο σώμα.⁴

1.2 ΡΥΘΜΙΣΗ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

Για την λειτουργία των ενζυμικών συστημάτων του οργανισμού, είναι απαραίτητη η διατήρηση σταθερής της συγκέντρωσης των υδρογονοκατιόντων των υγρών του σώματος. Για το λόγο αυτό υπάρχουν χημικοί και φυσιολογικοί μηχανισμοί διατήρησης της συγκέντρωσης αυτής οι οποίοι συνιστούν τη λεγόμενη οξεοβασική ισορροπία.

Η φυσιολογική συγκέντρωση των υδρογονοκατιόντων του πλάσματος είναι 40 nmol/l. Συνηθέστερα η συγκέντρωση αυτή εκφράζεται με τη μορφή του Ph, που αποτελεί τον αρνητικό λογάριθμο της συγκέντρωσης των H⁺. Έτσι το φυσιολογικό Ph του πλάσματος είναι 7,4.

Η διατήρηση σταθερού του Ph του πλάσματος επιτυγχάνεται με τη συνεργασία τριών παραγόντων:

- Ø Των ρυθμιστικών διαλυμάτων του εξωκυττάριου και ενδοκυττάριου χώρου.
- Ø Της λειτουργίας των πνευμόνων για την απομάκρυνση του CO₂.
- Ø Της λειτουργίας των νεφρών για την επαναρρόφηση των διηθούμενων διττανθρακικών και την απέκκριση των ενδογενώς παραγόμενων υδρογονοκατιόντων.

⁴ <http://www.clinicalnutrition.gr/public/2009-09-20-05-21-40/45-2009-09-18-08-13-35.html>

Όσον αφορά τον τελευταίο παράγοντα, η λειτουργία των νεφρών επιτυγχάνει την επαναρρόφηση των διηθούμενων διττανθρακικών και την απέκκριση των ενδογενώς παραγόμενων υδρογονοκατιόντων. Καθημερινά διηθούνται περίπου 4,300 mEq HCO_3^- στο σπείραμα τα οποία επαναρροφούνται πλήρως. Συγχρόνως αποβάλλεται η περίσσεια οξέος, που παράγεται κατά το μεταβολισμό των τροφών, με τη μορφή αμμωνίου και τιτλοποιημένου οξέος ($\text{H}_2\text{PO}_4^{-1}/\text{HPO}_4^{-2}$), με ταυτόχρονη αναγέννηση και μεταφορά στο πλάσμα νέων διττανθρακικών.

Το ποσό του οξέος που παράγεται από το μεταβολισμό σε φυσιολογικές καταστάσεις προέρχεται από τη διάσπαση των αμινοξέων των πρωτεϊνών.

Εκτός από το ρόλο του στην επαναρρόφηση των διττανθρακικών και την απέκκριση της περίσσειας οξέος του μεταβολισμού, ο νεφρός συμμετέχει και στη ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας. Σε περιπτώσεις αναπνευστικής οξέωσης για παράδειγμα, αυξάνει την απέκκριση υδρογονοκατιόντων με σύγχρονη αναγέννηση διττανθρακικών, περιορίζοντας με τον τρόπο αυτό την προκαλούμενη οξέωση. Όπως και στην περίπτωση της αναπνευστικής αντιρρόπησης σε μεταβολικές διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας, η αντιρρόπηση ποτέ δε διορθώνει πλήρως την αρχική διαταραχή.

Η διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας, γνωστή ως μεταβολική οξέωση, χαρακτηρίζεται από πτώση του Ph η οποία συνοδεύεται από μείωση της συγκέντρωσης διττανθρακικών στο πλάσμα. Αυτό μπορεί να προκύψει λόγω:

- Πραγματικής απώλειας διττανθρακικών από τον οργανισμό (π.χ. διάρροιες, νεφροσωληνιακή οξέωση τύπου II).

- ü Κατακράτησης στον οργανισμό των ενδογενών οξέων του μεταβολισμού λόγω ανεπάρκειας των νεφρών να τα απεκκρίνουν (νεφρική ανεπάρκεια, νεφροσωληναριακή οξέωση τύπου I και IV).
- ü Υπερπαραγωγής ενδογενών οξέων, τα οποία αδυνατεί να απομακρύνει ο φυσιολογικός νεφρός (γαλακτική οξέωση, διαβητική κετοξέωση).
- ü Προσθήκης στον οργανισμό εξωγενών οξέων (δηλητηριάσεις με σαλικυλικά, μεθανόλη ή αιθυλενογλυκόλη).⁵

1.3 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ONA), είναι μια ξαφνική πλήρης απώλεια της νεφρικής λειτουργίας. Στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια το νεφρό αδυνατεί πλήρως να διατηρήσει την ισορροπία μεταξύ νερού και ηλεκτρολυτών στον οργανισμό.

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, μπορεί να προκληθεί από εξωνεφρικά αίτια, όπως είναι η ανεπαρκής νεφρική αιμάτωση, από αρτηριακή ή νεφρική απόφραξη των νεφρικών αγγείων, από βλάβη του νεφρικού παρεγχύματος, ή ακόμη από απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος. Σημειώνεται ότι, για την εκδήλωση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η βλάβη και των δύο ή ενός μονήρους νεφρού. Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από διάφορες διαταραχές και συνήθως από την ελάττωση της ποσότητας των ούρων μέχρι και την πλήρη ανουρία.⁶

⁵ <http://www.nephrologia.gr/neph/articles/article.jsp?categoryid=3126&context=103&globalid=10126&articleid=3187>

⁶ Saunorus Baird Marianne, Hicks Keen Janet, Swearingen Pamela. «Επείγουσα νοσηλευτική». επιμέλεια Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, διακρίνεται σε τρεις τύπους: την νεφρική, την προνεφρική και την μετανεφρική ανεπάρκεια.

Νεφρική ανεπάρκεια

Η νεφρική ανεπάρκεια προέρχεται από μια δομική βλάβη του νεφρού. Για εξελιχθεί η οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε αυτό το στάδιο, συνήθως υπάρχει μια προοδευτική επιδείνωση της προνεφρικής ανεπάρκειας. Αυτό μπορεί να συμβεί γιατί ενδεχομένως να μην έγινε διάγνωση για την προνεφρική ανεπάρκεια, να έγινε διάγνωση και να μην χορηγήθηκε κάποια θεραπεία, ή ακόμη και να χορηγήθηκαν νεφροτοξικά φάρμακα. Σε τέτοιες περιπτώσεις προκαλούνται νεφρικές βλάβες που επηρεάζουν την ροή του αίματος στους νεφρούς.

Τα συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας, είναι η υπερυδάτωση που επιπλέκεται από αληθινή ουραιμία και υπερκαλιαιμία.

Προνεφρική ανεπάρκεια

Στην προνεφρική ανεπάρκεια, η ελάττωση της ροής του αίματος στα νεφρά προκαλεί μια οξεία ουραιμία, χωρίς ωστόσο να εκδηλώνονται σοβαρές βλάβες στην λειτουργία των νεφρών. Σε αυτό το στάδιο, το πρόβλημα είναι αντιμετωπίσιμο, αρκεί να γίνει σωστή διάγνωση και να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία.

Η συνηθέστερη αιτία της μειωμένης ροής του αίματος, είναι η καταπληξία (shock). Η καταπληξία διακρίνεται σε τρεις τύπους, οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι:

Ø Υποογκαιμική καταπληξία: μετά από μεγάλες εγχειρήσεις, τραύματα, οξεία παγκρεατίτιδα ή αιμορραγία στον τοκετό,

υπάρχει μεγάλη απώλεια αίματος. Συνεπώς, υπάρχει απώλεια νερού και αλάτων του αίματος (ηλεκτρολύτες), η οποία προκαλεί σοβαρή αφυδάτωση και παρατηρείται μέσα από την πολυουρία του σακχαρώδους διαβήτη, την διάρροια, τους εμετούς, οπότε και τα υγρά αθροίζονται μέσα στο έντερο.

Ø Σηψαιμική ή ενδοτοξιναιμική καταπληξία: μετά από ενδοκοιλιακές συνήθως εγχειρήσεις προκαλούνται σοβαρές λοιμώξεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητο να συμβεί από κάποια χειρουργική αιτία, αλλά για παράδειγμα από μια ιογενή πνευμονία.

Ø Καρδιογενής καταπληξία: προκαλείται από την πτώση της πίεσης του αίματος, μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, ή από καρδιακό επιπωματισμό.

Τα συμπτώματα της προνεφρικής ανεπάρκειας, είναι η αφυδάτωση και η περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια.

Μετανεφρική ανεπάρκεια

Χαρακτηριστικό της μετανεφρικής ανεπάρκειας, είναι η απόφραξη της ροής των ούρων. Η απόφραξη των ούρων μπορεί να είναι είτε εξωνεφρική, είτε ενδονεφρική. Συνηθέστερο φαινόμενο είναι η εξωνεφρική απόφραξη, η οποία εκδηλώνεται με αμφοτερόπλευρη απόφραξη των ουρητήρων ή απόφραξη του ουρητήρα μονήρους νεφρού. Τα κυριότερα αίτια απόφραξης των ουρητήρων είναι λίθοι, αίμα, όγκοι, νεκρωθείσες νεφρικές θηλές ή απρόσεκτη απόφραξη των ουρητήρων κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Η ενδονεφρική απόφραξη, μπορεί να είναι από κρυστάλλους φαρμάκων ή ουρικού οξέως ή το λεύκωμα του μυελώματος που αποφράσσουν τα αθροιστικά σωληνάκια.

Η ολική ή πλήρης ανουρία, σημαίνει μετανεφρική οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Τα συμπτώματα της μετανεφρικής ανεπάρκειας είναι τα ίδια με αυτά της νεφρικής βλάβης, συμπεριλαμβανομένης και της απόφραξης.⁷

Τα συμπτώματα της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι τα εξής:

- α) η δίψα και η ξηροστομία δηλώνουν αφυδάτωση
- β) ο λόξυγκας, που οφείλεται σε οξεία ουραιμία
- γ) η δύσπνοια που οφείλεται σε πνευμονικό οίδημα από την υπερυδάτωση
- δ) ο πόνος στην νεφρική χώρα
- ε) η ελάττωση του όγκου των ούρων. Τα ούρα μπορεί να είναι σκοτεινά λόγω της συμπύκνωσης, ή της παρουσίας αίματος
- ζ) η πλήρης ανουρία.

Το πρώτο σύμπτωμα από τα παραπάνω, αφορά την προνεφρική ανεπάρκεια, τα επόμενα δύο την νεφρική, ενώ τα τρία τελευταία συμπτώματα χαρακτηρίζουν την μετανεφρική οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

Μετά την διάγνωση πραγματοποιείται αιμοκάθαρση. Ωστόσο, η θνητότητα είναι 40-90%. Ο θάνατος μπορεί να συμβεί στη διάρκεια της ανάνηψης και συχνά είναι το αποτέλεσμα λοιμώξεων, ηλεκτρολυτικών διαταραχών ή οφείλεται στην πρωτοπαθή αιτία.

Εάν ο ασθενής με την οξεία σωληναριακή νέκρωση επιβιώσει, η επάνοδος της νεφρικής λειτουργίας στο φυσιολογικό αναμένεται σε 6-12 μήνες. Στη φλοιώδη νέκρωση, μπορεί να συμβεί μερική μόνο ανάνηψη και να απαιτηθεί η μακρόχρονη υποστήριξη του ασθενούς με αιμοκάθαρση.⁸

⁷ http://epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&Itemid=94&func=view&catid=28&id=158

⁸ Βαργεμέζης Βασίλειος, Θώδης Ηλίας, Πασαδάκης Πλουμής, (2005). «Βασικές αρχές νεφρολογίας». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

1.4 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) ονομάζεται η μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας και η μόνιμη καταστροφή των ιστών που καθαρίζουν το αίμα από τις άχρηστες ουσίες. Οι νεφροί δεν λειτουργούν αποτελεσματικά και δεν μπορούν να σχηματιστούν τα ούρα. Απόρροια αυτών είναι να συσσωρεύονται στο αίμα οι άχρηστες ουσίες και να δημιουργούν προβλήματα στην υγεία. Πολλές φορές ωστόσο δεν παράγονται και οι ορμόνες που παρήγαγαν τα νεφρά όταν λειτουργούσαν φυσιολογικά, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ορμονικές διαταραχές και να προκαλούν επιπλέον δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αποτελεί μια βραδέως προϊούσα νόσο που συνήθως είναι ασυμπτωματική μέχρι ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) να ελαττωθεί σε 5 έως 10 ml/min, οπότε παρουσιάζεται το ουραιμικό σύνδρομο και η αιμοκάθαρση είναι απαραίτητη για την διατήρηση της ζωής. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια διαρκεί περίπου από 2 μέχρι 10 χρόνια.⁹

Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης είναι μια εξέταση που αποτελεί έναν πολύ καλό δείκτη εκτίμησης της νεφρικής λειτουργίας και δείχνει πόσο γρήγορα διηθούνται τα ούρα στους νεφρούς. Ο προσδιορισμός του ρυθμού σπειραματικής διήθησης γίνεται με διάφορες μεθόδους, όπως είναι η μέτρηση της κρεατίνης στο πλάσμα του αίματος ή ο προσδιορισμός της κάθαρσης της κρεατίνης, μετά από μετρήσεις σε 24ωρες συλλογές ούρων και κατάλληλους υπολογισμούς.¹⁰

http://epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&Itemid=94&func=view&catid=28&id=158

⁹ Netter, Frank H. (2009) «Παθολογία, Βασικές αρχές». Ιατρικές Εκδόσεις: Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

¹⁰ <http://www.healthpages.gr/portal/page/portal/1535/Fullstory?ArticleID=436>

Η ουραιμία από την άλλη πλευρά, είναι ένα σύνδρομο το οποίο επηρεάζει όλα τα συστήματα του οργανισμού. Παρόλες τις προσπάθειες που έχουν γίνει ώστε να αποδοθεί το σύνδρομο σε μια ουραιμική τοξίνη, δεν έχουν δοθεί διευκρινιστικά αποτελέσματα. Τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει η άποψη ότι το ουραιμικό σύνδρομο προκαλείται από τον συνδυασμό της επίδρασης ουσιών που κατακρατούνται και της έλλειψης σημαντικών ορμονών, όπως η ερυθροποιητίνη και η βιταμίνη D.

Οι κυριότερες εκδηλώσεις του ουραιμικού συνδρόμου παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.¹¹

<i>Νευρικό σύστημα</i>	<ul style="list-style-type: none"> • λήθαργος • κώμα • κόπωση • άνοια • κεφαλαλγία 	<ul style="list-style-type: none"> • κακουχία • διαταραχές ύπνου • ανησυχία στα πόδια 	<ul style="list-style-type: none"> • κράμπες • πολυνευρίτιδα • κινητική αδυναμία
<i>Γαστρεντερικό σύστημα</i>	<ul style="list-style-type: none"> • στοματίτιδα • ναυτία 	<ul style="list-style-type: none"> • γαστρίτιδα • εμετός 	<ul style="list-style-type: none"> • ανορεξία • έλκος
<i>Αιμοποιητικό σύστημα</i>	<ul style="list-style-type: none"> • αναιμία 	<ul style="list-style-type: none"> • αιμορραγία 	
<i>Καρδιαγγειακό σύστημα</i>	<ul style="list-style-type: none"> • περικαρδίτιδα • αρτηριοσκλήρυνση 	<ul style="list-style-type: none"> • οίδημα • υπέρταση 	<ul style="list-style-type: none"> • μυοκαρδιοπάθεια • διαστολική δυσλειτουργία
<i>Αναπνευστικό σύστημα</i>	<ul style="list-style-type: none"> • πνευμονίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> • πνευμονικό οίδημα 	<ul style="list-style-type: none"> • ουραιμικός πνεύμονας
<i>Δέρμα</i>	<ul style="list-style-type: none"> • κνησμός • μελάνωση 	<ul style="list-style-type: none"> • επιβράδυνση επούλωσης τραυμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • ατροφία ονύχων
<i>Οστά</i>	<ul style="list-style-type: none"> • οστεοδυστροφία 	<ul style="list-style-type: none"> • αμυλοείδωση 	<ul style="list-style-type: none"> • αδύναμα οστά
<i>Διάφορες</i>	<ul style="list-style-type: none"> • δίψα • απώλεια βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> • διαταραχές στύσης 	<ul style="list-style-type: none"> • ουραιμική κακοσμία • υποθερμία
Πίνακας 1.1 Κλινικές εκδηλώσεις ουραιμικού συνδρόμου			

¹¹ Netter, Frank H. (2009) «Παθολογία, Βασικές αρχές». Ιατρικές Εκδόσεις: Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Αίτια της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας

Ένας από τους συνηθέστερους παράγοντες, είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Όταν κυκλοφορεί στο αίμα αυξημένη ποσότητα γλυκόζης, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να καταστρέφονται τα μικρά αγγεία του σώματος και επομένως και των νεφρών. Οι νεφροί δεν μπορούν να καθαρίσουν αποτελεσματικά το αίμα και να αποβάλλουν νερό και αλάτι από το σώμα. Μία ακόμη επίπτωση του διαβήτη, είναι ότι μπορεί να προκαλέσει πιθανές βλάβες στα νεύρα, επηρεάζοντας έτσι την ουροδόχο κύστη.

Η υπέρταση είναι ένας δεύτερος παράγοντας που προκαλεί συνήθως νεφρική ανεπάρκεια. Όταν η πίεση που ασκεί το αίμα στα αγγεία είναι πολύ μεγάλη, τότε μπορεί να καταστραφούν τα αγγεία του σώματος, άρα και τα αγγεία που αιματώνουν τους νεφρούς, με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσλειτουργία. Η υπέρταση πολλές φορές επιδεινώνει τις ήδη χρόνιες παθήσεις νεφροπάθειας.

Τρίτος παράγοντας είναι οι μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος. Τα μικρόβια που εισέρχονται από την ουροποιητική οδό, προκαλούν μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος. Παρόλο που τις περισσότερες φορές η μόλυνση περιορίζεται στην ουροδόχο κύστη, ενδέχεται ορισμένες φορές να επεκταθεί και στα νεφρά. Το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι ο πόνος, ή το κάψιμο κατά την ούρηση, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύεται με κάψιμο στην πλάτη και πυρετό. Οι μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος, μπορεί να οφείλονται και σε κληρονομικούς παράγοντες.

Αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι και η νεφρολιθίαση. Πρόκειται για τον σχηματισμό πετρών στους νεφρούς. Οι πέτρες στους νεφρούς αποφράζουν το ουροποιητικό σύστημα και

προκαλούν μολύνσεις. Ο σχηματισμός λίθων στο νεφρό μπορεί να γίνεται εξαιτίας της ελλιπούς ποσότητας υγρών, ή ακόμη και από κληρονομικές διαταραχές.

Στους παράγοντες που προκαλούν νεφρική ανεπάρκεια, εντάσσονται και διάφορες νεφροπάθειες όπως η σπειραματονεφρίδιτα. Η σπειραματονεφρίδιτα, είναι μια φλεγμονή που υπάρχει στους νεφρούς και συνήθως προκαλεί την δυσλειτουργία τους.

Τα φάρμακα και οι ναρκωτικές ουσίες, μπορούν επίσης να προκαλέσουν πάθηση των νεφρών. Από την στιγμή που τα νεφρά αποτελούν το φίλτρο του οργανισμού, τα φάρμακα και οι ναρκωτικές ουσίες όταν χρησιμοποιούνται για χρόνια, καταστρέφουν την λειτουργία των νεφρών.

Μία επιπλέον αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι η πολυκυστική νόσος των νεφρών. Πρόκειται για μια κληρονομική ασθένεια και χαρακτηρίζεται από αυξημένο αριθμό κύστεων στους νεφρούς.

Τέλος, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μπορεί να προέρχεται από εκ γενετής προβλήματα που επηρεάζουν το ουροποιητικό. Τα προβλήματα αυτά προκαλούν απόφραξη της ουροποιητικής οδού, ή παλινδρόμηση των ούρων, πίσω προς τους νεφρούς, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται μολύνσεις ή καταστροφή των νεφρών.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα κυρία συμπτώματα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Η κλινική εικόνα του ασθενή που πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, στην αρχή παρουσιάζεται από την αυξημένη αρτηριακή πίεση. Πρόκειται για το πρώτο σύμπτωμα που μαρτυρά μια πιθανή πάθηση των νεφρών. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί ένα άτομο να πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια, χωρίς να νιώθει άρρωστο. Ωστόσο, εάν μετρηθεί θα παρατηρήσει αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Συχνά παρατηρείται και μια απώλεια πρωτεϊνών στα ούρα. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, τα νεφρά καθαρίζουν το αίμα και απομακρύνουν τις άχρηστες ουσίες από τον οργανισμό. Όταν όμως υπάρχει αναποτελεσματική λειτουργία, τα νεφρά δεν μπορούν να διαχωρίσουν τις επιβλαβείς ουσίες με τις πρωτεΐνες, με αποτέλεσμα να υπάρχει απώλεια τους με τα ούρα. Η πρωτεΐνη που φαίνεται στα ούρα όταν το πρόβλημα είναι σε ήπια μορφή, είναι η αλβουμίνη.

Μια ακόμη ουσία των οποίων η ποσότητα αυξάνεται, όταν υπάρχει νεφρική ανεπάρκεια, είναι η κρεατινίνη. Τα υγιή νεφρά την αποβάλλουν από τον οργανισμό μέσω των ούρων.

Τέλος, πολλές φορές η διάγνωση γίνεται από κάποια οιδήματα και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Τα οιδήματα προκαλούνται λόγω της κατακράτησης των υγρών και του νατρίου, τα οποία δεν αποβάλλονται από τους νεφρούς. Τα οιδήματα συνήθως παρατηρούνται για τους ασθενείς στα πόδια και τους αστραγάλους. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι για παράδειγμα, τα αυξημένα επίπεδα φωσφόρου, νατρίου, καλίου, ή τα χαμηλά επίπεδα του ασβεστίου στο αίμα.

Επιπτώσεις χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας

Όσον αφορά τις επιπτώσεις που προκαλούνται από την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι οι ακόλουθες:

- Στα οστά, εξαιτίας της ανισορροπίας μεταξύ φωσφόρου και ασβεστίου στο αίμα, το ασβέστιο που βρίσκεται αποθηκευμένο σε αυτά αποσπάται στην κυκλοφορία για να αναπληρώσει την ανάγκη για ισορροπία μεταξύ φωσφόρου και ασβεστίου. Το πρόβλημα αυτό αποκαλείται νεφρική νόσος των οστών, ή νεφρική οστεοδυστροφία.

- Υπέρταση. Λόγω της κατακράτησης του νερού και του νατρίου, αυξάνεται η πίεση στα αγγεία.
- Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εμποδίζει τα κύτταρα να παράγουν ινσουλίνη, με αποτέλεσμα να αναγκάζεται να παράγει περισσότερη το πάγκρεας, δημιουργώντας έτσι υπερινσουλιναιμία.
- Όταν δεν παράγεται επαρκής ποσότητα ερυθροποιητίνης, ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων που συντίθεται είναι ανεπαρκής με συνέπεια να προκαλείται αναιμία.
- Οι χρόνιοι νεφροπαθείς συνήθως παρουσιάζουν προβλήματα δύσπνοιας, τα οποία σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια πρωτεΐνης μπορεί να προκαλέσουν οιδήματα στους πνεύμονες.
- Στο πεπτικό σύστημα, η νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζεται μέσω γαστρίτιδων, ξηροστομίας, φλεγμονής του οισοφάγου, έλκους και οιδήματος στον κοιλιακό χώρο.
- Με την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, το ανοσοποιητικό σύστημα γίνεται πιο ευαίσθητο, κάνοντας τους ασθενείς πιο ευάλωτους.
- Τα συμπτώματα που διακρίνονται όσον αφορά το νευρικό σύστημα, είναι οι κράμπες στα πόδια την νύχτα, το τρέμουλο, η δυσκολία στο βάδισμα, οι διαταραχές του ύπνου και οι σεξουαλικές διαταραχές.
- Στο αναπαραγωγικό σύστημα, οι άνδρες παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης και στειρότητα, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν διαταραχές στην έμμηνο ρύση, απουσία περιόδου και γαλακτόρροια (έκκριση γάλακτος από την θηλή).¹²

¹² Saunorus Baird Marianne, Hicks Keen Janet, Swearingen Pamela. «Επείγουσα νοσηλευτική». επιμέλεια Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Διαγνωστικές εξετάσεις

Η διάγνωση της ασθένειας προκύπτει από έναν ολοκληρωμένο εργαστηριακό έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει:

- Ø Ακτινογραφία θώρακα
- Ø Νεφρική αρτηριογραφία
- Ø Νεφρική βιοψία, σπινθηρογράφημα, νεφρόγραμμα
- Ø Ηλεκτρολύτες πλάσματος
- Ø Εξετάσεις αίματος
- Ø Καλλιέργεια ούρων
- Ø Μικροσκοπική ανάλυση ούρων

Στις εξετάσεις αίματος περιλαμβάνεται η γενική εξέταση, δηλαδή για ουρία αίματος, κρεατίνη ορού, ουρικό οξύ ούρων, νάτριο ορού, κάλιο ορού, χλώριο ορού, ασβέστιο ορού, μαγνήσιο ορού, διοξείδιο του άνθρακα ολικού αίματος, αέρια αρτηριακού αίματος, εξετάσεις για την πηκτικότητα του αίματος, καθώς και για αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνη.

Όσον αφορά την μικροσκοπική ανάλυση των ούρων, πρόκειται για την τάση που υπάρχει, το ειδικό βάρος των ούρων να διατηρείται στο ίδιο επίπεδο με εκείνο του πλάσματος.¹³

¹³ Papper Solomon, (1981). «Κλινική νεφρολογία». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η αύξηση του αριθμού των ασθενών που έπασχαν από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια και υποβάλλονταν σε διαδικασίες αιμοκάθαρσης, οδήγησε την δεκαετία του '60 στην ανάγκη για φροντίδα των ασθενών από το νοσηλευτικό και όχι ιατρικό προσωπικό. Μέχρι και την δεκαετία του '50, οι νοσηλευτές αποτελούσαν μια βοηθητική παράμετρο στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Το 1966 πραγματοποιήθηκε στην Βοστώνη των Ηνωμένων Πολιτειών η πρώτη επίσημη συνάντηση νοσηλευτών νεφρολογίας. Το 1969 ιδρύθηκε η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών Νεφρολογίας (AANNT), ενώ στην δεκαετία του '70 εφάρμοσαν σε εθνικό πλέον επίπεδο πλήθος εκπαιδευτικών και επιμορφωτικών προγραμμάτων.

Η αιμοκάθαρση, ή αλλιώς αιμοδιύλιση (Hemodialysis), είναι μια μέθοδος, για την μετακίνηση των απόβλητων προϊόντων από το αίμα, όταν ο νεφρός δεν βρίσκεται κάτω από πλήρη λειτουργία. Για να αρχίσει η αιμοκάθαρση, πρέπει η νεφρική λειτουργία να βρίσκεται κάτω από το 10%. Με την διαδικασία της αιμοκάθαρσης επιδιώκεται να διηθεί (φιλτραριστεί) το αίμα από τα απόβλητα και να αφαιρεθεί οποιοδήποτε περιττό υγρό από το αίμα. Το αίμα καθαρίζεται έξω από το σώμα χρησιμοποιώντας μηχανήμα αιμοκάθαρσης και τεχνητό νεφρό (μεμβράνη αιμοκάθαρσης). Ασθενείς σε σοβαρή κατάσταση μπορεί να χρειάζονται κάθαρση από τρεις φορές την εβδομάδα, έως και καθημερινά.

Η μετακίνηση των υγρών στηρίζεται στην διαφορά που υπάρχει μεταξύ της υδροστατικής πίεσης μέσα στο αίμα και της υδροστατικής πίεσης του χώρου διαλύματος του φίλτρου του τεχνητού νεφρού, στο οποίο μετακινούνται και διαλυτές ουσίες από την ημιδιαπερατή μεμβράνη.

Το υγρό που χρησιμοποιείται στην αιμοκάθαρση είναι ένα αποστειρωμένο διάλυμα, στο οποίο υπάρχουν και μεταλλικά ιόντα. Το κάλλιο, το μαγνήσιο και ο φώσφορος βρίσκονται σε μικρές ποσότητες μέσα στο διάλυμα, έτσι ώστε να μπορεί να είναι δυνατή η διάχυση από το αίμα. Από την άλλη πλευρά, μέσα στο διάλυμα υπάρχουν και στοιχεία νατρίου και χλωρίου, σε φυσιολογικές όμως ποσότητες, προκειμένου να μπορούν να εξισορροπηθούν με αυτές του πλάσματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί και η προσθήκη μιας μικρής ποσότητας γλυκόζης. Τέλος, η οξύτητα του πλάσματος μπορεί να ρυθμιστεί και από το διττανθρακικό νάτριο.

Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης μπορεί να πραγματοποιηθεί τόσο εντός του νοσοκομειακού χώρου, όσο και στο σπίτι. Η χρόνια αιμοκάθαρση πραγματοποιείται σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, ή κλινικές Τεχνητού Νεφρού, οι οποίες καταρτίζονται από έμπειρο επιστημονικό προσωπικό και νοσηλευτές. Για να πραγματοποιηθεί η διαδικασία της αιμοκάθαρσης στο σπίτι απαιτείται να υπάρχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο για να βοηθήσει τον ασθενή, ενώ παράλληλα υπάρχει έλεγχος και από κάποιον νοσηλευτή. Η αιμοκάθαρση στο σπίτι είναι λιγότερο συχνό φαινόμενο.

Η αιμοκάθαρση είναι η μία από τις τρεις μεθόδους νεφρικής υποκατάστασης που υπάρχουν. Οι άλλες δύο μέθοδοι είναι η περιτοναϊκή κάθαρση και η μεταμόσχευση νεφρού.¹⁴

¹⁴ Πυρπασόπουλος Μάριος, (2009). «*Θέματα νεφρολογίας*». Εκδόσεις: University Studio Press, Αθήνα

2.2 ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Το σύστημα της αιμοκάθαρσης αποτελείται από τα εξής συστατικά:

α) *Φίλτρο (τεχνητός νεφρός)*. Αποτελείται από τον χώρο του αίματος, τον χώρο του διαλύματος και την ημιδιαπερατή μεμβράνη. Μικρά μόρια, όπως ηλεκτρολύτες, νερό και απόβλητες ουσίες, διέρχονται την μεμβράνη, ενώ τα ερυθρά αιμοσφαίρια, οι πρωτεΐνες και τα βακτήρια είναι πολύ μεγάλα για να την διαπεράσουν.

β) *Διάλυμα*. Διάλυμα ηλεκτρολυτών παρόμοιο με το φυσιολογικό πλάσμα. Η συγκέντρωση καλίου ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Μπορεί να είναι απαραίτητη η συγκέντρωση γλυκόζης για την αποφυγή αλλαγών στην συγκέντρωση αυτής στον ορό και στην ωσμωτικότητα. Αν και η γλυκόζη είναι μεγάλο μόριο, μπορεί να περάσει από την ημιδιαπερατή μεμβράνη με αποτέλεσμα την πρόκληση υπογλυκαιμίας. Με την προσθήκη γλυκόζης στο διάλυμα περιορίζεται η πιθανότητα.

γ) *Αγγειακή προσπέλαση*. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για την παροχή αίματος στο φίλτρο τουλάχιστον 200-300 mL/min.¹⁵

Για να έρθει σε επαφή το αίμα με το φίλτρο στην αιμοκάθαρση, χρησιμοποιούνται τρεις μέθοδοι: ο ενδοφλέβιος καθετήρας, μία αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία (fistula) και ένα συνθετικό μόσχευμα.

¹⁵ Saunorus Baird Marianne, Hicks Keen Janet, Swearingen Pamela. «Επείγουσα νοσηλευτική». επιμέλεια Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Ενδοφλέβιος καθετήρας

Ο ενδοφλέβιος καθετήρας αποτελείται από έναν πλαστικό καθετήρα με δύο αυλούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να υπάρχουν δύο ανεξάρτητοι καθετήρες οι οποίοι μπαίνουν σε μια μεγάλη φλέβα του τραχήλου, ή στην μηριαία φλέβα. Ο καθετήρας συνήθως αποκαλείται κεντρικός φλεβικός καθετήρας, Υποκλείδιος ή Σφαγιτιδικός. Ο καθετήρας που εισέρχεται είτε στην μεγάλη φλέβα, είτε στην μηριαία, επιτρέπει μεγάλες ροές αίματος να απαχθούν από τον ένα αυλό, εισέρχονται στο σύστημα της αιμοκάθαρσης και επιστρέφουν καθαρές πλέον, από τον άλλο αυλό στο σώμα. Επισημαίνεται ότι η ποσότητα του αίματος είναι μικρότερη από μια καλά λειτουργούσα fistula ή μόσχευμα.

Οι καθετήρες βρίσκονται σε δύο κατηγορίες, οι οποίες περιγράφονται στην συνέχεια:

- Ø Όχι σήραγγας (Non - tunnelled). Οι καθετήρες αυτοί είναι για μικρής διάρκειας πρόσβασης, μέχρι δέκα ημέρες περίπου, αλλά συνήθως χρησιμοποιούνται για μία συνεδρία μόνο και ο καθετήρας αναδύεται από το δέρμα στο σημείο εισόδου της φλέβας.
- Ø Σήραγγας (tunnelled). Οι καθετήρες σήραγγας, περιλαμβάνουν έναν μακρύ καθετήρα, που περνάει σε σήραγγα κάτω από το δέρμα, από το σημείο εισόδου στη φλέβα, σε ένα σημείο εξόδου σε κάποια απόσταση μακριά. Συνήθως τοποθετείται στην έσω σφαγιτιδα φλέβα στο λαιμό και το σημείο εξόδου είναι συνήθως στον θώρακα. Το tunnel δρα σαν φράγμα μικροβίων, αλλά και οι

καθετήρες αυτοί, είναι σχεδιασμένοι για βραχείας και μέσης διάρκειας χρήση, δηλαδή για μερικές εβδομάδες μέχρι κάποιους μήνες, για τον λόγο ότι η λοίμωξη είναι ένα ακόμη συχνό πρόβλημα.

Εκτός της λοίμωξης, η φλεβική στένωση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα με τους καθετήρες. Ο καθετήρας είναι ένα ξένο σώμα και συχνά προκαλεί μια φλεγμονώδη αντίδραση στο τοίχωμα της φλέβας. Το αποτέλεσμα είναι στένωση της φλέβας συχνά στο σημείο απόφραξης. Ο καθετήρας θα πρέπει να απομακρυνθεί το γρηγορότερο και η πρόσβαση να γίνεται με άλλο τρόπο, γιατί η απόφραξη μπορεί να καταστεί θανάσιμη.

Οι καθετήρες χρησιμοποιούνται κυρίως στην Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια ή σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια που περιμένουν μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να ωριμάσει η fistula η το μόσχευμα. Βέβαια οι καθετήρες είναι δημοφιλείς στους ασθενείς για τον λόγο ότι συνδέονται στο μηχάνημα χωρίς τη χρήση βελονών και τα χέρια είναι ελεύθερα κατά τη συνεδρία.¹⁶

Αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία (fistula)

Η αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula), είναι η μέθοδος μέσα από την οποία γίνεται η εκλογή του αίματος για την αιμοκάθαρση. Για την δημιουργία μίας φίστουλας, ο αγγειοχειρουργός ενώνει μια φλέβα με μια αρτηρία, μέσω μιας αναστόμωσης. Με αυτήν την διαδικασία το αίμα ρέει γρήγορα μέσω της παράκαμψης που δημιουργεί η φίστουλα.

¹⁶ Σόμπολος Κωνσταντίνος Ι., Ντόμπρος Νικόλαος Β., Κεχαΐδου - Χατζηαναστασιάδου Γεωργία, (1991). «Χρόνια περιοδική αιματοκάθαρση». Εκδόσεις: University Studio Press, Αθήνα

Οι φίστουλες δημιουργούνται κυρίως στο μη κυρίαρχο χέρι, είτε στο αντιβράχιο, είτε πάνω από τον αγκώνα. Το αντιβράχιο είναι το σημείο συνένωσης της κερκιδικής αρτηρίας με την κεφαλική φλέβα, ενώ πάνω από τον αγκώνα είναι το σημείο συνένωσης της βραχίονος αρτηρίας με την κεφαλική φλέβα. Στην περίπτωση που κάποιος ασθενής βάλει το δάχτυλο του πάνω σε μια ώριμη φίστουλα, τότε θα αισθανθεί την ροή του αίματος. Αυτή η αίσθηση που θα δημιουργηθεί, ονομάζεται ροίζος και παράγει ένα φύσημα το οποίο ακούγεται και με το στηθοσκόπιο, πάνω από το σημείο της φίστουλας.

Για να ωριμάσει μια φίστουλα απαιτείται ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, το οποίο συνήθως κυμαίνεται μεταξύ δύο έως τριών μηνών. Κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης, τοποθετούνται στην φίστουλα δύο βελόνες. Από την μία βελόνα εξέρχεται το αίμα, καθαρίζεται από τα απόβλητα και τις άχρηστες ουσίες μέσα από το σύστημα της αιμοκάθαρσης και στην συνέχεια εισέρχεται πάλι στο σώμα, μέσα από την δεύτερη βελόνα.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας, είναι η χαμηλή πιθανότητα πρόκλησης θρομβώσεων και η χαμηλή εμφάνιση των λοιμώξεων. Αυτό συμβαίνει για τον λόγο ότι το σύστημα της φίστουλας δεν περιλαμβάνει ξένα υλικά και επιπλέον πραγματοποιούνται γρήγορες ροές του αίματος, όπως προαναφέρθηκε με αποτέλεσμα η αιμοκάθαρση να χαρακτηρίζεται πιο δραστική.

Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιες επιπτώσεις. Για παράδειγμα, αν η φίστουλα έχει υψηλή ροή και το αγγειακό δίκτυο που υποστηρίζει το υπόλοιπο χέρι είναι φτωχό, τότε μπορεί να συμβεί το γνωστό σύνδρομο της υποκλοπής. Στο συγκεκριμένο σύνδρομο, το αίμα που εισέρχεται στο άκρο τραβιέται προς τη φίστουλα και επιστρέφει στη γενική κυκλοφορία χωρίς να αιματώσει το υπόλοιπο χέρι. Αυτό μπορεί να προκαλέσει

παγωμένο άκρο, επώδυνες κράμπες και αν η υποκλοπή είναι σοβαρή, ενδεχομένως να προκληθεί ιστική ισχαιμία.

Μια πιο μακροπρόθεσμη επιπλοκή είναι η εξέλιξη ανευρύσματος. Πρόκειται για μια διάταση του τοιχώματος της φλέβας που εξασθενεί από την επαναλαμβανόμενη εισαγωγή των βελονών. Προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος ανευρύσματος, θα πρέπει να γίνεται κυκλική εναλλαγή θέσεων της παρακέντησης ή ακόμη και χρήση της μεθόδου της «κουμπότρυπας», στην οποία υπάρχει ένα σταθερό σημείο. Τα ανευρύσματα μπορεί να χρειαστούν χειρουργική διόρθωση και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ελαχιστοποιήσουν τον λειτουργικό χρόνο ζωής της φίστουλας.

Συνθετικό μόσχευμα

Παρόμοια με τις φίστουλες είναι και τα αρτηριοφλεβικά μοσχεύματα, με την διαφορά ότι ένα τεχνικό αγγείο ενώνει μια αρτηρία και μια φλέβα. Το μόσχευμα συνήθως είναι ένα συνθετικό υλικό, συχνά πολυτετραφθοριοαιθυλένιο (PTFE), ενώ ορισμένες φορές φορές χρησιμοποιείται και μία αποστειρωμένη φλέβα ζώου. Το μόσχευμα αυτό χρησιμοποιείται όταν τα φυσικά αγγεία του ασθενούς δεν επιτρέπουν μία φίστουλα. Ωριμάζουν γρηγορότερα από τη φίστουλα και μπορεί να είναι έτοιμα μερικές εβδομάδες μετά το σχηματισμό η ακόμα συντομότερα.

Ωστόσο, υπάρχει και υψηλός κίνδυνος για στένωση που μπορεί να οδηγήσει σε πήγμα και θρόμβωση. Σαν ξένα σώματα, τα συνθετικά μοσχεύματα ενδέχεται να μολυνθούν ευκολότερα. Τέλος μπορεί να

τοποθετηθούν σε περισσότερες θέσεις, επειδή έχουν μεγάλο μήκος, όπως στον μηρό ή στον τράχηλο.¹⁷

Στο σημείο αυτό θα αναφέρουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης.

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της αιμοκάθαρσης είναι η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα που παρέχει σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους. Η αιμοκάθαρση χαρακτηρίζεται από τα χαμηλά επίπεδα θνησιμότητας. Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης απαιτεί σύντομες και συχνές συνεδρίες. Επίσης, όταν χρειάζεται, η ισορροπία των υγρών και των χημικών μπορεί να μεταβληθεί ταχύτατα. Επίσης, επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και των κοιλιακών κραμπών, ενώ τέλος, όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες, ο περιορισμός της διαίτας συγκριτικά με την διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι μικρότερος.

Από την άλλη πλευρά όμως, η αιμοκάθαρση έχει και ορισμένα μειονεκτήματα. Αρχικά επισημαίνεται ότι απαιτείται ειδικός εξοπλισμός και εκπαιδευμένο προσωπικό. Επίσης, υπάρχει κίνδυνος ρήξης της ισορροπίας λόγω ταχύτατων μεταβολών στα υγρά και στις βιομηχανικές παραμέτρους. Ένας ακόμη κίνδυνος που υπάρχει είναι η απώλεια του αίματος, που μπορεί να οδηγήσει στην ανάγκη για μετάγγιση. Επιπλέον υπάρχει πιθανή δυσκολία στην διατήρηση της αγγειακής προσπέλασης. Τέλος, απαιτείται χρόνος για την ρύθμιση και τον καθαρισμό του μηχανήματος και παράλληλα αυξημένες δαπάνες για τον εξοπλισμό και

¹⁷ Σόμπολος Κωνσταντίνος Ι., Ντόμπρος Νικόλαος Β., Κεχαΐδου - Χατζηαναστασιάδου Γεωργία, (1991). «Χρόνια περιοδική αιματοκάθαρση». Εκδόσεις: University Studio Press, Αθήνα

το βοηθητικό προσωπικό, είτε πρόκειται για τον νοσηλευτή, είτε για τεχνικό προσωπικό.¹⁸

2.3 ΤΥΠΟΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Η αιμοκάθαρση διακρίνεται ανάλογα με τον βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας του ασθενούς και επομένως στον τρόπο με τον οποίο θα πραγματοποιηθεί η αιμοδιύλιση. Η αιμοκάθαρση διακρίνεται σε τρεις τύπους. Την συμβατική αιμοκάθαρση, την καθημερινή και την νυχτερινή αιμοκάθαρση.

Η συμβατική αιμοκάθαρση γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα, για τρεις με τέσσερις περίπου ώρες κάθε φορά. Το αίμα του ασθενούς τραβιέται μέσω ενός συνδετικού σωλήνα με μια συχνότητα 200-400 ml/λεπτό. Ο συνδετικός σωλήνας συνδέεται με μια βελόνα 14,15,16G, η οποία εισέρχεται στη φίστουλα ή στο μόσχευμα ή συνδέεται στη μια πόρτα του καθετήρα στον οποίο δεν υπάρχει δεύτερη βελόνα. Το αίμα τότε αντλείται προς το φίλτρο και αφότου καθαρισθεί πλήρως, επιστέφει μέσω ενός άλλου συνδετικού σωλήνα στη δεύτερη βελόνα ή πόρτα. Όταν πραγματοποιείται η διαδικασία της αιμοκάθαρσης, ενδέχεται να παρουσιαστούν συμπτώματα χαμηλής πίεσης, ή ναυτίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορηγήσει στον ασθενή επιπλέον φάρμακα, μέσα από το ίδιο μηχάνημα.

Η καθημερινή αιμοκάθαρση χρησιμοποιείται από τους ασθενείς οι οποίοι πραγματοποιούν την διαδικασία της αιμοδιύλισης στο σπίτι τους. Συνήθως γίνεται δύο ώρες την ημέρα και για έξι φορές την εβδομάδα.

¹⁸ Saunorus Baird Marianne, Hicks Keen Janet, Swearingen Pamela. «Επείγουσα νοσηλευτική». επιμέλεια Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Είναι μια κατάσταση λιγότερο στερογόνα για τον ασθενή, για τον λόγο ότι βρίσκεται στο οικείο περιβάλλον του και είναι πιο χαλαρός. Ωστόσο, στην καθημερινή αιμοκάθαρση απαιτούνται περισσότερες προσπελάσεις των αγγείων.

Τέλος, υπάρχει και η νυχτερινή αιμοκάθαρση. Η διαδικασία της νυχτερινής αιμοκάθαρσης είναι παρόμοια με αυτήν της συμβατικής αιμοκάθαρσης, με την διαφορά ότι γίνεται έξι νύχτες την εβδομάδα και περίπου έξι με δέκα ώρες, όταν ο ασθενής κοιμάται.¹⁹

2.4 Η ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι γυναίκες που κάνουν αιμοκάθαρση και είναι σε ηλικία τεκνοποίησης, μπορούν να συλλάβουν, ωστόσο οι γιατροί τις συμβουλεύουν **να μην μείνουν έγκυες**. Πολλοί γιατροί δεν συστήνουν κύηση σε γυναίκες με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια με Cr>1,5-2 mg/dl. Οι πιθανότητες να ολοκληρωθεί ο χρόνος της εγκυμοσύνης με φυσιολογικού μεγέθους μωρό είναι πολύ μικρές. Η εγκυμοσύνη θα πρέπει να αναβληθεί μέχρι να έχει γίνει επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η νεφρική ανεπάρκεια, αποτελεί και σήμερα ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας. Σύμφωνα με έρευνες, το 20% των εγκύων με μέτριου βαθμού ΧΝΑ (Cr=1,5-2,4 mg/dl) θα προχωρήσουν σε τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας, ενώ το 45% των εγκύων με σοβαρού βαθμού ΧΝΑ (Cr>2,5 mg/dl) θα προχωρήσουν σε τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας.

Η γονιμότητα και η μη επιπλεγμένη κύηση σχετίζονται με το βαθμό της επιβάρυνσης της νεφρικής λειτουργίας και με τη συνύπαρξη ή

¹⁹ Papper Solomon, (1981). «Κλινική νεφρολογία». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

μη αρτηριακής υπέρτασης. Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια διακρίνεται σε ήπια μέτρια και σοβαρή και ανάλογα με την διάκριση της υπάρχουν και οι αντίστοιχοι κίνδυνοι για την μητέρα και το έμβρυο. Στην ήπια νεφρική ανεπάρκεια, όπου ο δείκτης Cr είναι μικρότερος από 1,4 mg/dl, τόσο η περίοδος της κύησης όσο και το έμβρυο δεν διατρέχουν κάποιον κίνδυνο. Στην μέτρια νεφρική ανεπάρκεια, όπου Cr=1,5-3 mg/dl, η κύηση πιθανότατα θα έχει καλή έκβαση για το έμβρυο, ωστόσο ενδεχομένως η νεφρική λειτουργία της εγκύου να επιβαρυνθεί ακόμη περισσότερο και να δημιουργηθούν έπειτα καταστάσεις υπέρτασης για παράδειγμα. Τέλος, στην σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, όπου Cr>3 mg/dl, επίσης οι κίνδυνοι αφορούν περισσότερο την έγκυο και όχι τόσο το έμβρυο.

Τα ποσοστά της επιτυχημένης κύησης όταν προϋπάρχει χρόνια νεφρική δυσλειτουργία στην έγκυο είναι τα ακόλουθα:

- Πρόωρη κύηση 86%
- Επιτυχημένη κύηση 64%
- Μη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου 43%
- Θάνατος του εμβρύου 6%.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις στην μητέρα κατά την διάρκεια και μετά την κύηση του εμβρύου, αυτές είναι οι εξής: Πρώτον, επιτυγχάνεται η εξέλιξη της νεφρικής νόσου, κυρίως όταν Cr>2,5 mg/dl και δεύτερον, εμφανίζεται συχνότερα η προεκλαμψία σε ποσοστό 57-80%. Όσον αφορά τις ψυχολογικές ανάγκες μιας εγκύου, συνήθως είναι χρήσιμη η ψυχολογική υποστήριξη, για τον λόγο ότι υπάρχει έντονος φόβος και άγχος για αποβολή του εμβρύου.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι κατά την εγκυμοσύνη όταν υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου, όπως για παράδειγμα υπέρταση,

χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κ.λπ. επηρεάζεται η βιωσιμότητα του εμβρύου και η τελική έκβαση της κύησης.

Η γυναίκα που κυοφορεί και πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια, οφείλει να επισκέπτεται τον γυναικολόγο της μέχρι την 32^η εβδομάδα, ανά δεύτερη εβδομάδα, ώστε να παρακολουθείται από αυτόν η εξέλιξη της κατάστασης της. Επίσης, θα πρέπει να εκτιμάται κάθε μήνα το επίπεδο της νεφρικής λειτουργίας της. Να πραγματοποιούνται δηλαδή εξετάσεις για τον δείκτη GFR και λευκώματος ούρων 24ώρου.

Παλαιότερα και μέχρι το 1980 τα ποσοστά έκβασης μιας επιτυχούς εγκυμοσύνης ανέρχονταν στο 20%, όσον αφορά τις αιμοκαθαιρόμενες γυναίκες. Η πρόγνωση και η υποβολή σε εξετάσεις παλαιότερα ήταν κάκιστη. Την δεκαετία του '90 το ποσοστό επιτυχούς έκβασης των κυήσεων αυξήθηκε στο 50 με 60%, ενώ με τις πιο πρόσφατες έρευνες, το ποσοστό της επιτυχίας σε μια κύηση από γυναίκα με νεφρική ανεπάρκεια και αιμοκάθαρση, ανέρχεται στο 80%.²⁰

2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια και προβαίνουν στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης, χρειάζονται την στήριξη των νοσηλευτών/-τριών, τόσο για ψυχολογικούς, όσο για λόγους εκπαιδευτικής κατάρτισης. Σχετικά με την ψυχολογική υποστήριξη που παρέχουν, οι νοσηλευτές/-τριες δίνουν το απαραίτητο θάρρος και δύναμη στον ασθενή για να μπορέσει να αντιμετωπίσει με μεγαλύτερη ψυχραιμία τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του. Στην συνέχεια παρουσιάζονται

²⁰ Μαυροματίδης Κώστας. Δ/ντής Νεφρολογικού Τμήματος Κομοτηνής. «Φυσιολογικές μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας στην κύηση, νεφροπάθειες και κύηση, ουρολοιμώξεις στη κύηση, ΧΝΑ και κύηση»

ορισμένες από τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών που παρέχουν φροντίδα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

α) Όταν ο νοσηλευτής χορηγεί σίδηρο ενδοφλέβια κατά τη διάρκεια της συνεδρίας κάθαρσης πρέπει να γνωρίζει ότι έχει πολύ μεγάλη σημασία ο ρυθμός χορήγησης του φαρμάκου. Θεωρείται ότι μία τέτοια έγχυση είναι ασφαλής όταν η κάθε αμπούλα (100 mg) δίδεται σε χρόνο μεγαλύτερο από 30 λεπτά. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται αντιδράσεις που οφείλονται στον ελεύθερο σίδηρο. Πιο σωστά, όταν χορηγείται ο σίδηρος γρήγορα, δεν προλαβαίνει να συνδεθεί με την τρανσφερρίνη, οπότε μένει ελεύθερος στο αίμα και τότε είναι πολύ τοξικός. Τα συμπτώματα από την γρήγορη χορήγηση του σιδήρου είναι ο πυρετός, το ρίγος, οι πόνοι σε περιοχές με λεμφαδένες, το εξάνθημα και η εικόνα shock. Σε μια ανάλογη περίπτωση, κρίνεται αναγκαία η διακοπή του φαρμάκου και η χορήγηση κορτιζόνης.

β) Όταν γίνετε συνεχής αιμοκάθαρση, για να διαπιστωθεί εάν το φίλτρο έχει θρομβωθεί ή όχι ο νοσηλευτής μπορεί να στηριχθεί σε διάφορες ενδείξεις. Για παράδειγμα, το αίμα γίνεται πιο σκούρο, αυξάνεται η αντίσταση επιστροφής του αίματος στον ασθενή και όταν το φίλτρο ξεπλυθεί με φυσιολογικό ορό, διαπιστώνεται ότι τα τριχοειδή του δεν καθαρίζουν.

γ) Όταν ο νοσηλευτής τσιμπήσει μία φίστουλα θα πρέπει αφού απολυμάνει την περιοχή του δέρματος που θα καθετηριάσει, να εντοπίσει στην συνέχεια το σημείο της παρακέντησης. Θα πρέπει να πιάσει με δύο δάκτυλα την φλέβα που θα καθετηριάσει και να τρυπήσει ανάμεσά τους. Η βελόνα θα πρέπει να έχει γωνία 30-45 μοιρών και η πλάγια (φάλτσο) πλευρά της να βλέπει προς τα πάνω. Η βελόνα πρέπει να στερεωθεί στο δέρμα και να συνδεθεί με το σύστημα. Θα ήταν προτιμότερο, ο ασθενής να μην καθετηριασθεί σε σημεία που δεν επιτρέπουν κινήσεις στο χέρι ή σε μέρη που θα τον δυσκολεύουν. Η

διάρκεια των 4 ωρών της συνεδρίας της κάθαρσης είναι πολύ μεγάλη για να κάνει ο ασθενής υπομονή, χωρίς να μετακινείται ή να αλλάζει θέση στο χέρι του.

δ) ο νοσηλευτής θα πρέπει να καθετηριάζει τις φίστουλες σε σημεία που να απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον 10 εκατοστά. Αυτό βοηθά ώστε να περιορίζεται η επανακυκλοφορία, οπότε επιτυγχάνετε καλή κάθαρση στον προγραμματισμένο χρόνο και δεν χάνετε χρόνος λόγω επανακυκλοφορίας. Η κατεύθυνση της βελόνας που αποτελεί την αρτηριακή σύνδεση πρέπει να είναι φυγόκεντρος προς το σώμα του ασθενή (αντίθετη από την φορά προς την καρδιά) και να βρίσκεται πιο κάτω (φυγόκεντρα), ενώ η κατεύθυνση της βελόνας που παίζει ρόλο φλέβας (επιστροφή αίματος) πρέπει να είναι προς την καρδιά και να βρίσκεται πιο κεντρικά (προς την καρδιά).

ε) θα πρέπει ο νοσηλευτής να φοράει πάντοτε γάντια και μάσκα. Αυτά βοηθούν και προστατεύουν τον ασθενή, ο οποίος είναι ευαίσθητος στις λοιμώξεις, ενώ παράλληλα ο νοσηλευτής αποτελεί τον φορέα μικροβίων που τα μεταφέρετε σε αυτόν. Έτσι η μάσκα προστατεύει τον ασθενή από τα μικρόβια που υπάρχουν τη μύτη του νοσηλευτή, ενώ τα γάντια τον προστατεύουν από άλλα μικρόβια, τόσο του ίδιου του νοσηλευτή, όσο και άλλων ασθενών. Επιπλέον, θα πρέπει να φορά και ο ασθενής μάσκα, κατά τον καθετηριασμό της φίστουλα, καθώς αυτή βοηθά ώστε να μην μεταφέρονται μικρόβια από το ανώτερο αναπνευστικό του ασθενή στο πεδίο της παρακέντησης.

στ) Οι οδηγίες για την αιμοκάθαρση αποτελούν οδηγίες οι οποίες δεν μπορούν να παραλλαχθούν. Διότι αν για κάποιο λόγο μειωθεί κάτι από τα παραπάνω, ο ασθενής θα λάβει μικρότερη κάθαρση και φυσικά αυτό θα έχει επιπτώσεις στην υγεία του, όπως για παράδειγμα, θα έχει συχνότερα ανάγκη για νοσηλεία, θα έχει μικρότερο χρόνο επιβίωσης κ.λπ. Η σημασία της παρεχόμενης κάθαρσης στον ασθενή είναι πολύ

σημαντική γι' αυτόν και δεν επιτρέπετε να μειώνετε από αβλεψίες ή κάθε είδους λάθη.

ζ) ένα πολύ σημαντικό σημείο το οποίο πρέπει να προσέξει ο νοσηλευτής είναι να μην ξεχαστεί και παρακεντήσει την φίστουλα στο αρτηριακό σκέλος της (στην αρτηρία), διότι μπορεί να είναι εμφανής, ενώ ταυτόχρονα η φλέβα δεν είναι. Αυτό είναι θανάσιμο λάθος και δεν επιτρέπεται ποτέ. Η αρτηρία χρησιμεύει να παρέχει αίμα, ώστε με τον χρόνο να ωριμάσει η φλέβα και να μπορεί στη συνέχεια να καθετηριάζει σε αυτήν.

η) Όταν επιστρέφεται το αίμα σε αιμοκαθαιρόμενο ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει να καθαριστεί πλήρως το φίλτρο κάθε φορά που τελειώνει η συνεδρία. Στην περίπτωση που το φίλτρο δεν καθαρίζει θα πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός, διότι μπορεί να είναι μικρή η δόση της ηπαρίνης ή να συμβαίνει κάτι άλλο. Το αίμα που χάνετε κάθε φορά που δεν καθαρίζει το φίλτρο είναι αρκετό και μπορεί να έχει σημασία σε μερικούς ασθενείς για τα επίπεδα του αιματοκρίτη τους.²¹

²¹ http://www.renalkomotini.gr/gr_news_nosil_06.htm

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

3.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

Ενώ την δεκαετία του '50 ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαδικασίες αιμοκάθαρσης ήταν απλά βοηθητικός, στην περιτοναϊκή κάθαρση ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτος. Τα πρώτα συνέδρια που πραγματοποιήθηκαν για την περιτοναϊκή κάθαρση, έγιναν το 1967-68, στην Βοστώνη, ενώ η αμερικανική ένωση των νοσηλευτών εκπόνησε τα πρώτα προγράμματα για την διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης το 1975.

Τα κυριότερα προβλήματα που υπήρχαν μέχρι την δεκαετία του '60 ήταν δύο. Το πρώτο πρόβλημα ήταν ότι λόγω του ότι οι καθετήρες μέχρι τότε ήταν γυάλινοι, υπήρχε πρόβλημα αποθήκευσης των περιτοναϊκών διαλυμάτων μέσα σε ένα νοσοκομείο. Από την άλλη πλευρά, οι καθετήρες και το υλικό κατασκευής τους δημιουργούσαν πρόβλημα καθώς έπρεπε να είναι μόνιμα τοποθετημένοι στον ασθενή. Ωστόσο και στα δύο προβλήματα δόθηκαν λύσεις που ενίσχυσαν την εξέλιξη της κάθαρσης μέσω περιτοναίου. Το 1968 ο Tenckoff παρουσίασε έναν καθετήρα από σιλικόνη, ο οποίος αποτελεί πρότυπο ακόμη και για τους σύγχρονους καθετήρες. Η περιτοναϊκή κάθαρση είχε αρχίσει να γίνεται εφαρμόσιμη, επιλύοντας τα προβλήματα της αποθήκευσης και της διαφύλαξης των περιτοναϊκών διαλυμάτων.

Η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελεί την δεύτερη πιο συνηθισμένη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής δυσλειτουργίας, μετά την αιμοκάθαρση. Η μετακίνηση των ουσιών στην περιτοναϊκή κάθαρση

γίνεται μέσω του περιτοναίου, το οποίο λειτουργεί ως μια ημιδιαπερατή μεμβράνη. Το περιτόναιο είναι ένας ορογόνος υμένας ο οποίος καλύπτει την περιτοναϊκή κοιλότητα και τα ενδοκοιλιακά όργανα. Το περιτόναιο αποτελείται από το τοιχωματικό πέταλο και από το περισπλάχνιο πέταλο. Το πρώτο καλύπτει το διάφραγμα και τα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ το δεύτερο καλύπτει τα ενδοκοιλιακά όργανα, δηλαδή το στομάχι, το έντερο, την σπλήνα και το ήπαρ και παράλληλα το μεσεντέριο, μεσόκολο και επίπλουν. Η επιφάνεια του περιτοναίου, ή αλλιώς της περιτοναϊκής μεμβράνης είναι περίπου ανάλογη με την επιφάνεια του σώματος, δηλαδή 1 με 2 m². Στην επιφάνεια αυτή το 80% αντιστοιχεί στο περισπλάχνιο πέταλο, ενώ το υπόλοιπο 20% αντιστοιχεί στο τοιχωματικό πέταλο, ή αλλιώς περίτονο πέταλο.

Το περιτοναϊκό υγρό αποτελείται κυρίως από φωσφολιποειδή μόρια και συντίθεται και εκκρίνεται από τα μεσοθηλιακά κύτταρα. Το περιτοναϊκό υγρό είναι περίπου 100 cm³.²²

Κατά την διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης οι άχρηστες ουσίες αποβάλλονται στο περιτοναϊκό διάλυμα, το οποίο βρίσκεται σε έναν καθετήρα, ενώ οι χρήσιμες ουσίες μετακινούνται μέσα από το διάλυμα στον ενδαγγειακό χώρο. Σημειώνεται ότι η απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών από τον οργανισμό γίνεται με κάθε ανανέωση του διαλύματος.²³

Κατά την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης σε μεγαλύτερο ποσοστό συμμετέχει το τοιχωματικό περιτόναιο καθώς μόλις το 1/3 του σπλαχνικού περιτοναίου βρίσκεται σε επαφή με το περιτοναϊκό διάλυμα.

²² Papper Solomon, (1981). «Κλινική νεφρολογία». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα

²³ <http://www.nephrologia.gr/neph/articles/article.jsp?categoryid=3126&context=103&globalid=10126&articleid=3187>

Μεταξύ του διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα και του αιματικού διαμερίσματος υπάρχουν τρεις «φραγμοί» : το αγγειακό τοίχωμα, το υπόστρωμα και το μεσοθήλιο.

Κατά την μεταφορά μιας ουσίας από τον αυλό του τριχοειδούς αγγείου του περιτοναίου μέχρι το διάλυμα της περιτοναϊκής κάθαρσης ενδέχεται να υπάρχουν αντιστάσεις σε έξι περιοχές. Οι περιοχές αυτές είναι οι ακόλουθες:

- Ø το ενδαγγειακό μεμβρανώδες κάλυμμα
- Ø τα ενδοθηλιακά κύτταρα
- Ø την ενδοθηλιακή βασική μεμβράνη
- Ø τον διάμεσο χώρο
- Ø τα μεσοθηλιακά κύτταρα
- Ø το ενδοπεριτοναϊκό μεμβρανώδες κάλυμμα.

Η καθοριστική αντίσταση στην μεταφορά των ουσιών προέρχεται κυρίως από την ενδοθηλιακή μεμβράνη και τα ενδοθηλιακά κύτταρα.

Τα τελευταία χρόνια για την διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης έχει αναπτυχθεί το μοντέλο των «**τριών πόρων**». Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, καθοριστικό ρόλο στην μεταφορά των ουσιών κατέχει το τριχοειδικό ενδοθήλιο. Μέσα από το μοντέλο των «τριών πόρων» της περιτοναϊκής μεμβράνης, η διακίνηση των ουσιών γίνεται με:

- Û μεγάλους πόρους (20-40 nm). Εντοπίζονται μεταξύ των κυττάρων των δύο στοιβάδων -ενδοθήλιο, μεσοθήλιο- και μέσω αυτών εξέρχονται μεγαλομοριακές ουσίες-πρωτεΐνες. Οι μεγάλοι πόροι αποτελούν λιγότερο από το 0,1% του ολικού αριθμού των πόρων.
- Û μικρούς πόρους (4-6 nm). Εντοπίζονται μεταξύ των ενδοθηλιακών κυττάρων και της στοιβάδας του μεσοθηλίου. Οι μικροί πόροι ρυθμίζουν την μεταφορά μικρού μοριακού βάρους ουσιών, όπως

για παράδειγμα ουρίας, κρεατίνης και ηλεκτρολυτών. Η μεταφορά των ουσιών αυτών περιορίζεται από τον αριθμό των 44 μικρών πόρων.

• πολύ μικρούς πόρους ($<0,8$ nm). Οι πολύ μικροί πόροι αντιστοιχούν στις υδατοπορίνες (aquaporins). Βρίσκονται στα ενδοθηλιακά κύτταρα των περιτοναϊκών τριχοειδών και είναι υπεύθυνα για την δια-κυτταρική μεταφορά του νερού που προκαλείται από την οσμωτική διαφορά που δημιουργεί το υπέρτονο διάλυμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Κατά μέσο όρο οι πολύ μικροί πόροι συμβάλλουν στο 40% περίπου του ολικού αγγειακού υπερδιηθήματος. Το υπόλοιπο ποσοστό πραγματοποιείται μέσω των μεσοκυττάρων οδών.

Η μεταφορά των ουσιών από την αιματική κυκλοφορία στην περιτοναϊκή κοιλότητα μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάχυση, υπερδιήθηση και όσμωση. Με διάχυση γίνεται κυρίως η μεταφορά και η διακίνηση των μικρομοριακών ουσιών. Οφείλεται στη διαφορά συγκέντρωσης της ουσίας στους δύο χώρους και γίνεται προς την κατεύθυνση της ηλεκτροχημικής διαφοράς. Οι παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα του μηχανισμού της διάχυσης στην περιτοναϊκή μεταφορά ουσιών είναι: α) η θέση του σώματος, η οποία καθορίζει την δραστική επιφάνεια του περιτοναίου. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση, τότε υπάρχει καλύτερη κατανομή του διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα. β) η σπλαχνική ροή και ο αριθμός των αιματούμενων τριχοειδών, τα οποία επηρεάζονται από το pH του διαλύματος και γ) τα ηλεκτρικά φορτία από τα οποία εξαρτάται η μεταφορά των αρνητικά φορτισμένων μακρομορίων.

Υπερδιήθηση είναι η μεταφορά διαλύματος μέσω της περιτοναϊκής μεμβράνης λόγω της ύπαρξης διαφοράς πιέσεων. Μέσω

του φαινομένου αυτού επιτυγχάνεται ταχεία μεταφορά νερού και μεγαλομοριακών ουσιών από τα τριχοειδή της περιτοναϊκής μεμβράνης στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατά την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης. Τα χάσματα μεταξύ των ενδοθηλιακών κυττάρων, η διακυτταρική μεταφορά H_2O μέσω των υδατοπορινών και η διαφυγή διαλύματος μέσω των στενών συνδέσμων των κυττάρων, αποτελούν παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της υπερδιήθησης στην περιτοναϊκή κάθαρση.

Το φαινόμενο της ώσμωσης είναι υπεύθυνο για τη συμπλήρωση της υπερδιήθησης στην περιτοναϊκή κάθαρση, όπου ο χρησιμοποιούμενος ωσμωτικός παράγοντας είναι η γλυκόζη.²⁴

3.2 ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

Η διαχείριση της περιτοναϊκής κάθαρσης γίνεται στο σπίτι. Οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν στην διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης, προσέρχονται καθημερινά σε κέντρα εκπαίδευσης μέχρις ότου διασφαλιστεί η ασφάλεια τους και η αποτελεσματική ανταλλαγή των διαλυμάτων. Η κατάρτιση για περιτοναϊκή κάθαρση διαρκεί συνήθως μία με δύο εβδομάδες.

Οι κύριες μέθοδοι περιτοναϊκής κάθαρσης που εφαρμόζονται είναι δύο και περιγράφονται στην συνέχεια,

Η πρώτη μέθοδος είναι η συνεχής μη νοσοκομειακή περιτοναϊκή κάθαρση (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis-CAPD). Στην μη νοσοκομειακή περιτοναϊκή κάθαρση, οι ανταλλαγές εκτελούνται με το χέρι κατά την διάρκεια της μέρας από τον ίδιο τον ασθενή. Οι

²⁴ Βαργεμέζης Βασίλειος, Θώδης Ηλίας, Πασαδάκης Πλουμής, (2005). «*Βασικές αρχές νεφρολογίας*». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

ανταλλαγές γίνονται κατά κανόνα στο πρόγευμα, το μεσημεριανό γεύμα, αργά το απόγευμα και το βράδυ. Κάθε ανταλλαγή 2-3 λίτρων του διαλύματος αιμοκάθαρσης διαρκεί περίπου 45 λεπτά μέχρι να ολοκληρωθεί. Αυτές οι ανταλλαγές γίνονται σε διαστήματα 4-6 ωρών κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μετά την αποστράγγιση του χρησιμοποιημένου διαλύματος από την κοιλιά, σε μια άδεια σακούλα και την ενστάλαξη φρέσκου διαλύματος στην κοιλιακή κοιλότητα, η σακούλα αποστράγγισης αποσυνδέεται από τον καθετήρα και απορρίπτεται.

Η δεύτερη μέθοδος είναι η αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (APD). Οι ανταλλαγές σε αυτήν την περίπτωση πραγματοποιούνται για 8 με 10 ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας, χρησιμοποιώντας έναν αυτοματοποιημένο κυκλοποιητή (cycler machine). Αυτό το μηχάνημα επιτρέπει να γεμίζει και να αποστραγγίζεται αυτόματα το διάλυμα αιμοκάθαρσης από την κοιλιακή κοιλότητα ενώ ο ασθενής κοιμάται. Μερικές φορές, ενδέχεται να χρειαστεί να γίνει και μια ανταλλαγή κατά την διάρκεια της ημέρας.²⁵

Όσον αφορά την τοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα επισημαίνονται κάποια σημαντικά βήματα πριν την έναρξη της διαδικασίας της περιτοναϊκής κάθαρσης.

- Ø Κάθε κέντρο πρέπει να διαθέτει εξειδικευμένη ομάδα για την τοποθέτηση και φροντίδα των περιτοναϊκών καθετήρων.
- Ø Όπου είναι δυνατόν η τοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα πρέπει να γίνεται δύο εβδομάδες πριν την έναρξη της μεθόδου και οι όγκοι του περιτοναϊκού διαλύματος κατά την πρώτη χρήση του, πρέπει να είναι μικροί και ο ασθενής σε ύπτια θέση.

²⁵ Πυρπασόπουλος Μάριος, (2009). «Θέματα νεφρολογίας». Εκδόσεις: University Studio Press, Αθήνα

- Ø Είναι απαραίτητη η ύπαρξη πρωτοκόλλου τοποθέτησης περιτοναϊκού καθετήρα στο οποίο θα συμπεριλαμβάνεται και η χορήγηση προφυλακτικής αντιμικροβιακής αγωγής.
- Ø Δεν υπάρχει καμία υπεροχή κάποιου τύπου περιτοναϊκού καθετήρα έναντι ενός άλλου.²⁶

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθούμε στα είδη των καθετήρων που υπάρχουν. Έχει ήδη λεχθεί ότι ο καθετήρας από σιλικόνη του Tenckoff αποτελεί πρότυπο ακόμη και για τους σύγχρονους καθετήρες. Ο καθετήρας του Tenckoff είναι κατασκευασμένος από σιλικόνη και διαθέτει δύο δακτυλίους από Dacron. Ο ένας δακτύλιος, μετά την εμφύτευσή του, τοποθετείται κάτω από την επιφάνεια του δέρματος, ενώ ο δεύτερος δακτύλιος, ο οποίος λέγεται περιτοναϊκός δακτύλιος, σφηνώνεται στο περιτόναιο. Οι δύο αυτοί δακτύλιοι δημιουργούν έναν φραγμό, αποτρέποντας στα μικρόβια που βρίσκονται πάνω στο δέρμα να εισέλθουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσω του καθετήρα.

Υπάρχουν πολλές παραλλαγές του συγκεκριμένου καθετήρα στο εμπόριο, ωστόσο τα τρία είδη καθετήρων που χρησιμοποιούνται περισσότερο και υπόσχονται καλύτερη εφαρμογή της διαδικασίας της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι τα ακόλουθα:

- α) ο καθετήρας Tenckoff με σπειροειδές άκρο.
- β) ο καθετήρας Oreopoulos-Zellerman. Ο συγκεκριμένος καθετήρας με τους δίσκους που διαθέτει στο ευθύ ενδοπεριτοναϊκό τμήμα του δυσχεραίνει τη μετακίνηση του από την κανονική θέση εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας.

²⁶ Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία. «Οδηγίες / θεραπευτικά πρωτόκολλα περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ)».

γ) ο κυρτός καθετήρας, ο οποίος προτείνεται κυρίως για την εμφύτευση του σε μικρόσωμους ασθενείς. Ο μικρός αριθμός των λοιμώξεων στο σημείο εξόδου, αποτελεί και το σημαντικότερο πλεονέκτημα του.

3.3 Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο με την διαδικασία της αιμοκάθαρσης, έτσι και στην περίπτωση της περιτοναϊκής κάθαρσης δεν συνίσταται από το ιατρικό προσωπικό από τις γυναίκες να μείνουν έγκυες. Οι πιθανότητες να ολοκληρωθεί ο χρόνος εγκυμοσύνης με φυσιολογικού μεγέθους μωρό είναι πολύ μικρές. Αυτό που συνίσταται από το επιστημονικό προσωπικό είναι να αναβάλουν οι γυναίκες την εγκυμοσύνη μέχρι την πραγματοποίηση επιτυχούς εγχείρισης για μεταμόσχευση νεφρού.

Όσον αφορά τις ψυχολογικές ανάγκες μιας εγκύου, συνήθως είναι χρήσιμη η ψυχολογική υποστήριξη, για τον λόγο ότι υπάρχει έντονος φόβος και άγχος για αποβολή του εμβρύου. Πολλές φορές ωστόσο, οι γυναίκες που πάσχουν από νεφρική δυσλειτουργία και μένους έγκυες, έχουν την αίσθηση ότι απομονώνονται από τον κοινωνικό περίγυρο.

Στην περίπτωση εγκυμοσύνης μιας γυναίκας που αντιμετωπίζει προβλήματα νεφρικής ανεπάρκειας και χρησιμοποιεί την διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης, θα πρέπει συνεχώς να προσαρμόζεται το περιτοναϊκό υγρό στο αυξανόμενο μέγεθος του εμβρύου. Θα πρέπει επίσης να αυξάνεται η συχνότητα των ανταλλαγών, ενώ παράλληλα να προσαρμόζονται και οι απαραίτητες παράμετροι για την ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας. Το διττανθρακικό διάλυμα (HCO_3^-) θα πρέπει να μειωθεί διότι συνυπάρχει και αναπνευστική αλκάλωση.

Τα προβλήματα της κύησης όταν η έγκυος αντιμετωπίζει προβλήματα νεφρικής δυσλειτουργίας και προβαίνει σε διαδικασία περιτοναϊκής κάθαρσης είναι τα ακόλουθα:

- Μη τερματισμός κύησης - 34%
- Πρόωρος τοκετός - 50%
- Μη φυσιολογική ανάπτυξη εμβρύου - 40%.

Συνήθως τα έμβρυα εμφανίζουν πολυδράμνιο, εξαιτίας της ωσμωτικής διούρησης που προκαλεί η ουρία. Το πολυδράμνιο παρουσιάζεται όταν ο όγκος του αμνιακού υγρού στο δεύτερο μισό της κύησης υπερβαίνει τα 2000 ml. Το οξύ πολυδράμνιο παρατηρείται ξαφνικά μεταξύ της 20ης και 24ης εβδομάδας κύησης και χαρακτηρίζεται από την ταχεία αύξηση του όγκου του.²⁷

3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν είναι σε μεγάλο βαθμό καθοριστικός για την περιτοναϊκή κάθαρση, σε αντίθεση με την χρησιμότητα του στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Στην περιτοναϊκή κάθαρση υπάρχει μεγαλύτερη αυτονομία του ασθενούς, καθώς η μέθοδος γίνεται στο σπίτι και όχι σε μονάδα αιμοκάθαρσης.

Σε πρώτο στάδιο, το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει ώστε ο ασθενής να νιώσει ψυχολογικά έτοιμος να αντιμετωπίσει τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να ακούσει και να βοηθήσει τον ασθενή στα προβλήματα που

²⁷ Μαυροματίδης Κώστας. Δ/ντής Νεφρολογικού Τμήματος Κομοτηνής. «Φυσιολογικές μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας στην κύηση, νεφροπάθειες και κύηση, ουρολοιμώξεις στη κύηση, ΧΝΑ και κύηση».

αντιμετωπίζει, καθώς επίσης και να τον συμβουλευσει ώστε να δει κάποιον ειδικό όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με λοιπό επιστημονικό προσωπικό, είναι απαραίτητοι για την εκπαίδευση του ασθενούς στη μέθοδο, ενώ συμβάλουν και στον έλεγχο της πορείας της κάθαρσης κατά την επίσκεψη του ασθενή στο νοσοκομείο. Συνήθως πραγματοποιείται μια επίσκεψη τον μήνα.

Η αυτονομία που παρέχει η περιτοναϊκή κάθαρση, θέτει σαν προϋπόθεση για την εφαρμογή της μεθόδου ότι ο ασθενής είναι ικανός να εκπαιδευτεί και να εφαρμόσει τη μέθοδο και ότι υπάρχει ο κατάλληλος χώρος στο σπίτι του.

Η δυνατότητα η περιτοναϊκή κάθαρση να πραγματοποιείται στο οικείο περιβάλλον του ασθενή αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πλεονέκτημα για την ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστούν και κάποια σημεία-μειονεκτήματα που χρήζουν προσοχής για την σωστή έκβαση της διαδικασίας. Αρχικά θα πρέπει να προσεχθεί ο κίνδυνος που υπάρχει για λοιμώξεις (περιτονίτιδα), από την στιγμή που ο καθετήρας είναι μόνιμος στον ασθενή. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η αύξηση του βάρους του αλλά και των λιπιδίων από την απορρόφηση γλυκόζης από το διάλυμα.²⁸

²⁸<http://www.nephrologia.gr/neph/articles/article.jsp?categoryid=3126&context=103&globalid=10126&articleid=3187>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

4.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ

Οι πρώτες προσπάθειες για την μεταμόσχευση του νεφρού αναφέρονται από στην περίοδο από το 1906 έως το 1923. Τα χρόνια αυτά σαν μοσχεύματα χρησιμοποιήθηκαν νεφροί που ανήκαν σε χοίρους, πιθήκους και πρόβατα. Ωστόσο κανένα από τα μοσχεύματα αυτά δεν κατάφερε να λειτουργήσει με αποτέλεσμα οι ασθενείς που έπασχαν από νεφρική ανεπάρκεια να χάσουν την ζωή τους είτε μετά την επέμβαση, ή το πολύ εννέα μέρες μετά.

Η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο πραγματοποιήθηκε το 1936 από τον Ρώσο ερευνητή Voronoi. Η μεταμόσχευση του νεφρού έγινε από δότη ο οποίος ήταν νεκρός, ενώ το μόσχευμα δεν λειτούργησε και ο ασθενής πέθανε. Ωστόσο, σύμφωνα με τον συγκεκριμένο ερευνητή ο θάνατος αποδόθηκε στην ασυμβατότητα που είχαν οι δύο ομάδες αίματος μεταξύ του δότη και του ασθενή. Ο ασθενής είχε ομάδα αίματος B (Rh+), ενώ η ομάδα αίματος του δότη ήταν O (Rh-).

Το 1948 πραγματοποιήθηκε μια μεταμόσχευση νεφρού από έναν άνδρα που μόλις είχε πεθάνει, σε μια γυναίκα η οποία βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση. Η εγχείριση ολοκληρώθηκε και ο ασθενής συνήλθε από την κωματώδη κατάσταση. Ωστόσο, τρεις μέρες αργότερα ο ασθενής υπέκυψε. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη επέμβαση έδωσε τα πρώτα ενθαρρυντικά μηνύματα για την επιτυχημένη εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων στο άμεσο μέλλον.

Από το 1951 μέχρι το 1960 είχαν αναφερθεί πολλές προσπάθειες για την μεταμόσχευση του νεφρού. Τα περισσότερα από αυτά τα μοσχεύματα αποβλήθηκαν μετά από λίγες εβδομάδες.

Στην Ελλάδα, η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού πραγματοποιήθηκε από τον Καθηγητή κ. Κ. Τούντα και τους συνεργάτες του το 1968 στην Θεσσαλονίκη. Στην Αθήνα, η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού έγινε τρία χρόνια αργότερα, το 1971 από τον Καθηγητή κ. Γρ. Σκαλκέα και τον συνεργάτη του κ. Ι. Χωματά.²⁹

4.2 Η ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Σήμερα, η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για την αποκατάσταση της οριστικής νεφρικής ανεπάρκειας ενός ανθρώπου. Το ποσοστό των επιτυχημένων μεταμοσχεύσεων νεφρών έχει αυξηθεί σημαντικά σε σχέση με τις πρώτες προσπάθειες που είχαν γίνει. Πριν από 20 χρόνια, μόνο το 35% των ατόμων που έπασχαν από νεφρική ανεπάρκεια και έκαναν μεταμόσχευση νεφρού, κατάφεραν να ζήσουν μετά από την πάροδο ενός χρονικού διαστήματος.

Σε πρώτο στάδιο και πριν την εγχείριση για την μεταμόσχευση του νεφρού, ο ασθενής πηγαίνει στο νοσοκομείο στο οποίο θα υποβληθεί στην εγχείριση, ώστε να κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις που θα δώσουν την συγκατάθεση τους για την ολοκλήρωση της επέμβασης. Πέρα από τις καθιερωμένες εξετάσεις, ο ασθενής θα δώσει και ένα δείγμα αίματος για να γίνει η διασταύρωση των δειγμάτων μεταξύ δότη και παραλήπτη. Η εξέταση αυτή πραγματοποιείται σε εργαστήριο και διαρκεί περίπου 3

²⁹ Papper Solomon, (1981). «Κλινική νεφρολογία». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

με 4 ώρες, ώστε να είναι απολύτως βέβαιο ότι υπάρχει συμβατότητα με το μόσχευμα.³⁰

Στον πίνακα 4.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συμβατότητα μεταξύ των ομάδων αίματος του δότη και του παραλήπτη.

Ομάδα αίματος παραλήπτη	Ομάδα αίματος δότη			
	A	B	AB	O
A	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΝΑΙ</i>
B	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΝΑΙ</i>
AB	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΝΑΙ</i>
O	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΝΑΙ</i>

Πηγή: Denise O'Shaughnessy (2007). «Επιλογές Θεραπείας Νεφρικής Ανεπάρκειας. Κάνοντας τη Σωστή Επιλογή». Renal Resource Centre

Μόσχευμα για την μεταμόσχευση νεφρών μπορεί να προέλθει από δύο κατηγορίες δοτών, οι οποίες είναι οι εξής:

Ø Ζωντανοί δότες. Για πολλά χρόνια οι στενοί συγγενείς και η οικογένεια ήταν οι κυριότερες πηγές των ζωντανών δοτών των μοσχευμάτων νεφρού. Σήμερα, τους κυριότερους δότες τους αποτελούν άτομα με συναισθηματική εξάρτηση με τον ασθενή, όπως είναι ο/-η σύζυγος, οι φίλοι, κ.λπ. Οι πιθανότητες έκβασης επιτυχημένης μεταμόσχευσης με ζωντανό δότη είναι αρκετά υψηλές. Στην Αυστραλία το 40% των μεταμοσχεύσεων πραγματοποιείται με ζωντανούς δότες νεφρών.

³⁰http://www.transplantation.gr/category_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=2

Ø Πτωματικοί δότες. Το μόσχευμα από τους θανόντες δότες εξετάζεται για καρκίνο και διάφορους ιούς ώστε να είναι βέβαιο ότι δεν μεταφέρεται στον ασθενή. Σημειώνεται ότι το μόσχευμα από τους πιθανούς δότες πηγαίνει σε αυτούς που βρίσκονται σε λίστες αναμονής και ειδικότερα σε αυτούς που ο τύπος ιστού του ασθενή ταιριάζει περισσότερο με τον τύπο ιστού του θανόντος. Δυστυχώς όμως ο αριθμός των θανόντων δοτών είναι πολύ μικρός, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ασθενείς στην αναμονή για αρκετά χρόνια. Παρόλα αυτά η διαδικασία της αιμοκάθαρσης αποτελεί μια αρκετά αξιόπιστη λύση για όσο καιρό χρειαστεί. Όπως και στην μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό δότη, έτσι και στην περίπτωση των πτωματικών δοτών, δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι το μόσχευμα θα λειτουργήσει, ή για πόσο καιρό θα λειτουργεί.³¹

Συγκρίνοντας τις δύο πιθανές κατηγορίες δοτών, αναφερόμαστε στα πλεονεκτήματα που παρουσιάζονται από έναν ζωντανό δότη. Αρχικά, αποφεύγεται η μακροχρόνια αναμονή για νεφρό από την ομάδα θανόντων δοτών. Επίσης, μπορεί να προγραμματιστεί βολικά η εγχείρηση μεταμόσχευσης για το δότη και τον παραλήπτη. Μερικές φορές είναι δυνατό να γίνει η μεταμόσχευση πριν αρχίσει η διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Σημειώνεται επίσης ότι οι ζωντανοί δότες και συγκεκριμένα τα συγγενικά πρόσωπα, ενδέχεται να έχουν καλύτερη αντιστοίχιση ιστού. Τέλος, οι νεφροί από ζωντανούς δότες συνήθως λειτουργούν αμέσως. Νεφροί από θανόντες δότες μπορεί ορισμένες φορές να πάρουν λίγο περισσότερο χρόνο μέχρι να αρχίσουν να λειτουργούν.

³¹ Denise O'Shaughnessy (2007). «Επιλογές Θεραπείας Νεφρικής Ανεπάρκειας. Κάνοντας τη Σωστή Επιλογή». Renal Resource Centre

Η μεταμόσχευση από ζωντανούς δότες είναι πολύ επιτυχής. Η εγχείρηση δότη μπορεί να εκτελείται είτε ως ανοιχτή επέμβαση, που περιλαμβάνει μια μεγάλη τομή κάτω από τα πλευρά είτε ως επέμβαση κλειδαρότρυπας (ή λαπαροσκόπηση), που περιλαμβάνει πολύ μικρότερες τομές στην κοιλιά και τη χρήση φωτογραφικής μηχανής για να καθοδηγεί την αφαίρεση του νεφρού.

Στην πρώτη περίπτωση, η παραδοσιακή εγχείρηση ανοιχτής επέμβασης απαιτεί παραμονή περίπου μιας εβδομάδας στο νοσοκομείο. Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να αποφεύγεται από τον ασθενή η ανύψωση μεγάλων βαρών για 3 περίπου μήνες.

Στην δεύτερη περίπτωση, η επέμβαση κλειδαρότρυπας συνηθίζεται όλο και περισσότερο και καθιστά την αφαίρεση νεφρού από το δότη μια πολύ λιγότερο οδυνηρή διαδικασία. Η μετεγχειρητική ανάρρωση είναι γρηγορότερη συγκριτικά με την πρώτη περίπτωση. Οι δότες μπορούν να βγουν από το νοσοκομείο σε ένα διάστημα μεταξύ δύο έως τεσσάρων ημερών μετά την εγχείρηση κλειδαρότρυπας και μπορούν συνήθως να επιστρέψουν στην εργασία τους μέσα σε ένα μήνα μετά την εγχείρηση.

Σε αυτό το σημείο σημειώνεται ότι η διαβίωση με ένα νεφρό δεν αλλάζει το προσδόκιμο ζωής του δότη ενός νεφρού. Γενικά, οι δότες διαπιστώνουν ότι η ευκαιρία να βοηθήσουν ένα αγαπημένο τους πρόσωπο είναι μια εμπειρία που τους ευχαριστεί και τους ικανοποιεί πολύ.

Το νοσηλευτικό προσωπικό από την πλευρά του φροντίζει ώστε να γίνονται οι απαραίτητες εξετάσεις στους ασθενείς, όσο και να τους καθησυχάσει για την επιτυχημένη έκβαση της επέμβασης. Στόχος των νοσηλευτών είναι η φροντίδα των ασθενών μέσα στον νοσοκομειακό χώρο, καθώς επίσης και η εκπαίδευση τους να μπορούν από μόνοι τους να αντιμετωπίζουν τυχόν προβλήματα που δημιουργούνται. Σημειώνεται

ότι οι ασθενείς καταφεύγουν στο νοσοκομείο και στον ιατρό τους μόνο σε σοβαρές επιπλοκές, όπως είναι τα οι κοκκινίλες, η μόλυνση της τομής, ο πυρετός, καθώς επίσης και τα σημάδια μόλυνσης και απόρριψης του μοσχεύματος.

Είναι πολύ σημαντικό πριν την διαδικασία της μεταμόσχευσης, ο ασθενής να προσέξει τα εξής:

- Να διατηρεί το πρόγραμμα της αιμοκάθαρσης ώστε να είναι υγιής
- Να μην καπνίζει γιατί έτσι μειώνεται ο κίνδυνος των πνευμονικών λοιμώξεων και της καρδιοπάθειας μετά την μεταμόσχευση
- Να ελέγχει την πίεση του αίματος
- Να ελέγχει το βάρος του
- Να ασκείται και να βελτιώνει την σωματική του κατάσταση και αντοχή
- Να προστατεύει το δέρμα του από ενδεχόμενα εγκαύματα, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο του δέρματος μετά την μεταμόσχευση
- Να κάνει συχνές επισκέψεις στον οδοντίατρο του, καθώς τα δόντια αποτελούν πηγή μόλυνσης μετά την διαδικασία της μεταμόσχευσης.³²

Όσον αφορά την εγχείριση της μεταμόσχευσης του νεφρού, αυτή διαρκεί περίπου 3 με 5 ώρες. Οι νεφροί του ασθενή που δυσλειτουργούν δεν αφαιρούνται, αλλά το νέο μόσχευμα τοποθετείται είτε αριστερά, είτε δεξιά στην κοιλιακή χώρα, κάτω από τον αφαλό. Η αρτηρία και η φλέβα του νέου νεφρού, συνδέονται με μια αρτηρία και μια φλέβα στην λεκάνη.

³² Denise O'Shaughnessy (2007). «Επιλογές Θεραπείας Νεφρικής Ανεπάρκειας. Κάνοντας τη Σωστή Επιλογή». Renal Resource Centre
http://www.transplantation.gr/category_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=2

Τέλος, η ουροδόχος κύστη συνδέεται με το νέο νεφρό μέσω του ουρητήρα.

Μετά την εγχείριση συνήθως υπάρχει ένας πόνος στην περιοχή που έγινε η επέμβαση, ο οποίος ωστόσο μπορεί να ελεγχθεί με την χρήση φαρμάκων. Τις περισσότερες φορές η ανάρρωση είναι πολύ γρήγορη. Ορισμένα άτομα σηκώνονται από το κρεβάτι τους και την ίδια μέρα της επέμβασης. Παρόλα αυτά χρειάζεται καθετήρας ουροδόχου κύστης και σωλήνες αποστράγγισης από την τομή στην κοιλιακή χώρα για μια εβδομάδα περίπου, ώστε να επουλωθεί η πληγή.

Η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο είναι περίπου μία με δύο εβδομάδες και εξαρτάται από το εάν λειτουργεί καλά το μόσχευμα, ή αν παρατηρηθούν τυχόν επιπλοκές. Σημειώνεται επίσης, ότι το πτωματικό μόσχευμα υπάρχει περίπτωση να χρειαστεί λίγος χρόνος παραπάνω για να λειτουργήσει. Ο χρόνος αυτός υπολογίζεται από μερικές μέρες μέχρι λίγες εβδομάδες. Ενδέχεται ωστόσο, όσο ο νεφρός αναρρώνει ο ασθενής να κάνει αιμοκάθαρση για να μπορεί να κρατάει την σωστή χημική ισορροπία στο σώμα του.

Σε περίπτωση που γυναίκα με μεταμόσχευση νεφρού, προγραμματίζει να μείνει έγκυος, θα πρέπει να συζητήσει την σκοπιμότητα και την ασφάλεια της εγκυμοσύνης της με έναν νεφροπαθολόγο όσο το δυνατόν νωρίτερα. Οι γυναίκες που έχουν λάβει νέο νεφρό δεν ενδείκνυται να μείνουν έγκυες παρά μόνο αφού περάσουν ένα με δύο χρόνια καλής νεφρικής λειτουργίας. Ορισμένα από τα νεότερα φάρμακα κατά της απόρριψης δεν είναι ασφαλή κατά την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν αυξημένοι κίνδυνοι επιπλοκών, γι' αυτό χρειάζεται προσεκτικός έλεγχος της εγκυμοσύνης. Μπορεί να είναι

απαραίτητες ορισμένες εξετάσεις και ακτινογραφίες και να χρειάζεται να γίνουν πριν μια εγκυμοσύνη.³³

4.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΗ

Η απόρριψη αναφέρεται στην αιφνίδια ελάττωση παραγωγής των ούρων. Εκδηλώνεται με ολιγουρία ή ανουρία. Όταν γίνει μεταμόσχευση νεφρού, υπάρχουν τέσσερα είδη νεφρικής απόρριψης.

Το πρώτο είδος είναι η υπεροξεία. Το φαινόμενο της υπεροξείας λαμβάνει χώρα μέσα στο χειρουργείο. Ο νεφρός γίνεται κυανωτικός, μαλακός και πλαδαρός. Σε αυτήν την περίπτωση το μόσχευμα αφαιρείται από τον ασθενή.

Το δεύτερο είδος είναι η επιταχυνόμενη οξεία απόρριψη. Η επιταχυνόμενη οξεία απόρριψη μπορεί να επάγεται από χυμική ανοσία, δηλαδή από αντισώματα, ή από ενεργοποιημένα λεμφοκύτταρα. Το είδος αυτής της απόρριψης γίνεται σε ένα διάστημα μεταξύ 48 και 72 ωρών μετά την μεταμόσχευση. Υπάρχει αιφνίδια ελάττωση της διούρησης, λευκοκυττάρωση, ευαισθησία πάνω από το νεφρό, ελάττωση ροής πάνω στο νεφρικό σπινθηρογράφημα, ή ακόμη και εκτεταμένη θρομβοκυτταροπενία. Στην παρούσα περίπτωση, χορηγούνται ενδοφλέβια στεροειδή αντιλεμφοκυτταρικά σκευάσματα για 3 ή 4 ημέρες. Ωστόσο, οι προβλέψεις για υποχώρησης της απόρριψης είναι δυσμενείς.

Στην τρίτη περίπτωση, της οξείας απόρριψης, τα T λεμφοκύτταρα διηθούν το νεφρικό παρέγχυμα. Πρόκειται δηλαδή για κυτταρική ανοσία. Από την άλλη πλευρά, δημιουργούνται συμπλέγματα μεταξύ αντιγόνων και αντισωμάτων προκαλώντας χυμική ανοσία. Η οξεία απόρριψη

³³ Denise O'Shaughnessy (2007). «Επιλογές Θεραπείας Νεφρικής Ανεπάρκειας. Κάνοντας τη Σωστή Επιλογή». Renal Resource Centre

ενδέχεται να παρουσιαστεί από μία με δύο εβδομάδες μέχρι και αρκετούς μήνες μετά την μεταμόσχευση. Τα συμπτώματα είναι ο πυρετός, η λευκοκυττάρωση, ο διογκωμένος και ευαίσθητος νεφρός, η ελάττωση της διούρησης, η αύξηση του βάρους, η υπέρταση, καθώς και η αύξηση BUN και κρεατίνης. Για την αντιμετώπιση της οξείας απόρριψης, χορηγούνται στεροειδή και αντιλεμφοκυτταρικά σκευάσματα, ενώ αποτελεσματικά στην αναστροφή της απόρριψης είναι και τα μονοκλωνικά αντισώματα. Η πρόγνωση για αντιμετώπιση του προβλήματος χαρακτηρίζεται θετική.

Το τελευταίο είδος απόρριψης είναι η χρόνια. Πιθανότατα να οφείλεται στον συνδυασμό της χυμικής και της κυτταρικής ανοσίας. Η χρόνια απόρριψη παρουσιάζεται συνήθως όταν έχουν περάσει αρκετοί μήνες μέχρι και χρόνια από την μεταμόσχευση. Η αντιμετώπιση της χρόνιας απόρριψης ακόμη δεν έχει προσδιοριστεί, ενώ οι προβλέψεις για επιβίωση του μοσχεύματος είναι δυσοίωνες.³⁴

³⁴ Saunorus Baird Marianne, Hicks Keen Janet, Swearingen Pamela. «Επείγουσα νοσηλευτική». Επιμέλεια Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ-ΑΝΑΓΚΕΣ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ασυνείδητη ψυχική διεργασία που δρα για να ανακουφίσει τη σύγκρουση και το άγχος που προέρχονται από το ένστικτο ενός ατόμου, ονομάζεται μηχανισμός άμυνας. Οι άμυνες του οργανισμού έχουν πολλές λειτουργίες. Στην αρχή από την βρεφική ήδη ηλικία, οι άμυνες αποτελούν δημιουργικούς και λειτουργικούς τρόπους προσαρμογής στο περιβάλλον. Αμυντικό χαρακτήρα λαμβάνουν όταν στοχεύουν στην υπεράσπιση του ανθρώπου από μια απειλή.

Οι μηχανισμοί άμυνας αποσκοπούν στην αποφυγή ή την διαχείριση κάποιου ισχυρού και απειλητικού συναισθήματος, συνήθως του άγχους, ή ακόμη και στην μείωση της υπερβολικής θλίψης και την διατήρηση της αυτοεκτίμησής.

Οι άμυνες του οργανισμού διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι οι πρωτογενείς ή πρωτόγονες αμυντικές διεργασίες, ενώ η δεύτερη κατηγορία αποτελείται από τις δευτερογενείς ή υψηλότερης τάξης αμυντικές διεργασίες.

Στις πρωτογενείς άμυνες εντάσσονται: η απόσυρση, η άρνηση, ο παντοδύναμος έλεγχος, η πρωτόγονη εξιδανίκευση και υποτίμηση, η προβολική και ενδοβλητική ταύτιση, η διχοτόμηση του Εγώ και η διάσχιση. Για να χαρακτηριστεί μια άμυνα ως πρωτογενής, θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε δύο κριτήρια που συνδέονται με την προγλωσσική φάση της ανάπτυξης: πρώτον, τη μη κατάκτηση της αρχής της πραγματικότητας και δεύτερον, την ανικανότητα διάκρισης της

ξεχωριστής ύπαρξης και της σταθερότητας σε οτιδήποτε βρίσκεται έξω από τον εαυτό.

Όσον αφορά τις δευτερογενείς αμυντικές διαδικασίες, η βασικότερη άμυνα του οργανισμού είναι η απώθηση. Η συγκεκριμένη άμυνα ενεργοποιείται μόνο όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι το άτομο δεν έχει συνειδητή πρόσβαση σε ένα συναίσθημα ή σε μια αντίληψη. Η απώθηση μπορεί να γίνει προβληματική σε τρεις περιπτώσεις οι οποίες είναι:

- Ø Όταν αποτυγχάνει στην εκπλήρωση του σκοπού της, να συγκρατεί δηλαδή τις ενοχλητικές ιδέες έξω από τη συνείδηση ώστε το άτομο να συνεχίσει να ζει τη ζωή του και να προσαρμόζεται στην πραγματικότητα.
- Ø Όταν προκαλεί εμπόδια και δυσκολίες σε ορισμένες θετικές πλευρές της ζωής.
- Ø Όταν αποκλείει άλλους πιο επιτυχημένους τρόπους αντιμετώπισης της πραγματικότητας.³⁵

5.2 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΟΥ MASLOW

Η ικανοποίηση των αναγκών αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων. Όταν οι ανάγκες δεν μπορούν να ικανοποιηθούν, δημιουργούνται προβλήματα στην ανάπτυξη της ανθρώπινης προσωπικότητας. Ο A. Maslow, ένας Αμερικανός ψυχολόγος, αναγνώρισε ότι το κίνητρο που εξηγεί την ανθρώπινη συμπεριφορά είναι οι ανάγκες. Ο Maslow προσπάθησε να περιγράψει

³⁵ McWilliams Nancy (2000). «Ψυχαναλυτική Διάγνωση». Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα. Πρόσβαση και από την διαδικτυακή πηγή <http://www.papapan.gr/defence-mechanisms>

και να ερμηνεύσει τις ανάγκες. Θεώρησε λοιπόν, ότι υπάρχουν πέντε ομάδες βασικών αναγκών που ιεραρχούνται σε μια πυραμίδα με τον ακόλουθο τρόπο:

Στην βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι φυσιολογικές ή βασικές ανάγκες του ανθρώπου. Οι ανάγκες αυτές εκπληρώνονται με το φαγητό, το νερό και τον αέρα. Είναι οι βασικές ανάγκες για την επιβίωση. Στην συνέχεια υπάρχουν οι ανάγκες για ασφάλεια. Πρόκειται για την ανάγκη για στέγη, υγεία και γενικότερη προστασία. Στο τρίτο επίπεδο βρίσκονται οι ανάγκες για κοινωνική αποδοχή. Στις ανάγκες αυτές συμπεριλαμβάνονται, οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων, η ανάγκη για την δημιουργία φιλιών, αισθημάτων αγάπης και χαράς, καθώς και η ανάγκη να νιώσει ο άνθρωπος ότι είναι κοινωνικά αποδεκτός. Στο τέταρτο επίπεδο ιεραρχούνται οι ανάγκες για αυτοεκτίμηση. Αναφερόμαστε στις ανάγκες του ανθρώπου να προβάλλει την ατομικότητα του, τις αξίες και τις αρχές και γενικότερα την αυτονομία του. Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης. Στις ανάγκες αυτές ανήκουν όλες εκείνες οι ανάγκες οι οποίες κάνουν το άτομο να νιώθει πλήρης, πραγματωμένος κι ευτυχισμένος.

Οι παραπάνω ανάγκες και η ιεράρχηση τους παρουσιάζονται στο ακόλουθο σχήμα.



Ο Maslow περιέγραψε τις παραπάνω ανάγκες ως απαραίτητες για την επιβίωση του ανθρώπου και στενά συνυφασμένες με τα ένστικτά του, ως ένα κοινωνικό ον. Στο ανώτερο άκρο της πυραμίδας των αναγκών, τοποθέτησε τις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, την ανάγκη δηλαδή του ανθρώπου να νιώθει ολοκληρωμένος και ότι έχει καταφέρει να γίνει όλα αυτά που θα ήθελε να είναι.

Μόνο όταν ο άνθρωπος έχει καλύψει τις ανάγκες της προηγούμενης βαθμίδας μπορεί να περάσει στην ικανοποίηση των αναγκών της επόμενης. Ανάλογα, μόνο όταν οι προηγούμενες ανάγκες του έχουν καλυφθεί, μπορεί ο άνθρωπος να στραφεί στις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης του.

Με βάση την ιεραρχία της πυραμίδας του Maslow, πολλοί άνθρωποι στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν την δυνατότητα να καλύψουν ούτε τις ανάγκες του πρώτου επιπέδου, αφού δεν έχουν πολλές φορές πρόσβαση σε βασικές ανάγκες διαβίωσης, όπως τροφή, καθαρό νερό και στέγαση. Αυτό δεν τους επιτρέπει να ανέβουν στο επόμενο σκαλί της πυραμίδας.³⁶

5.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η διατροφική αντιμετώπιση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας κρίνεται ιδιαίτερα σοβαρή, γιατί ο ασθενής δεν πάσχει μόνο από ουραιμία αλλά και από διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας, διαταραχές του ισοζυγίου νερού και ηλεκτρολυτών και πιθανόν από συνυπάρχουσες επιβαρυντικές παθολογικές καταστάσεις. Παράδειγμα τέτοιων καταστάσεων μπορεί να είναι οι λοιμώξεις, οι δηλητηριάσεις, ή τα τραύματα. Η δίαιτα που δίνεται στον ασθενή θα πρέπει λοιπόν να αποβλέπει όχι μόνο στην διόρθωση των συγκεκριμένων διαταραχών

³⁶<http://www.ncu.org.cy/MSc/projects/poverty/theoria%20piramida%20anagkon.html>

αλλά και στην μείωση της κατακράτησης των τελικών προϊόντων του μεταβολισμού του αζώτου, όπως επίσης και στην προστασία του οργανισμού από μεγάλες καταβολικές απώλειες του σωματικού αζώτου.

Η διαιτητική αντιμετώπιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας περιλαμβάνει δίαιτα φτωχή σε πρωτεΐνες, την χορήγηση απαραίτητων αμινοξέων από το στόμα, καθώς και θεραπεία με κετονοξέα.

Δίαιτα φτωχή σε πρωτεΐνες

Οι βασικοί κανόνες που διέπουν την δίαιτα σε πρωτεΐνες είναι οι εξής:

- Περιορισμός της πρωτεϊνικής πρόσληψης
- Καθορισμός της ποιότητας της προσλαμβανόμενης πρωτεΐνης
- Θερμιδική κάλυψη από υδατάνθρακες και λίπη
- Καθορισμός της σχέσης πολυακόρεστων και κορεσμένων λιπών
- Πρόνοια για ηλεκτρολύτες, ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες.

Συγκεκριμένα η δίαιτα θα πρέπει αρχικά να περιλαμβάνει 0,3g πρωτεΐνης /Kg /ημέρα. Η ποσότητα της χορηγούμενης πρωτεΐνης στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια εξαρτάται από τον βαθμό της σπειραματικής διήθησης (GFR). Για GFR από 10-15ml/min χορηγείται δίαιτα με 40g πρωτεϊνών /ήμερα. Όταν ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης GFR είναι μεταξύ 5 και 10ml/min τότε χορηγείται δίαιτα με 30g πρωτεϊνών /ήμερα. Τέλος, όταν ο δείκτης GFR κυμαίνεται στα 5ml/min, η δίαιτα περιλαμβάνει λιγότερα από 30g πρωτεϊνών /ήμερα.

Η ποιότητα της χορηγούμενης πρωτεΐνης θα πρέπει να είναι πάνω από το 70% της πρότυπης πρωτεΐνης. Το συγκεκριμένο ποσοστό αναφέρεται σε ποιότητα πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας.

Σχετικά με την κάλυψη από λίπη και υδατάνθρακες, το ποσοστό τους στην δίαιτα θα εξαρτηθεί από την φυσιολογική ή όχι ανοχή της γλυκόζης καθώς και τις διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων. Συνήθως, προτείνεται μια ποσότητα 40-45 Kcal /Kg /ημέρα. Επειδή ο μεταβολισμός των υδατανθράκων και των λιπών στην Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται «ανώμαλος», είναι προτιμότερο οι διαιτητικές αρχές να εφαρμόζονται μετά την αποκατάσταση των βιοχημικών διαταραχών με αιμοκάθαρση.

Τέλος, θα πρέπει να ρυθμίζονται και οι αναγκαίες ποσότητες για τα ιχνοστοιχεία, τους ηλεκτρολύτες, τα άλατα και τις βιταμίνες. Η χορήγηση της συγκεκριμένης δίαιτας έχει αποτελέσματα, για περιορισμένο όμως χρόνο. Η βιοχημική εικόνα του αίματος υποχωρεί, επιτυγχάνεται ένα καλό διατροφικό ισοζύγιο, ενώ μειώνονται σημαντικά και τα συμπτώματα ουραιμίας. Σημειώνεται ότι η δίαιτα δεν μπορεί να υποκαταστήσει την αιμοκάθαρση, από την στιγμή που αυτή θεωρείται απαραίτητη για έναν ασθενή.

Χορήγηση απαραίτητων αμινοξέων από το στόμα

Παρόλο που η χορήγηση της δίαιτας χαμηλής σε πρωτεΐνες οδηγεί σε ένα καλό διατροφικό ισοζύγιο και μείωση των ουραιμικών συμπτωμάτων, δεν έχει ακόμη καθοριστεί με σαφήνεια η ποσότητα και η σύνθεση της πρωτεΐνης που απαιτείται για να εξαλείφουν πλήρως τα ουραιμικά συμπτώματα. Η ουραιμία επιβαρύνει ακόμη περισσότερο τον ασθενή όταν βρίσκεται σε προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια. Ωστόσο σε μακροχρόνια θεραπεία με δίαιτες, υπάρχει απώλεια σωματικού βάρους, καθώς και προδιάθεση για αιμορραγίες.

Ο συλλογισμός του Bergstrom ήταν να χορηγήσει μεγαλύτερες ποσότητες απαραίτητων αμινοξέων για την σύνθεση της πρωτεΐνης με

την συμμετοχή μη απαραίτητων αμινοξέων, τα όποια συνθέτει το σώμα. Όταν χορηγούνται 20g πρωτεΐνες τότε υπάρχει το 1/3 της προηγούμενης ποσότητας των απαραίτητων αμινοξέων. Εάν γίνει πρόσθεση 3 μονάδων Rose, λογικά θα πρέπει να υπερκαλύπτεται η ποσότητα των ελάχιστων απαραίτητων αμινοξέων που περιέχονται στα 60g πρωτεϊνών, γιατί υπάρχουν και τα απαραίτητα αμινοξέα της διαίτας των 20g πρωτεϊνών. Δηλαδή, με μια διαίτα 20g πρωτεϊνών και 2 μονάδων Rose θα πρέπει να καλύπτονται οι ελάχιστες απαιτήσεις σε απαραίτητο άζωτο (N).

Έχει γίνει πλέον αποδεκτό από όλους τούς ερευνητές ότι, δίαιτες στις όποιες έγινε υποκατάσταση ή συμπληρωματική χορήγηση απαραίτητων αμινοξέων, έχουν βελτιώσει σημαντικά την κλινική και βιοχημική κατάσταση των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.

Αν και σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, ο εμπλουτισμός της διαίτας με τα απαραίτητα αμινοξέα που προτάθηκαν από τον Rose, να μην είναι ο ιδανικότερος τρόπος για την εξισορρόπηση της ουραιμίας, αυτό που κρίνεται αναγκαίο είναι η προσεγμένη τροφή, φτωχή σε πρωτεΐνες. Από εκεί και πέρα, αποφασίζεται το ποσοστό της προσθήκης των μονάδων Rose.

Η αποδοτικότητα της φτωχής σε πρωτεΐνες διαίτας, στηρίζεται στην ικανότητα του οργανισμού να συνθέτει μη απαραίτητα αμινοξέα από πηγές ενδογενείς, αζωτούχες και καρβονικές (ανθρακικές).

Θεραπεία με κετονοξέα

Τα κετονοξέα ή αλλιώς κετογονικά οξέα, αποτελούν μορφές των αντίστοιχων απαραίτητων αμινοξέων. Η αρχή της χρησιμοποίησης των κετονοξέων είναι η ίδια με το βασικό μηχανισμό της σύνθεσης των μη απαραίτητων αμινοξέων.

Η χρήση των κετονοξέων ή α-υδρόξυ αναλόγων τους σε ουραιμικούς ασθενείς αυξάνει την πιθανότητα της διατήρησης στο μέλλον του πρωτεϊνικού ισοζυγίου τους με δίαιτες ελεύθερες σε πρωτεΐνες ή με εμπλουτισμό τους. Από την στιγμή που πολλές φορές, οι ουραιμικοί ασθενείς δεν είναι θετικοί στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης ή της μεταμόσχευσης, ή βελτίωση της διαιτητικής τους αντιμετώπισης θα ήταν δυνατό να τους προσφέρει οφέλη με μικρότερη οικονομική επιβάρυνση και σωματική ταλαιπωρία.

Σύγκριση αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκής κάθαρσης

Συγκριτικά με τις δύο μεθόδους, της αιμοκάθαρσης και της περιτοναϊκής κάθαρσης, η αιμοκάθαρση έχει πολύ μικρές απώλειες πρωτεϊνών, γιατί τα μεγάλα μόρια των πρωτεϊνών δεν περνούν την μεμβράνη διύλισης. Ωστόσο, μικρότερα μόρια, όπως ηλεκτρολύτες βιταμίνες, φυλλικό οξύ και αμινοξέα περνούν εύκολα τη μεμβράνη αυτή. Οι απώλειες διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο του φίλτρου του τεχνητού νεφρού και από ορισμένα χαρακτηριστικά της αιμοκάθαρσης, όπως είναι η αύξηση της ροής, η σύνθεση υγρού διύλισης, η αρνητική πίεση φίλτρου κ.λπ. Έχουν αναφερθεί απώλειες 2-3g αμινοξέων για κάθε ώρα διύλισης.

Σε ασθενείς με περιοδική αιμοκάθαρση έχει επίσης ερευνηθεί ή αξία της συμπληρωματικής χορήγησης των απαραίτητων αμινοξέων. Έρευνες έχουν δείξει ότι όταν χορηγούνται ουσιώδη αμινοξέα, σύμφωνα με το σχήμα Rose, τότε παρατηρείται βελτίωση των βιοχημικών παραμέτρων που είναι ενδεικτικές υποσιτισμού και κυρίως της τρανσφερρίνης και του C₃, στοιχείου του συμπληρώματος. Παρόλα αυτά, δεν έχει ακόμη καθορισθεί ο κατάλληλος χρόνος και τρόπος της χορήγησης παρόμοιων διαιτητικών εμπλουτισμών.

Σχετικά με την περιτοναϊκή κάθαρση, αυτή συνδέεται με σημαντικές απώλειες πρωτεϊνών και ιδιαίτερα λευκωματίνης, ανοσοσφαιρινών (IgG) και αμινοξέων. Η απώλεια των πρωτεϊνών κυμαίνεται μεταξύ 20-60g /40 φιάλες (1 λίτρου περιτοναϊκού διαλύματος), ενώ των αμινοξέων σε 5-10g /40 φιάλες (1 λίτρου περιτοναϊκού διαλύματος). Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι ή περιτοναϊκή κάθαρση συνοδεύεται συχνά από υποπρωτεϊναιμία, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που χορηγούνται δίαιτες φτωχές σε πρωτεΐνες. Οι απώλειες αυτές θα πρέπει να αντικαθίστανται με αυξημένες πρωτεϊνικές προσλήψεις με την δίαιτα ή με παρεντερική χορήγηση πλάσματος ή αμινοξέων. Προσθήκη αμινοξέα στο περιτοναϊκό διάλυμα, έχει αποδειχθεί ότι, μειώνει την απώλεια των αμινοξέων. Επίσης, αναφέρθηκαν απώλειες βιταμινών τού συμπλέγματος Β και ιδιαίτερα τού φυλλικού οξέος. Οι απώλειες αυτές πρέπει να καλύπτονται με την καθημερινή επιπρόσθετη πρόσληψή τους.³⁷

5.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η νεφρική ανεπάρκεια και οι διαδικασίες αποκατάστασης στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς, επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την σωματική και ψυχική υγεία τους, καθώς επίσης και την συνολική λειτουργική κατάσταση του οργανισμού τους.

Οι ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία, έχουν ταλαιπωρηθεί και ταλαιπωρούνται για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα αυτοί να αισθάνονται εξασθενημένοι και καταβεβλημένοι. Τις περισσότερες φορές, πολλοί από αυτούς αναγκάζονται να παρατήσουν

³⁷ Παπανικολάου Γ. (2005). «Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία. Βασικοί κανόνες διατροφής και δίαιτας για όλες τις ηλικίες. Δίαιτες για όλες τις παθήσεις». Εκδόσεις: Ουμάρι, Αθήνα

τις δουλείες τους, την οικογένεια τους και σε ορισμένες περιπτώσεις την πόλη τους. Αυτό γίνεται κυρίως γιατί είναι αναγκαίο να βρίσκονται κοντά σε κάποιο νοσοκομειακό χώρο που να διαθέτει μονάδες τεχνητού νεφρού.

Η συνεχής εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, αποτελεί έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα, ο οποίος πολλές φορές επηρεάζει την συναισθηματική τους κατάσταση. Τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια είναι η κατάθλιψη και το άγχος.

Η κατάθλιψη αποτελεί την συνηθέστερη επιπλοκή για τους ασθενείς της νεφρικής ανεπάρκειας. Το φαινόμενο της κατάθλιψης παρουσιάζεται κυρίως από τον φόβο για μια απώλεια. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση των ασθενών, καθώς και τα συναισθήματα απελπισίας που κυριαρχούν. Ωστόσο, το συναίσθημα της κατάθλιψης επιφέρει εκτός από δύσκολες ψυχολογικά καταστάσεις και σωματικές επιπτώσεις. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι διαταραχές του ύπνου, η απώλεια του βάρους, η μειωμένη έως ανύπαρκτη σεξουαλική δραστηριότητα, καθώς και η αφυδάτωση, η κόπωση, ο πόνος στις αρθρώσεις, ο πονοκέφαλος και οι κράμπες.

Η δεύτερη σημαντική ψυχολογική επίπτωση που επιφέρουν οι διαδικασίες της αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκής κάθαρσης στους ασθενείς, είναι το στρες. Το άγχος μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους. Εκτός από τις ψυχολογικές επιπτώσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, δηλαδή η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απώλεια της εργασίας, η απομόνωση από κοινωνικές ομάδες, το στρες μπορεί να εκδηλωθεί και με σωματικά ή οικογενειακά προβλήματα. στην πρώτη περίπτωση αναφερόμαστε στην κόπωση, την μείωση του βάρους, τις διαταραχές του ύπνου, κ.λπ., ενώ στην δεύτερη περίπτωση μια τέτοια κατάσταση επηρεάζει την αρμονία της οικογένειας. Το άγχος αναγκάζει τον ασθενή

της νεφρικής ανεπάρκειας πολλές φορές να είναι στα όρια του και να έρχεται σε αντιπαράθεση με τον οικογενειακό του κύκλο. Μια συνηθισμένη αιτία που προκαλεί αυτές τις καταστάσεις είναι ο φόβος του θανάτου και το αβέβαιο μέλλον.

Απόρροια των παραπάνω είναι οι συνεχείς συγκρούσεις των ασθενών με όσους συναναστρέφονται. Μπορεί αυτοί να είναι το νοσηλευτικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό του νοσοκομείου, η οικογένεια του ασθενή, οι φίλοι, καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Πολλές φορές η μη αποδοχή της ασθένειας και της αλλαγής του τρόπου ζωής τους, τους αναγκάζει να προβούν σε ενέργειες που είναι λανθασμένες και σε ορισμένες περιπτώσεις θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ακραίες, όπως για παράδειγμα οι απόπειρες αυτοκτονίας που επιχειρούν. Σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας δεν ευθύνεται αποκλειστικά το ψυχολογικό στρες αλλά και τα καταθλιπτικά συναισθήματα που έχουν αποκτήσει οι ασθενείς.

Η ψυχολογική προσαρμογή του αιμοκαθαιρόμενου ασθενή είναι συνάρτηση δύο παραγόντων. Ο πρώτος και καθοριστικός παράγοντας είναι η προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά της που διαθέτει κάθε ένας ξεχωριστά. Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει κάθε άνθρωπος την ασθένεια του και τις διαδικασίες τις οποίες θα υποβληθεί είναι διαφορετικός. Σημαντική παράμετρος σε αυτήν την περίπτωση είναι η εξέλιξη της νόσου.

Ο δεύτερος και εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι η στάση που θα κρατήσει ο κοινωνικός περίγυρος απέναντι στον ασθενή. Σημειώνεται ότι ο ασθενής που υποβάλλεται σε διαδικασίες αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης, οι ανάγκες για ψυχολογική υποστήριξη είναι πολύ σημαντικό να εκπληρώνονται. Το νοσηλευτικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό αρχικά πρέπει να παρέχουν στον ασθενή την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη, καθώς η καλή ψυχολογική

κατάσταση έχει αποδειχθεί ότι επιδρά θετικά στην εξέλιξη της νόσου. Από την άλλη πλευρά η ψυχολογική υποστήριξη κρίνεται αναγκαία και από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, καθώς επίσης και από τον ευρύτερο κοινωνικό του κύκλο, όπως είναι οι φίλοι.³⁸

5.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η ποιότητα της ζωής των ασθενών που ζουν με νεφρική δυσλειτουργία και παραπέμπονται σε διαδικασίες αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκής κάθαρσης, εξαρτάται από παράγοντες όπως είναι η κοινωνικοοικονομική δομή της χώρας, η ηλικία και το φύλο.

Οι προσωπικές και κοινωνικές τους σχέσεις επηρεάζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την ασθένεια της νεφρικής ανεπάρκειας. Η συμπεριφορά τους είναι διαφορετική σε σχέση με την συμπεριφορά που είχαν πριν από την πάθηση. Όπως ήδη αναφέρθηκε πολλοί από αυτούς γίνονται νευρικοί, ευερέθιστοι και αγχώδεις. Η συμπεριφορά τους αυτή απέναντι στην οικογένεια και την κοινωνία γενικότερα, τους αναγκάζει τις περισσότερες φορές να απομονώνονται από τους άλλους και γίνονται πιο αντικοινωνικοί, μην μπορώντας να συμμετέχουν σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις.

Ωστόσο, οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια οφείλουν να νιώθουν δραστήριοι, να έχουν αυτοεκτίμηση και να συνεχίσουν να προσφέρουν απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Λίγοι από αυτούς καταφέρνουν να λειτουργήσουν έτσι. Αυτοί είναι κυρίως νέοι, δημιουργούν κοινωνικές σχέσεις και φιλίες. Δεν παύουν παρόλα αυτά να αισθάνονται λίγο

³⁸ Αναγνωστόπουλος Φ., Καραδήμας Ε. (2008). «Υγεία και ασθένεια. Ψυχολογικές διεργασίες». Εκδόσεις: Λιβάνη, Αθήνα

Σπύρου Α. (2004). «Το στρες στους χρόνιους ασθενείς με αιμοκάθαρση». Νοσηλευτική σχολή του Υπουργείου Υγείας για το δίπλωμα στην Νοσηλευτική Διοίκηση.

μειονεκτικά απέναντι στους άλλους, νιώθοντας ανήμποροι να καταφέρουν ορισμένα πράγματα και να συμμετέχουν σε ορισμένες εκδηλώσεις.³⁹

5.6 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Όσοι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, σήμερα βρίσκονται σε οριακή κατάσταση. Από την μία πλευρά, είναι ορατό το ενδεχόμενο να περικοπούν τα προνοιακά και αναπηρικά επιδόματα, όπως το διατροφικό επίδομα που λαμβάνουν οι νεφροπαθείς, αλλά και οι ελάχιστες φοροαπαλλαγές που ισχύουν για αυτούς. Χιλιάδες νεφροπαθείς αγωνίζονται καθημερινά για την εξεύρεση των αναγκαίων για τη ζωή τους φαρμάκων. Μεταμοσχευμένοι που δε διαθέτουν τα απαραίτητα χρήματα για την αγορά πανάκριβων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων κινδυνεύουν άμεσα να απορρίψουν τα μοσχεύματα. Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που διαμένουν σε μεγάλες αποστάσεις από τις μονάδες τους, αδυνατούν να μεταφερθούν προς αυτές καθώς δεν καταβάλλονται σε αυτούς τα έξοδα των παραπάνω μετακινήσεων.⁴⁰

Από την άλλη πλευρά, οι νοσοκομειακοί χώροι έχουν έλλειψη από πολλά βασικά υλικά τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την θεραπεία και την ζωή των ασθενών. Μέσα σε αυτήν την κατηγορία εντάσσονται και οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Είναι ενδεικτικό ότι πολλά νοσοκομεία σήμερα, δεν έχουν πια τη δυνατότητα να προμηθεύονται φίλτρα νεφρού με συνέπεια οι νεφροπαθείς να μην μπορούν να κάνουν αιμοκάθαρση.

³⁹ Αναγνωστόπουλος Φ., Καραδήμας Ε. (2008). «Υγεία και ασθένεια. Ψυχολογικές διεργασίες». Εκδόσεις: Λιβάνη, Αθήνα

⁴⁰ http://nefrothes.blogspot.gr/2012_07_01_archive.html

Λόγω της έλλειψης των βασικών υλικών, καθημερινά αναβάλλονται δεκάδες χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ σε πολλές από αυτές γίνονται οι άκρως απαραίτητες και οι υπόλοιπες μετατίθενται σε μεταγενέστερη ημερομηνία.

Ο πρώην υφυπουργός Υγείας καθηγητής χειρουργικής Αθανάσιος Γιαννόπουλος, μέσα από μια δήλωση του επιβεβαιώνει το τεράστιο οικονομικό πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς ασθενείς. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι έχει δημιουργηθεί μεγάλο πρόβλημα στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, όπου δεν υπάρχει δυνατότητα τροφοδοσίας φίλτρων τεχνητού νεφρού, με αποτέλεσμα να τίθεται σε κίνδυνο άμεσα η υγεία των νεφροπαθών της χώρας.⁴¹

⁴¹ <http://www.iatropedia.com/articles/read/1929>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

6.1 Η ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Έπειτα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, κρίθηκε απαραίτητη η διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας για να διαπιστωθούν οι πραγματικές ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και υποβάλλονται στις διαδικασίες της αιμοκάθαρσης και της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Σκοπός της έρευνας ήταν να συλλεχθούν στοιχεία από τους ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία, σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όταν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση.

Στην παρούσα έρευνα αξιοποιήθηκε το εργαλείο του ερωτηματολογίου, προκειμένου να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα των δεδομένων.

6.1.1. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι υποθέσεις που διατυπώθηκαν κατά την ερευνητική διαδικασία είναι οι εξής:

- Ø Εάν οι διαδικασίες της αιμοκάθαρσης και της περιτοναϊκής κάθαρσης έχουν επηρεάσει την προσωπική ζωή των ασθενών.

- Ø Εάν έχουν υποστήριξη και σε ποιο επίπεδο από τις οικογένειες τους και τον κοινωνικό περίγυρο.
- Ø Εάν εργάζονται.
- Ø Εάν συνεχίζουν να είναι δραστήριοι μέσα στην κοινωνία.
- Ø Εάν επιθυμούν ορισμένες παροχές από την κοινωνία.
- Ø Εάν έχουν καλή ψυχολογική κατάσταση.

6.1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι στόχοι που τέθηκαν για την διερεύνηση του θέματος είναι οι ακόλουθοι:

- Û Διερεύνηση του ποσοστού των ατόμων που επιλέγουν την αιμοκάθαρση ή την περιτοναϊκή κάθαρση και εάν είχαν ενημερωθεί για αυτήν πριν την επιλογή της.
- Û Διερεύνηση του ποσοστού των ασθενών που έχει επηρεαστεί η προσωπική και κοινωνική τους ζωή.
- Û Σε ποιο βαθμό οι ασθενείς βρίσκουν ικανοποιητική την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα,
- Û Εάν υπάρχει στήριξη από το οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον και τι είδους στήριξη είναι.
- Û Διερεύνηση των αναγκών και των παροχών που χρειάζονται οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια.

6.1.3 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Δειγματοληψία είναι μια απογραφή σε ένα τμήμα του ολικού πληθυσμού που ονομάζεται δείγμα. Τα δείγματα επιλέγονται τυχαία ή με

έναν συγκεκριμένο τρόπο ώστε να διατηρείται σε αυτά η αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού.

Για την πραγματοποίηση μιας δειγματοληπτικής μεθόδου απαιτούνται τρεις ενέργειες: ο προσδιορισμός του δείγματος, ο προσδιορισμός του μεγέθους του δείγματος και ο προσδιορισμός του τρόπου επιλογής των μονάδων του δείγματος.⁴²

Το δείγμα αποτέλεσαν 57 ασθενείς που υποβάλλονται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης και 23 ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση. Σημειώνεται ότι αρνήθηκαν να απαντήσουν 17 ασθενείς από την αιμοκάθαρση και 8 ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση. Επομένως το τελικό δείγμα των ερωτηθέντων ήταν 40 ασθενείς στην πρώτη περίπτωση και 15 ασθενείς στην δεύτερη.

6.1.4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί τον πιο διαδεδομένο τρόπο συγκέντρωσης πρωτογενών πληροφοριών, στα οποία καταχωρούνται από τους ερωτώμενους ή τους ερευνητές οι σχετικές πληροφορίες.

Πολύ σημαντική για την επιτυχία της έρευνας είναι η κατάρτιση, η προώθηση, η συμπλήρωση και η υποδοχή των ερωτηματολογίων από τους ερωτηθέντες.

Προκειμένου να διαμορφωθεί το ερωτηματολόγιο λήφθηκε υπόψη η γενική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Το ερωτηματολόγιο ήταν σύντομο ώστε να ελκύσει τους ασθενείς να απαντήσουν. Έγινε προσπάθεια ώστε οι ερωτήσεις να είναι σαφείς, σύντομες και απλές ως

⁴² Παπαδημητρίου Γιάννης (2005). «Περιγραφική στατιστική». Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα

προς την διατύπωση για να μην υπάρξουν φαινόμενα μη κατανόησης από τους ασθενείς.⁴³

⁴³ Παπαδημητρίου Γιάννης (2005). «Περιγραφική στατιστική». Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα

6.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ερώτηση 1.

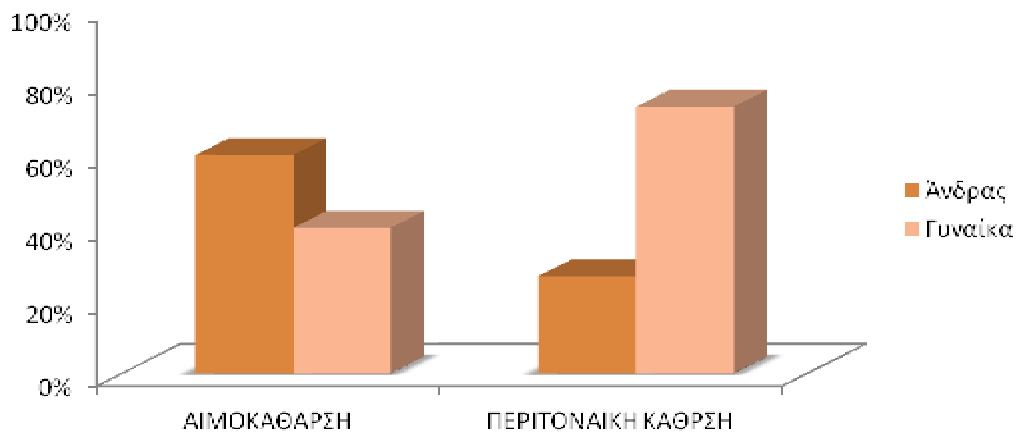
Φύλλο

- i. Άντρας
- ii. Γυναίκα

Πίνακας 1. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την πρώτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Άνδρας</i>	24	60%	4	26,7%
<i>Γυναίκα</i>	16	40%	11	73,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 1. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 1.



Η πρώτη ερώτηση αναφέρεται σε κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά και παρατηρείται ότι μεγαλύτερο ποσοστό στην αιμοκάθαρση κατέχουν οι άνδρες, ενώ στην περιτοναϊκή κάθαρση οι γυναίκες.

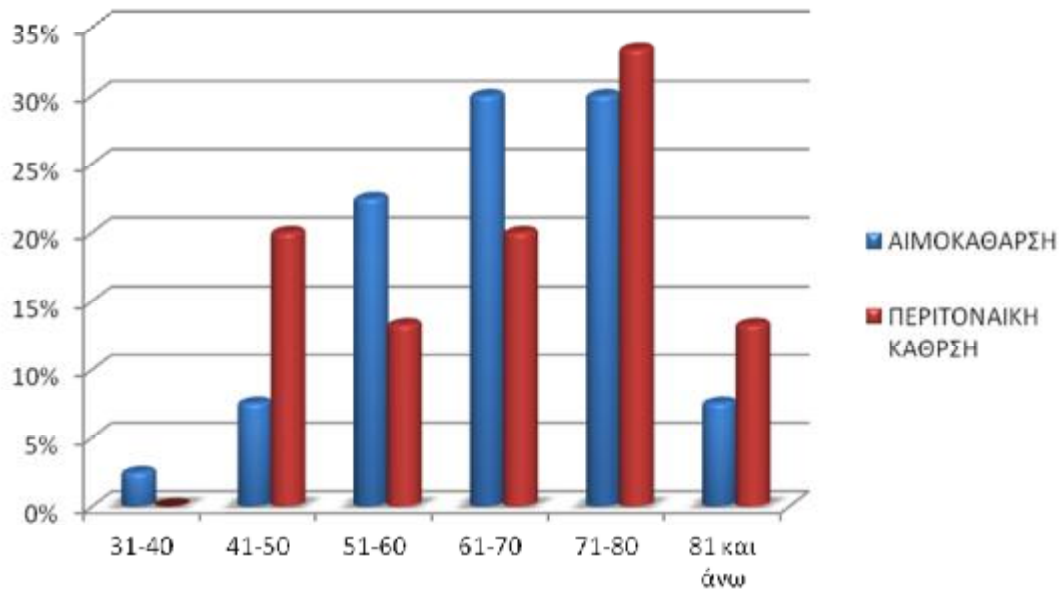
Ερώτηση 2.

Ηλικία

Πίνακας 2. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δεύτερη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>31-40</i>	1	2,5%	0	0%
<i>41-50</i>	3	7,5%	3	20%
<i>51-60</i>	9	22,5%	2	13,3%
<i>61-70</i>	12	30%	3	20%
<i>71-80</i>	12	30%	5	33,4%
<i>81 και άνω</i>	3	7,5%	2	13,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 2. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 2.



Από την συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρείται ότι τα άτομα μέχρι και 50 ετών επιλέγουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την περιτοναϊκή κάθαρση (20%),σε σχέση με την αιμοκάθαρση (7,5%).

Ερώτηση 3.

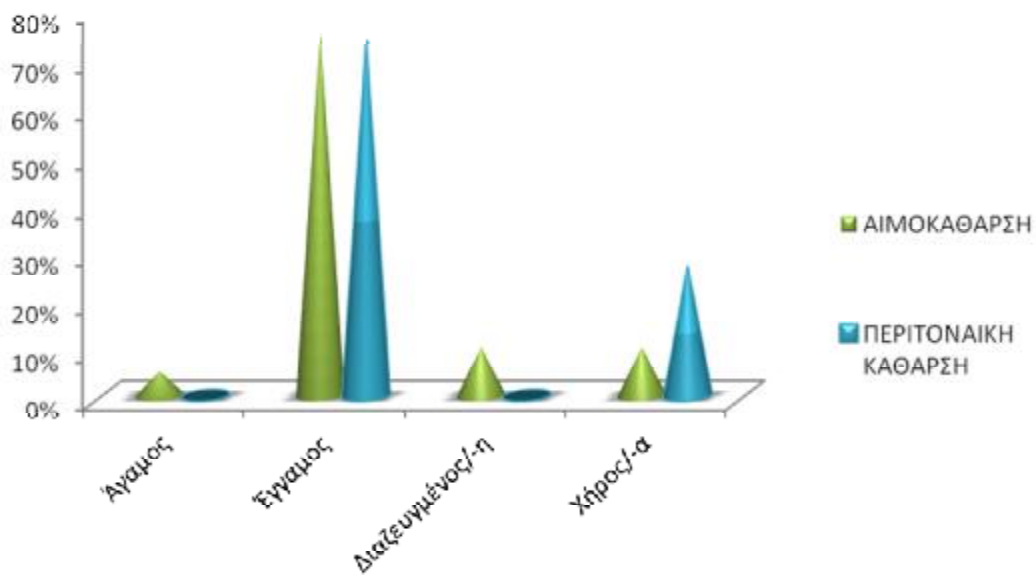
Οικογενειακή κατάσταση

- i. Άγαμος
- ii. Έγγαμος
- iii. Διαζευγμένος/-η
- iv. Χήρος/-α

Πίνακας 3. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την τρίτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Άγαμος</i>	2	5%	0	0%
<i>Έγγαμος</i>	30	75%	11	73,3%
<i>Διαζευγμένος/-η</i>	4	10%	0	0%
<i>Χήρος/-α</i>	4	10%	4	26,7%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40		15	100%

Διάγραμμα 3. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 3.



Η παρούσα ερώτηση αναφέρεται στην προσωπική κατάσταση των ασθενών και παρατηρείται όλοι το σύνολο τους είναι έγγαμοι, τόσο στην αιμοκάθαρση, όσο στην περιτοναϊκή κάθαρση.

Ερώτηση 4.

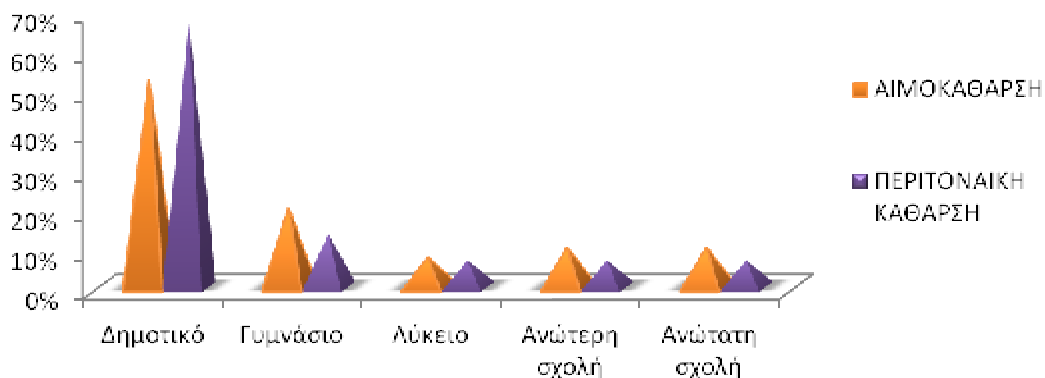
Γραμματικές γνώσεις

- i. Δημοτικό
- ii. Γυμνάσιο
- iii. Λύκειο
- iv. Ανώτερη σχολή
- v. Ανώτατη σχολή

Πίνακας 4. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την τέταρτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Δημοτικό</i>	21	52,5%	10	66,6%
<i>Γυμνάσιο</i>	8	20%	2	13,3%
<i>Λύκειο</i>	3	7,5%	1	6,7%
<i>Ανώτερη σχολή</i>	4	10%	1	6,7%
<i>Ανώτατη σχολή</i>	4	10%	1	6,7%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 4. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 4.



Παρατηρείται ότι το 52,5% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, καθώς και το ποσοστό 66,6% των ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση είναι απόφοιτοι δημοτικού. Στην συγκεκριμένη περίπτωση κάτι τέτοιο είναι λογικό για τον λόγο ότι πρόκειται για άτομα κυρίως τρίτης ηλικίας, τα οποία έχουν αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις και δεν είχαν την δυνατότητα να συνεχίσουν την σχολική τους ζωή.

Ερώτηση 5.

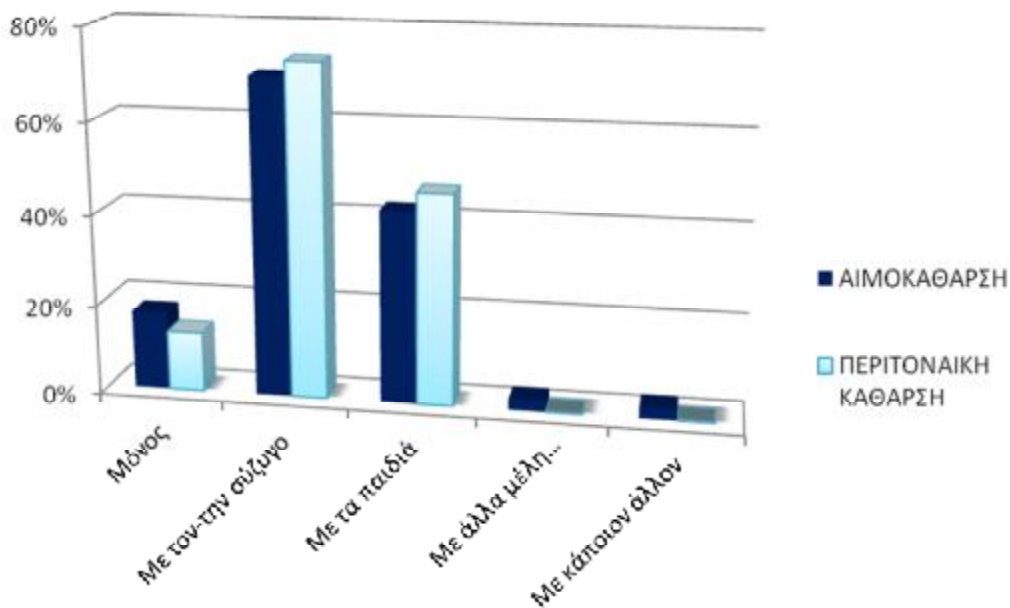
Με ποιους άλλους κατοικείται στο σπίτι

- i. Ζείτε μόνος
- ii. Με τον/-την σύζυγο
- iii. Με τα παιδιά σας
- iv. Με άλλα μέλη της οικογένειας
- v. Με κάποιον άλλο

Πίνακας 5. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την πέμπτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Μόνος</i>	7	17,5%	2	13,3%
<i>Με τον-την σύζυγο</i>	28	70%	11	73,3%
<i>Με τα παιδιά</i>	17	42,5%	7	46,6%
<i>Με άλλα μέλη της οικογένειας</i>	1	2,5%	0	0%
<i>Με κάποιον άλλον</i>	1	2,5%	0	0%

Διάγραμμα 5. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 5.



Το 70% των ασθενών με αιμοκάθαρση απάντησαν ότι ζουν με τον ή την σύζυγο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την περιτοναϊκή κάθαρση είναι περίπου 73%. Μεγάλα ποσοστά σημειώνονται επίσης και σε αυτούς που ζουν μαζί με τα παιδιά τους. Στην περίπτωση της αιμοκάθαρσης το ποσοστό είναι 42,5%, ενώ στην περιτοναϊκή κάθαρση ανέρχεται στο 46,6%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλοί από τους ασθενείς έχουν απαντήσει ότι ζουν μαζί με τον/-την σύντροφο τους, καθώς επίσης και με τα παιδιά τους.

Ερώτηση 6Α.

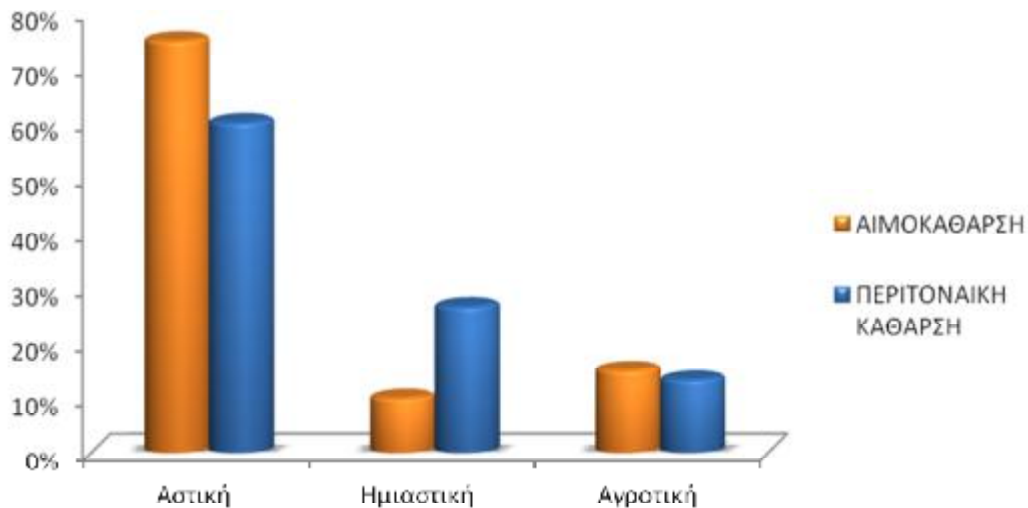
Α. Τόπος κατοικίας

- i. Αστική περιοχή
- ii. Ημιαστική περιοχή
- iii. Αγροτική περιοχή

Πίνακας 6Α. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την έκτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Αστική</i>	30	75%	9	60%
<i>Ημιαστική</i>	4	10%	4	26,7%
<i>Αγροτική</i>	6	15%	2	13,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 6Α. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 6Α.



Ερώτηση 6B.

Ποια είναι η απόσταση του νοσοκομείου ή του κέντρου αιμοκάθαρσης από το σπίτι σας.

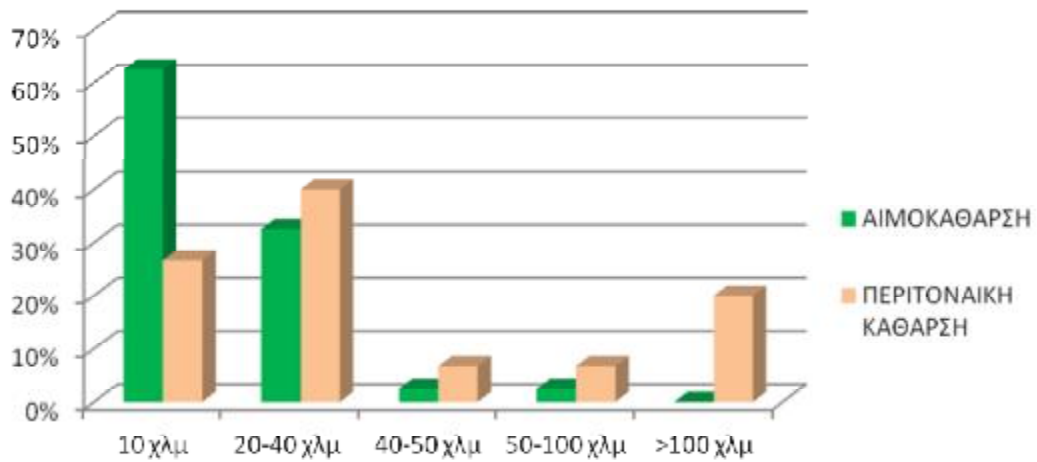
- i. 10 χιλιόμετρα
- ii. 20-40 χιλιόμετρα
- iii. 40-50 χιλιόμετρα
- iv. 50-100 χιλιόμετρα
- v. Πάνω από 100 χιλιόμετρα

Πίνακας 6B. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την έκτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>10 χλμ</i>	25	62,5%	4	26,6%
<i>20-40 χλμ</i>	13	32,5%	6	40%
<i>40-50 χλμ</i>	1	2,5%	1	6,7%
<i>50-100 χλμ</i>	1	2,5%	1	6,7%

>100 χλμ	0	0%	3	20%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 6B. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 6B.



Από την παραπάνω ερώτηση παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, είτε υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, είτε σε περιτοναϊκή κάθαρση, διαμένει σε αστικές περιοχές. Σχετικά με τις ημιαστικές περιοχές έχει παρατηρηθεί μια προτίμηση στην περιτοναϊκή κάθαρση με ποσοστό περίπου 27% έναντι 10% στην αιμοκάθαρση, ενώ στις αγροτικές περιοχές υπάρχει ισοκατανομή.

Ερώτηση 7.

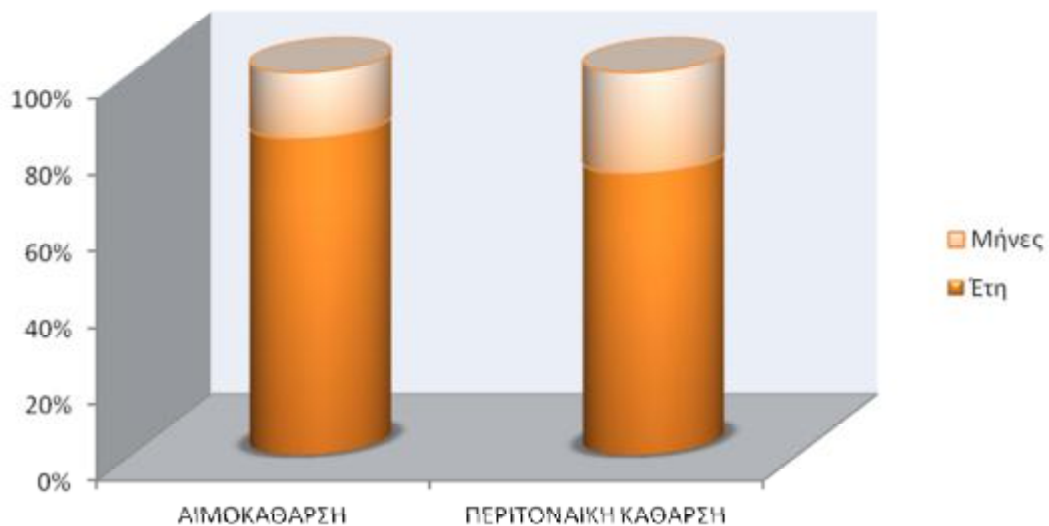
Χρονικό διάστημα που βρίσκεστε σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας

- i. Έτη
- ii. Μήνες

Πίνακας 7. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την έβδομη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Έτη</i>	33	82,5%	11	73,3%
<i>Μήνες</i>	7	17,5%	4	26,7%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 7. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 7.



Η έβδομη καθώς και η όγδοη ερώτηση που ακολουθεί υπολογίζει το χρονικό διάστημα που υποβάλλονται οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση. Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ασθενών υποβάλλεται σε ενέργειες για υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας για χρόνια.

Ερώτηση 8.

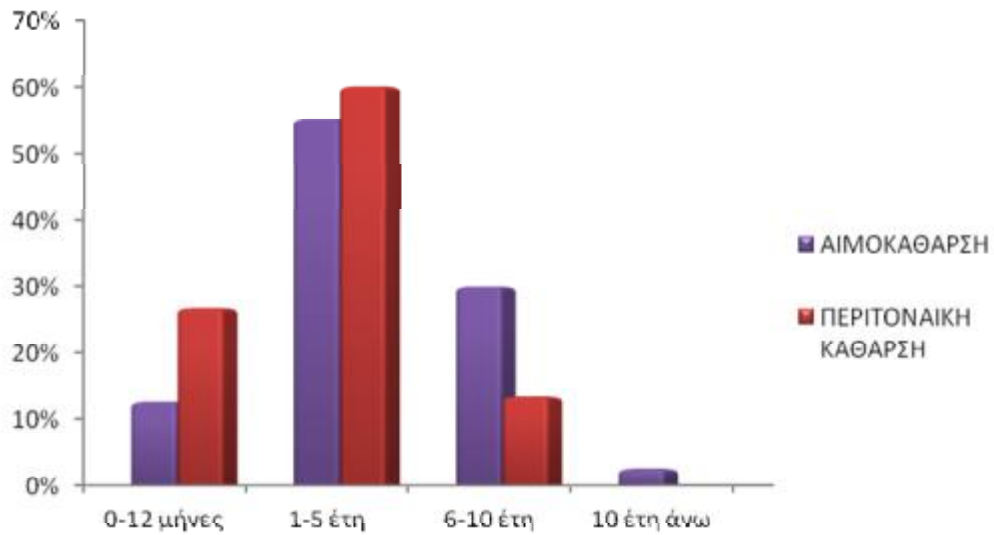
Μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας που έχετε ακολουθήσει

- i. Αιμοκάθαρση έτη..... μήνες.....
- ii. Περιτοναϊκή κάθαρση έτη..... μήνες.....

Πίνακας 8. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την όγδοη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>0-12 μήνες</i>	5	12,5%	4	26,7%
<i>1-5 έτη</i>	22	55%	9	60%
<i>6-10 έτη</i>	12	30%	2	13,3%
<i>10 έτη άνω</i>	1	2,5%	0	0%
<u><i>ΣΥΝΟΛΟ</i></u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 8. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 8.



Η πλειονότητα των ατόμων που ερωτήθηκαν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση 1 έως 5 έτη σε ποσοστό 55% ενώ αντίστοιχη επιλογή διάρκειας περιτοναϊκής κάθαρσης ανήλθε στο 60%.

Ερώτηση 9.

Αν είχατε την επιλογή να διαλέξετε, θα διαλέγατε

- i. Περιτοναϊκή κάθαρση
- ii. Αιμοκάθαρση

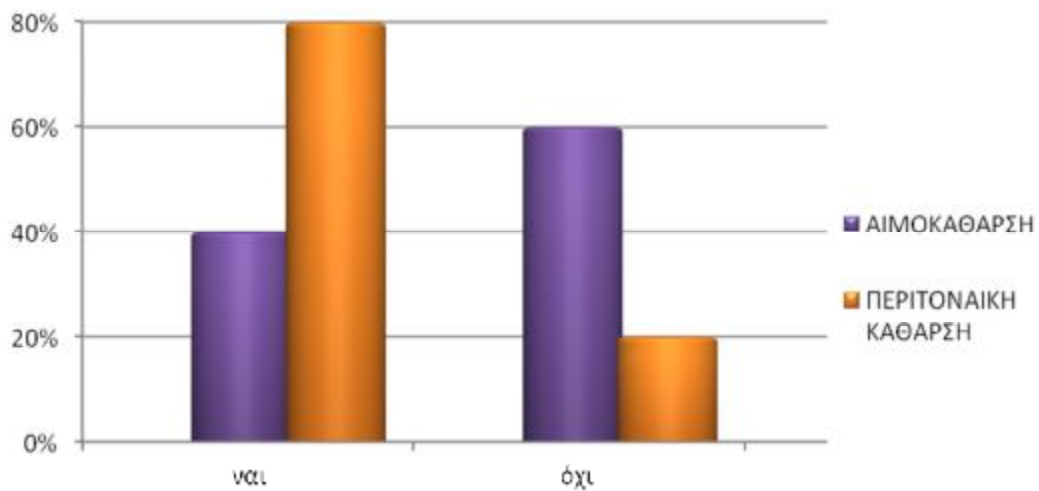
Ενημερωθήκατε για την επιλογή της μεθόδου

- i. Ναι
- ii. Όχι

Πίνακας 9. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την ένατη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>ναι</i>	16	40%	12	80%
<i>όχι</i>	24	60%	3	20%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 9. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 9.



Από τη παραπάνω ερώτηση αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι από τους 40 ερωτηθέντες το 60% από αυτούς που κάνουν αιμοκάθαρση, δεν είχαν ενημερωθεί για την επιλογή της μεθόδου, ενώ σχετικά με την περιτοναϊκή κάθαρση το ποσοστό 80% από αυτούς που υποβάλλονται στην διαδικασία, είχαν ήδη ενημερωθεί.

Ερώτηση 10.

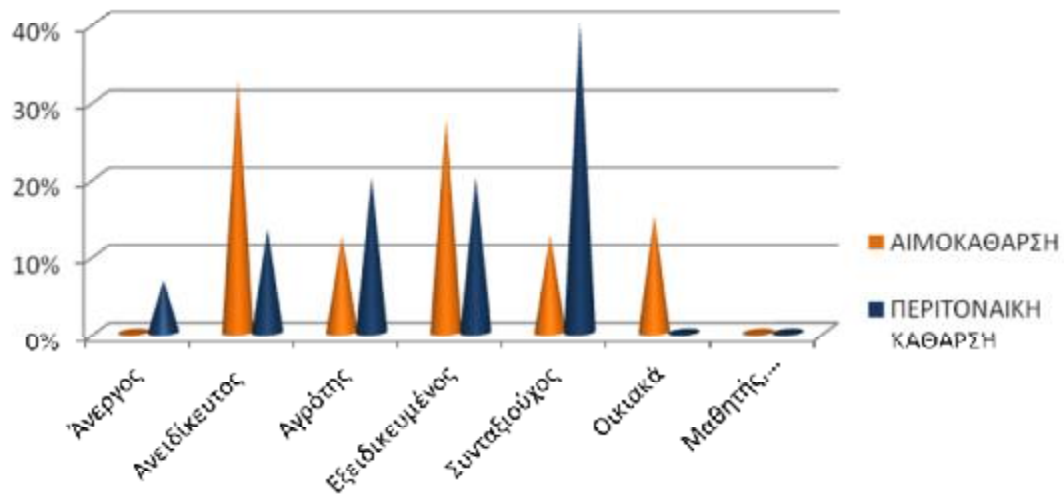
Εργασία πριν από την πάθηση

- i. Άνεργος
- ii. Ανειδίκευτος εργάτης
- iii. Αγρότης
- iv. Εξειδικευμένη εργασία
- v. Συνταξιούχος
- vi. Οικιακά
- vii. Μαθητής σπουδαστής

Πίνακας 10. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Άνεργος</i>	0	0%	1	6,7%
<i>Ανειδίκευτος</i>	13	32,5%	2	13,3%
<i>Αγρότης</i>	5	12,5%	3	20%
<i>Εξειδικευμένος</i>	11	27,5%	3	20%
<i>Συνταξιούχος</i>	5	12,5%	6	40%
<i>Οικιακά</i>	6	15%	0	0%
<i>Μαθητής, σπουδαστής</i>	0	0%	0	0%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 10. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 10.



Παρατηρείται ότι στην αιμοκάθαρση το μεγαλύτερο ποσοστό με 32,5% είναι ανειδίκευτοι εργάτες, ενώ στην περιτοναϊκή κάθαρση είναι συνταξιούχοι με ποσοστό 40%.

Ερώτηση 11.

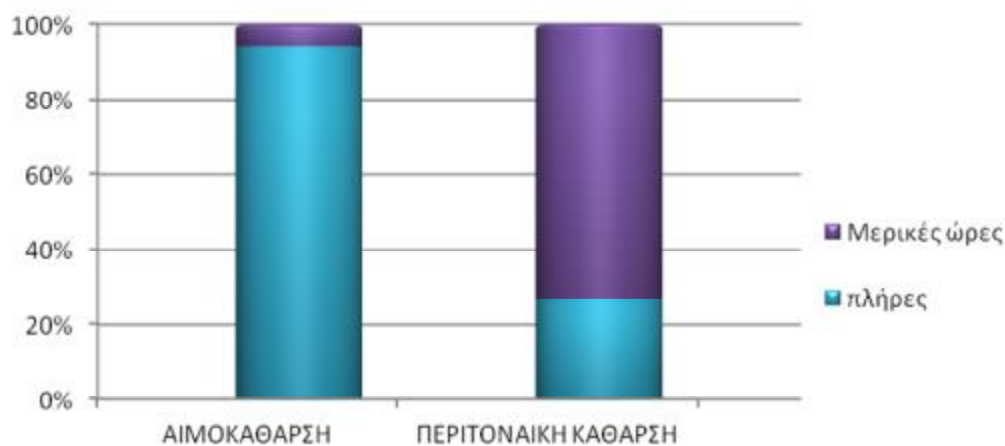
Το ωράριο εργασίας ήταν

- i. Πλήρες
- ii. Μερικές ώρες απασχόλησης

Πίνακας 11. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την ενδέκατη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>πλήρες</i>	33	94,3%	4	26,7%
<i>Μερικές ώρες</i>	2	5,7%	11	73,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	35	100%	15	100%

Διάγραμμα 11. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 11.



Στην παρούσα ερώτηση το ποσοστό 95% περίπου των ασθενών με αιμοκάθαρση είχαν πλήρες ωράριο, ενώ το 73% περίπου αυτών με περιτοναϊκή κάθαρση, εργάζονταν μερικές ώρες την μέρα.

Ερώτηση 12.

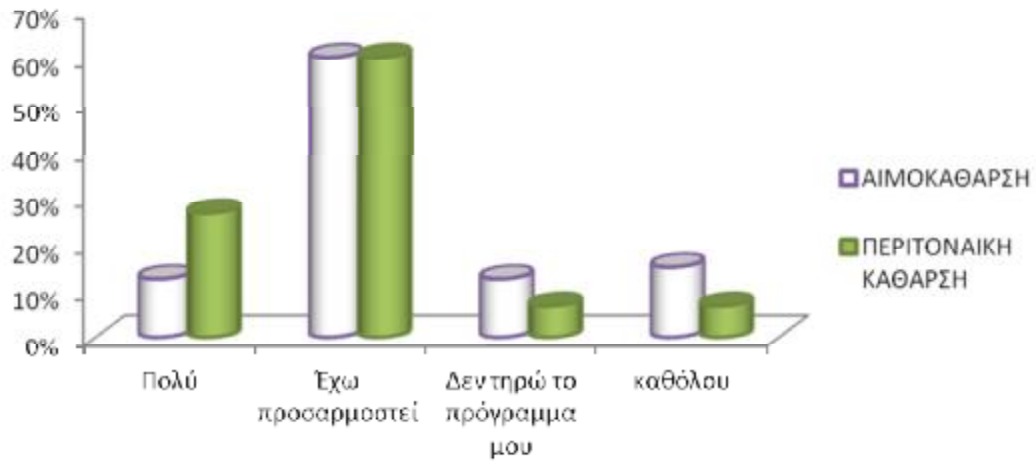
Οι αλλαγές στις διατροφικές σας συνήθειες, σας έχουν επηρεάσει

- i. Πολύ
- ii. Ναι, αλλά έχω προσαρμοστεί
- iii. Λίγο, δεν τηρώ πλήρως το πρόγραμμα μου
- iv. Καθόλου

Πίνακας 12. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δωδέκατη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Πολύ</i>	5	12,5%	4	26,6%
<i>Έχω προσαρμοστεί</i>	24	60%	9	60%
<i>Δεν τηρώ το πρόγραμμα μου</i>	5	12,5%	1	6,7%
<i>καθόλου</i>	6	15%	1	6,7%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 12. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 12.



Το 60% των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, δήλωσε ότι αν και έχουν επηρεαστεί οι διατροφικές τους συνήθειες, έχουν πλέον προσαρμοστεί στην νέα τους ζωή. Σημειώνεται επίσης, ότι περίπου το 27% των ασθενών που κάνουν περιτοναϊκή κάθαρση έχει δηλώσει ότι οι αλλαγές στο διατροφικό επίπεδο έχουν επηρεάσει πολύ την ζωή τους.

Ερώτηση 13.

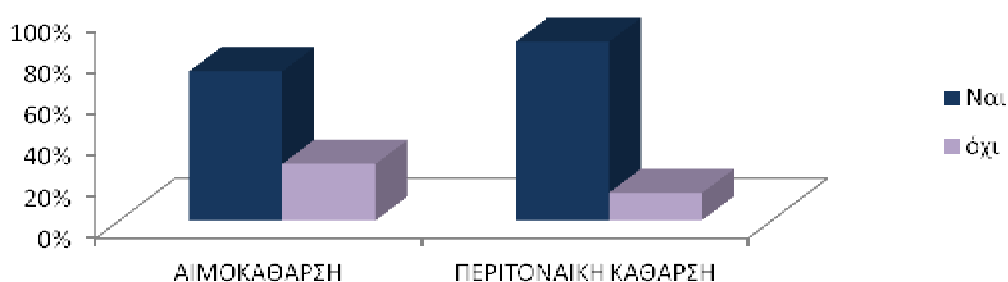
Αυτοεξυπηρετείστε τις ημέρες που κάνετε κάθαρση

- i. Ναι
- ii. Όχι

Πίνακας 13. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη τρίτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Ναι</i>	29	72,5%	13	86,7%
<i>όχι</i>	11	27,5%	2	13,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 13. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 13.



Το 73% και το 87% περίπου των ασθενών που κάνουν αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση αντίστοιχα, δηλώνουν ότι μπορούν αν αυτοεξυπηρετηθούν κατά τις μέρες που κάνουν κάθαρση.

Ερώτηση 14.

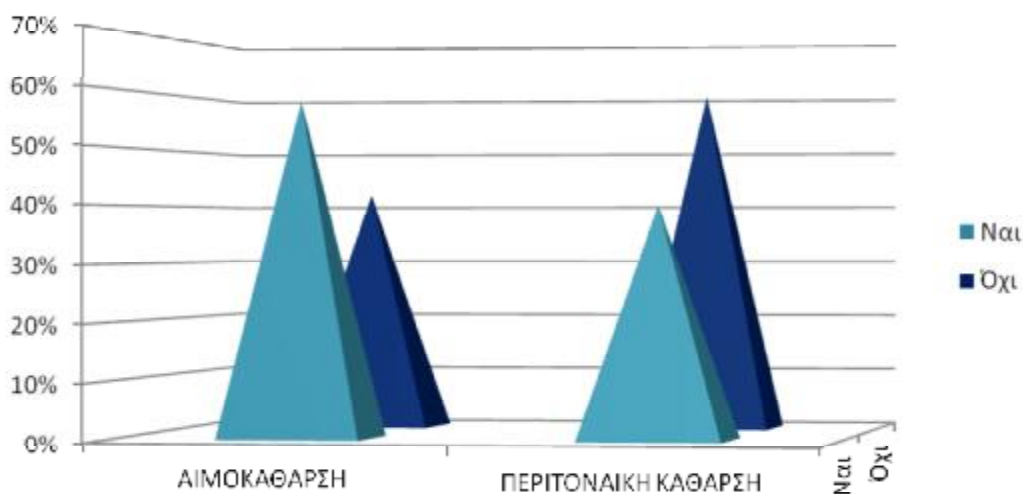
Εάν τηρούσατε τις προϋποθέσεις, θα επιλέγατε την μεταμόσχευση

- i. Ναι
- ii. Όχι

Πίνακας 14. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη τέταρτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Ναι</i>	22	57,9%	6	40%
<i>Όχι</i>	16	42,1%	9	60%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	38	100%	15	100%

Διάγραμμα 14. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 14.



Αντίθετες απαντήσεις στην ερώτηση για το αν θα επέλεγαν μεταμόσχευση νεφρού έδωσαν οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Το 58% των ασθενών που κάνουν αιμοκάθαρση εμφανίζεται θετικό σε μια μεταμόσχευση νεφρού, ενώ το 60% των

ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, δεν θα προχωρούσε σε μια εγχείριση για προσθήκη μοσχεύματος.

Ερώτηση 15.

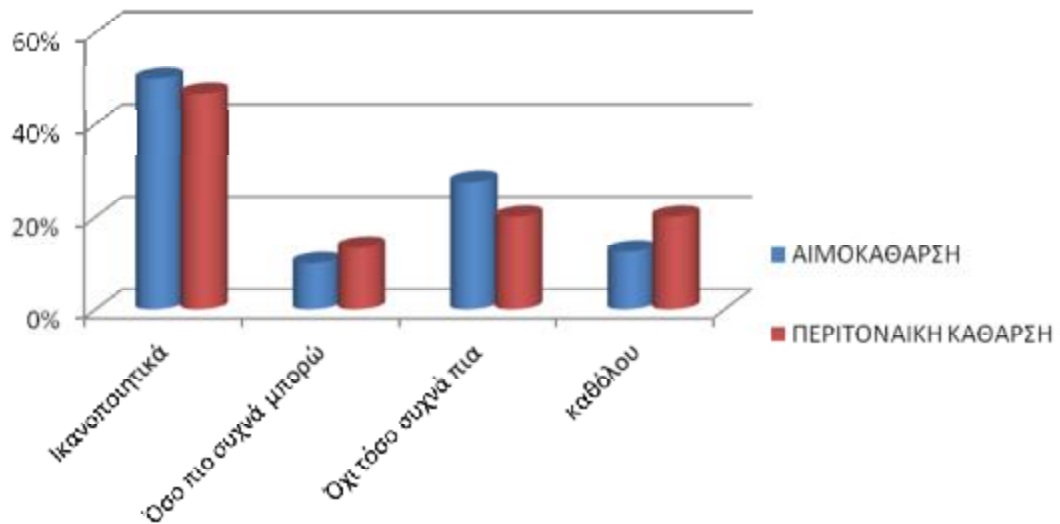
Συμμετέχετε στις κοινωνικές εκδηλώσεις (σινεμά, γεύμα με φίλους)

- i. Ικανοποιητικά
- ii. Όσο πιο συχνά μπορώ
- iii. Όχι τόσο συχνά πια
- iv. Καθόλου

Πίνακας 15. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη πέμπτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Ικανοποιητικά</i>	20	50%	7	46,7%
<i>Όσο πιο συχνά μπορώ</i>	4	10%	2	13,3%
<i>Όχι τόσο συχνά πια</i>	11	27,5%	3	20%
<i>καθόλου</i>	5	12,5%	3	20%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 15. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 15.



Το 50% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση δήλωσαν ικανοποιημένοι από την συμμετοχή τους σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις. Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι και το 27,5% και 20% των ασθενών με αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση αντίστοιχα, που δήλωσαν ότι δεν έχουν τόσο συχνή συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις.

Ερώτηση 16.

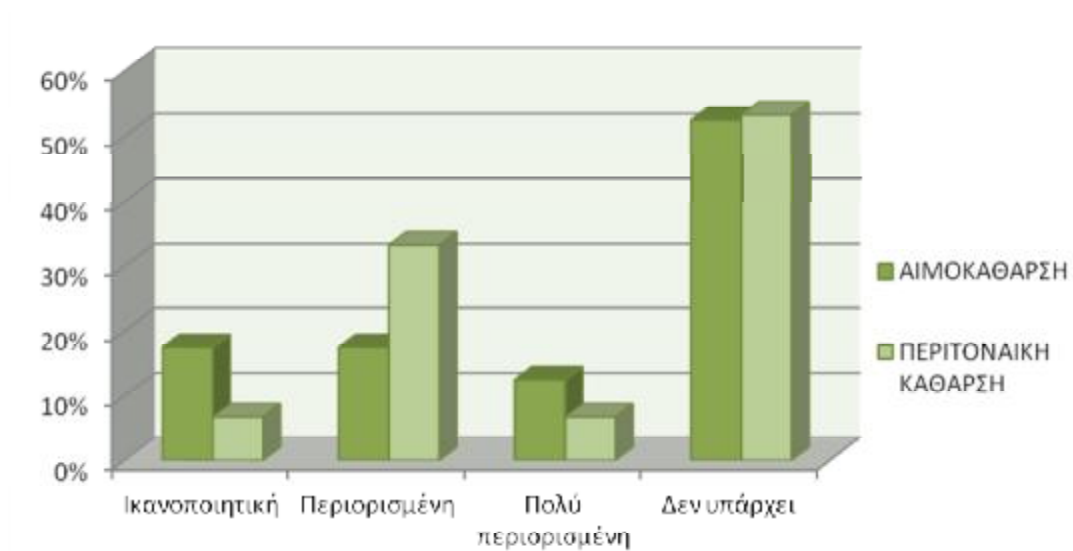
Βρίσκετε την σεξουαλική σας ζωή

- i. Ικανοποιητική
- ii. Περιορισμένη
- iii. Πολύ περιορισμένη
- iv. Δεν υπάρχει

Πίνακας 16. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη έκτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Ικανοποιητική</i>	7	17,5%	1	6,7%
<i>Περιορισμένη</i>	7	17,5%	5	33,3%
<i>Πολύ περιορισμένη</i>	5	12,5%	1	6,7%
<i>Δεν υπάρχει</i>	21	52,5%	8	53,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 16. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 16.



Παρατηρείται ότι η σεξουαλική ζωή των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Το 53% των ασθενών σε κάθε δείγμα, απάντησε ότι δεν υπάρχει σεξουαλική ζωή. Αξίζει να σημειωθεί επίσης, ότι το 33% των ασθενών με περιτοναϊκή κάθαρση δηλώνουν ότι έχουν περιορισμένη σεξουαλική ζωή.

Ερώτηση 17.

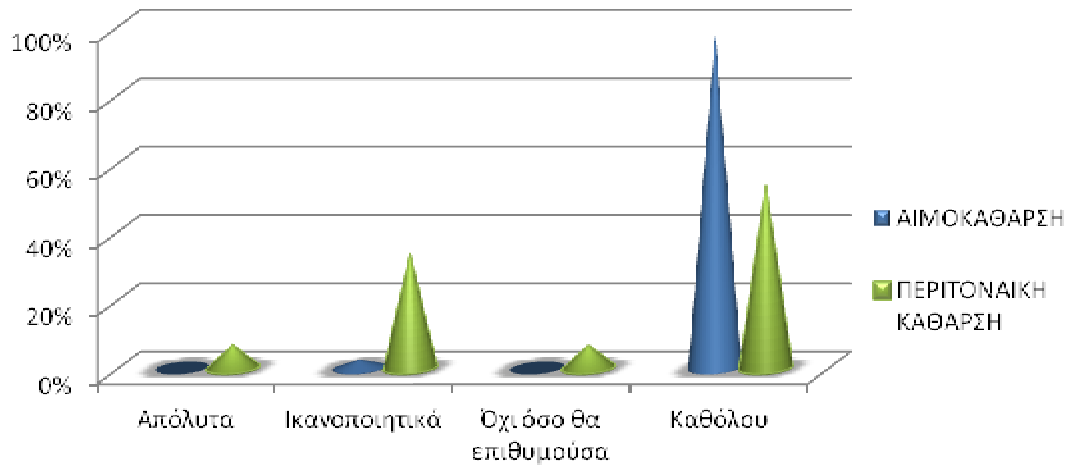
Είστε ικανοποιημένοι από την προσφορά της κοινότητας

- i. Απόλυτα
- ii. Ικανοποιητικά
- iii. Όχι όσο θα επιθυμούσα
- iv. Καθόλου

Πίνακας 17. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη έβδομη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Απόλυτα</i>	0	0%	1	6,7%
<i>Ικανοποιητικά</i>	1	2,5%	5	33,3%
<i>Όχι όσο θα επιθυμούσα</i>	0	0%	1	6,7%
<i>Καθόλου</i>	39	97,5%	8	53,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 17. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 17.



Το 97,5% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχει δηλώσει ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένο από τις παροχές της κοινότητας. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση είναι περίπου 53%. Σημειώνεται επίσης, ότι ένα ποσοστό 33% στην περιτοναϊκή κάθαρση θεωρεί τις παροχές της κοινότητας ικανοποιητικές.

Ερώτηση 18.

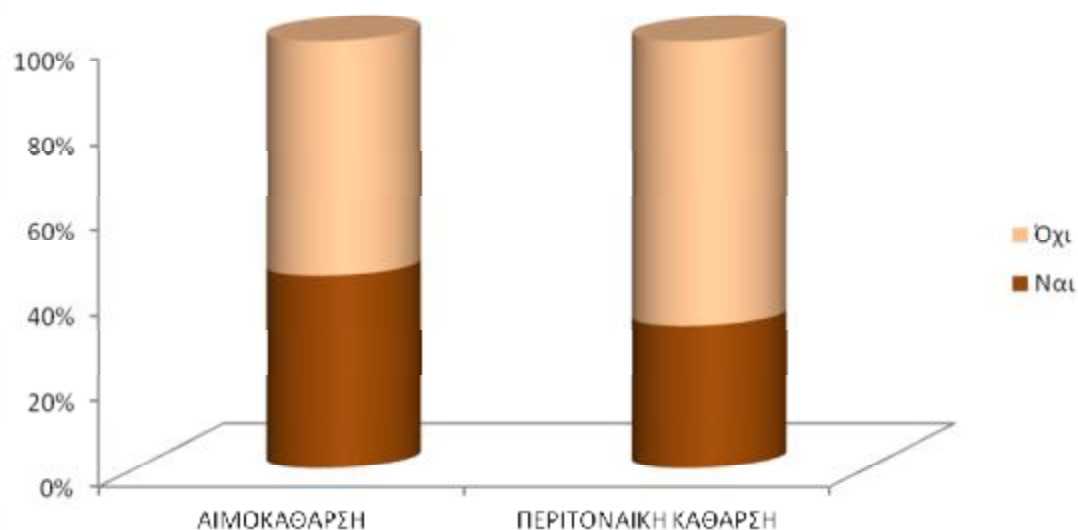
Είστε εγγεγραμμένος στον Πανελλήνιο Σύλλογο Νεφροπαθών

- i. Ναι
- ii. Όχι

Πίνακας 18. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη όγδοη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Ναι</i>	18	45%	5	33,3%
<i>Όχι</i>	22	55%	10	66,7%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 18. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 18.



Το ποσοστό 55% στην αιμοκάθαρση και το ποσοστό 67% στην περιτοναϊκή κάθαρση, δεν είναι εγγεγραμμένα μέλη στον Πανελλήνιο Σύλλογο Νεφροπαθών.

Ερώτηση 19.

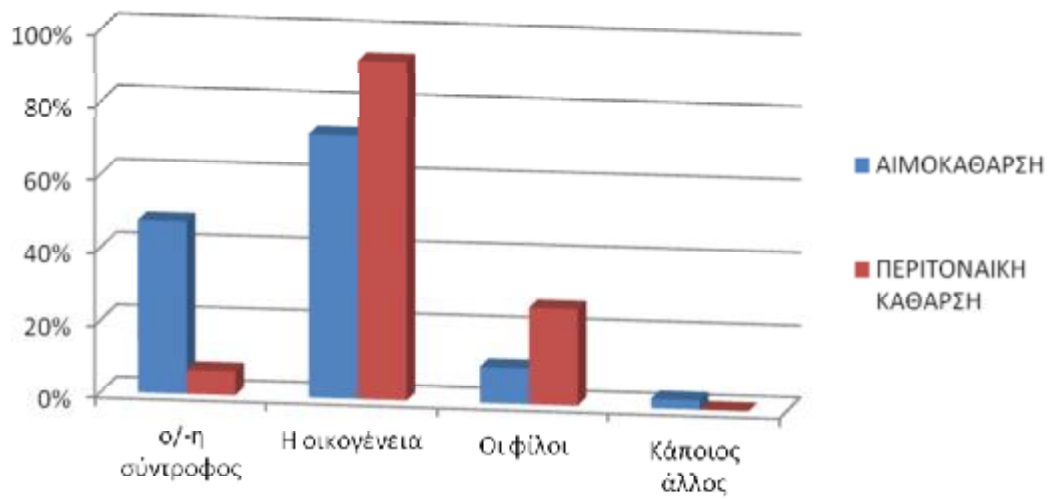
Σας στηρίζει

- i. ο/-η σύντροφος σας
- ii. η οικογένεια σας
- iii. οι φίλοι σας
- iv. κάποιος άλλος

Πίνακας 19. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη ένατη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>ο/-η σύντροφος</i>	19	47,5%	1	6,7%
<i>Η οικογένεια</i>	29	72,5%	14	93,3%
<i>Οι φίλοι</i>	4	10%	4	26,7%
<i>Κάποιος άλλος</i>	1	2,5%	0	0%

Διάγραμμα 19. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 19.



Ερώτηση 19Α.

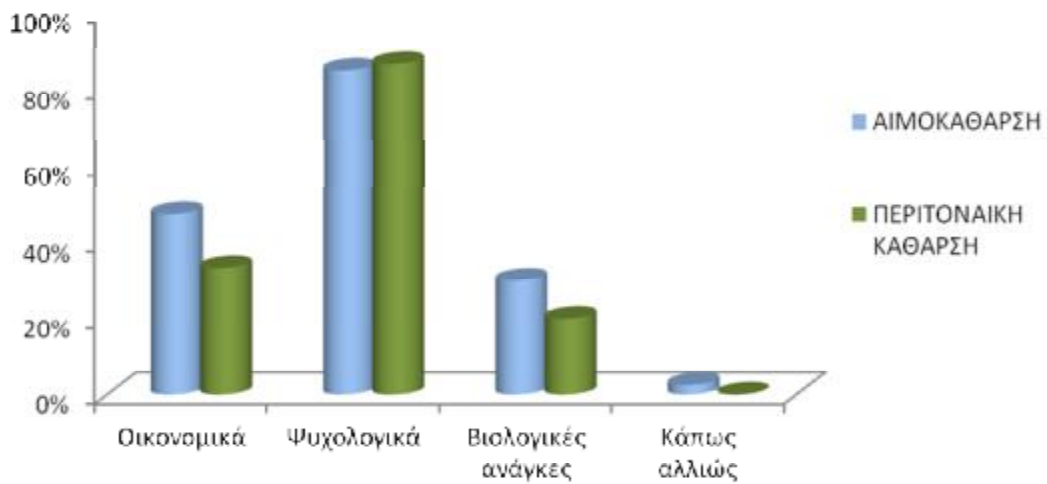
Και πως

- i. οικονομικά
- ii. ψυχολογικά
- iii. βιολογικές ανάγκες (π.χ. βοήθεια στο μπάνιο)
- iv. κάπως αλλιώς

Πίνακας 19Α. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την δέκατη ένατη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Οικονομικά</i>	19	47,5%	5	33,3%
<i>Ψυχολογικά</i>	34	85%	13	86,7%
<i>Βιολογικές ανάγκες</i>	12	30%	3	20%
<i>Κάπως αλλιώς</i>	1	2,5%	0	0%

Διάγραμμα 19Α. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 19Α.



Το ποσοστό 73% και 93% περίπου των ασθενών με αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση αντίστοιχα, δήλωσαν ότι μένουν με την οικογένεια τους και η βοήθεια η οποία τους παρέχεται είναι κατά 85% και στις δύο περιπτώσεις, ψυχολογική. Ωστόσο, ένας ασθενής με αιμοκάθαρση δήλωσε ότι δεν υπάρχει κάποιος να τον στηρίξει.

Ερώτηση 20.

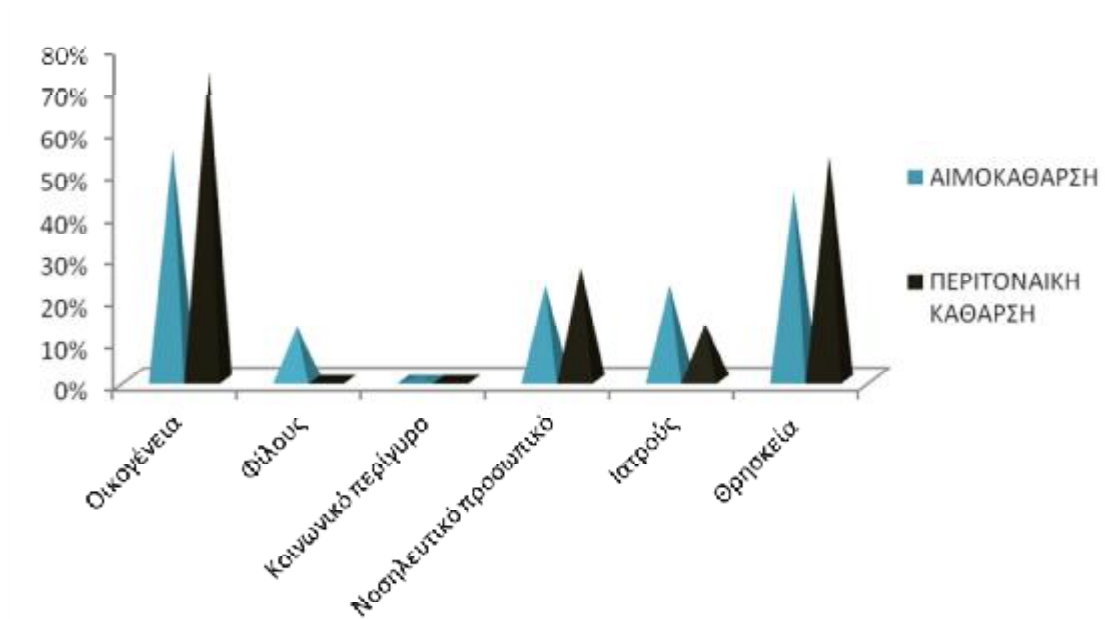
Από πού αντλείτε δύναμη και αισιοδοξία για το μέλλον

- i. από την οικογένεια μου
- ii. από το φιλικό περιβάλλον
- iii. από τον κοινωνικό περίγυρο
- iv. από το νοσηλευτικό προσωπικό
- v. από τους θεράποντες ιατρούς
- vi. από την θρησκεία

Πίνακας 20. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Οικογένεια</i>	22	55%	11	73,3%
<i>Φίλους</i>	5	12,5%	0	0%
<i>Κοινωνικό περίγυρο</i>	4	1,%	0	0%
<i>Νοσηλευτικό προσωπικό</i>	9	22,5%	4	26,7%
<i>Ιατρούς</i>	9	22,5%	2	13,3%
<i>Θρησκεία</i>	18	45%	8	53,3%

Διάγραμμα 20. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 20.



Οι νεφροπαθείς ασθενείς, παρατηρείται ότι εκτός από την οικογένεια που είναι η σημαντικότερη πηγή άντλησης δύναμης, η θρησκεία είναι ο δεύτερο σημαντικότερος παράγοντας. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με αιμοκάθαρση δήλωσαν σε ποσοστό 55% ότι κύρια πηγή στήριξης και δύναμης είναι η οικογένεια τους, ενώ σε ποσοστό 45%, δήλωσαν ότι αντλούν δύναμη από την θρησκεία. Στην περιτοναϊκή κάθαρση τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 73% και 53% περίπου. Σημειώνεται ωστόσο, ότι οι αρκετοί ασθενείς έδωσαν περισσότερες από μια απαντήσεις. Επίσης, δύο ασθενείς στην αιμοκάθαρση δήλωσαν ότι αντλούν δύναμη από τον εαυτό τους και ένας ασθενής δήλωσε από πουθενά.

Ερώτηση 21.

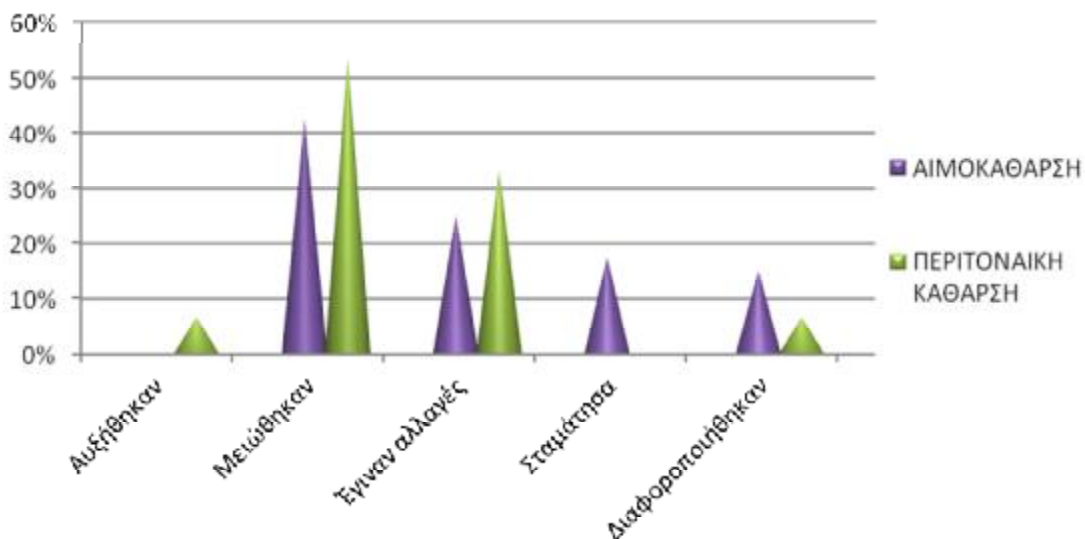
Ύστερα από την διάγνωση της ασθένειά σας, οι δραστηριότητές σας

- i. αυξήθηκαν
- ii. μειώθηκαν
- iii. έγιναν αλλαγές
- iv. σταμάτησα την δραστηριότητά μου
- v. διαφοροποιήθηκαν

Πίνακας 21. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή πρώτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Αυξήθηκαν</i>	0	0%	1	6,7%
<i>Μειώθηκαν</i>	17	42,5%	8	53,3%
<i>Έγιναν αλλαγές</i>	10	25%	5	33,3%
<i>Σταμάτησα</i>	7	17,5%	0	0%
<i>Διαφοροποιήθηκαν</i>	6	15%	1	6,7%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 21. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 21.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, απάντησε και στις δύο μεθόδους ότι οι δραστηριότητες τους μειώθηκαν. Συγκεκριμένα, στην αιμοκάθαρση το ποσοστό είναι 42,5%, ενώ στην περιτοναϊκή κάθαρση ανέρχεται στο 53,3%. Από το σύνολο των ερωτηθέντων ένας μόνο ασθενής δήλωσε ότι οι δραστηριότητες του έχουν αυξηθεί.

Ερώτηση 22.

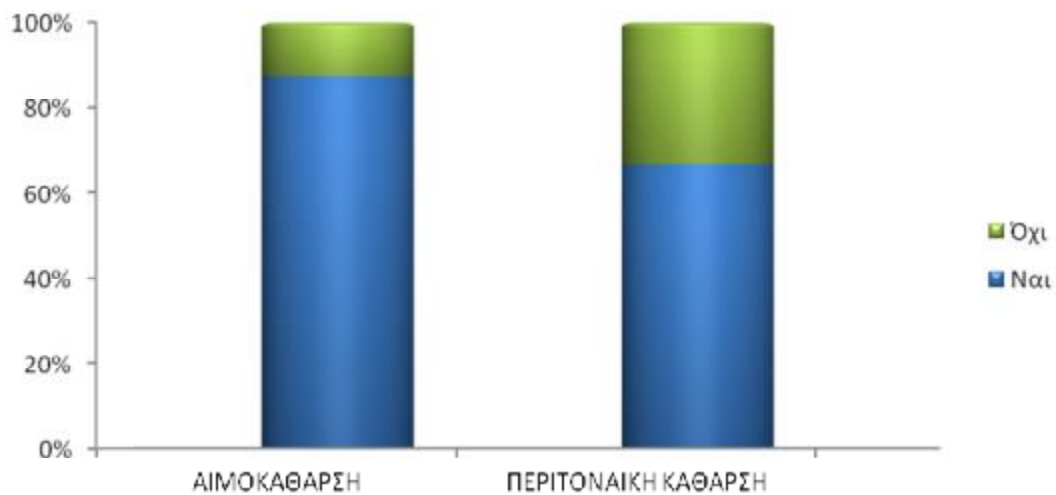
Η συχνή αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας σας δεσμεύει στις διακοπές σας

- i. ναι
- ii. όχι

Πίνακας 22. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή δεύτερη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Ναι</i>	35	87,5%	10	66,7%
<i>Όχι</i>	5	12,5%	5	33,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 22. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 22.



Καθοριστικό ρόλο στις διακοπές των ασθενών παίζουν οι διαδικασίες της αιμοκάθαρσης και της περιτοναϊκής κάθαρσης. Το 87,5% και το 67% περίπου των ασθενών με αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση αντίστοιχα, δήλωσαν ότι οι διακοπές τους δεσμεύονται πολύ από τις διαδικασίες που υποβάλλονται για την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

Ερώτηση 23.

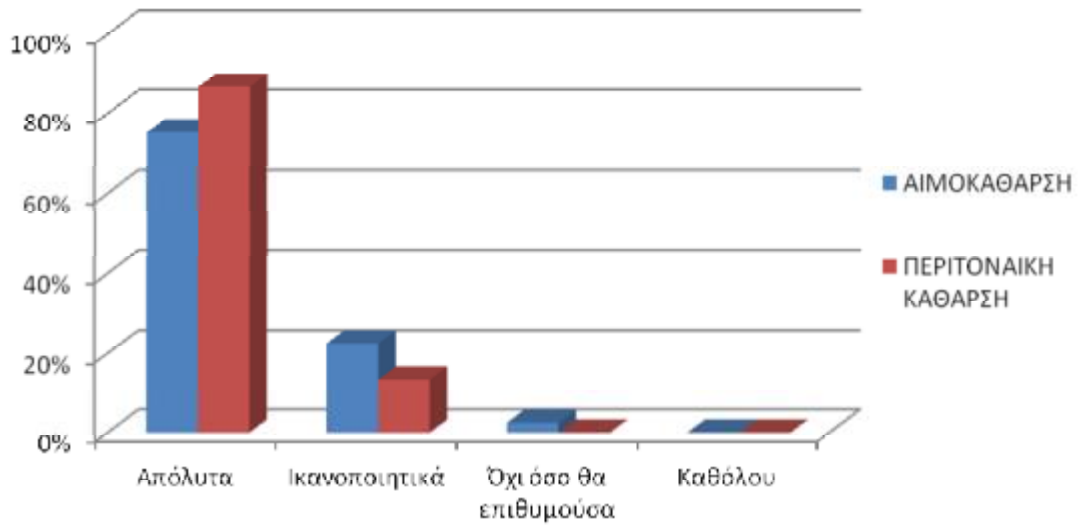
Είστε ικανοποιημένος από την νοσηλευτική φροντίδα

- i. απόλυτα
- ii. ικανοποιητικά
- iii. όχι όσο θα επιθυμούσα
- iv. καθόλου

Πίνακας 23. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή τρίτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Απόλυτα</i>	30	75%	13	86,7%
<i>Ικανοποιητικά</i>	9	22,5%	2	13,3%
<i>Όχι όσο θα επιθυμούσα</i>	1	2,5%	0	0%
<i>Καθόλου</i>	0	0%	0	0%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 23. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 23.



Απόλυτα ικανοποιημένοι από την νοσηλευτική φροντίδα και στις δύο περιπτώσεις, δήλωσαν οι ασθενείς. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση ήταν 75% και 87% περίπου.

Ερώτηση 24.

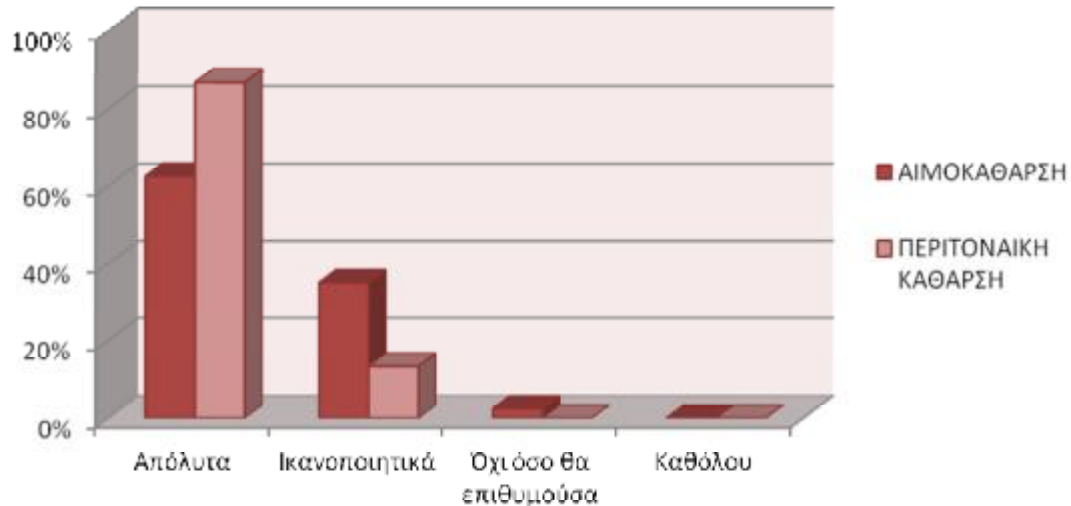
Είστε ικανοποιημένος από την ιατρική φροντίδα

- i. απόλυτα
- ii. ικανοποιητικά
- iii. όχι όσο θα επιθυμούσα
- iv. καθόλου

Πίνακας 24. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή τέταρτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Απόλυτα</i>	25	62,5%	13	86,7%
<i>Ικανοποιητικά</i>	14	35%	2	13,3%
<i>Όχι όσο θα επιθυμούσα</i>	1	2,5%	0	0%
<i>Καθόλου</i>	0	0%	0	0%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 24. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 24.



Εξίσου ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα είναι οι αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς, συγκριτικά με την νοσηλευτική φροντίδα. Το 62,5% των ασθενών με αιμοκάθαρση είναι απόλυτα ικανοποιημένο από την ιατρική φροντίδα, ενώ στην περιτοναϊκή κάθαρση, το ποσοστό των ασθενών που θεωρούν πλήρως ικανοποιητική την ιατρική φροντίδα, είναι 86,7% και ισούται με το ανάλογο ποσοστό για την παροχή νοσηλευτική φροντίδα.

Ερώτηση 25.

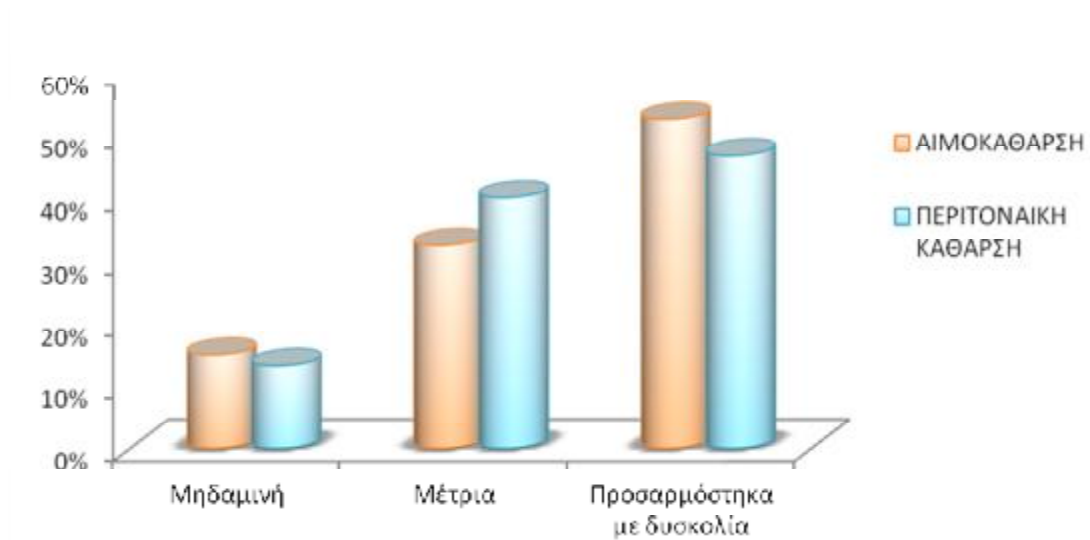
Η επίδραση της ασθένειας στα οικονομικά σας θα χαρακτηριζόταν

- i. μηδαμινή
- ii. μέτρια
- iii. προσαρμόστηκα, αν και με δυσκολία

Πίνακας 25. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή πέμπτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Μηδαμινή</i>	6	15%	2	13,3%
<i>Μέτρια</i>	13	32,5%	6	40%
<i>Προσαρμόστηκα με δυσκολία</i>	21	52,5%	7	46,7%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 25. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 25.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δηλώνει ότι ναι μεν προσαρμόστηκε στις νέες του ανάγκες, ωστόσο κάτι τέτοιο ήταν δύσκολο από οικονομικής πλευράς. Συγκεκριμένα, το 52,5% και το 47% περίπου των ασθενών με αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση αντίστοιχα, αντιμετώπισε δυσκολία στην προσαρμογή του. Ωστόσο, υπάρχει ένα ποσοστό περίπου στο 15% και στις δύο περιπτώσεις που θεωρεί μηδαμινή την οικονομική επίπτωση που έχουν οι διαδικασίες της αιμοκάθαρσης και της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Ερώτηση 26.

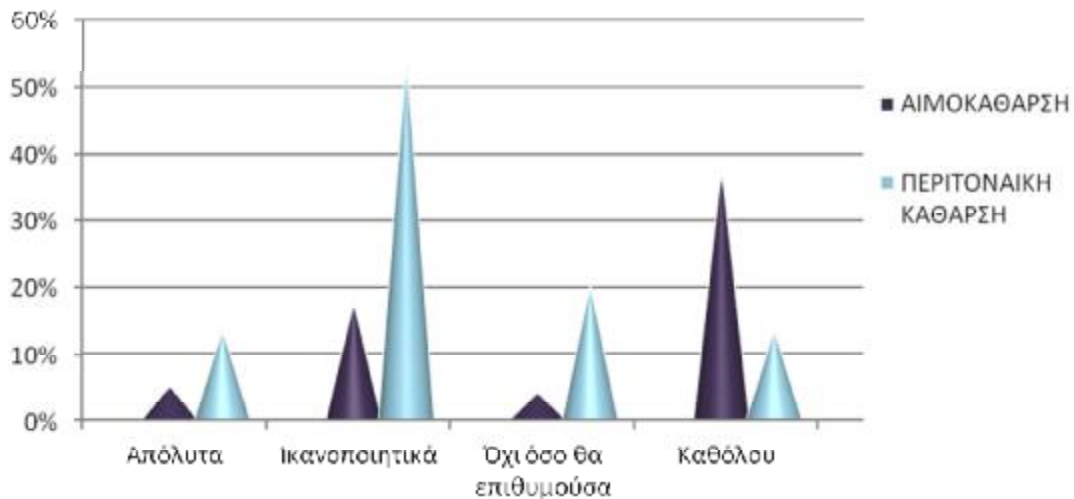
Είστε ευχαριστημένοι από το σύστημα υγείας στην αντιμετώπιση του προβλήματός σας

- i. απόλυτα
- ii. ικανοποιητικά
- iii. όχι όσο θα επιθυμούσα
- iv. καθόλου

Πίνακας 26. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή έκτη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Απόλυτα</i>	2	5%	2	13,3%
<i>Ικανοποιητικά</i>	7	17,5%	8	53,4%
<i>Όχι όσο θα επιθυμούσα</i>	16	4,%	3	20%
<i>Καθόλου</i>	15	37,5%	2	13,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 26. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 26.



Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε ποσοστό 37,5%, δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας. Αντίθετα στην περιτοναϊκή κάθαρση το μεγαλύτερο ποσοστό και συγκεκριμένα το 53% περίπου, δήλωσε ικανοποιημένο από τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας τους από το σύστημα υγείας.

Ερώτηση 27.

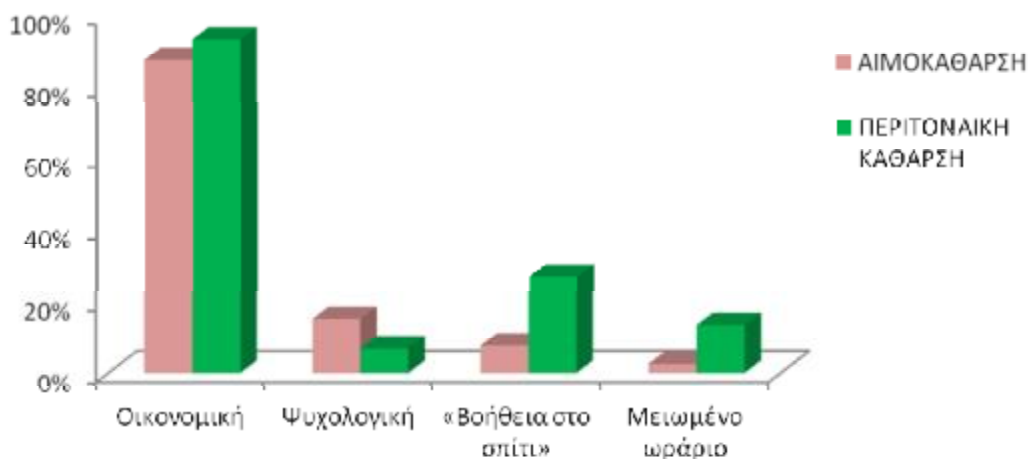
Τι επιθυμείτε να σας προσφέρει περισσότερο το κράτος

- i. οικονομική βοήθεια (φάρμακα)
- ii. ψυχολογική στήριξη
- iii. ένταξη στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»
- iv. μειωμένο ωράριο εργασίας

Πίνακας 27. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή έβδομη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Οικονομική</i>	35	87,5%	14	93,3%
<i>Ψυχολογική</i>	6	15%	1	6,7%
<i>«Βοήθεια στο σπίτι»</i>	3	7,5%	4	26,7%
<i>Μειωμένο ωράριο</i>	1	2,5%	0	13,3%

Διάγραμμα 27. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 27.



Το σύνολο σχεδόν των ασθενών, θα ήθελαν το κράτος κατά κύριο λόγο να τους προσφέρει οικονομική στήριξη και ειδικότερα φαρμακευτική περίθαλψη. Η ψυχολογική στήριξη τους προσφέρεται κυρίως από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι δεν αποτελεί προτεραιότητα για αυτούς», ενώ δεν έχουν πρόβλημα με τα ωράρια εργασίας, καθώς η πλειοψηφία αυτών είναι πλέον συνταξιούχοι. Συγκεκριμένα, οικονομική στήριξη επιθυμεί το 87,5% των ασθενών με αιμοκάθαρση και το 93% περίπου των ασθενών με περιτοναϊκή κάθαρση.

Ερώτηση 28.

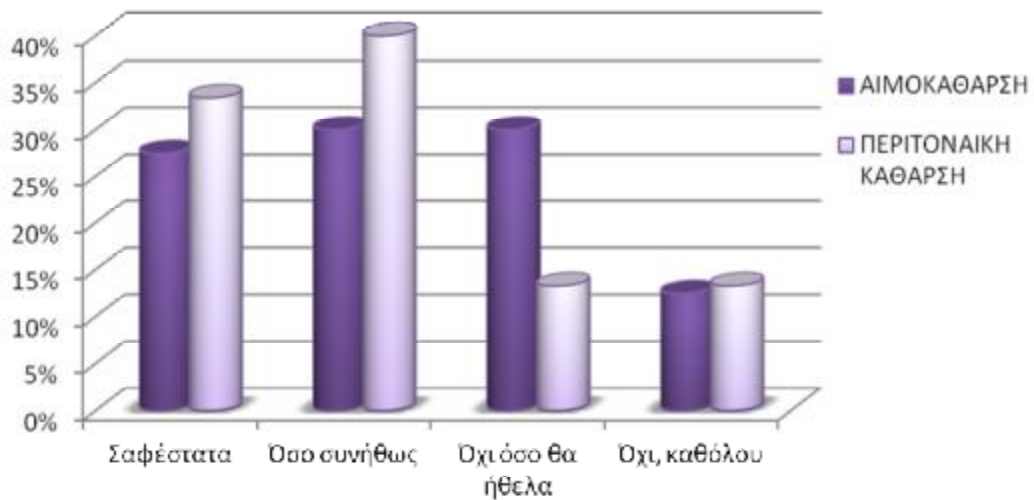
Προσέχετε την εμφάνιση σας όσο θα θέλατε

- i. σαφέστατα
- ii. φροντίζω τόσο όσο συνήθως
- iii. δεν φροντίζω τον εαυτό μου όσο θα ήθελα
- iv. όχι, καθόλου

Πίνακας 28. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή όγδοη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Σαφέστατα</i>	11	27,5%	5	33,4%
<i>Όσο συνήθως</i>	12	30%	6	40%
<i>Όχι όσο θα ήθελα</i>	12	30%	2	13,3%
<i>Όχι, καθόλου</i>	5	12,5%	2	13,3%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 28. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 28.



Οι απαντήσεις των ασθενών για το αν προσέχουν την εξωτερική τους εμφάνιση, είναι ισοκατανεμημένες. Κατά μέσο όρο οι ασθενείς δήλωσαν ότι προσέχουν τον εαυτό τους όσο συνήθως.

Ερώτηση 29.

Νιώθω χαρούμενος

- i. καθόλου
- ii. σπάνια
- iii. μερικές φορές
- iv. τις περισσότερες φορές

Πίνακας 29. Κατανομή των απαντήσεων των 55 ερωτηθέντων για την εικοστή ένατη ερώτηση.

<i>Απαντήσεις</i>	<i>ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ</i>		<i>ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ</i>	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<i>Καθόλου</i>	3	7,5%	3	20%
<i>Σπάνια</i>	5	12,5%	1	6,7%
<i>Μερικές φορές</i>	18	45%	4	26,6%
<i>Περισσότερες φορές</i>	14	35%	7	46,7%
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	40	100%	15	100%

Διάγραμμα 29. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων στην ερώτηση 29.



Οι ασθενείς με αιμοκάθαρση δήλωσαν σε ποσοστό 45%, ότι νιώθουν χαρούμενοι μερικές φορές, ενώ οι ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση, δήλωσαν κατά 47% περίπου ότι νιώθουν χαρούμενοι τις περισσότερες φορές. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό 7,5% και 20% στην αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση αντίστοιχα, που δηλώνει ότι δεν υπάρχουν καθόλου στιγμές χαράς μέσα στην καθημερινότητά τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νεφρική ανεπάρκεια, χαρακτηρίζεται από την μείωση της νεφρικής λειτουργίας και της αδυναμίας των νεφρών να απομακρύνουν μέσω των ούρων, από το αίμα τις άχρηστες ουσίες. Για την αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας, διατίθενται τρεις μέθοδοι, εκ των οποίων η μία επιτυγχάνει οριστική αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

Οι δύο μέθοδοι, οι οποίες βοηθούν την νεφρική αποκατάσταση είναι η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση. Οι δύο αυτές μέθοδοι, έχουν και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Στην μεν αιμοκάθαρση, τα πλεονεκτήματα είναι ότι δεν πραγματοποιείται καθημερινά, δεν χρειάζεται να ειδικευτεί ο αιμοκαθαρόμενος ασθενής εφ' όσον η συνεδρία πραγματοποιείται σε νοσοκομειακό χώρο, καθώς επίσης και τις ημέρες που δεν γίνεται συνεδρία, η δυνατότητα που υπάρχει ο ασθενής να κάνει κάποιο ταξίδι, ξεφεύγοντας από την ρουτίνα της καθημερινότητας του. Τα κυριότερα μειονεκτήματα είναι ότι απαιτείται μεταφορά σε νοσοκομειακό κέντρο και σε περίπτωση που πρόκειται για απομακρυσμένες περιοχές η μετακίνηση είναι δύσκολη τόσο πρακτικά, όσο και οικονομικά. Επίσης, η διαίτα είναι πιο αυστηρή, ενώ υπάρχει και κίνδυνος μολύνσεων στα σημεία που γίνονται οι προσπελάσεις.

Από την άλλη πλευρά, μέσω της περιτοναϊκής κάθαρσης ο ασθενής εκπαιδεύεται και συμμετέχει στην διαδικασία, έχει λιγότερο άγχος, καθώς η διαδικασία πραγματοποιείται στο σπίτι, η διαίτα του δεν είναι τόσο αυστηρή, ενώ δεν απαιτούνται συνεχής επισκέψεις στον γιατρό. Τα μειονεκτήματα της περιτοναϊκής κάθαρσης εστιάζονται στο ότι γίνεται καθημερινά για 3 με 4 φορές την μέρα, υπάρχει κίνδυνος

μολύνσεων και περιτονίτιδας, ενώ τα ταξίδια είναι περιορισμένα και όταν αυτά γίνονται απαιτείται μεταφορά ολόκληρου του εξοπλισμού.

Η τρίτη μέθοδος, η οποία επιφέρει οριστική αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας, είναι η μεταμόσχευση νεφρού. Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη μεταμόσχευση νεφρού είναι η συμβατότητα της ομάδας αίματος και των ιστικών αντιγόνων μεταξύ δότη και λήπτη. Οι δότες νεφρού διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Πρόκειται για τους πρωματικούς και τους ζωντανούς δότες. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής βρίσκεται σε λίστα αναμονής, στην οποία μπορεί να παραμείνει για αρκετά χρόνια. Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιεί την διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Όσον αφορά τους ζωντανούς δότες, πρόκειται για άτομα που έχουν συναισθηματική εξάρτηση με τον ασθενή, όπως είναι οι σύζυγοι, οι γονείς, οι φίλοι, κ.λπ. Παρόλο που η μεταμόσχευση νεφρού έχει σημειώσει πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας ενδέχεται να γίνει και απόρριψη του μοσχεύματος. Κατά την απόρριψη παρατηρείται αιφνίδια ελάττωση των ούρων.

Όσον αφορά την διεξαγωγή της έρευνας, όταν ρωτήθηκαν οι ασθενείς εάν προχωρούσαν σε μεταμόσχευση νεφρού σε περίπτωση που πληρούσαν τις προϋποθέσεις, οι μεν ασθενείς που έκανα αιμοκάθαρση απάντησαν ναι, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ασθενών που κάνουν περιτοναϊκή κάθαρση, οι οποίοι έδειχναν αρνητικοί στην μεταμόσχευση.

Μια άλλη παράμετρος που έχει επηρεάσει την ζωή των ασθενών είναι η διατροφή τους. Παρόλα αυτά και στις δύο περιπτώσεις, δήλωσαν ότι έχουν προσαρμόσει πλέον τις διατροφικές τους συνήθειες.

Σχετικά με την φροντίδα που παρέχεται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι ασθενείς είτε υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, είτε σε περιτοναϊκή κάθαρση, δήλωσαν απόλυτα ευχαριστημένοι από την φροντίδα που τους παρέχεται.

Οι απαιτήσεις των ασθενών απέναντι στο κράτος και την πρόνοια είναι περισσότερο οικονομικές. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ασθενών δήλωσε ότι έχει προσαρμοστεί με δυσκολία στις νέες οικονομικές απαιτήσεις. Θεωρεί ότι θα ήταν χρήσιμο να δοθεί οικονομική βοήθεια τόσο για την αγορά των φαρμάκων που είναι απαραίτητα, όσο και για τις μετακινήσεις τους, όταν πρόκειται για διαδικασία αιμοκάθαρσης και οι ασθενείς μένουν σε απομακρυσμένες περιοχές.

Τέλος, οι ασθενείς δήλωσαν ότι έστω και σε μικρότερο βαθμό συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις, ενώ η συναισθηματική τους κατάσταση έχει πλέον ισορροπηθεί.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας το παρόν πόνημα, θα θέλαμε να καταθέσουμε την προσωπική μας εμπειρία, η οποία εκπορεύεται από τον χρόνο ενασχόλησης μας με το συγκεκριμένο θέμα, καθώς και από την προσωπική επαφή με τους νεφροπαθείς ασθενείς του Π.ΓΝ.Π. και του «Κυανούς Σταυρού».

Παρατηρήσαμε ότι οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν πρόβλημα νεφρικής δυσλειτουργίας εκδήλωσαν συναισθήματα χαράς όταν ήρθαμε σε επαφή μαζί τους για την διεξαγωγή της έρευνας μας και της διερεύνησης των αναγκών τους.

Ωστόσο, υπήρχε ένα μικρό ποσοστό άρνησης συμμετοχής στην έρευνα μας, γεγονός το οποίο μας δυσαρέστησε έντονα, αλλά σεβόμενοι την προσωπική τους επιλογή, τους ευχαριστήσαμε και τους ευχηθήκαμε καλή ανάρρωση χωρίς καμία περαιτέρω άσκηση πίεσης προς το πρόσωπό τους.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστόπουλος Φ., Καραδήμας Ε. (2008). *«Υγεία και ασθένεια. Ψυχολογικές διεργασίες»*. Εκδόσεις: Λιβάνη, Αθήνα

Βαργεμέζης Βασίλειος, Θώδης Ηλίας, Πασαδάκης Πλουμής, (2005). *«Βασικές αρχές νεφρολογίας»*. Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία. *«Οδηγίες / θεραπευτικά πρωτόκολλα περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ)»*.

Μαυροματίδης Κώστας. Δ/ντής Νεφρολογικού Τμήματος Κομοτηνής. *«Φυσιολογικές μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας στην κύηση, νεφροπάθειες και κύηση, ουρολοιμώξεις στη κύηση, ΧΝΑ και κύηση»*.

Παπαδημητρίου Γιάννης (2005). *«Περιγραφική στατιστική»*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα

Παπανικολάου Γ. (2005). *«Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία. Βασικοί κανόνες διατροφής και δίαιτας για όλες τις ηλικίες. Δίαιτες για όλες τις παθήσεις»*. Εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα

Πυρπασόπουλος Μάριος, (2009). *«Θέματα νεφρολογίας»*. Εκδόσεις: University Studio Press, Αθήνα

Σόμπολος Κωνσταντίνος Ι., Ντόμπρος Νικόλαος Β., Κεχαΐδου - Χατζηαναστασιάδου Γεωργία, (1991). *«Χρόνια περιοδική αιματοκάθαρση»*. Εκδόσεις: University Studio Press, Αθήνα

Σπύρου Α. (2004). *«Το στρες στους χρόνιους ασθενείς με αιμοκάθαρση»*.
Νοσηλευτική σχολή του Υπουργείου Υγείας για το δίπλωμα στην
Νοσηλευτική Διοίκηση.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Denise O'Shaughnessy (2007). «*Επιλογές Θεραπείας Νεφρικής Ανεπάρκειας. Κάνοντας τη Σωστή Επιλογή*». Renal Resource Centre

McWilliams Nancy (2000). «*Ψυχαναλυτική Διάγνωση*». Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα. Πρόσβαση και από την διαδικτυακή πηγή <http://www.paparan.gr/defence-mechanisms>

Netter, Frank H. (2009). «*Παθολογία, Βασικές αρχές*». Ιατρικές Εκδόσεις: Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Papper Solomon, (1981). «*Κλινική νεφρολογία*». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Saunorus Baird Marianne, Hicks Keen Janet, Swearingen Pamela. «*Επείγουσα νοσηλευτική*». Επιμέλεια Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

http://www.uromed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=12

<http://www.nephrologia.gr/neph/articles/article.jsp?categoryid=3126&context=103&globalid=10126&articleid=3187>

<http://www.clinicalnutrition.gr/public/2009-09-20-05-21-40/45-2009-09-18-08-13-35.html>

http://epnm.gr/index.php?option=com_fireboard&Itemid=94&func=view&catid=28&id=158

<http://www.healthpages.gr/portal/page/portal/1535/Fullstory?ArticleID=436>

http://www.renalkomotini.gr/gr_news_nosil_06.htm

http://www.transplantation.gr/category_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=2

http://nefrothes.blogspot.gr/2012_07_01_archive.html

<http://www.iatropedia.com/articles/read/1929>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

1) ΦΥΛΛΟ

- i. Άντρας
- ii. Γυναίκα

2) ΗΛΙΚΙΑετών

3) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- i. Άγαμος
- ii. Έγγαμος
- iii. Διαζευγμένος/-η
- iv. Χήρος/-α
- v. Έχετε παιδιά Ναι Όχι
- vi. Αν ναι, κορίτσια αγόρια

4) ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

- i. Δημοτικό
- ii. Γυμνάσιο
- iii. Λύκειο
- iv. Ανώτερη σχολή
- v. Ανώτατη σχολή

5) ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΤΟΙΚΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- i. Ζείτε μόνος
- ii. με τον/-την σύζυγο
- iii. με τα παιδιά σας

- iv. με άλλα μέλη της οικογένειας
- v. με κάποιον άλλο

6) Α) ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

- i. Αστική περιοχή
- ii. Ημιαστική περιοχή
- iii. Αγροτική περιοχή

Β) ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Η ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ.

- i. 10 χιλιόμετρα
- ii. 20-40 χιλιόμετρα
- iii. 40-50 χιλιόμετρα
- iv. 50-100 χιλιόμετρα
- v. Πάνω από 100 χιλιόμετρα

7) ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

- i. Έτη
- ii. Μήνες

8) ΜΕΘΟΔΟΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ

- i. Αιμοκάθαρση έτη..... μήνες.....
- ii. Περιτοναϊκή κάθαρση έτη..... μήνες.....

9) Α. ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΝΑ ΔΙΑΛΕΞΕΤΕ, ΘΑ ΔΙΑΛΕΓΑΤΕ

- i. Περιτοναϊκή κάθαρση
- ii. Αιμοκάθαρση

B. ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

- i. Ναι
- ii. Όχι

10) ΕΡΓΑΣΙΑ ΠΟΥ ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ

- i. Άνεργος
- ii. Ανειδίκευτος εργάτης
- iii. Αγρότης
- iv. Εξειδικευμένη εργασία
- v. Συνταξιούχος
- vi. Οικιακά
- vii. Μαθητής, σπουδαστής

11) ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΗΤΑΝ

- i. Πλήρες
- ii. Μερικές ώρες απασχόλησης

12) ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ, ΣΑΣ ΕΧΟΥΝ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ

- i. Πολύ
- ii. Ναι, αλλά έχω προσαρμοστεί
- iii. Λίγο, δεν τηρώ πλήρως το πρόγραμμα μου
- iv. Καθόλου

13) ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΤΕ ΤΙΣ ΗΜΕΡΕΣ ΠΟΥ ΚΑΝΑΤΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

- i. Ναι
- ii. Όχι

14) ΕΝ ΤΗΡΟΥΣΑΤΕ ΤΙΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ, ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΑΤΕ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

- i. Ναι
- ii. Όχι

15) ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ (σινεμά, γεύμα με φίλους)

- i. Ικανοποιητικά
- ii. Όσο πιο συχνά μπορώ
- iii. Όχι τόσο συχνά πια
- iv. Καθόλου

16) ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ

- i. Ικανοποιητική
- ii. Περιορισμένη
- iii. Πολύ περιορισμένη
- iv. Δεν υπάρχει

17) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

- i. Απόλυτα
- ii. Ικανοποιητικά
- iii. Όχι όσο θα επιθυμούσα
- iv. Καθόλου

18) ΕΙΣΤΕ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΣΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

- i. Ναι
- ii. Όχι

19) ΣΑΣ ΣΤΗΡΙΖΕΙ

- i. Ο/-η σύντροφος σας
- ii. Η οικογένεια σας
- iii. Οι φίλοι σας
- iv. Κάποιος άλλος

A. ΚΑΙ ΠΩΣ

- i. Οικονομικά
- ii. Ψυχολογικά
- iii. Βιολογικές ανάγκες (π.χ. βοήθεια στο μπάνιο)
- iv. Κάπως αλλιώς

20) ΑΠΟ ΠΟΥ ΑΝΤΛΕΙΤΕ ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΓΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

- i. Από την οικογένεια μου
- ii. Από το φιλικό περιβάλλον
- iii. Από τον κοινωνικό περίγυρο
- iv. Από το νοσηλευτικό προσωπικό
- v. Από τους θεράποντες ιατρούς
- vi. Από την θρησκεία

21) ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ, ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΑΣ

- i. Αυξήθηκαν
- ii. Μειώθηκαν
- iii. Έγιναν αλλαγές
- iv. Σταμάτησα την δραστηριότητα μου
- v. Διαφοροποιηθήκαν

22) Η ΣΥΧΝΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΑΣ ΔΕΣΜΕΥΕΙ ΣΤΙΣ ΔΙΑΚΟΠΕΣ ΣΑΣ

- i. Ναι
- ii. Όχι

23) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- i. Απόλυτα
- ii. Ικανοποιητικά
- iii. Όχι όσο θα επιθυμούσα
- iv. Καθόλου

24) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- i. Απόλυτα
- ii. Ικανοποιητικά
- iii. Όχι όσο θα επιθυμούσα
- iv. Καθόλου

25) Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΑΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΤΑΝ

- i. Μηδαμινή
- ii. Μέτρια
- iii. Προσαρμόστηκα, αν και με δυσκολία

26) ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΣΑΣ

- i. Απόλυτα
- ii. Ικανοποιητικά
- iii. Όχι όσο θα επιθυμούσα

iv. Καθόλου

27) ΤΙ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ

- i. Οικονομική βοήθεια (φάρμακα)
- ii. Ψυχολογική στήριξη
- iii. Ένταξη στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»
- iv. Μειωμένο ωράριο εργασίας

28) ΠΡΟΣΕΧΕΤΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΣ ΟΣΟ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ

- i. Σαφέστατα
- ii. Φροντίζω τόσο όσο συνήθως
- iii. Δεν φροντίζω τον εαυτό μου όσο θα ήθελα
- iv. Όχι, καθόλου

29) ΝΙΩΘΩ ΧΑΡΟΥΜΕΝΟΣ

- i. Καθόλου
- ii. Σπάνια
- iii. Μερικές φορές
- iv. Τις περισσότερες φορές

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2
ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
"ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ"
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ ΑΡ.34/18-12-2012 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

Στην Πάτρα σήμερα 18.12.2012 ημέρα Τρίτη και ώρα 12.00 στην αίθουσα συνεδριάσεων του Δ.Σ. του Π.Γ.Ν. Πατρών συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Δ.Σ. το οποίο συγκροτήθηκε και λειτουργεί σύμφωνα με τις υπ' αριθμ. Υ10β/Γ.Π.οικ.103346/18-08-2010, Υ10β/Γ.Π.29744/23-03-2012 & ΔΥ16/Γ.Π.11959/28-03-2012 αποφάσεις του Υπουργού Υγείας.

Κατόπιν της υπ' αριθ. πρωτ.30152/14-12-2012 πρόσκλησης του Προέδρου του Δ.Σ. προς τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη και εισηγητές, παρέστησαν οι :

1. ΛΕΤΣΙΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.
2. ΠΑΝΑΠΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΗΛΙΑΣ	ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.
3. ΣΟΛΩΜΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ.
4. ΛΑΖΑΡΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ.
5. ΠΙΡΠΙΡΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ.

Ως Γραμματέας του Δ.Σ. παρέστη η υπάλληλος Αριστέα Παπαδοπούλου.

Επίσης παρέστη ο Νομικός Σύμβουλος του Νοσοκομείου κ. Ανδρέας Νικολετάτος.

Παρευρέθη η κ. Όλγα Οικονόμου Προϊσταμένη Οικονομικών για διευκρινήσεις επί θεμάτων της αρμοδιότητάς της, μετά τη λήξη των οποίων αποχώρησε, ενώ το Συμβούλιο συνέχισε με τα υπόλοιπα θέματά του.

Αφού διαπιστώθηκε απαραίτητο το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία καθορίστηκαν από την αριθμ.34/18-12-2012 πρόσκληση του Προέδρου.

5^ο ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ (Ενημερώσεις- Ανακοινώσεις- Αναφορές)

Ο Πρόεδρος θέτει υπόψη των μελών του Δ.Σ. την υπ' αριθ.πρωτ.30272/17.12.2012 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, η οποία έχει ως εξής :

"Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην συνεδρίαση της 3.12.12, και λαμβάνοντας υπόψη την υπ'αριθμ. 375/15.11.12 απόφαση της Επιτροπής Έρευνας, Ηθικής και Δεοντολογίας, ενέκρινε το αίτημα των σπουδαστριών Χρονοπούλου Παναγούλας, Χατζηπαναγιώτου Νικολέττας και Φραγκούλια Αντωνίας του Τμήματος Νοσηλευτικής Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Πατρών.

Εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας με θέμα : «Διερεύνηση των αναγκών ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση ή αιμοκάθαρση». Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στο Τμήμα Τεχνητού Νεφρού και της Περιτοναϊκής Κάθαρσης. Επισυνάπτεται ενημερωτικό έντυπο, ερωτηματολόγιο, άδεια διεξαγωγής της έρευνας από το ΑΤΕΙ Πατρών, καθώς και το έντυπο της Επιτροπής Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου.

Επιστημονική Υπεύθυνη : Προϊσταμένη Νευροχειρουργικής Κλινικής Τσιμά Ροδοθέα

Ερευνητές : Χρονοπούλου Π., Χατζηπαναγιώτου Ν., και Φραγκούλια Α."

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΓΟΥΜΕΝΟΣ

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη του την παραπάνω απόφαση, και μετά από διαλογική συζήτηση,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

αποδέχεται την απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου με την οποία εγκρίνεται το αίτημα των σπουδαστριών Χρονοπούλου Παναγούλας, Χατζηπαναγιώτου Νικολέττας και Φραγκούλια Αντωνίας του Τμήματος Νοσηλευτικής Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Πατρών.

Εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας με θέμα : «Διερεύνηση των αναγκών ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση ή αιμοκάθαρση». Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στο Τμήμα Τεχνητού Νεφρού και της Περιτοναϊκής κάθαρσης.

Επιστημονική Υπεύθυνη : Προϊσταμένη Νευροχειρουργικής Κλινικής Τσιμά Ροδοθέα

Ερευνητές : Χρονοπούλου Π., Χατζηπαναγιώτου Ν., και Φραγκούλια.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΛΕΤΣΙΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

ΗΛΙΑΣ ΠΑΝΑΓΩΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΙΚ. ΣΟΛΩΜΟΥ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Δ.Σ.

Ν. ΛΑΖΑΡΟΥ

Γ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Γ. ΠΙΡΠΙΡΗΣ

