PRACA ORYGINALNA

WSPARCIE A JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW DIALIZOWANYCH W TARNOWIE

SUPPORT AND THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS ON DIALYSIS IN TARNOW

Aneta Grochowska[1], Magdalena Kurzawska[2], Iwona Bodys-Cupak[3]

[1] Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
[2] absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie
[3] Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp. Badania epidemiologiczne prowadzone w ciągu ostatniego 10-lecia pozwoliły na udowodnienie faktu, że podejmowany w prezentowanej pracy temat jest problemem nie tylko medycznym i ekonomicznym, ale wręcz społecznym. Rola wsparcia emocjonalnego w opiece nad chorym dializowanym jest ważna na każdym etapie choroby i jej akceptacji.
Cel. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów dializowanych w Tarnowie oraz określenie czynników, które mają wpływ na jakość ich życia.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkiem Dializ w Szpitalu Wojewódzkim im. Świętego Łukasza w Tarnowie oraz Stacji Dializ w Specjalistycznym Szpitalu im. Edwarda Szczeklika w Tarnowie, a także wśród osób zdrowych, wybranych losowo spośród populacji w Żabnie. Dla osiągnięcia założonych celów badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. Narzędzia badawcze stanowiły kwestionariusz SF-36, skala wsparcia oraz autorski kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Spośród ankietowanych tylko 24% pracowało bądź jeszcze się uczyło, natomiast 76% badanych było na emeryturze bądź rencie. Z przeprowadzonego badania wynikało, że tylko 10% chorych wcale nie spotyka się z bliskimi, natomiast 44% badanych robiło to rzadko, a 46% bardzo często spędzało czas z rodziną bądź przyjaciółmi. Dializowani mogli w mniejszym stopniu liczyć na pomoc i wsparcie od współpracowników niż osoby zdrowe. Natomiast w przypadku rodziny i znajomych wyniki dla obu grup były najwyższe i bardzo podobne do siebie.
Wnioski. Z analizy badań wynika, iż osoby chore przewlekle dializowane w znacznym stopniu odczuwały wpływ choroby i prowadzonego leczenia na sferę psychospołeczną życia. Do najczęstszych problemów należały ograniczenia życia zawodowego, zmniejszenie chęci do spotkań ze znajomymi oraz pogarszający się fizyczny stan zdrowia.

Słowa kluczowe: dializa, jakość życia, wsparcie.

ABSTRACT

Introduction. Epidemiological studies conducted over the last decade made it possible to prove the fact that the subject is a problem not only medically and economically, but also socially. The role of emotional support in the care of dialysis patients is important at every stage of the disease and its acceptance.
Aim. The aim of the study is to assess the quality of life of patients on dialysis in Tarnów and to identify factors that affect their quality of life.
Material and methods. The scope of work includes a theoretical part, drawn up on the basis of a review of the literature and research, characterized by a description of the study patients in the department of internal medicine and nephrology with dialysis center in the Provincial Hospital. St. Luke's in Tarnow and Dialysis Specialist Hospital in them. Edward Szczeklik in Tarnów and a group of healthy subjects drawn randomly from among healthy population in Żabno.
Results. To the objectives of the research were used 3 questionnaire.
Conclusions. After the analysis of the study it can be concluded that chronically ill persons dialyzed extensively felt the impact of the disease and of therapy to psychosocial sphere of life. The most common problems were restrictions life, reduced willingness to meet with friends and deteriorating physical health.

Keywords: dialysis, quality of life, support.

Wstęp

Wśród chorób cywilizacyjnych XXI wieku, do których możemy zaliczyć cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe oraz otyłość, należy również wymienić przewlekłą chorobę nerek (PChN). Przewlekła choroba nerek to zespół chorobowy, który charakteryzuje się powolnym, ale nieodwracalnym i przeważnie postępującym pogorszeniem funkcji nerek [1]. Badania epidemiologiczne prowadzone w ciągu ostatniego 10-lecia pozwoliły na udowodnienie faktu, że PChN jest problemem nie tylko medycznym i ekonomicznym, ale także społecznym. W różnych krajach przewlekła choroba nerek występuje bardzo często i dotyczy 6–15% populacji. Zgodnie z szacunkowymi wyliczeniami oznacza to, iż na całym świecie na PChN choruje ok. 600 mln osób, w Polsce odpowiednio ponad 4 mln obywateli [2]. Częstość występowania chorób nerek i układu moczowego wzrasta u pacjentów w wieku podeszłym i dotyczy to w głównej mierze mężczyzn. Potwier-

dza to tezę, że płeć należy do czynników ryzyka rozwoju PChN. Przewlekła choroba nerek może być następstwem czy też powikłaniem wszystkich pozostałych chorób cywilizacyjnych, od otyłości samej w sobie oraz w powiązaniu z cukrzycą począwszy, poprzez nadciśnienie tętnicze, na chorobie sercowo-naczyniowej skończywszy [3]. Przewlekła choroba nerek u osób w podeszłym wieku stanowi wyzwanie dla współczesnej nefrologii i dializoterapii z uwagi na [4] gwałtowny wzrost populacji osób w podeszłym wieku (tj. > 65. r.ż.), ogólnoustrojowe problemy geriatryczne, odrębności przebiegu klinicznego i leczenia PChN, problemy socjalno-ekonomiczne i emocjonalno-psychologiczne, specyficzne dla podeszłego wieku.

Ogromny rozwój dializoterapii w Polsce nastąpił po 2000 roku. Przyczyniły się do tego skuteczny program rozwoju dializoterapii, zmiana organizacji ochrony zdrowia w Polsce po reformie systemu ubezpieczeń, rozwój niepublicznych stacji dializ i poprawa jakości kształcenia lekarzy w zakresie wykonywania i profilaktyki chorób nerek [5].

Przewlekła choroba oraz sposoby jej leczenia mają znaczący wpływ na jakość życia pacjentów dializowanych. Uwarunkowana jest wielowymiarowym pojęciem i obejmuje ocenę dobrostanu fizycznego, psychicznego, socjalnego, duchowego i funkcjonalnego. Zarówno czynniki obiektywne (stan zdrowia, obraz kliniczny, rozpoznanie), jak i subiektywne (psychiczne, fizyczne, społeczne, międzyludzkie) mają wpływ na jakość życia, jednak to stan somatyczny, sprawność fizyczna, relacje społeczne i samopoczucie psychiczne podlegają analizie podczas oceny poziomu jakości życia. Jakość życia w chorobach przewlekłych związana jest z szeroko pojętą rehabilitacją medyczną, zawodową i psychospołeczną, a jej poziom zależy od rodzaju schorzenia i możliwości prowadzenia terapii, czasu trwania schorzenia, wieku chorego, indywidualnych warunków psychofizycznych i odporności chorego, zdolności chorego do podejmowania samoopieki, od zasobów i wsparcia środowiskowego [6].

Rodzina i najbliżsi z otoczenia chorego stanowią układ wspierający. W tym pojęciu społeczność rodzinna dotyczy tych wszystkich, od których pacjent spodziewa się wsparcia. Brak zrozumienia i wsparcia ze strony osób najbliższych rodzi u chorego poczucie beznadziejności oraz małej wartości społecznej. Może to prowadzić do depresji, zobojętnienia chorego na dalsze losy leczenia oraz braku chęci do walki. Świadomość, że jest się akceptowanym, pomaga walczyć z obniżeniem własnej wartości i przetrwać trudne chwile. Zarówno rodzina, jak i przyjaciele, współpracownicy, sąsiedzi, wszyscy, którzy stanowią określone wsparcie społeczne, w dużej mierze wpływają na stosunek chorego do życia i akceptacji swojej choroby [7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów dializowanych w Tarnowie oraz określenie czynników, które mają wpływ na jakość ich życia.

Materiał i metody

Dla osiągnięcia założonych celów badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. Narzędzia badawcze stanowiły kwestionariusz SF-36, skala wsparcia oraz autorski kwestionariusz ankiety. Analiza statystyczna została wykonana z wykorzystaniem programu IBM SPS Statistic 18. Założony poziom istotności wynosił 0,05.

Badaniem objęto 100 osób, które zostały podzielone na dwie grupy:

- grupę I – docelową – składającą się z 50 osób dializowanych, pacjentów znajdujących się na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkiem Dializ w Szpitalu Wojewódzkim im. Świętego Łukasza w Tarnowie oraz w Stacji Dializ w Specjalistycznym Szpitalu im. Edwarda Szczeklika wTarnowie;
- grupę II – kontrolną – składającą się z 50 osób zdrowych dobranych pod względem płci, wieku i poziomu wykształcenia, które nie miały terapii nerkozastępczej, wyłonionych losowo spośród zdrowej populacji. Dane zostały zebrane w Żabnie.

Badania przeprowadzono od stycznia do marca za zgodą osób ankietowanych.

Grupa hemodializowanych składała się w 42% z kobiet oraz w 58% z mężczyzn. Największą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku od 51 do 70 lat – 40%. Mniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 30 do 50 lat oraz powyżej 70 lat – 28%. Najmniejszą grupę stanowiły osoby młode poniżej 30. r.ż. – 4%. Jak wynika z badania, najwięcej osób było dializowanych po 50. r.ż. Ponad połowa (60%) respondentów mieszkała w mieście, a 40% badanych pochodziło z obszarów wiejskich. Z przeprowadzonego badania wynika, że tylko 12% osób mieszkało samotnie, 36% mieszkało z współmałżonkiem, natomiast 52% mieszkało z rodziną.

Wyniki badań

Jednym z bardzo ważnych aspektów życiowych każdego człowieka jest aktywność zawodowa, która przede wszystkim daje poczucie bezpieczeństwa, pozwala na utrzymanie się na odpowiednim poziomie. Brak pracy zarobkowej nie tylko ogranicza nasze podstawowe potrzeby egzystencji, ale wpływa też negatywnie na rozwój naszej osobowości. Także w przypadku doboru odpowiedniej metody dializ ważny jest sposób życia chorego. Spośród

ankietowanych 24% było obecnych na rynku pracy bądź jeszcze uczyło się, 76% badanych było już na emeryturze lub rencie. Przed rozpoczęciem terapii nerkozastępczej 64% było aktywnych zawodowo, a 36% – nie. Oznacza to, że w wyniku pojawienia się choroby nerek i rozpoczęcia dializ większość chorych musiała zmienić swój styl życia i porzucić pracę zawodową.

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na poprawę jakości życia chorego jest wybór metody dializy. W przeprowadzonym badaniu wszyscy badani byli leczeni przy użyciu hemodializy. Ponad połowa badanych (76%) była zadowolona z metody dializoterapii, pozostałe osoby nie były zadowolone. Częstość wykonywania dializy była zróżnicowana, 22% ankietowanych miało dializy 2 razy w tygodniu, natomiast 78% miało je raz w tygodniu, nikt z badanych nie miał dializoterapii 4 razy w tygodniu.

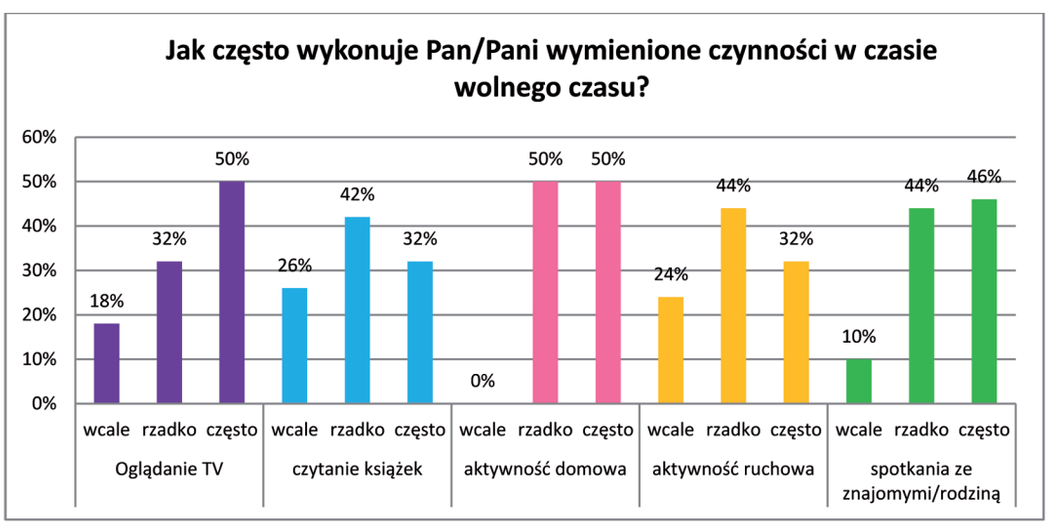
Ponad połowa osób (78%) poddawana była dializie krócej niż 5 lat, 18% – 5–10 lat,a jedynie 6% miało dializy ponad 10 lat.

Jednym z istotnych elementów zwiększających proces adaptacji do leczenia jest akceptacja choroby. Pozwala szybciej przystosować się do życia i poradzić sobie w nowej sytuacji zdrowotnej. W przeprowadzonym badaniu 56% ankietowanych zadeklarowało, że akceptuje chorobę, natomiast 44% chorych nie akceptowało swojej sytuacji zdrowotnej. Wszystkie osoby dializowane obawiały się o swoje zdrowie.

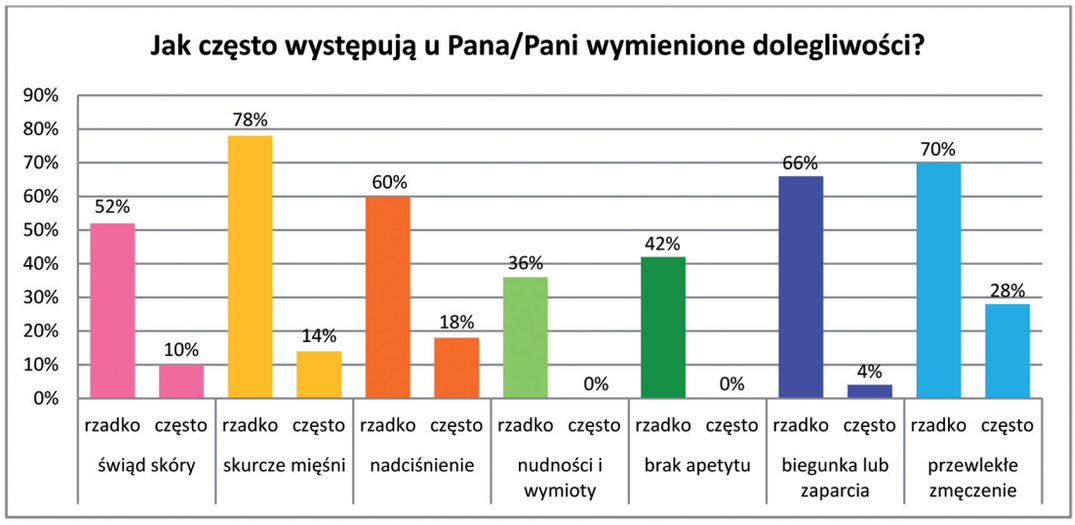
Bardzo ważny wpływ na poziom egzystencji, zakup potrzebnych leków, a także samopoczucie psychiczne ma sytuacja materialno-finansowa osób dializowanych. Dobrą sytuację materialno-finansową deklarowało 42% badanych, u 40% ankietowanych była ona średnia, natomiast 18% chorych narzekało na niedostateczną ilość środków pieniężnych.

Ważnym aspektem życia jest spędzanie czasu wolnego. Niestety większość osób dializowanych zazwyczaj prowadzi siedzący tryb życia, telewizję często oglądało 50% badanych, 32% – rzadko, a tylko 18% deklarowało, że nie ogląda wcale. Książki często czytało 32% badanych, a rzadko – 42%. Obowiązki domowe wykonywała każda osoba dializowana, jedna połowa aktywna była rzadko, a druga – często. Aktywności ruchowej nie wykonywało wcale 24% osób dializowanych, 44% robiło to rzadko, a tylko 32% często mobilizowało się do wykonania jakichkolwiek ćwiczeń fizycznych. Kolejnym przykładem na spędzanie czasu wolnego było spotkanie z rodziną lub znajomymi. Tylko 10% chorych wcale nie spotykało się z bliskimi, 44% badanych robiło to rzadko, a 46% bardzo często spędzało czas z rodziną bądź przyjaciółmi (**Rycina 1**).

Większość chorych dobrze znosi hemodializy, jednak w czasie zabiegu mogą pojawić się objawy niepożądane, jak świąd skóry, skurcze mięśni, nudności i wymioty czy spadek ciśnienia krwi. Najczęściej występującym objawem, na który skarżyli się dializowani, było przewlekłe zmęczenie, które wśród 28% badanych występowało często, a u 70% – rzadko. Kolejnym było nadciśnienie, które występowało często u 18% badanych, a u 60% – rzadko, 22% dializowanych nie skarżyło się wcale na problemy z podwyższonym ciśnieniem. Skurcze mięśni pojawiały się często u 14% badanych, a rzadko u 78% ankietowanych, tylko u 8% respondentów taki objaw nie występował wcale. Kolejnym niepokojącym objawem pojawiającym się w czasie dializ jest świąd skóry, który występował często u 10% badanych, rzadko u 52% osób dializowanych,



Rycina 1. Sposoby spędzania czasu wolnego przez osoby dializowane



Rycina 2. Typowe powikłania występujące w trakcie zabiegu hemodializy

a u 38% symptom ten nie występował. Na inne skutki uboczne dializ, takie jak biegunka lub zaparcia, często skarżyło się 4% badanych. U 66% respondentów problemy z wydalaniem pojawiały się rzadko, a 30% badanych nie miało ich wcale. Natomiast brak apetytu, nudności i wymioty w badanej grupie osób występowały rzadko, narzekało na nie odpowiednio 42% i 36% (**Rycina 2**).

Wyniki kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 przedstawiały się następująco: w kategorii ogólnej oceny zdrowia kwestionariusza SF-36 można było uzyskać najlepszy wynik na poziomie 0, a możliwie najgorszy – na poziomie 24 punktów. Grupa osób dializowanych uzyskała wynik na poziomie 15,58, natomiast grupa osób zdrowych osiągnęła wynik 11,76, czyli lepszy o 3,81. W kategorii funkcjonowanie fizyczne kwestionariusza SF-36 można było uzyskać możliwe najlepszy wynik na poziome 0, a możliwe najgorszy – na poziomie 50 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 16,08, a osoby zdrowe – 6,28, czyli o 9,8 punktu lepszy. Natomiast w kategorii ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról można było uzyskać możliwie najlepszy wynik na poziomie 0, a możliwie najgorszy – 20 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 9,8 punktu, a osoby zdrowe – wynik prawie o połowę lepszy, czyli 4,6 punktu. W komponencie funkcjonowania społecznego kwestionariusza SF-36 można było osiągnąć możliwie najlepszy wynik na poziomie 0 punktów, a możliwie najlepszy na poziomie 8 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 2,56 punktu, natomiast osoby zdrowe – niewiele niższy, bo na poziomie 2,16 punktu. W kategorii witalność kwestionariusza SF-36 można było osiągnąć możliwie najlepszy wynik na poziomie 0 punktów, a możliwie najgorszy – na poziomie 20 punktów. Osoby dializowane uzyskały wynik 8,5 punktu, natomiast osoby zdrowe osiągnęły nieco gorszy wynik, bo 9,08 punktu. W komponencie ogólnej oceny zdrowia można było uzyskać możliwie najlepszy wynik na poziomie 0, natomiast możliwie najgorszy – na poziomie 25 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 11,86 punktu, natomiast osoby zdrowe – wynik lepszy o prawie 2 punkty – 9,88 punktu. Można zatem stwierdzić, że osoby leczone nerkozastępczo gorzej oceniały swoje zdrowie i funkcjonowanie fizyczne. Osoby dializowane doświadczały większych trudności w zakresie funkcjonowania fizycznego w pełnieniu ról niż osoby zdrowe. Osoby zdrowe odczuwały mniejszą sprawność/żywotność niż osoby leczone.

Podsumowując wyniki kwestionariusza SF-36, można było uzyskać możliwie najlepszy wynik na poziomie 0 punktów, a możliwie najgorszy – na poziomie 171 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 71,22 punktu, a osoby zdrowe – wynik lepszy o ponad 21 punktów, czyli osiągnęły 49,56 punktu. Można zatem stwierdzić, że osoby dializowane gorzej oceniają swoją jakość życia w porównaniu z osobami zdrowymi.

Wyniki skali wsparcia społecznego

Z analizy wynika, że osoby zdrowe mogły zdecydowanie bardziej liczyć na pomoc i wsparcie w pracy niż osoby dializowane. Natomiast w przypadku rodziny i znajomych wyniki dla obu grup były najwyższe i bardzo podobne do siebie.

Osoby zdrowe mogły uzyskać potrzebne wskazówki z każdej z grup społecznych dużo częściej i w szerszej perspektywie niż osoby dializowane, różnica między grupami badaną i kontrolną była znacząca i wynosiła 1,1 w grupie

współpracownicy, a 0,54 w grupie przełożeni. Wynika to z tego, że osoby zdrowe miały szersze spektrum grup społecznych, od których mogły uzyskać te wskazówki, a tym samym nie potrzebowały tak dużego jak osoby chore wsparcia rodziny. Osoby dializowane pozyskiwały potrzebne informacje i wskazówki od najbliższych, a kontakt z grupą zawodową był z powodu choroby ograniczony lub często przerwany.

Rodzina i znajomi jest to grupa osób, przy których zarówno pacjenci, jak i badane zdrowe osoby czuli się najlepiej i bezpiecznie. Osoby dializowane pracujące nie chciały dzielić się swoimi przeżyciami i kłopotami w kręgu zawodowym. Najpewniej nie chciały być odbierane gorzej oraz inaczej oceniane zawodowo. Często ukrywały swoją chorobę. Uzyskany wynik w grupie zawodowej 1,5–1,6 mógł być podyktowany utratą zaufania do współpracowników, rezygnacją z pracy lub jej brakiem.

Osoby dializowane mogły liczyć w trudnych sytuacjach przeważnie na pomoc rodziny (4,1) oraz znajomych (3,12). Bardzo niskie wsparcie grupy zawodowej wynikało z wielu przyczyn. Jedną z nich był brak więzi osoby chorej ze zdrowymi. Osoby chore nie chciały dzielić się problemami w grupie zawodowej, więc tej pomocy najczęściej nie otrzymywały, a jeśli zdecydowały się prosić o pomoc, to częściej kierowały się do przełożonych (1,54) niż współpracowników (1,5).

Osoby dializowane nie odnajdowały zrozumienia i pocieszenia wśród znajomych z pracy. Zawsze byli oni nastawieni na uzyskiwanie dobrych wyników zespołu, osoby chore nie czuły tak mocnej przynależności zawodowej jak osoby zdrowe, więc braki te kompensowały wśród najbliższych, co dobrze widoczne jest w rezultatach skali wsparcia (rodzina – 4,12, znajomi – 3,56 oraz grupa zawodowa 1,5–1,52).

W celu zbadania wpływu otrzymywanego wsparcia na poziom jakości życia pacjentów dializowanych w Tarnowie posłużono się testem t-studenta dla prób niezależnych. Wyniki przeprowadzonego testu wykazały, że wartość obliczeniowa t wynosi 3,61, istotność dwustronna – 0,001, a więc należy wnioskować, że poziom jakości życia osób dializowanych był istotnie statystycznie niższy niż w przypadku osób zdrowych (**Tabela 1**).

Ocena wpływu dolegliwości bólowych na funkcjonowanie fizyczne badanych wykazała, że jakość życia badanych w sferze funkcjonowania fizycznego jest niższa wśród osób odczuwających dolegliwości bólowe ($t = -4,22$, $p < 0,05$). Jakość życia dializowanych była niższa niż w przypadku osób zdrowych.

Pomiędzy zmiennymi komponentu psychicznego u każdej z badanych osób, zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej, istniała słaba korelacja ($t = -2,23$, $p < 0,05$). Osoby dializowane miały istotnie gorsze samopoczucie niż osoby zdrowe.

Pomiędzy wynikami skali wsparcia uzyskanymi przez osoby zdrowe oraz dializowane istniała bardzo słaba korelacja ujemna. Wartość statystyki t obliczeniowej wynosiła 3,24, a poziom istotności wynosił 0,002, a więc jest niższy od zakładanego 0,05. Oznaczało to, że osoby chore odczuwały niższy poziom dostępności wsparcia niż osoby zdrowe.

W przypadku osób pogodzonych z wystąpieniem choroby średnia wyników uzyskanych na skali wsparcia wynosiła 2,67, natomiast w przypadku pacjentów buntujących się przeciwko chorobie poziom skali wsparcia wynosił 2,19. Wartość statystyki t obliczeniowej wynosiła 2,43, natomiast istotność dwustronna wynosiła 0,01, a zatem niedobór wsparcia społecznego miał wpływ na akceptację choroby przez badanych pacjentów i ich chęć do walki z przeciwnościami.

Dyskusja

Ważnym aspektem wpływającym na jakość życia jest obecność rodziny oraz zamieszkanie z bliskimi. Z analizy własnych badań wynika, iż tylko 12% dializowanych mieszkało samotnie, 36% mieszkało z współmałżonkiem,

Tabela 1. Test t-studenta badający istotność pomiędzy jakością życia w grupie badanej i kontrolnej

Test t równości średnich							
Występowanie różnic	t	df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
						dolna granica	górna granica
w komponencie fizycznym	-4,222	98	0,000	-17,800	4,21641	-26,16733	-9,43267
w komponencie psychicznym	-2,237	98	0,028	-4,00000	1,78796	-7,54815	-0,45185
pomiędzy wynikami skali wsparcia	2,429	48	0,019	0,47880	0,19710	0,08251	0,87509

natomiast aż 52% mieszkało z rodziną. Według badań przeprowadzonych przez Grochowską i wsp. wśród pacjentów szpitali w Tarnowie wynikało, iż samotnie mieszkało 16% pacjentów, tylko z małżonkiem – 21%, natomiast 63% mieszkało z rodziną [8].

Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia jest aktywność zawodowa. W wyniku przeprowadzonych badań własnych stwierdzono, iż tylko 64% respondentów dializowanych było aktywnych zawodowo. Z badań przeprowadzonych przez Kapkę-Skrzypczak i wsp. wynikało, że w grupie dializowanych otrzewnowo wszyscy uczestnicy ankiety pracowali przed rozpoczęciem leczenia. Natomiast wśród osób hemodializowanych 60% było aktywnych zawodowo, zaś 40% nie pracowało w momencie rozpoczęcia hemodializ [9].

Istotnym elementem jest także ocena zadowolenia chorych ze stosowanej przez nich metody leczenia. Z własnych badań wynika, iż 76% osób było zadowolonych, a tylko 24% – niezadowolonych z metody leczenia. Badania przeprowadzone przez Kapkę-Skrzypczak i wsp. wykazały podobnie, iż prawie wszyscy ankietowani zadowoleni byli z metody leczenia nerkozastępczego (97,5%) [9].

Należy również zwrócić uwagę na dolegliwości pojawiające się podczas wykonywania dializy. Z badań własnych wynika, iż najczęstszym objawem, na który skarżyły się osoby dializowane, było przewlekłe zmęczenie, które często występowało u 28% badanych, a u 70% – rzadko. Kolejnym problemem było nadciśnienie, które występowało często u 18% badanych, a u 60% – rzadko, natomiast tylko 22% dializowanych wcale nie zgłosiło kłopotów z ciśnieniem. Następnie bardzo często u osób uczęszczających na terapię nerkozastępczą występują skurcze mięśni, które pojawiły się często u 14% badanych, a rzadko – u 78% ankietowanych. Kolejnym niepokojącym objawem pojawiającym się u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek jest świąd skóry, który występował często u 10% badanych, a rzadko – u 52% osób dializowanych. Brak apetytu, nudności i wymioty w badanej grupie osób występowały rzadko, bo narzekało na nie odpowiednio 42% i 36%. W badaniach przeprowadzonych przez Wojewodę i wsp. wykazano, że u 45% ankietowanych występowało zmęczenie, następnie zgłaszali oni: nużliwość mięśni (21%), kurcze mięśni (18%), bóle głowy (17%), bezsenność (12%), świąd skóry (11%), bóle stawów (15%), spadki ciśnienia (8%) [10].

Do czynników determinujących jakość życia osób dializowanych należy również często liczba hospitalizacji z powodu powikłań leczenia nerkozastępczego. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że u aż 68% chorych takie komplikacje nie wystąpiły. Natomiast 30% badanych było hospitalizowanych 1–2 razy, a tylko 2% respondentów było leczonych w szpitalu powyżej trzech razy. Z badań wykonanych przez Kapkę-Skrzypczak i wsp. wynika, że 1–2 razy w przeciągu 6 miesięcy w szpitalu przebywało 42,5%, natomiast więcej niż dwa razy hospitalizowanych było ogółem 15% leczonych nerkozastępczo [9].

W utrzymaniu wysokiej jakości życia oraz dobrego samopoczucia ważne jest posiadanie hobby, które dostarcza przyjemności i pomaga w zmaganiu się z chorobą. Jak wynika z przeprowadzonych badań, aż 68% ankietowanych miało swoje pasje, a tylko 32% chorych nie miało hobby. Ankietowani często oglądali telewizję i realizowali się w gospodarstwie domowym, natomiast rzadko korzystali z zorganizowanych form aktywności ruchowej i spotkań z osobami bliskimi i znajomymi.

Na jakość życia osób dializowanych istotny wpływ może mieć również czas leczenia. Z badań własnych wynika, iż 78% poddawanych było dializie krócej niż 5 lat, 18% – 5–10 lat, a jedynie 6% było leczonych ponad 10 lat. Z badań przeprowadzonych przez Wojewodę i wsp. wynika, że najbardziej liczną grupę stanowili pacjenci leczeni za pomocą hemodializy od 1–5 lat (36%), następnie do roku (32%), terapią powyżej 10 lat objętych było 10% grupy [10].

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły, że osoby chore przewlekle dializowane w znacznym stopniu odczuwały wpływ choroby i prowadzonego leczenia na sferę psychospołeczną życia. Do najczęstszych problemów należały ograniczenia życia zawodowego, zmniejszenie chęci do spotkań ze znajomymi oraz pogarszający się fizyczny stan zdrowia. Wsparcie zarówno rodziny, bliskich, jak i społeczne ma wpływ na jakość życia osób dializowanych. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w przypadku grupy osób zdrowych samoocena poziomu wsparcia współpracowników i przełożonych była istotnie wyższa niż w przypadku osób dializowanych. Wynika to m.in. z faktu, że prowadzenie terapii w znacznym stopniu wymusza ograniczenie aktywności zawodowej.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1) osoby dializowane mają niższą jakość życia niż osoby zdrowe;
2) najważniejszym czynnikiem obniżającym jakość życia osób dializowanych był stopień, w jakim choroba i dializy ograniczyły zdolność do wykonywania czynności, które wymagały aktywności fizycznej;
3) sposób prowadzenia terapii nerkozastępczej w znacznym stopniu wymuszał ograniczenie aktywności za-

wodowej, co miało wpływ na ograniczenie kontaktów społecznych;

4) osoby dializowane mogły liczyć na wsparcie ze strony rodziny i bliskich, jednak nie miało to wpływu na poziom akceptacji choroby.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Białobrzeska B. Rola pielęgniarki w edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Forum Nefrol. 2008;1(1):45–51.
2. Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek (PChN) – wyzwanie XXI wieku. Przew Lek. 2007;2:80–88.
3. Król E, Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek – klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka. Forum Nefrol. 2008;1(1):1–6.
4. Wańkowicz Z. Dializa otrzewnowa – metoda leczenia chorych w podeszłym wieku. Med Wieku Podeszłego. 2011;1(1):42–47.
5. Wruk-Złotowska A, Wruk K. Planowanie obsady pielęgniarskiej w stacjach hemodializ. Forum Nefrol. 2011;4(3):258–265.
6. Gętek M, Czech N, Białek-Dratwa A, Fizia K, Muc-Wierzgoń M, Kokot T, Nowakowska-Zajdel E. Quality of life in patients subjected to chronic renal replacement therapy – literature review. Hygeia Public Health. 2012;47(2):151–156.
7. Wiśniewska L, Paczkowska B, Białobrzeska B. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. Forum Nefrol. 2010;3(1): 63–70.
8. Grochowska A, Puto G, Kołpa M, Schlegel-Zawadzka M. Opinions of patients on hemodialysis about their own health and physical and mental status. Hygeia Public Health. 2012;47(1):100–104.
9. Kapka-Skrzypczak L, Lipin B, Niedźwiecka J, Sawicki K, Cyranka M, Haratym-Maj A, Skrzypczak M, Kruszewski M. Subjective assessment of quality of life dialysis patients by peritoneal dialysis and hemodialysis. Probl Hig Epidemiol. 2012;93(4):790–797.
10. Wojewoda K, Talarska T, Niewiadomski T, Stanisławska J, Drozd E. Charakterystyka chorych z przewlekłą niewydolnością nerek terenu średniej wielkości miasta w Wielkopolsce. Probl Hig Epidemiol. 2012;93(3):536–541.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Aneta Grochowska
Zakład Pielęgniarstwa, PWSZ w Tarnowie
ul. Adama Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
tel. kom.: 692 802 566
e-mail: grochowskaaneta@o2.pl