

Ocena jakości życia pacjentów poddawanych hemodializie

Assessment of the quality of life of patients undergoing haemodialysis

ALEKSANDRA WITKOWSKA¹

¹ Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

Streszczenie

Wstęp. Niniejsza praca stanowi próbę oceny jakości życia pacjentów poddawanych hemodializie. Ta ze względu na dotkliwość oraz uporczywość choroby powoduje poważne obciążenia. W związku z tym jakość życia może być różna w zależności od zastosowanych metod leczenia, wieku, wsparcia najbliższych, ale również długości choroby.

Cel. Celem niniejszej pracy jest ocena jakości życia pacjenta dializowanego.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu opracowano własny kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz SF 36. Dzięki temu do badania zaproszono 100 osób, które wskazały na własne doświadczenia z chorobą.

Wyniki. W ramach przeprowadzonych badań dowiedziono, że osoby różnie reagują na chorobę. Jest to uzależnione od wieku, ale i też od chorób współistniejących. Poza tym nie można zapomnieć, iż np. praca zawodowa oraz ilość spraw, które trzeba dostosować do warunków życia powoduje, że chorzy różnie oceniają swoje życie. Najczęściej jest to ocena średnia lub dobra.

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań dowiedziono, że osobom młodym trudniej pogodzić się z chorobą. To samo odnosi się do stanów emocjonalnych. Jedne osoby wspierane przez najbliższych lepiej poradzą sobie z chorobą, a inne gorzej. Może to być uzależnione od obowiązków, ale również od ich planów na życie. Dodatkowo wiele osób chorych to osoby w podeszłym wieku, a zatem zmagają one z licznymi chorobami towarzyszącymi. Mimo jednak wielu nowoczesnych metod leczenia życie pacjentów jest do pewnego stopnia ograniczone.

Słowa kluczowe: hemodializa, jakość życia, Kwestionariusz SF-36, nerka, pacjent, pielęgniarstwo

Summary

Introduction. This work is an attempt to assess the quality of life of patients undergoing haemodialysis. This due to the severity and persistency of the disease causes serious burdens. Therefore, the quality of life can vary depending on the methods of treatment used, age, support coming, but also the length of the disease.

Aim. The purpose of this work is to assess the quality of life of the dialysis patient.

Material and methods. work uses a diagnostic survey method. To this end, its own survey questionnaire and the SF 36 questionnaire were developed. As a result, 100 people were invited to the study and indicated their own experiences with the disease.

Results. Studies have shown that people react differently to the disease. This depends on age, but also on concomitant diseases. In addition, it must not be forgotten that, for example, work and the number of things that need to be adapted to living conditions causes patients to assess their lives differently. Most often it is an average or good rating.

Conclusions. Based on the studies carried out, it has been shown that young people are more struggling with the disease. The same applies to emotional states. Some people supported by loved ones will better cope with the disease, and others worse. This may depend on their responsibilities, but also on their plans for life. In addition, many of the sick are elderly, and therefore they are struggling with numerous accompanying diseases. However, despite many modern treatments, the life of patients is limited to some extent.

Key words: quality of life, hemodialysis, kidney, nursing, patient, SF-36 questionnaire

Wstęp

Choroby nerek to jedna z cięższych przypadłości, z jakimi musi żyć człowiek do końca życia. Oczywiście obecnie są różne metody ich leczenia. Niemniej jednak realizowane metody również wymagają konsekwencji w działaniu oraz systematycznego leczenia. Przeszczep nerki także nie jest rozwiązaniem pozwalającym całkowicie wrócić do zdrowia, ponieważ wiąże się z koniecznością przyjmowania leków. W związku z tym najczęściej trwałe uszkodzenie nerek wiąże się koniecznością dializowania. Konieczność dializowania dla wielu pacjentów oddziałuje na jakość ich życia.

Cel

Celem niniejszej pracy jest ocena jakości życia pacjenta dializowanego.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu opracowano własny kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz SF 36. Dzięki temu do badania zaproszono 100 osób, które wskazały na własne doświadczenia z chorobą.

W badaniu dominowali mężczyźni, stanowili oni 57% (57 osób) ogółu badanych. Połowa, czyli 50% (50 osób) było w wieku powyżej 60 lat. Kolejne 17% (17 osób) to osoby w wieku 51-60 lat. Po 14% (po 14 osób) zadeklarowało wiek między 41 a 50 oraz 31, a 40 lat. Najmniejszą badaną grupą były osoby między 18 a 30 lat, 5%, czyli 5 osób. Mieszkańcy miasta stanowili oni 64% (64 osoby) ogółu badanych. Badaniu dominowały osoby w związku 62% (62 osoby). Największa grupa osób, które brały udział w badaniu deklarowała wykształcenie średnie – 43% (43 osób), osoby z wykształceniem zawodowym – 30%, 30 osób, następnie z wyższym wykształceniem 26% (26 osób) i 1% – jedna osoba – zadeklarowała wykształcenie podstawowe. W przypadku, ankietowanych 55% (55 osób) deklarowało, że są na emeryturze. Kolejne 18% (18 osób) przebywało na rencie, a 17% (17 osób) to respondenci

pracujący. Pozostałe 10% (10 osób) to badani nie pracujący. Największa część, ankietowanych 42% (42 osoby) było hemodializowanych od roku do pięciu lat. Kolejna grupa do jednego roku – 32%, czyli 32 osoby, następnie 24% to osoby dializowane między pięć a dziesięć lat i pozostałe 3% to osoby dializowane powyżej dziesięciu lat.

Wyniki

Większość badanych wskazała, że choruje na inne choroby – 85,0%. Najwięcej z nich wskazało, na nadciśnienie tętnicze – 54 osoby, co stanowiło 41,5% wszystkich stwierdzeń oraz na cukrzycę – 28 osób (21,5%). Najmniej wskazało na „inne” bliżej nie określone choroby – 2 osoby (1,5%).

Większość badanych wskazała, że choroba wpływa na ich życie – 81,0%. Najwięcej badanych wskazało, że ich jakość życia jest dobra – 75,0%, najmniej wskazało, że bardzo dobra – 6,0%. Pozostałe 19,0% twierdzi, że ich jakość życia jest zła.

Najwięcej badanych oceniło swój stan zdrowia jako niezadowolający – 39,0% lub zadowolający – 34,0%. Najmniej jako doskonały swój stan zdrowia oceniło 2,0%, a 8,0% jako bardzo dobry. Pozostałe 17,0% oceniło go dobrze.

Większość badanych wskazała, że dializowanie utrudnia wykonywanie codziennych czynności, aktywność fizyczną i zawodową – 94,0%. Pozostałe 6,0% jest przeciwnego zdania.

Tabela 1. Problemy z pracą lub codzienną, aktywnością wynikające ze stanu zdrowia w ostatnim miesiącu

Występowanie problemów	Tak		Nie	
	liczba	%	liczba	%
konieczność skrócenia czasu pracy lub innych czynności	61	61,0	39	39,0
gorsze samopoczucie niż oczekiwałeś(-aś)	56	56,0	44	44,0

ograniczenie w rodzaju pracy lub innych czynności	67	67,0	33	33,0
wystąpienie utrudnień w wykonywanej pracy lub innych czynności	56	56,0	44	44,0

Największe problemy w zakresie pracy lub codziennej aktywności w związku z kłopotami ze zdrowiem w ostatnich 4 tygodniach mieli badani z ograniczeniem w rodzaju pracy lub innych czynności – 67%.

Tabela 2. Wpływ zdrowia fizycznego i psychicznego w ostatnich 4 tygodni na normalną aktywność społeczną w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów lub innych grup

Odpowiedź	N - liczba odpowiedzi	X - proc. odpowiedzi
Wcale	18	18,0
Rzadko	23	23,0
Czasami	31	31,0
Nawet bardzo	16	16,0
Bardzo duży	12	12,0
Razem	100	100,0

Najwięcej badanych stwierdziło, że ich zdrowie fizyczne i psychiczne w ostatnich 4 tygodniach wpływało na normalną, aktywność społeczną czasami – 31,0%.

Tabela 3. Średnie oceny samopoczucia w ostatnim miesiącu

Pozycja	Średnia	SD
byłeś pełen animuszu	29,20	22,64
byłeś bardzo zdenerwowany	63,80	28,38
czułeś się nic nie wart i nic nie było w stanie cię pocieszyć	74,00	27,19

byłeś wyciszony i spokojny	37,80	25,25
byłeś pełen energii	36,20	21,21
byłeś załamany i smutny	59,20	33,02
czułeś się zmarnowany	52,60	31,61
byłeś szczęśliwy	40,00	26,82
byłeś zmęczony	46,20	25,06

Ze wszystkich aspektów samopoczucia w ostatnich 4 tygodniach badani najlepiej ocenili pozycje: czułeś się nic nie wart i nic nie było w stanie cię pocieszyć – średnia 74,0 punkty oraz poczucie byłeś bardzo zdenerwowany – średnia 63,8 punktu. Najgorzej oceniono aspekty: poczucie bycia pełnym energii – średnia 36,2 punktu oraz poczucie byłeś pełen animuszu – średnia 29,2 punktu.

Tabela 4. Odczuwane dolegliwości w związku z niewydolnością nerek

Odpowiedź	N – liczba odpowiedzi	X – proc. odpowiedzi
Ból	32	16,8
Oslabienie organizmu	70	36,6
Częste infekcje	8	4,2
Objawy lękowe, depresja	5	2,6
Zaburzenia snu	44	23,0
Dyskomfort fizyczny	31	16,2
Inne	1	0,5
Razem	191	100,0

Najwięcej badanych wskazało na osłabienie organizmu – 70 osób, co stanowiło 36,6% wszystkich zaznaczonych stwierdzeń. Dalej wskazywali na zaburzenia snu – 44 osoby (23,0%) oraz ból – 32 osoby (16,8%).

Najmniej wskazało na objawy lękowe, depresja – 5 osób (2,6%) oraz „inne” objawy – 1 osoba (0,5%). Na jeden objaw wskazały – 44 osoby, na dwa objawy – 33 osoby, na trzy objawy – 13 osób, na cztery objawy – 8 osób i na pięć objawów – 2 osoby.

Najwięcej badanych stwierdziło, że w ostatnich 4 tygodniach odczuwało ból rzadko – 31,0% lub bardzo rzadko – 20,0%. Najmniej, że nigdy – 3,0%. Z kolei 13,0% wskazuje, że z bólem zмага się jedynie w wyjątkowych sytuacjach. Kolejne 18,0% twierdzi, że z bólem zмага się często, a 15,0% bardzo często.

Najwięcej badanych stwierdziło, że w ostatnich 4 tygodniach ból na normalną pracę wpływał trochę – 32,0% lub średnio – 26,0%. Najmniej, że wcale – 10,0%. Z kolei 17,0% twierdzi, że ból nawet bardzo utrudnia im pracę, a 15,0% jest wręcz tego pewna.

Większość badanych wskazało, że akceptuje swoją chorobę – 79,0%. Prawie wszyscy badani wskazali, że otrzymują podczas choroby wsparcie od swojej rodziny – 99,0%.

Najwięcej badanych uzyskało przeciętny poziom jakości życia – 56,0%, najmniej poziom wysoki – 17,0%. Z kolei pozostałe 27,0% to osoby, które oceniają swój poziom życia jako wysoki.

Tabela 5. Średnie wyniki podskal jakości życia

Pozycja	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	mediana
funkcjonowanie fizyczne (PF)	51,65	19,268	47,83	55,47	50,0
ograniczenia w pełnieniu ról (RP)	40,00	31,782	33,69	46,31	25,0
dolegliwości bólowe (BP)	48,83	26,241	43,62	54,03	55,0
ogólne poczucie zdrowia (GH)	44,10	9,959	42,12	46,08	45,0
witalność (VT)	41,05	18,164	37,45	44,65	40,0

funkcjonowanie społeczne (SF)	52,13	24,169	47,33	56,92	50,0
ograniczenie w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych (RE)	50,00	37,754	42,51	57,49	33,3
poczucie zdrowia psychicznego (MH)	54,96	18,498	51,29	58,63	52,0

Najwyżej oceniono: poczucie zdrowia psychicznego (MH) – średnia 54,96 punktu oraz funkcjonowanie społeczne (SF) – średnia 52,13 punktu. Najniżej witalność (VT) – średnia 41,05 punktu oraz ograniczenie w pełnieniu ról (RP) – średnia 40,0 punktów.

Tabela 6. Korelacje wieku i poziomu jakości życia

Pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
PF	100	-0,349	-3,687	0,000
RP	100	-0,100	-0,995	0,322
BP	100	-0,117	-1,164	0,247
GH	100	-0,182	-1,830	0,070
VT	100	-0,158	-1,585	0,116
SF	100	-0,145	-1,454	0,149
RE	100	-0,388	-4,165	0,000
MH	100	-0,123	-1,227	0,223
SF-36	100	-0,400	-4,316	0,000

Grupy wiekowe, pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami jakości życia i jej podskal funkcjonowanie fizyczne (PF)

i ograniczenie w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych (RE) ($p < 0,05$).

Tabela 7. Wyniki średnie jakości życia w grupach wiekowych

Grupa wiekowa	18-30 lat		31-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		>60 lat	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
PF	74,00	10,25	63,21	20,72	52,14	16,61	49,41	22,35	46,80	16,62
RP	60,00	54,77	51,79	33,20	44,64	36,92	25,00	25,00	38,50	27,76
BP	62,00	6,47	53,93	28,40	55,36	27,97	44,71	23,50	45,65	27,06
GH	45,00	11,18	50,00	9,61	44,64	12,63	42,65	7,31	42,70	9,65
VT	50,00	25,50	53,21	16,36	36,07	18,73	38,82	19,96	38,90	15,98
SF	67,50	31,37	60,71	25,88	54,46	26,22	45,59	25,36	49,75	21,50
RE	60,00	36,51	76,19	33,15	64,29	35,72	54,90	40,72	36,00	33,56
MH	61,60	21,28	61,14	18,39	55,43	16,07	50,12	21,73	54,08	17,82
SF-36	61,49	18,30	59,02	14,90	50,20	13,51	44,53	16,41	44,58	12,15

Najlepszy wynik punktowy poziomu jakości życia oraz w podskalach z wyjątkiem ogólnego poczucia zdrowia (GH), witalność (VT), ograniczenie w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych (RE) gdzie najwyższe wyniki mieli badani w wieku 31-40 lat uzyskali badani w wieku 18-30 lat. Najgorsze wyniki jakości życia oraz wszystkich podskali odnotowano w wieku 51-60 lat z wyjątkiem funkcjonowania fizycznego i ograniczenie w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych (RE) w wieku >60 lat.

Tabela 8. Poziom jakości życia w grupach wiekowych

Grupa wiekowa	18-30 lat		31-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		>60 lat	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Niski	0	0,0	0	0,0	4	28,6	5	29,4	18	36,0
Przeciętny	3	60,0	6	42,9	7	50,0	11	64,7	29	58,0
Wysoki	2	40,0	8	57,1	3	21,4	1	5,9	3	6,0
Razem	5	100,0	14	100,0	14	100,0	17	100,0	50	100,0

Najwyższy poziom jakości życia uzyskano w wieku 31-40 lat. Wyniki wysokie – 8 osób (57,1%), brak wyników niskich oraz w wieku 18-30 lat, wyniki wysokie – 2 osoby (40,0%), brak wyników niskich. Najniższy poziom uzyskali badani w wieku >60 lat. Wyniki wysokie – 3 osoby (6,0%), wyniki niskie – 28 osób (36,0%).

Tabela 9. Korelacje czasu hemodializy i poziomu jakości życia

Pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
PF	100	-0,195	-1,972	0,051
RP	100	-0,045	-0,450	0,654
BP	100	-0,155	-1,549	0,125
GH	100	-0,145	-1,452	0,150
VT	100	-0,156	-1,560	0,122
SF	100	-0,242	-2,472	0,015
RE	100	-0,116	-1,155	0,251
MH	100	-0,116	-1,158	0,250
SF-36	100	-0,226	-2,301	0,024

Czas hemodializy, pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami jakości życia i jej podał: funkcjonowanie społeczne (SF) ($p > 0,05$).

Tabela 10. Poziom jakości życia w grupach czasu hemodializy

Czas hemodializy	do 1 roku		1-5 lat		5-10 lat	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Niski	4	12,9	15	35,7	8	29,6
Przeciętny	19	61,3	19	45,2	18	66,7
Wysoki	8	25,8	8	19,0	1	3,7
Razem	31	100,0	42	100,0	27	100,0

Najwyższy poziom jakości życia uzyskano w grupie hemodializowanych do 1 roku. Wyniki wysokie – 8 osób (25,8%), wyniki niskie – 4 osoby (12,9%). Najniższy poziom dializowani 5-10 lat. Wyniki wysokie – 1 osoba (3,7%), wyniki niskie – 8 osób (29,6%).

W tabeli określono różnice poziomu jakości życia pomiędzy grupami występowania innych chorób.

Tabela 11. Różnice poziomu jakości życia pomiędzy grupami występowania innych chorób

pozycja	Sum. Rang tak	Sum. Rang nie	U	Z	poziom p	Z popr	poziom p	N ważn tak	N ważn nie	2*1str. dokł. p
PF	3945,0	1105,0	290,0	-3,350	0,001	-3,360	0,001	85	15	0,001
RP	3999,0	1051,0	344,0	-2,828	0,005	-2,911	0,004	85	15	0,004
BP	4162,5	887,5	507,5	-1,250	0,211	-1,256	0,209	85	15	0,212

GH	4067,0	983,0	412,0	-2,172	0,030	-2,200	0,028	85	15	0,029
VT	4158,5	891,5	503,5	-1,289	0,197	-1,294	0,196	85	15	0,198
SF	4061,0	989,0	406,0	-2,230	0,026	-2,263	0,024	85	15	0,025
RE	4013,0	1037,0	358,0	-2,693	0,007	-2,795	0,005	85	15	0,006
MH	4154,0	896,0	499,0	-1,332	0,183	-1,337	0,181	85	15	0,185
SF-36	3967,0	1083,0	312,0	-3,137	0,002	-3,508	0,000	85	15	0,001

Odnotowano statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami występowania bądź nie innych chorób, dotyczących poziomu jakości życia i jej podskal z wyjątkiem dolegliwości bólowe (BP), vitalność (VT) i poczucie zdrowia psychicznego (MH) ($p>0,05$).

Tabela 12. Różnice poziomu jakości życia pomiędzy grupami wyników akceptacji choroby

pozycja	Sum. Rang tak	Sum. Rang nie	U	Z	poziom p	Z popr	poziom p	N ważn tak	N ważn nie	2*1str. dokł. p
PF	4330,0	720,0	489,0	2,877	0,004	2,886	0,004	79	21	0,004
RP	4228,0	822,0	591,0	2,014	0,044	2,073	0,038	79	21	0,043
BP	4559,5	490,5	259,5	4,819	0,000	4,842	0,000	79	21	0,000
GH	4239,5	810,5	579,5	2,111	0,035	2,139	0,032	79	21	0,034
VT	4404,5	645,5	414,5	3,508	0,000	3,521	0,000	79	21	0,000
SF	4437,5	612,5	381,5	3,787	0,000	3,843	0,000	79	21	0,000
RE	4326,0	724,0	493,0	2,843	0,004	2,951	0,003	79	21	0,004
MH	4547,0	503,0	272,0	4,714	0,000	4,730	0,000	79	21	0,000
SF-36	4465,5	584,5	353,5	4,024	0,000	4,499	0,000	79	21	0,000

Odnotowano statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami akceptacji choroby, dotyczące poziomu jakości życia oraz jej wszystkich podskal ($p < 0,05$).

Tabela 13. Poziom jakości życia w grupach akceptacji choroby

Akceptacja choroby	Tak		Nie	
	liczba	%	liczba	%
Niski	13	16,5	14	66,7
Przeciętny	49	62,0	7	33,3
Wysoki	17	21,5	0	0,0
Razem	79	100,0	21	100,0

W tabeli określono poziom jakości życia w grupach akceptacji.

Wyższy poziom jakości życia uzyskali badani, którzy zaakceptowali chorobę. Wyniki wysokie – 17 osób (21,5%). Wyniki niskie – 13 osób (16,5%). W grupie z brakiem akceptacji, nie odnotowano wyników wysokich, wyniki niskie – 14 osób (66,7%).

Tabela 14. Różnice poziomu jakości życia pomiędzy grupami aktywności zawodowej

pozycja	R	t(N-2)	poziom p
PF	(3, N=100)	10,624	0,014
RP	(3, N=100)	11,038	0,012
BP	(3, N=100)	5,861	0,119
GH	(3, N=100)	9,900	0,019
VT	(3, N=100)	10,251	0,017
SF	(3, N=100)	9,147	0,027
RE	(3, N=100)	29,607	0,001

MH	(3, N=100)	4,815	0,186
SF-36	(3, N=100)	24,651	0,001

Odnotowano statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami aktywności zawodowej, dotyczących poziomu jakości życia i jej podskala z wyjątkiem dolegliwości bólowe (BP), witalność (VT) i poczucie zdrowia psychicznego (MH) ($p>0,05$).

Dyskusja

Jakość życia warunkuje zadowolenie z życia, ale również możliwość radzenia sobie z chorobą, co rzutuje bezpośrednio na efekty leczenia [1]. Jakość życia pacjentów poddawanych dializie uzależniona jest od okresu trwania choroby. Część osób – głównie w fazie godzenia się z chorobą – ma znacznie więcej trudności w codziennych funkcjonowaniu. Praktycznie każdy element może być problemowy oraz frustrujący. Z kolei osoby dłużej chore mają już pewne rozwiązania, które pozwalają na miarę możliwości normalnie funkcjonować.

Ocena jakości życia jest prowadzona w sposób całościowy, analizowane są wszystkie przedsięwzięcia, które mogą być prowadzone przez chorego w większym lub mniejszym stopniu. Niemniej jednak nie można zapomnieć, iż choroba zawsze odbiera część sprawności. Dlatego podejmuje się określone środki zaradcze, które pozwalają na przywrócenie w sposób maksymalny pełnej sprawności [2]. Szczególne znaczenie ma to dla młodszych chorych. To oni najtrudniej znoszą początkowy okres choroby. Często adaptacja do bieżących warunków życia wymusza zmianę organizacji życia. Ciężko się pogodzić z tymi kwestiami. Dlatego też koniecznie staje się prowadzenie wsparcia.

Wyniki badań potwierdziły, że przewlekła choroba nerek i hemodializa ma negatywny wpływ na fizyczny i psychiczny stan pacjenta. Wyniki pokazują, że najwięcej badanych wskazało, iż choroba źle wpływa na ich samopoczucie i psychikę – 64,0%, najmniej wskazało, że bardzo źle – 8,0%. Pozostałe 28,0% jest zdania, że choroba nawet dobrze

oddziałuje na ich samopoczucie oraz psychikę. Osoby młodsze trudniej psychicznie znoszą chorobę. Z kolei osoby starsze gorzej znoszą chorobę, ponieważ ich stan fizyczny jest gorszy. Niemniej jednak w każdym przypadku można obserwować zmianę organizacji życia rodziny. W końcu potrzeba ciągłych wyjazdów do szpitala oraz ciągła czujność wymusza odpowiednią organizację, by czynności te nie kolidowały z innymi obowiązkami.

W ramach prowadzonych działań na Uniwersytecie Oxford w 2014 r. również potwierdzono, że występuje silna korelacja między wiekiem chorego, a oddziaływaniem chorego na stan psychiczny i fizyczny chorych [3].

W badaniach własnych dowiedziono również, że pacjenci cierpieli na wiele chorób współistniejących. Największe znaczenie miało nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca. Pacjenci, którzy są poddawani hemodializie z niewydolnością nerek, najczęściej odczuwają osłabienie organizmu, następnie zaburzenia snu, potem ból, a najmniej u pacjentów występują objawy lękowe i depresję.

Podobny odsetek chorób współistniejących przedstawiono w badaniach Więzkowskiej – Zielińskiej i wsp. Tu dowiedziono, że pacjenci cierpieli na cukrzycę (21,3%) oraz nadciśnienie tętnicze (17,5%) [4].

Badani chorzy dokonywali samooceny jakości życia. W badanej grupie dominowały osoby, które oceniają swoje życie jako dobre lub złe, z większym naciskiem na to pierwsze. Wyniki badań wskazują na to, iż najwięcej badanych wskazało, że ich jakość życia jest dobra – 75,0%, najmniej wskazało, że bardzo dobra – 6,0%. Pozostałe 19,0% twierdzi, że ich jakość życia jest zła. Nikt jednak nie stwierdził, iż ta jest bardzo zła.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć nieco inne doniesienia, a mianowicie w zastosowanym kwestionariuszu, oceniając jakość życia można było maksymalnie uzyskać 171 punktów, co stanowiło o najniższym stopniu oceny. Chorzy dializowani otrzewnowo uzyskali średnio 54,71 punktu, natomiast hemodializowani 92,24 punktu. Wynika z tego, że hemodializa w odczuciu ankietowanych pacjentów była prawie dwukrotnie bardziej uciążliwa niż dializa otrzewnowa [5].

W prowadzonych badaniach analizowano fakt, że częste wizyty w szpitalu na oddziale nefrologicznym dezorganizują życie pacjenta, utrudniają mu wykonywanie pracy zawodowej i samorealizację. Dodatkowo trzeba liczyć się z określonymi nieobecnościami w pracy. W tym jednak przypadku dostrzeżono dodatnią korelację z wiekiem chorych. W głównej mierze chodzi o wskazanie tych osób, które są aktywne zawodowo.

Podobnego zdania są inni badacze. W ich opinii ciągła obecność w szpitalu, która trwa wiele godzin, często pogarsza samopoczucie pacjentów. W konsekwencji prowadzone działania są realizowane przy jak najmniejszym obciążeniu pacjentów, zwłaszcza młodych, które mają swoje obowiązki, czy też zobowiązania rodzinne. Średnia wartość punktowa jakości życia wśród badanych wyniosła – 48,23 punktu. Wynik mieści się w środkowej strefie wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 30,6% wartości średniej co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Wynik minimalny – 6,86 punktu, maksymalny – 82,0 punkty [6,7,8].

Kwestie te potwierdzają również badania, które przeprowadzono w 2011-2012 r., gdzie pacjentów sklasyfikowano jako osoby, które są średnio zadowolone z życia. W ramach tych badań uzyskano mniejsze odchylenie standardowe, a zatem grupa badawcza była mniej zróżnicowana [9].

W ramach przeprowadzonych badań uznano, że prowadzone hemodializy bezpośrednio oddziałują na jakość życia. Z badań wynika, że Większość badanych wskazała, iż choroba wpływa na ich życie – 81,0%. Pozostałe 19,0% jest przeciwnego zdania. W związku z tym jedni lepiej znoszą chorobę, a inni gorzej. Kwestia ta jednak może być zależna od okresu poddawania hemodializie oraz wsparcia najbliższych.

Takie same opinie potwierdzają badani ze Stacji Dializ w Gorzowie Wielkopolskim, Szczecinku i Miastku. W badaniach tam przeprowadzonych w 2011 r. dowiedziono, że pojawia się korelacja pomiędzy wiekiem, a funkcjonowaniem fizycznym [10].

Wnioski

1. Przewlekła choroba nerek i hemodializa ma negatywny wpływ na fizyczny i psychiczny stan pacjenta oraz jego rodziny, zwłaszcza jeśli odnieść się do osób w młodym wieku, które mają swoje potrzeby życiowe, plany na przyszłość i chcą się realizować. Choroba zmienia priorytety, a przez to trudniej o dobre samopoczucie, zwłaszcza jeśli trzeba przeorganizować swoje życie.
2. Pacjenci z niewydolnością nerek, którzy są poddawani hemodializie, najczęściej odczuwają osłabienie organizmu, następnie zaburzenia snu, potem ból, a najmniej u pacjentów występują objawy lękowe i depresja. W ramach chorób współistniejących często można spotkać się z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym. Choroby te najczęściej są charakterystyczne dla osób w starszym wieku, ale również przekładają się w znacznym stopniu na ogólne samopoczucie, a zatem rzutują na jakość życia pacjentów.
3. Z powodu częstych wizyt w szpitalu codzienne czynności mogą być w pewnym stopniu ograniczone, szczególnie jeśli chodzi o pracę zawodową.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Rozwój diagnostyki i postęp technik dializacyjnych pozwoliły na znaczne wydłużenie czasu przeżycia pacjentów w schyłkowym stadium przewlekłej choroby nerek. Leczenie dializacyjne wiąże się licznymi powikłaniami i wymaga od pacjenta zmiany dotychczasowego życia. Istotna oprócz wydłużenia życia jest też poprawa jego jakości, czyli zminimalizowanie wpływu choroby na jego życie i funkcjonowanie.

Bibliografia/ Bibliography:

1. Kościelniak K. Infekcje cewników dializacyjnych. *Problemy lekarskie*, 2006;45,3:172-174.
2. Duława J. *Vademecum medycyny wewnętrznej*. PZWL, Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015:311-312.

3. NKF K/DOQI Clinical Practice Guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification,
4. źródło: www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_PChN/toc.htm (dostęp dnia: 02.10.2019).
5. Zielińska-Więczkowska H., Krokowska B. Ocena jakości życia chorych dializowanych. *Medycyna Rodzinna*, 2014;2:42-45.
6. Dutkowska D., Rumianowski B., Grochans E., Karakiewicz B., Laszczyńska M. Porównanie jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012;93,3:529-535.
7. Giordan A. *Pracowite nerki*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018:92-94,103.
8. Koper D., Senatorski G. Nadciśnienie tętnicze w chorobach nerek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007:193-197.
9. Poborczyk M., Handzelewicz B., Nowicki M. Influence of hemodialysis on peripheral, and central blood pressure, and arterial stiffness in patients with intradialytic hypotension. *Nefrologia i dializoterapia polska*, 2014;18:117-122.
10. Kurowska K., Molas N. Wpływ poczucia koherencji na jakość życia chorych hemodializowanych. *Forum Nefrologiczne*, 2013;6,2:116-123.
11. Grochans E., Sawko W., Pawlik J., Jurczak, a., Stanisławska M., Mroczek B. Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012;3:365.