

Wybrane aspekty jakości życia pacjentów hemodializowanych

Selected aspects of the quality of life of hemodialysis patients

AGNIESZKA PIERNIKOWSKA¹

¹ Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

Streszczenie

Wstęp. Terapia nerkozastępcza realizowana w ramach dializoterapii wśród pacjentów umożliwia zastąpienie pracy ich niewydolnych nerek. Jednak z uwagi na obciążający charakter tej metody leczenia wpływa ona istotnie na modyfikację jakości życia pacjentów.

Cel pracy. Celem badań pracy była weryfikacja wybranych aspektów życia pacjentów hemodializowanych przy użyciu cewnika do hemodializ oraz przetoki tętniczo-żylniej.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów poddawanych hemodializie. Wykorzystano w nich metodę sondażu diagnostycznego, metodę szacowania, techniki: ankietowania i skali szacunkowej oraz kwestionariusz WHOQOL – BREF z autorską metryczką.

Wyniki. Wyniki badań wskazują one na zróżnicowany poziom jakości życia pacjentów hemodializowanych w różnych domenach ich funkcjonowania.

Wnioski. Pacjenci hemodializowani w większości prezentują przeciętny poziom zadowolenia z jakości swojego życia. Postrzegają oni indywidualną, ogólną percepcję jakości życia lepiej, aniżeli indywidualną ogólną percepcję własnego zdrowia. Jakość życia pacjentów poddawanych hemodializie nie zależy istotnie od ich wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Istotnie wyższą ocenę jakości życia w ramach domeny środowiskowej prezentowały osoby pozostające w związkach, najniższej oceny w ramach domeny socjalnej dokonywali wdowy/wdowcy. Jakość życia pacjentów poddawanych hemodializie nie zależy istotnie od przyczyny, metody i czasu prowadzenia leczenia nerkozastępczego.

Słowa kluczowe: WHOQOL – BREF, jakość życia, leczenie nerkozastępcze, hemodializa, HRQoL

Summary:

Introduction. Renal replacement therapy performed as part of dialysis among patients allows replacing the work of their renal failure. However, due to the aggravating nature of this method of treatment, it significantly affects the modification of patients' quality of life.

Aim. The purpose of research in this study was to verify selected aspects of the life of hemodialysis patients using a hemodialysis catheter and – venous arteriovenous fistula.

Material and methods. The studies were conducted among 100 patients undergoing hemodialysis. They used the diagnostic survey method, estimation method, techniques: survey and estimation scale, and the WHOQOL – BREF questionnaire with the proprietary record.

Results. Research results indicate a varied level of quality of life for hemodialysis patients in different domains of their functioning.

Conclusions. Most hemodialysis patients present an average level of satisfaction with the quality of their lives. They perceive the individual, general perception of quality of life better than the individual general perception of their own health. The quality of life of patients undergoing hemodialysis does not depend significantly on their age, education and place of residence. Significantly higher assessment of the quality of life within the environmental domain was presented by persons in relationships, the lowest assessment within the social domain was made by widows / widowers. The quality of life of patients undergoing hemodialysis does not depend significantly on the cause, method and time of renal replacement therapy.

Keywords: WHOQOL – BREF, quality of life, renal replacement therapy, hemodialysis, HRQoL

Wstęp

Przewlekła choroba nerek jako choroba cywilizacyjna, zbyt rzadko rozpoznawana, występuje znacznie częściej niż dotychczas sądzono. Niejednokrotnie o utajonym, wręcz skrytym przebiegu – stanowi prawdziwe wyzwanie medycyny XXI wieku.

W ostatnich latach coraz częściej w badaniach klinicznych, a przede wszystkim w codziennej praktyce pielęgniarstwie, ocenia się nie tylko stan biologiczny pacjenta, ale także jego emocjonalne doznania, samopoczucie i możliwości funkcjonowania w codziennym życiu [1,2]. Odniesienie jakości życia do zdrowia i choroby zapoczątkowało wprowadzenie nowego terminu „jakość życia uwarunkowana zdrowiem”, czyli health – related quality of life, HRQoL [1,3]. Zgodnie ze stanowiskiem World Health Organization definicja ta oznacza postrzeganie przez człowieka jego własnej pozycji życiowej w odniesieniu do systemu wartości, standardów, oczekiwań, osiągnięć czy zainteresowań. HRQoL dotyczy nie tylko doznań somatycznych, ale również stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego i sytuacji społecznej oraz warunków ekonomicznych [1,2,3]. Ogólnie można powiedzieć, iż jest to postrzeganie własnej osoby w określonym czasie na przestrzeni wydarzeń życiowych [1,2,3].

Cel

Celem pracy jest weryfikacja wybranych aspektów życia pacjentów hemodializowanych przy użyciu czasowego lub permanentnego cewnika do hemodializ oraz przetoki tętniczo – żyłnej.

Materiał i metody

W obecnej pracy wykorzystano sondaż diagnostyczny oraz metodę szacowania, które mają zastosowanie zarówno w praktycznej, jak i teoretycznej opiece pielęgniarstwie. Jako narzędzie badawcze w aktualnej pracy wykorzystano autorską metryczkę, zamieszczoną w aneksie pracy. Składa się z 9 pytań dotyczących m. in. płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, sposobu zamieszkania respon-

dentów. Ponadto metryczka zawiera trzy pytania dotyczące przyczyn hemodializy, czasu i metod jej prowadzenia. Kolejnym narzędziem użytym w pracy jest kwestionariusz skali The-World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL – BREF). Wykorzystany do badań kwestionariusz WHOQOLBREF, w polskiej adaptacji Wołowickiej i Jaracz, jest narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia osób zarówno zdrowych jak i chorych. Został skonstruowany na podstawie WHOQOL-100. WHOQOL-Bref, których 26 pytań zawiera i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. W skład wymienionych dziedzin wchodzi następujące pozycje:

- somatyczna
- psychologiczna
- socjalna
- środowiskowa [4,5,6].

Wyniki

Wybrane pytania ze skróconej wersji kwestionariusza WHOQOL – BREF przedstawiają charakterystykę oceny wybranych aspektów jakości życia pacjentów hemodializowanych w zależności od jej domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

Zarówno wynik liczbowy ogólnej jakości życia i samooceny stanu zdrowia oraz poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny, co przedstawia tabela 1. Oznacza to, że im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia.

Tab. 1. Jakość życia badanych hemodializowanych z uwzględnieniem domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej

Numer Pozycji		M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
1	indywidualna ogólna percepcja jakości życia	3,27	0,84	0,76	0,64
2	indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia.	2,78	0,77	0,11	0,85
Numer Pozycji	SOMATYCZNA	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
3	W jakim stopniu czujesz, że ból fizyczny ogranicza Ciebie w robieniu tego, na co masz ochotę?	3,04	0,76	0,53	0,44
4	W jakim stopniu prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia?	1,79	0,81	0,12	0,83
10	Czy masz wystarczająco sił – „energii” do prowadzenia normalnego życia?	2,69	0,88	0,54	0,16
15	W jakim stopniu możesz się poruszać?	3,22	0,93	1,00	0,33
16	Jak zadowolony jesteś ze swojego snu?	3,57	0,97	0,92	0,13
17	Jak zadowolony jesteś ze swoich możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia?	3,12	0,71	0,71	0,22

18	Jak zadowolony jesteś ze swoich zdolności do pracy(zarobkowej lub niezarobkowej, prowadzenia domu)?	2,91	0,90	1,00	0,56
<i>alfa Cronbacha</i>		0,77			
<i>% wyjaśnionej wariancji</i>		15,44			
Numer Pozycji	PSYCHOLOGICZNA	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
5	Jak bardzo cieszysz się życiem?	2,58	1,16	0,97	0,70
6	W jakim stopniu odczuwasz ze Twoje życie ma sens, znaczenie?	3,03	0,74	0,57	0,75
7	Jak łatwo możesz się skupić?	3,54	0,80	0,77	0,48
11	Na ile jesteś zdolny zaakceptować swój wygląd?	3,67	0,88	0,14	0,39
19	Jak zadowolony jesteś z samego siebie?	3,34	0,90	0,49	0,03
26	Jak często przeżywasz nieprzyjemne nastroje takie jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie?	3,64	0,61	0,06	0,16
<i>alfa Cronbacha</i>		0,88			
<i>% wyjaśnionej wariancji</i>		9,88			
Numer Pozycji	SOCJALNA	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
20	Jak zadowolony jesteś ze swoich związków osobistych?	3,66	0,78	0,37	0,92
21	Jak zadowolony jesteś ze swojego życia seksualnego?	2,59	1,10	0,10	0,22

22	Jak zadowolony jesteś ze wsparcia, które otrzymujesz od swoich przyjaciół?	3,78	0,84	0,87	0,98
<i>alfa Cronbacha</i>		0,82			
<i>% wyjaśnionej wariancji</i>		5,11			
Numer Pozycji	ŚRODOWISKOWA	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
8	Czy czujesz się bezpieczny w codziennym życiu?	3,87	1,12	0,13	0,63
9	Na ile zdrowa wydaje Ci się okolica w której żyjesz?	3,56	0,62	0,47	0,87
12	Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby?	2,8	0,89	0,45	0,58
13	Na ile dostępne są dla Ciebie informacje potrzebne do codziennego życia?	3,66	0,48	0,77	0,66
14	W jaki stopniu masz możliwość takiego spędzania wolnego czasu jakbyś chciał?	2,83	1,01	0,42	0,57
23	Jak zadowolony jesteś z warunków, w których mieszkasz?	3,81	0,75	0,19	0,26
24	Jak zadowolony jesteś z dostępności do opieki medycznej?	3,9	0,64	0,47	0,17
25	Jak zadowolony jesteś ze swej możliwości przemieszczania się?	3,86	0,62	0,33	0,95
<i>alfa Cronbacha</i>		0,97			
<i>% wyjaśnionej wariancji</i>		6,77			
M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; r (it) – współczynnik mocy dyskryminacyjnej					

Badanie przeprowadzono wśród 100 respondentów, którzy odpowiadali na pytania związane z jakością swojego życia. Postrzegają oni indywidualną, ogólną percepcję jakości życia lepiej ($M=3,27$ pkt.), przy odchyleniu standardowym ($M = 0,84$ pkt.) aniżeli indywidualną ogólną percepcję własnego zdrowia ($M = 2,78$ pkt.), przy odchyleniu standardowym ($M = 0,77$ pkt.).

W domenie somatycznej zawierającej 7 pytań, respondenci najbardziej byli zadowoleni z jakości snu ($M = 3,57$ pkt.) oraz poruszania się ($M = 3,22$ pkt.). Zadowolenie ze swoich możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia badani określali na poziomie średniej wartości punktów równej 3,12 pkt. Na ograniczenia wynikające z bólu, utrudniające wykonanie przyjemnych czynności, respondenci określali na 3,04 pkt. Własne zdolności do wykonywania pracy (zarobkowej lub niezarobkowej, prowadzenia domu) pacjenci określali średnio na poziomie 2,91 pkt. a dysponowanie wystarczającym poziomem siły i „energii” do prowadzenia normalnego życia średnio na poziomie 2,69 pkt. W najmniejszym zakresie chorzy byli zadowoleni ze stopnia prowadzenia normalnego, codziennego życia w zależności od jakiegokolwiek leczenia ($M = 79$ pkt.).

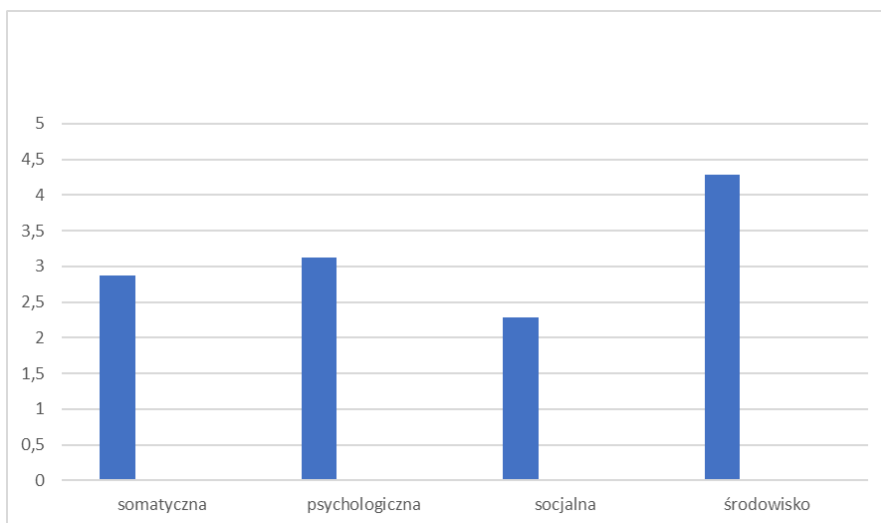
Analizując domenę psychologiczną zawierającą 6 pytań, respondenci najbardziej byli zadowoleni ze zdolności akceptacji swojego wyglądu ($M=3,67$ pkt.). Na drugim miejscu, badani wskazali na przeżywanie nieprzyjemnego nastroju, takiego jak: smutek, chandra, lęk i przygnębienie ($M = 3,64$ pkt.). W dalszej kolejności w analizowanej domenie możemy stwierdzić, iż łatwość w skupieniu się wśród badanych oscylowała w granicach 3,54 pkt., zadowolenie z własnej osoby – 3,34 pkt. Na przedostatniej pozycji znajduje się stopień odczuwania przez respondenta sensu, znaczenia życia ($M=3,03$ pkt.), najmniejszy zaś zadowolenia z radości życia ($M = 2,58$ pkt.).

W domenie socjalnej, zawierającej 3 pytania, najwyższy wynik, a co za tym jakość życia pacjentów hemodializowanych, odnosi się do zadowolenia ze wsparcia otrzymanego od przyjaciół ($M = 3,78$ pkt.), ze

związków osobistych ($M = 3,66$ pkt.). Najniższe wyniki dotyczyły satysfakcji z życia seksualnego ($M = 2,59$ pkt.).

Biorąc pod uwagę domenę środowiskową, zawierającą 8 pytań, respondenci najbardziej byli zadowoleni z dostępności do opieki medycznej ($M = 3,9$ pkt.), w następnej kolejności z bezpieczeństwa w codziennym życiu ($M = 3,87$ pkt.), a następnie z własnej możliwości przemieszczania ($M = 3,86$ pkt.). Satysfakcja związana z warunkami mieszkaniowymi osiągnęła wartość $3,81$ pkt., a z dostępności informacji potrzebnych do codziennego życia – $3,66$ pkt. Mniejsze zadowolenie respondentów wynikało z możliwości zdrowotnych okolicy, w której żyło ($M = 3,56$ pkt.). Na przedostatnim miejscu plasuje się zadowolenie ze spędzania wolnego czasu ($M = 2,83$ pkt.) i satysfakcja respondentów ze sfery materialnej, aby móc zaspokoić własne potrzeby ($M = 2,8$ pkt.).

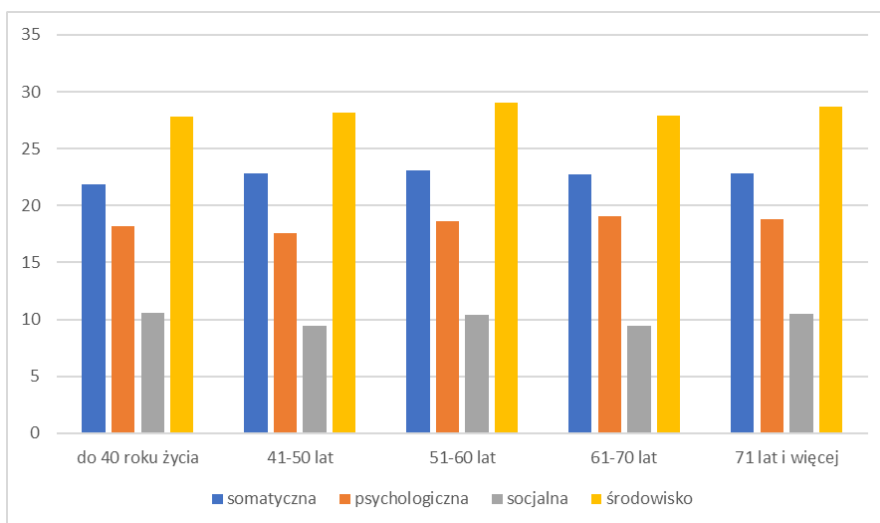
W rycinie 1 przedstawiono jakość życia badanych hemodializowanych w zakresie domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.



Ryc. 1. Jakość życia badanych hemodializowanych w zakresie domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej

Analiza statystyczna wykazała, że im respondenci uzyskiwali wyższy wynik średniej liczby punktów w poszczególnych domenach jakości życia, tym wyższy prezentowali poziom zadowolenia. Najwyższy średni wynik badanych oscylował w granicach 4,29 pkt. i dotyczył domeny środowiskowej. Z kolei w ramach domeny psychologicznej pacjenci uzyskiwali średnio 3,12 pkt. a somatycznej 2,87 pkt. Najniższy wynik chorzy otrzymali w ramach dziedziny socjalnej ($M = 2,29$ pkt.).

W rycinie 2 przedstawiono charakterystykę oceny wybranych aspektów jakości życia badanych hemodializowanych w zależności od wieku w zakresie domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.



Ryc. 2. Jakość życia badanych hemodializowanych w zależności od wieku w zakresie domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen.

Obserwujemy, że w zakresie domeny somatycznej najwyższy wynik oscylował wśród badanych w wieku 51-60 lat ($M = 23,05$ pkt.) oraz

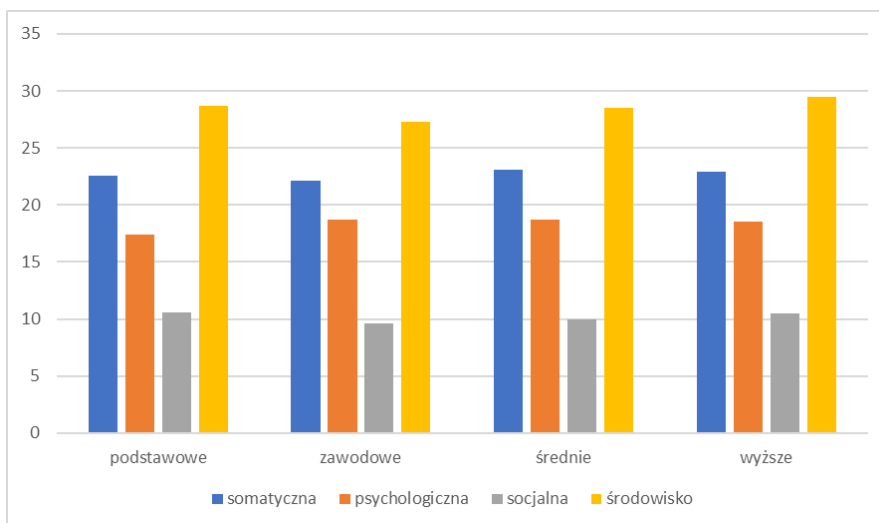
41-50 lat ($M = 22,87$ pkt.). Zbliżony poziom satysfakcji dotyczył respondentów w wieku 71 i więcej ($M = 22,79$ pkt.) oraz 61-70 lat ($M = 22,78$ pkt.). Najmniej zadowoleni z jakości byli respondenci w przedziale wiekowym do 40 roku życia ($21,89$ pkt.).

Biorąc pod uwagę domenę psychologiczną najbardziej zadowoleni z jakości życia byli respondenci w wieku 61 – 70 lat ($M = 19,07$ pkt.), następnie 71 lat i więcej ($M = 18,79$ pkt.) oraz 51-60 lat ($M = 18,60$ pkt.). Najniższy poziom satysfakcji w domenie psychologicznej dotyczył badanych w wieku 41-50 lat ($M = 17,53$ pkt.).

W domenie socjalnej największe zadowolenie z jakości życia przejawiali badani do 40 roku życia ($M = 10,58$ pkt.) oraz 71 lat i więcej ($M = 10,47$ pkt.) 51-60 lat ($M = 10,40$ pkt.). Najniższy poziom satysfakcji prezentowali badani w wieku 61-70 lat ($M = 9,41$ pkt.) oraz osoby do 40 roku życia ($M = 9,40$ pkt.).

W domenie środowiskowej największe zadowolenie z jakości życia przejawili respondenci między 51 a 60 rokiem życia ($M = 29,00$ pkt.) w wieku 71 lat i więcej ($M = 28,68$ pkt.) oraz badani między 41-50 rokiem życia ($M = 28,13$ pkt.). Najniższa satysfakcja z jakości życia dotyczyła respondentów w przedziale wiekowym 61-70 lat ($M = 27,89$ pkt.) oraz do 40 roku życia ($M = 27,84$ pkt.).

W rycinie 3 przedstawiono charakterystykę oceny wybranych aspektów jakości życia badanych hemodializowanych w zależności od wykształcenia w zakresie domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.



Ryc. 3. Jakość życia badanych hemodializowanych w zależności od wykształcenia z uwzględnieniem domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej

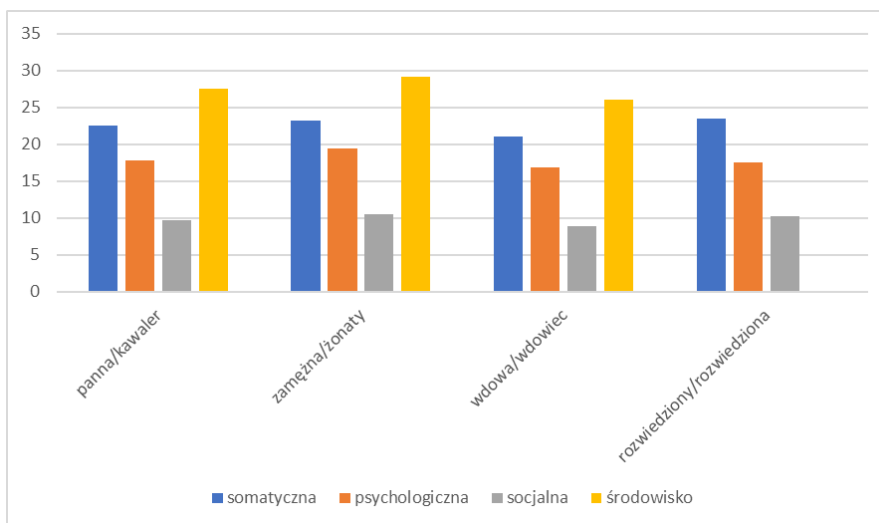
Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen.

Obserwujemy, że w zakresie domeny somatycznej najwyższy wynik oscylował wśród badanych z wykształceniem średnim ($M = 23,10$ pkt.), wyższym ($M = 22,87$ pkt.) oraz podstawowym ($M = 22,58$ pkt.). Najmniej zadowoleni z tej domeny jakości byli respondenci z wykształceniem zawodowym ($22,12$ pkt.).

Biorąc pod uwagę domenę psychologiczną najwyższy poziom satysfakcji dotyczył badanych z wykształceniem zawodowym ($M = 18,73$ pkt.), średnim ($M = 18,69$ pkt.) oraz wyższym ($M = 18,50$ pkt.). Najmniej zadowoleni z tej domeny jakości życia byli respondenci z wykształceniem podstawowym ($M = 17,42$ pkt.).

Z domeny socjalnej największą satysfakcję czerpali badani z wykształceniem podstawowym ($M = 10,58$ pkt.), wyższym ($M = 10,50$ pkt.). Najniższy poziom prezentowali respondenci z wykształceniem średnim ($M = 10,00$ pkt.) i zawodowym ($M = 9,64$ pkt.).

W domenie środowiskowej największe zadowolenie z jakości życia przejawiali respondenci z wykształceniem wyższym ($M = 29,44$ pkt.) i podstawowym ($M = 28,67$ pkt.). Niższy poziom satysfakcji prezentowali badani z wykształceniem średnim ($M = 28,51$ pkt.) zawodowym ($M = 27,33$ pkt.).



Ryc. 4. Jakość życia badanych hemodializowanych w zależności od stanu cywilnego z uwzględnieniem domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej

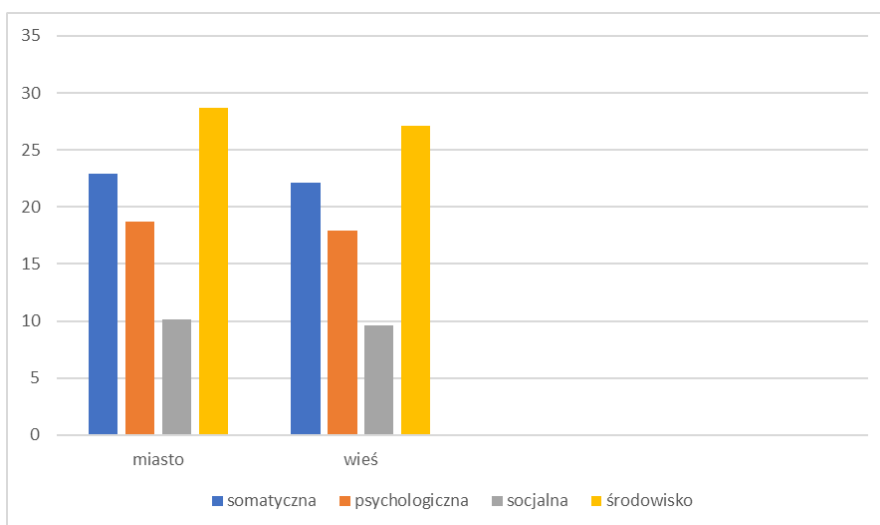
Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych a ich oceną jakości życia w dziedzinie psychologicznej oraz środowiskowej.

Obserwujemy, że w zakresie domeny somatycznej najwyższy wynik poziomu zadowolenia z jakości życia oscylował wśród badanych rozwiedzionych ($M = 23,43$ pkt.) oraz zamężnych/żonatych ($M = 23,17$ pkt.). Niższą satysfakcję prezentują stanu wolnego ($M = 22,50$ pkt.), najmniej zadowoleni z jakości byli respondenci będący wdowami/wdowcami ($21,06$ pkt.).

Biorąc pod uwagę domenę psychologiczną najbardziej zadowoleni z jakości życia byli respondenci pozostający w związku małżeńskim ($M = 19,43$ pkt.), panny/ kawalerowie ($M = 17,86$ pkt.), osoby rozwiedzione ($M = 17,57$ pkt.). Najniższy poziom satysfakcji prezentowały wdowy/wdowcy ($M = 16,88$ pkt.).

Z domeny socjalnej największe zadowolenie z jakości życia przejawili badani pozostający w związku małżeńskim ($M = 10,48$ pkt.), rozwiedzeni ($M = 10,29$ pkt.). Najniższy poziom satysfakcji dotyczył osób stanu wolnego ($M = 9,73$ pkt.) i wdów/wdowców ($M = 8,88$ pkt.).

W domenie środowiskowej największe zadowolenie z jakości życia przejawiali respondenci rozwiedzeni ($M = 29,57$ pkt.), zamężni/ żonaci ($M = 29,15$ pkt.). Najniższą satysfakcję prezentowały osoby stanu wolnego ($M = 27,50$ pkt.) oraz wdowy/ wdowcy ($M = 26,06$ pkt.).



Ryc. 5. Jakość życia badanych hemodializowanych w zależności od miejsca zamieszkania z uwzględnieniem domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej

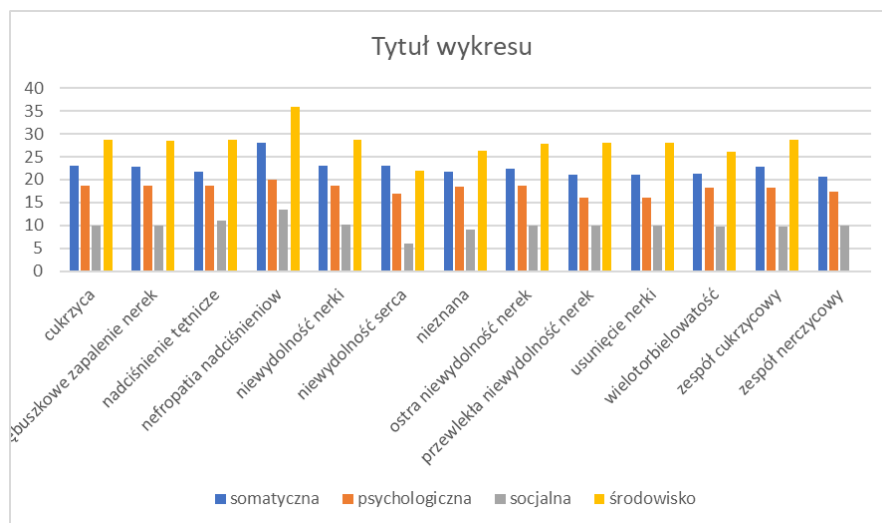
Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen.

W zakresie domeny somatycznej wyższy wynik poziomu zadowolenia z jakości życia oscylował wśród badanych zamieszkujących miasto ($M = 22,88$ pkt.) w porównaniu do mieszkańców wsi ($M = 22,12$ pkt.).

Biorąc pod uwagę domenę psychologiczną wyższy poziom satysfakcji dotyczył osób mieszkających w mieście ($M = 18,72$ pkt.) w porównaniu do mieszkańców wsi ($M = 17,96$ pkt.).

W domenie socjalnej wyższy poziom zadowolenia z jakości życia przejawiali badani z miasta ($M = 10,18$ pkt.), w porównaniu do mieszkańców wsi ($M = 9,62$ pkt.).

W domenie środowiskowej wyższe zadowolenie z jakości życia przejawili mieszkańcy miasta ($M = 28,70$ pkt.), w porównaniu do mieszkańców wsi ($M = 27,12$ pkt.).



Ryc. 6. Jakość życia badanych hemodializowanych w zależności od przyczyny hemodializy z uwzględnieniem domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej

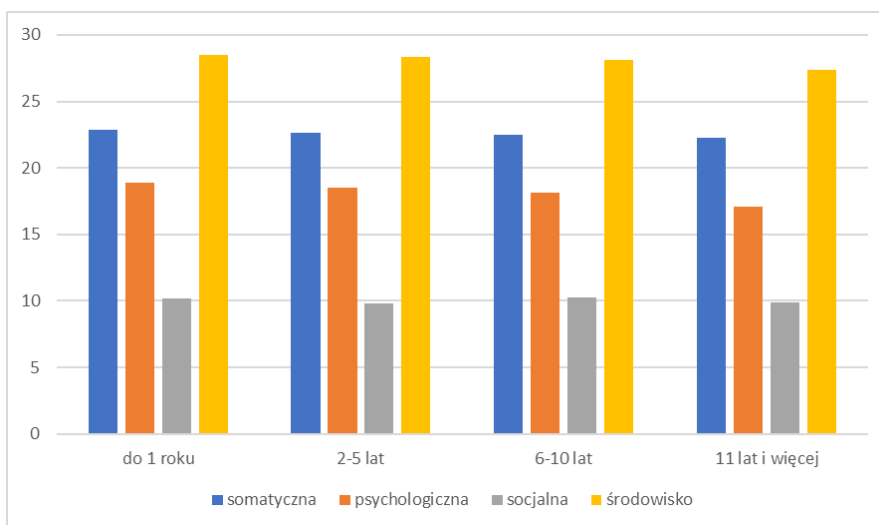
Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy przyczyną hemodializy u ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen.-

W ramach domeny somatycznej najwyższą ocenę zadowolenia z jakości życia prezentowali badani hemodializowani z powodu nefropatii nadciśnieniowej (M = 28,00 pkt.), najniższą natomiast w związku z zespołem nerczycowym (M = 20,67 pkt.).

Biorąc pod uwagę domenę psychologiczną największą satysfakcją dotyczyła pacjentów hemodializowanych z powodu nefropatii nadciśnieniowej (M = 20,00 pkt.), najniższą z kolei respondenci, którzy za przyczynę hemodializy podawali zarówno przewlekłą niewydolność nerek (M = 16,00 pkt.), jak i przyczynę nieznaną (M = 16,00 pkt.).

Biorąc z kolei pod uwagę domenę socjalną największa satysfakcja dotyczyła pacjentów hemodializowanych z powodu nefropatii nadciśnieniowej (M = 13,50 pkt.), najniższą z kolei respondenci, którzy za przyczynę hemodializy podawali niewydolność serca (M = 16,00 pkt.).

W domenie środowiskowej największe zadowolenie z jakości życia przejawili badani z powodu zespołu cukrzycowego (M = 28,71 pkt.) a najniższe respondenci hemodializowani w związku z niewydolnością serca (M = 22,00 pkt.).



Ryc. 7. Jakość życia badanych w zakresie domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej w zależności od czasu prowadzenia hemodializy.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy czasem prowadzenia hemodializy u ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen, czyli somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

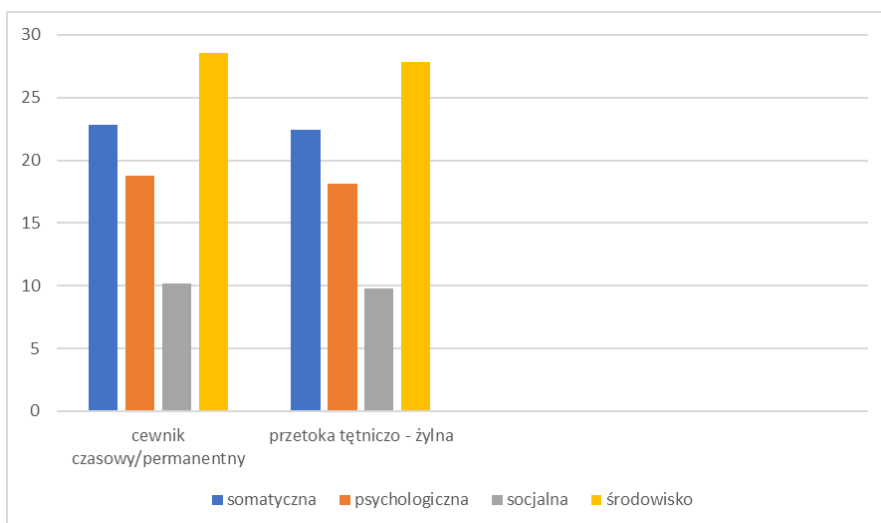
W ramach domeny somatycznej najwyższą ocenę zadowolenia z jakości życia prezentowali badani hemodializowani do 1 roku życia ($M = 22,85$ pkt.). Najniższą natomiast osoby poddane leczeniu nerkoza-
stępczemu od 11 lat i więcej ($M = 22,25$ pkt.).

Biorąc pod uwagę domenę psychologiczną największe zadowolenie z jakości życia dotyczyła pacjentów, u których czas prowadzenia hemodializy jest stosunkowo krótki, a więc do 1 roku ($M = 18,93$ pkt.). Najmniejsze satysfakcję prezentowali respondenci poddawani hemo-
dializie przez okres 11 lat i więcej ($M = 17,12$ pkt.).

W ramach domeny socjalnej najwyższą ocenę zadowolenia z ja-
kości życia prezentowali badani hemodializowani 6-10 lat ($M = 10,25$

pkt.). Najniższą natomiast osoby poddane leczeniu nerkozastępczemu 2-5 lat ($M = 22,25$ pkt.).

W domenie środowiskowej największe zadowolenie z jakości życia przejawili badani hemodializowani do 1 roku życia ($M = 28,49$ pkt.) a najmniejszą satysfakcję przejawiały osoby poddane leczeniu nerkozastępczemu 11 lat i więcej ($M = 27,37$ pkt.).



Ryc. 8. Jakość życia badanych w zakresie domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej w zależności od metody prowadzenia hemodializy

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy metodą przeprowadzonej hemodializy wśród ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen.

W zakresie domeny somatycznej najwyższy wynik poziomu zadowolenia z jakości życia dotyczył badanych hemodializowanych przy użyciu cewnika czasowego/ permanentnego ($M = 22,83$ pkt.). Najmniej zadowoleni byli respondenci hemodializowani przy użyciu przetoki tętniczo-żylna ($M = 22,42$ pkt.).

Biorąc pod uwagę domenę psychologiczną najbardziej zadowoleni z jakości życia byli respondenci hemodializowani przy użyciu cewnika czasowego/ cewnika permanentnego ($M = 18,73$ pkt.), a w najmniej osoby, u których leczenie nerkozastępcze prowadzono przy użyciu przetoki tętniczo-żylniej ($M = 18,14$ pkt.).

W domenie socjalnej największe zadowolenie z jakości życia przejawiali badani hemodializowani przy użyciu cewnika czasowego/ permanentnego ($M = 10,17$ pkt.). Najmniejsze zadowolenie dotyczyło pacjentów hemodializowanych przy użyciu przetoki tętniczo – żylniej ($M = 9,78$ pkt.).

W domenie środowiskowej największe zadowolenie z jakości życia dotyczyło hemodializowanych z użyciem cewnika czasowego/ permanentnego ($M = 28,53$ pkt.) a najniższe – przy użyciu przetoki tętniczo – żylniej ($M = 27,86$ pkt.).

Dyskusja

Aktualne badania, pomimo szerokiego zastosowania kwestionariusza WHOQOL – BREF w licznych procedurach badawczych, pozwoliły potwierdzić odczuwalny niedostatek prac dotyczących pacjentów hemodializowanych. Z tego powodu trudno było dokonać bezpośredniego odniesienia wyników własnych do badań innych autorów.

Zarówno wynik liczbowy ogólnej jakości życia i samooceny stanu zdrowia jak i wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny. Oznacza to, że im większą liczbę punktów uzyskiwali respondenci, tym prezentowali lepszą jakość życia. Postrzegają oni indywidualną, ogólną percepcję jakości życia lepiej ($M=3,27$ pkt.; przy odchyleniu standardowym $M = 0,84$ pkt.), aniżeli indywidualną ogólną percepcję własnego zdrowia ($M = 2,78$ pkt.; przy odchyleniu standardowym $M = 0,77$ pkt.).

Najwyższy średni wynik badanych dotyczył domeny środowiskowej, najniższy wynik chorzy otrzymali w ramach dziedziny socjalnej. Z badań przeprowadzonych wśród 120 osób (60 mężczyzn i 60 kobiet) z terenu województwa lubelskiego czterech placówek medycznych:

NZOZ Diaverum Lublin, Klinika Nefrologii z Oddziałem Sztucznej Nerki SPSK nr 4 Lublin, Centrum Dializ nr 19 Zamość oraz w Oddziale Nefrologii, Endokrynologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, przez K. Kocką i współautorów również wynika, iż najlepszą jakość życia badani posiadają w sferze środowiskowej. Nieco niżej plasowały się oceny jakości życia w domenach: socjalnej, somatycznej a najniższa samoocena dotyczyła domeny psychologicznej [7]. Gętek i wsp. przy pomocy kwestionariusza WHOQOL-Bref przebadali 80 pacjentów hemodializowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Bytomiu i wykazali, że we wszystkich analizowanych domenach pacjenci po przeszczepie nerki ocenili jakość swojego życia lepiej niż chorzy dializowani [8]. Z kolei Ponczek i współautorzy przeprowadzając badania wśród 60 osób z przewlekłą chorobą nerek hospitalizowanych w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy, dokonywali analizy wszystkich domen kwestionariusza WHOQOL – Bref. Potwierdzono, że najwyżej oceniona została przez pacjentów domena psychiczna, dalej domena środowiskowa a najniżej domena fizyczna jakości życia [9].

W badaniach własnych dokonano oceny wybranych aspektów jakości życia pacjentów hemodializowanych w zależności od wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania przez pryzmat domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen. Niemniej jednak najwyższych ocen dokonywali respondenci w wieku 51-60 lat i dotyczyły one domeny somatycznej i psychologicznej. Najniższej jakości życia oceniali hemodializowani do 40 roku życia w ramach domeny środowiskowej. Według cytowanych badań Kockiej i współautorów badani do 60 r. ż. uzyskali nieznacznie wyższe wyniki niż osoby powyżej 60 r. ż., jednakże nie były to różnice istotnie statystycznie. Poza tym w domenie somatycznej badani do 60 r.ż. wyżej ocenili jakość

życia niż osoby młodsze [7]. Badania wykonane przez Gętek i współautorów ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach wśród 80 pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu, służące ocenie jakości życia pacjentów dializowanych, potwierdziły, że wiek chorych istotnie wpływał na wyniki w każdej dziedzinie życia. Stwierdzono, że im starszy był pacjent, tym niższa była jego ocena jakości życia [8]. Do identycznych wniosków doszedł także Wysokiński z współautorami w badaniach przeprowadzonych wśród 102 osób hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie oraz Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu, gdzie wykazano, że wraz z wiekiem jakość życia chorych pogarsza się [10]. Podobnie w badaniach Muszalik i Kędziory-Kornatowskiej realizowanych wśród 234 pacjentów leczonych w Katedrze i Klinice Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, dowiedziono istnienie związku między jakością życia pacjentów a ich wiekiem, rodzajem i czasem trwania choroby [11]. Wyniki te zostały również potwierdzone przez Baiardi'ego i współautorów, którzy wykazali negatywny wpływ wieku na jakość życia ankietowanych pacjentów przewlekle hemodializowanych w Klinice Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Białymstoku [12]. Grochans i wsp. w badaniach prowadzonych wśród przewlekle dializowanych w Stacjach Dializ w Gorzowie Wielkopolskim, Szczecinku i Miastku stwierdzili, że im badany był starszy, tym niżej oceniał jakość życia [13]. Z kolei Yang i wsp. w badaniach jakości życia azjatyckich pacjentów z przewlekłą chorobą nerek wskazali, że im byli oni starsi, tym lepszą prezentowali jakość życia [14].

W badaniach własnych wykształcenie wpływało istotnie na zmianę oceny jakości życia respondentów hemodializowanych. Niemniej jednak najwyżej jakość życia ocenili badani z wykształceniem wyższym w zakresie domeny środowiskowej, najniżej respondenci z wykształceniem zawodowym w ramach domeny socjalnej.

W badaniach przeprowadzonych wśród 80 pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu przez Gętek i współautorów potwierdzono natomiast istotny związek wykształcenia z ja-

kością życia respondentów w sferze socjalnej. Najwyżej swoją jakość życia oceniali pacjenci z wykształceniem średnim i wyższym, najniżej osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Również badani ze średnim i wyższym wykształceniem cechowali się wyższą jakością życia w większości domen [8]. W cytowanym badaniu zrealizowanym przez ŚUM, podobnie jak w badaniu własnym zaobserwowano, że na ocenę jakości życia nie wpływa poziom wykształcenia badanych [8]. Dudkowska twierdzi, iż odczuwanie większego zadowolenia z jakości życia zależy od takich czynników jak: satysfakcja zawodowa, samodzielność w działaniu oraz niezależność finansowa, które to składają się na wykształcenie wyższe [15].

Analiza statystyczna wyników badań własnych wykazała istotną zależność pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych a ich oceną jakości życia w dziedzinie psychologicznej oraz środowiskowej. Istotnie najwyższą ocenę jakości życia prezentowała grupa osób zamężnych/żonatych w ramach domeny środowiskowej, najniższą zaś wdowy/wdowcy w odniesieniu do domeny socjalnej. Podobne wnioski możemy odnaleźć w badaniach Kockiej i współautorów prowadzonych wśród 120 pacjentów hemodializowanych z terenu województwa lubelskiego, w których potwierdzono, że lepszą jakość życia uzyskiwały osoby pozostające w związkach małżeńskich/partnerskich [7]. Potwierdzenie wyżej wymienionych wyników odnajdziemy również w badaniach Kapki-Skrzypczak i współautorów, przeprowadzonych wśród pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo w Stacji Dializ Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie oraz Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych [16].

W badaniach własnych w ocenie globalnej, wyżej jakość życia ocenili mieszkańcy miast, w porównaniu do mieszkańców wsi. Do podobnych wniosków doszedł Wysokiński, który przeprowadził badania wśród 102 osób hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie i Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu [10]. Potwierdzono, że ankietowani z dużego miasta odczuwali nieznacznie lepszą jakość życia w dome-

nie fizycznej i środowiskowej. Natomiast badani ze wsi przejawiali lepszą jakość życia w domenie psychicznej oraz społecznej [10].

Jakość życia pacjentów hemodializowanych nie różni się istotnie w zależności od przyczyny hemodializy. Wyniki badań własnych nie wykazały istotnej zależności pomiędzy przyczyną hemodializy ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen. Wśród badanych pacjentów ustalono wiele przyczyn rozpoczęcia hemodializy. Niemniej jednak najwyższą ocenę jakości życia prezentowali respondenci hemodializowani z powodu nefropatii nadciśnieniowej – w domenie środowiskowej, natomiast najniższą badani z powodu niewydolności serca – w domenie socjalnej. Badania wykazały brak istotnej zależności między przyczynami leczenia nerkozastępczego a domenami jakości życia: somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową.

Biorąc pod uwagę brak tożsamyh wyników badań w literaturze dotyczących postawionej hipotezy, możemy przytoczyć innych autorów zajmujących się chorobami przewlekłymi. W badaniach przeprowadzonych przez Wysokińskiego i wsp. wśród 102 osób hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie i Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu, stwierdzono nieznaczne różnice w pogorszeniu jakości życia [17]. Ankietowani wskazali, że przyczyna hospitalizacji inna niż choroby układu pokarmowego i krążenia wpływała nieznacznie na odczuwanie obniżonej jakości życia. Z kolei Strugała i współautorzy w swoich badaniach przeprowadzonych wśród 98 pacjentów leczonych metodą hemodializ na terenie miasta Poznania stwierdzili, że chorzy uzależniali swoją jakość życia od przyczyny choroby nerek [18]. Leczenie nerkozastępcze wpływało w dużym stopniu na styl życia i codzienne funkcjonowanie zarówno badanych pacjentów, jak i ich rodzin. Podporządkowanie schematowi leczenia wszelkich czynności, w tym również zawodowych, utrudniało możliwość zatrudnienia i zarabkowania [18]. W badaniach przeprowadzonych przez Muszaliak wśród 234 pacjentów leczonych w Katedrze i Klinice Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy i Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku

stwierdzono, że przewlekła choroba nerek istotnie wpływa na codzienne życie, relacje międzyludzkie i kontakty towarzyskie [11].

Analiza badań własnych nie wykazała istotnej zależności między czasem prowadzenia hemodializy u ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z domen, czyli somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Niemniej jednak osoby, u których hemodializa trwała do 1 roku, najwyżej oceniały jakość życia w domenie środowiskowej a najniżej w domenie socjalnej respondenci hemodializowani 6-10 lat. Według badań przeprowadzonych przez Getek i współautorów przy użyciu kwestionariusza WHOQOL – Bref, najniższą ocenę jakości życia w zakresie domeny socjalnej wystawili badani, u których leczenie nerkozastępcze trwało 2-5 lat [8]. Według Getek czas trwania terapii wykazuje istotny wpływ na wyniki oceny jakości życia w domenie fizycznej i społecznej. Najbardziej zadowoleni z jakości życia byli badani najkrócej hemodializowani (od 1 do 4 lat), natomiast w domenie psychologicznej respondenci po sześciu latach po zabiegu [8]. W cytowanych badaniach Grochans również potwierdzono zależność pomiędzy czasem leczenia nerkozastępczego a jakością życia badanych [13].

Otrzymane wyniki badań własnych wykazały, że brak jest istotnej zależności pomiędzy metodą prowadzenia hemodializy a oceną jakości życia w każdej z domen w odniesieniu do pacjentów poddanych leczeniu nerkozastępczemu. Niemniej jednak najbardziej zadowoleni z jakości życia – w domenie środowiskowej – pozostawali respondenci hemodializowani przy użyciu czasowego lub permanentnego cewnika do hemodializy. Z kolei najniższą satysfakcję z życia – w domenie socjalnej – prezentowali respondenci, u których prowadzono leczenie nerkozastępcze przy użyciu przetoki tętniczo – żyłnej.

W podobnych badaniach przeprowadzonych przez Hornik i współautorów wśród 159 chorych z przewlekłą chorobą nerek w domenie fizycznej, najgorszą jakość życia zaobserwowano u pacjentów hemodializowanych, następnie dializowanych otrzewnowo. Najwyżej jakość życia w tej domenie oceniali chorzy po przeszczepie nerki [19]. Jakość życia chorych w schyłkowym stadium przewlekłej choroby nerek różniła się w zależ-

ności od zastosowanej metody leczenia nerkozastępczego we wszystkich domenach: psychicznej, fizycznej oraz socjalnej [19]. W badaniach przeprowadzonych przez ElHafeez i współautorów wśród 100 pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, respondenci z niewydolnością nerek poddani hemodializom gorzej ocenili jakość życia. Wyższych ocen dokonywali dializowani otrzewnowo i pacjenci po przeszczepie nerki [20].

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań otrzymano następujące wnioski:

1. Pacjenci hemodializowani w większości prezentują przeciętny poziom zadowolenia z jakości swojego życia. Postrzegają oni indywidualną, ogólną percepcję jakości życia lepiej, aniżeli indywidualną ogólną percepcję własnego zdrowia.
2. Jakość życia pacjentów poddawanych hemodializie nie zależy istotnie od ich wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Istotnie wyższą ocenę jakości życia w ramach domeny środowiskowej prezentowały osoby pozostające w związkach, najniższej oceny w ramach domeny socjalnej dokonywali wdowy/wdowcy.
3. Jakość życia pacjentów poddawanych hemodializie nie zależy istotnie od przyczyny, metody i czasu prowadzenia leczenia nerkozastępczego. Niemniej jednak najwyższą ocenę jakości życia prezentowali respondenci hemodializowani z powodu nefropatii nadciśnieniowej – w domenie środowiskowej, natomiast najniższą badani z powodu niewydolności serca – w domenie socjalnej. Najbardziej zadowoleni z jakości życia – w domenie środowiskowej – pozostawali respondenci hemodializowani przy użyciu czasowego lub permanentnego cewnika do hemodializy. Z kolei najniższą satysfakcję z życia – w domenie socjalnej – prezentowali respondenci, u których prowadzono leczenie nerkozastępcze przy użyciu przetoki tętniczo – żyłnej. Największe zadowolenie z jakości życia, niezależnie od domen, dotyczyło pacjentów, u których czas prowadzenia hemodializy był stosunkowo krótki.

Zalecenia dla praktyki zawodowej

Na jakość życia pacjentów hemodializowanych może wpływać wiele czynników, na które możemy bądź nie mamy wpływu. Z pewnością warunki socjodemograficzne w znacznym stopniu mogą oddziaływać na postrzeganie swojego życia. Aby dobrać metodę dializoterapii należy zwrócić uwagę na wiek, wykształcenie, sposób i miejsce zamieszkania chorego a także stan cywilny. W takiej sytuacji należy zwrócić uwagę na podjęcie działań, zmierzających do akceptacji, ewentualnie w miarę możliwości, poprawy warunków bytowych. Również postrzeganie swojego życia wśród pacjentów hemodializowanych w zależności od przyczyny i czasu trwania hemodializy może mieć wpływ na prowadzenie zabiegu. Aby zminimalizować ryzyko niepowodzenia zabiegu, a co za tym idzie uniknięcia szeregu powikłań należy edukować pacjenta w zakresie stylu życia, higieny snu, prawidłowego odżywiania, aktywności ruchowej, pielęgnacji dostępu naczyniowego. Dużą rolę odgrywa nauka zachowań i reakcji na możliwe powikłania wynikające z przebiegu choroby, pacjent musi wiedzieć w jaki sposób postępować w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych. W celu wykluczenia problemów natury emocjonalnej, psychicznej, należy wziąć pod uwagę możliwość kontaktu z lekarzem psychiatrą, psychologiem, ale przede wszystkim w sposób indywidualny, empatyczny podejść do każdego pacjenta.

Bibliografia/Bibliography

1. Radecka B. Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie sposoby oceny u chorych na nowotwory. *Curr Gynecol Oncol*. 2015;13(3):172-179.
2. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta* 2011;1(6):62-71.
3. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. Rzeszów 2006:122-128

4. Jaracz K. Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych do oceny jakości życia [w:] Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Akademii Medycznej. Poznań 2001:281-290.
5. Jaracz K., Kalfoss M., Górna K., Bączyk G. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL – Bref. Scand. J. Caring Sci. 2006;20 (3):251–260.
6. Jaracz K. Wołowicka L. Kalfoss M. Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL – 100. [w:] Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Akademii Medycznej. Poznań 2001:291-302.
7. Kocka K. Grabowska K. Bartoszek A. Domżał – Drzewicka R. Łuczyk M. Wpływ czynników socio – demograficznych na jakość życia pacjentów leczonych hemodializą. Hygeia Public Heath. 2016;51(1):82-86.
8. Gętek M, Nowakowska-Zajdel E, Czech N. Jakość życia pacjentów dializowanych i po przeszczepie nerek. Ann Acad Med Siles 2010;64(5-6):23-30.
9. Ponczek D. Głowacka M. Markiewicz D. Jakość życia pacjentów hemodializowanych z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. 2019;4(1):1-9.
10. Wysokiński M. Fidecki W. Adamiec R. i wspóln. Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku w stanach zagrożenia życia. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2011;37(4):17-22.
11. Muszalik M. Kędziora – Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska. 2006;14(4):17-22.
12. Gętek M, Czech N, Białek-Dratwa A., Fizia K., Muc-Wierzgoń M., Kokot T., Nowakowska-Zajdel E. Jakość życia chorych poddawanych przewlekle leczeniu nerkozastępczemu – przegląd piśmiennictwa. Hygeia Public Health 2012;47(2):151-156.
13. Grochans E. Sawko W. Pawlik J. Jurczok A. Stanisławska M. Mroczek B. Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych. Family Medicine & Primary Care Review. 2012;14(3):366-369.

14. Yang F, Griva K, Lau T. et al. Health – related quality of life of Asian patients with end – stage renal disease (ESRD) in Singapore. *Qual Life Res.* 2015;24(9):2163-2171.
15. Dutkowska D, Rumianowski B, Grochans E. i wspól. Porównanie jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012;93(3):529-535.
16. Kapka – Skrzypczak L, Lipin B, Niedźwiecka J. i wspól. Subiektywna ocena jakości życia pacjentów dializowanych metodą dializy otrzewnowej oraz hemodializy. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012;93(4):790-797.
17. Woderska – Jasińska A, Hermanowicz M, Włodarczyk Z. Transplantacja nerki jako metoda leczenia nerkozastępczego pacjenta z przewlekłą chorobą nerek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu.* 2021;1(6):73-83.
18. Strugała M, Talarska D, Niewiadomski T, Ptaszyński T, Muszyńska P, Wróblewska I, Dziechciaż M. Jakość życia i samoocena pacjentów leczonych nerkozastępczo; *Pielęgniarstwo Polskie* 2017;1(63):113-119.
19. Hornik B, Kempny-Kwoka D, Włodarczyk-Sporek I, Janusz-Jenczeń M. Jakość życia pacjentów hemodializowanych, dializowanych otrzewnowo i po przeszczepie. *Zdrowie i Dobrostan.* 2014;2:65-78.
20. Abd ElHafeez S, A Sallam S, M Gad Z, Zoccali C, Torino C, Tripepi G, S El-Wakil S, M Awa. Cultural adaptation and validation of the “Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF (TM)) version 1.3” questionnaire in Egypt. *BMC Nephrology* 2012;13(1):170.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

AGNIESZKA PIERNIKOWSKA

Państwowa Akademia Nauk o Zdrowiu
we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25

87 800 Włocławek

e-mail: agnieszka.piernikowska@pans.wloclawek.pl

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

AGNIESZKA PIERNIKOWSKA^{A-F}

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie
i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,
D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu,
F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu