

Danuta Ponczek, Mariola Głowacka, Daria Markiewicz
Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH Z POWODU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK

The quality of life of hemodialyzed patients because of the chronic renal failure

Streszczenie

Wstęp

Przewlekła choroba nerek charakteryzuje się powolnym, postępującym i nieodwracalnym pogorszeniem ich czynności, z czasem prowadzącym do niewydolności i koniecznością stosowania hemodializ. Przyczynia się to, do obniżenia jakości życia dotkniętych chorobą pacjentów.

Cel

Celem przeprowadzonych badań była ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych z powodu przewlekłej niewydolności nerek.

Materiał i metody

Badaniem objęto 60 osób z przewlekłą niewydolnością nerek hospitalizowanych w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. W badaniu wykorzystano standaryzowany kwestionariusz WHOQOL – Bref i ankietę własnej konstrukcji.

Wyniki

W opinii badanych ich jakość życia była na poziomie średnim, a zadowolenie ze zdrowia niskim. Czynnikiem mającym istotny wpływ na oba parametry okazała się sytuacja finansowa ankietowanych. W dziedzinie fizycznej i społecznej jakość życia była przeciętna, natomiast w dziedzinie psychicznej i środowiskowej – dobra.

Wnioski

Jakość życia badanych we wszystkich dziedzinach oscylowała pomiędzy poziomem przeciętnym a dobrym. Lepszą jakość życia prezentowały osoby z wykształceniem wyższym, mieszkające z rodziną, z dobrą sytuacją finansową, nie mające powikłań zmuszających do ponownych hospitalizacji.

Słowa kluczowe: jakość życia, przewlekła niewydolność nerek, hemodializa

Abstract

Introduction

The chronic kidney disease is characterized by a slow, progressive and irreversible deterioration of their function, so after some time, it leads to the renal failure and the necessity of hemodialysis. This causes the lower quality of life among affected patients.

Aim of study

The aim of the study was to assess the quality of life of patients who must have hemodialysis due to the chronic renal failure.

Materials and methods

The study includes 60 patients with the chronic renal failure, hospitalized in the Department of Nephrology, Hypertension and Internal Diseases of Antoni Jurasz University Hospital No. 1 in Bydgoszcz. A standardized questionnaire named WHOQOL - Bref was used in the study and a questionnaire of our own design.

Results

In the opinion of the respondents, their quality of life was on the medium level and their satisfaction with health on the low level. The factor that had the most significant impact on both these parameters was the financial situation of the respondents. The quality of life in the physical and social sphere was average while in the psychological and environmental sphere – good.

Conclusions

The quality of life of the respondents in all the areas varied between average and good. A better quality of life was presented by people with higher education, living with their families, having a good financial situation, not having complications requiring them to be hospitalized again.

Key words: quality of life, chronic renal failure, hemodialysis

Wstęp

Przewlekła choroba nerek (PChN) jest poważnym problemem społecznym i epidemiologicznym zarówno w kraju jak i na świecie. Z prowadzonych rejestrów wynika, że w Polsce częstość występowania przewlekłej choroby nerek wynosi 16%, natomiast w populacji światowej 11%. Określa się ją jako wieloobjawowy zespół chorobowy, powstały w następstwie zmniejszenia liczby czynnych nefronów, niszczone przez różnorodne procesy chorobowe toczące się w miąższu nerek. Do kryteriów rozpoznania PChN zalicza się uszkodzenie nerek utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące, definiowane jako strukturalne (np. zmiany opisane w badaniach obrazowych – radiologicznych, takich jak ultrasonografia, tomografia komputerowa) lub czynnościowe nieprawidłowości nerek (np. nieprawidłowy skład moczu), z eGFR prawidłowym lub zmniejszonym ($<60\text{ml/min/1,73 m}^2$). W większości przypadków PChN przebiega bezobjawowo lub skąpo objawowo, aż do końcowego stadium schyłkowej, przewlekłej niewydolności nerek (PNN). Według różnych opracowań na przewlekłą chorobę nerek choruje w naszym kraju ponad 4 mln osób, a na świecie może to być nawet 600 mln ludzi. Obecnie PChN wymienia się wśród chorób cywilizacyjnych obok nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, otyłości i chorób sercowo-naczyniowych. Większość chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, która wymaga wdrożenia specjalistycznego leczenia nerkozastępczego, jest leczona powtarzanymi zabiegami hemodializy, część – dializą otrzewnową, a u coraz większej grupy pacjentów wykonywana jest transplantacja nerek. W Polsce od powstania rejestru nefrologicznego nieustannie notuje się wzrost liczby osób ze schyłkową niewydolnością nerek – liczba chorych na PChN w stadium 5. wzrosła ze 141 osób na 1 mln populacji w 1996 r. do 793 na 1 mln w 2013 r. [Czekalski, 2007; Renke i in., 2018].

Niepokój budzi nie tylko sam fakt występowania choroby, ale także jej wpływ na jakość życia pacjentów. Pomimo trwającego od lat osiemdziesiątych wzrastającego zainteresowania koncepcją jakości życia badacze dotychczas nie opracowali na gruncie nauk społecznych, jak też medycznych, jednej, przyjmowanej przez wszystkich „bez zastrzeżeń” definicji jakości życia. Dla jednych może to oznaczać niemal wszystko, dla innych coś konkretnego [Trzebiatowski, 2011].

Zainteresowanie zagadnieniem jakości życia jest przejawem dążenia wielu dyscyplin naukowych do poprawy dobrostanu psychicznego współczesnego człowieka. W medycynie stanowi ono także symptom odchodzenia od postawy koncentrującej uwagę na wąskim zakresie patologii i zwracania się w kierunku promocji i ochrony zdrowia [Daszykowska, 2006].

„Badania nad jakością życia w chorobach przewlekłych są cennym źródłem informacji medycznych i spełniają w medycynie trojaką funkcję: ukazują punkt widzenia pacjenta, który może być całkowicie odmienny od prezentowanego przez profesjonalną opiekę medyczną; subiektywne oceny pacjentów są dodat-

kowym źródłem informacji mogącym mieć znaczenie przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, szczególnie w sytuacji dylematu związanego z zastosowaniem danej metody leczenia; mogą wskazywać na nie zauważane przez lekarzy potrzeby pacjentów związane z zapewnieniem profesjonalnej opieki medycznej poza środowiskiem szpitalnym” [za Wnuk i Marcinkowski, 2012].

Jakość życia i zadowolenie ze zdrowia w odniesieniu do przewlekłej niewydolności nerek ma kluczowe znaczenie, zarówno ze względu na dotkliwość tej choroby i jej stadia, jak i na wzrastającą liczbę osób chorych. Przewlekła choroba nerek zakłóca codzienne funkcjonowanie pacjentów, wiąże się z wieloma wyrzeczeniami, z koniecznością ograniczenia aktywności fizycznej, zmianą dotychczasowego trybu życia. Pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek, zmuszeni są do spędzania wielu godzin tygodniowo na dializach, stosowania diety, wielu z nich żyje w oczekiwaniu na przeszczep nerki, który pozwoliłby na normalne funkcjonowanie. Jakość życia wśród tej grupy pacjentów jest istotna ze względu na chorobę, której medycyna nie jest w stanie całkowicie zatrzymać, ani odwrócić jej biegu. Powszechnie przyjmuje się, że leczenie nerkozastępcze nie jest komfortowe i wpływa na jakość życia w wielu aspektach, zarówno fizycznym, jak i środowiskowym czy socjalnym [Czekalski, 2007; Matuszkiewicz-Rowińska i Wojtaszek, 2014].

Cel

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Dla jego realizacji wyłoniono następujące problemy badawcze:

1. Jaka jest jakość życia i zadowolenie ze zdrowia badanej grupy?
2. Jaka jest jakość życia badanych w poszczególnych dziedzinach życia: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej?
3. Jaki jest wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych w wyżej wymienionych obszarach?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 60 pacjentów (70% mężczyzn i 30% kobiet) hemodializowanych w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr Antoniego Jurasza w okresie od września 2016 roku do lutego 2017 roku (KB 505/2016). Udział w badaniu był dobrowolny, polegał na udzielaniu odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety.

W celu zebrania danych wykorzystano standaryzowany kwestionariusz WHOQOL – Bref w polskiej adaptacji opracowany przez L. Wołowicką i K. Jaracz, składający się z 26 pytań, przeznaczony do oceny jakości życia osób zarówno zdrowych jak i chorych. Kwestionariusz dotyczy czterech dziedzin życia: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Zawiera również dwa pytania, które są analizowane odrębnie: dotyczące indywidualnej, ogólnej jakości życia oraz dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja pytań zawiera się w przedziale 1 – 5. W każdej domenie punktacja może wynosić 4 – 20. Maksymalną ilość jaką można uzyskać z każdej dziedziny to 20 punktów co świadczy o wysokiej jakości życia, natomiast wynik 4 oznacza najniższą jakość życia badanego. Posłużono się również ankietą własnej konstrukcji, składającą się z 10 zamkniętych pytań, dotyczących m.in. wieku, płci, miejsca zamieszkania, sytuacji finansowej, czasu leczenia hemodializami oraz istniejących powikłań po leczeniu hemodializami.

Do opracowania statystycznego wyników zastosowano analizę opisową, współczynnik korelacji R Spearmana do obliczenia współzależności pomiędzy dwiema zmiennymi, nieparametryczny Test U Manna-Whitneya do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma grupami. Przyjęto hipotezę zerową (H₀), że nie ma różnicy w badanych grupach. Przyjęto również poziom istotności $p \leq 0,05$ jako poziom istotny statystycznie.

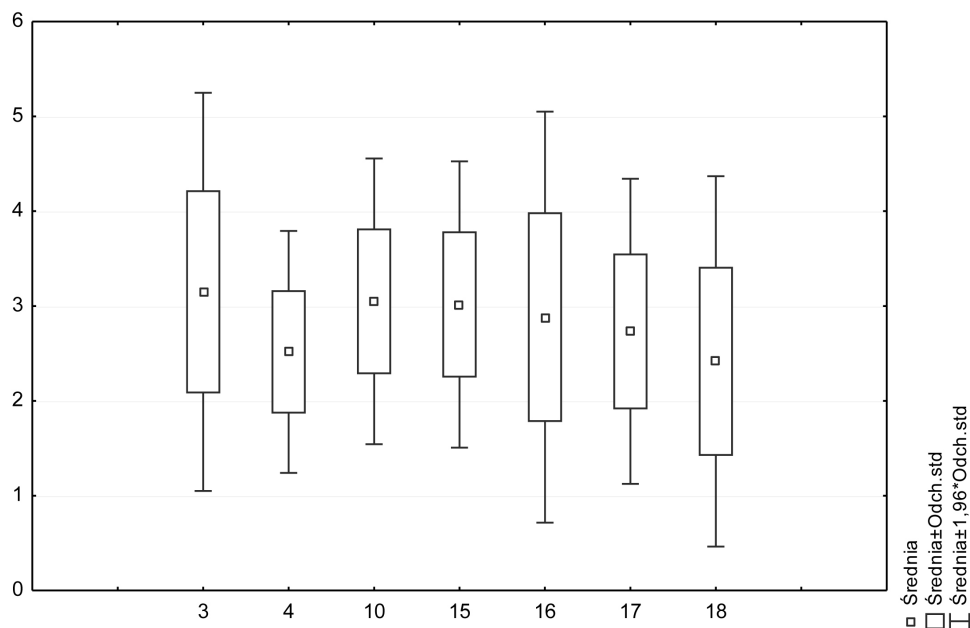
Wyniki

Pod względem wieku najwięcej (46,7%) osób miało powyżej 65 lat, w dalszej kolejności byli ankietowani 50-64 letni (33,3%) i do 49 lat (20%). Zdecydowaną przewagę (91,7%) stanowili mieszkańcy miast, osoby ze średnim wykształceniem (43,3%) lub zawodowym (30%), mające dzieci (75%), zamieszkujące z rodziną/bliską osobą (83,3%), będące na emeryturze lub rencie (88,3%). Swoją sytuację finansową 61,7% badanych oceniło jako średnią, a 26,6% dobrą. Połowa ankietowanych leczyła się za pomocą hemodializ

1-5 lat, 20% do roku, 16,7% powyżej 10 lat. Większość (76,7%) nie miało powikłań związanych z dializą w przeciągu ostatnich 6 miesięcy.

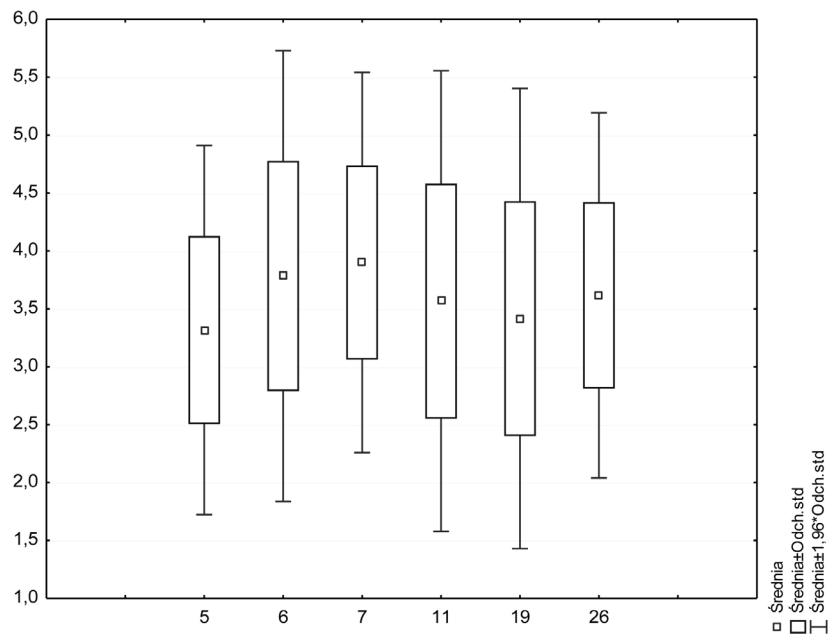
Na pytanie o ocenę swojej jakości życia połowa respondentów odpowiedziała – ani dobra, ani zła, 35% określiło ją jako dobrą, a 15% złą. W kwestii poziomu zadowolenia ze swojego zdrowia aż 68,3% oceniło go negatywnie, a tylko 10% pozytywnie. Stąd też podobne odzwierciedlenie w średnich wartościach punktowych, gdzie średnia oceny jakości życia wyniosła – 55,42 punktu, czyli na poziomie przeciętnym, z kolei zadowolenia ze zdrowia – 32,5 punktu, co jest wynikiem negatywnym. Grupy wiekowe, nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami jakości życia i zadowolenia ze zdrowia ($p>0,05$). Można jednak zauważyć, że najniższe wyniki w obu przypadkach (47,92 pkt i 25 pkt) miały osoby z najmłodszej grupy wiekowej tzn. do 49 lat. Podobnie zarysowała się sytuacja ze zmiennymi: płeć, wykształcenie, posiadanie dzieci, mieszkanie samotne lub z rodziną, czas leczenia hemodializą, ilość pobytów w szpitalu z powodu powikłań związanych z dializą. Tu również nie stwierdzono znamienności statystycznej, jednakże wyższe wyniki w obu podskalach uzyskali mężczyźni, osoby z wykształceniem podstawowym i wyższym, mające dzieci, zamieszkujące z rodziną, z okresem leczenia nie przekraczającym pięciu lat, niebędące w szpitalu z powodu powikłań. Inaczej przedstawiła się sytuacja w powiązaniu ze stanem finansowym badanych. Jakość życia i zadowolenie z własnego zdrowia były znacząco wyższe, na poziomie istotności $p=0,048$ i $p=0,002$, u osób oceniających swoją kondycję finansową jako dobrą.

Dziedzina fizyczna kwestionariusza WHOQOL-Bref składa się z siedmiu pytań. Większość (58,3%) respondentów na ich podstawie określiła swoją jakość życia na poziomie przeciętnym (ani dobra ani zła), 31,7% niskim (bardzo zła/zła), a tylko 10% dobrym. Średnia ocena dziedziny fizycznej okazała się zatem przeciętna – 46,03 punktu. Najwyższe oceny dziedziny fizycznej uzyskano w podskalach: ból i dyskomfort – 3,15 punktu oraz energia i zmęczenie – 3,05 punktu. Najniższe w podskalach: zależność od leków i leczenia – 2,52 punktu oraz zdolność do pracy – średnia 2,42 punktu (ryc.1).



Ryc. 1. Rozkład wyników dziedziny fizycznej.
Fig. 1. Distribution of the results in the physical sphere.

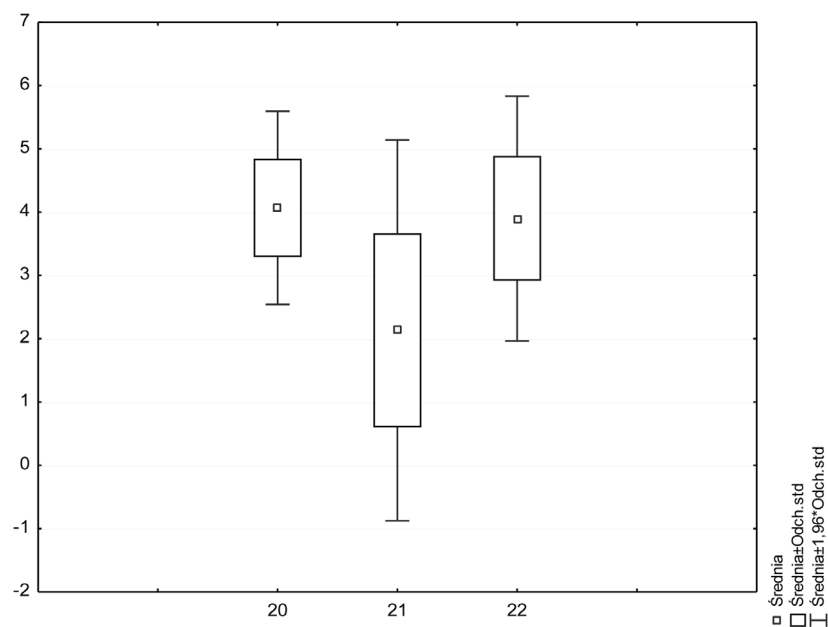
Ocena jakości życia w dziedzinie psychicznej wypadła nieco lepiej. Wynika to z faktu, że ponad połowa badanych (53,3%) określiła ją jako dobrą, a 15% nawet bardzo dobrą. Już tylko 26,7% przeciętną, a 5% złą. Średnia ocena dziedziny psychicznej wyniosła 65,20 punktu. Najwyższe wyniki w tej dziedzinie uzyskali badani w podskalach: myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja – średnia 3,90 punktu oraz duchowość/religia/osobista wiara – 3,78 punktu. Najniższe w podskali samoocena – średnia 3,42 punktu oraz pozytywne uczucia – 3,32 punktu (ryc.2).



Ryc. 2. Rozkład wyników dziedziny psychicznej

Fig. 2. Distribution of the results in the psychological sphere

W dziedzinie społecznej jakość życia dla połowy osób okazała się przeciętna, czyli ani dobra ani zła, a dla 36,7% dobra bądź bardzo dobra. Średnia ocena tej dziedziny wyniosła 58,82 punktu. Najwyższy wynik w jej podskalach uzyskano w pozycji: związki osobiste – średnia – 4,07 punktu. Najniższy – zadowolenie z życia intymnego – średnia – 2,13 punktu (ryc.3).

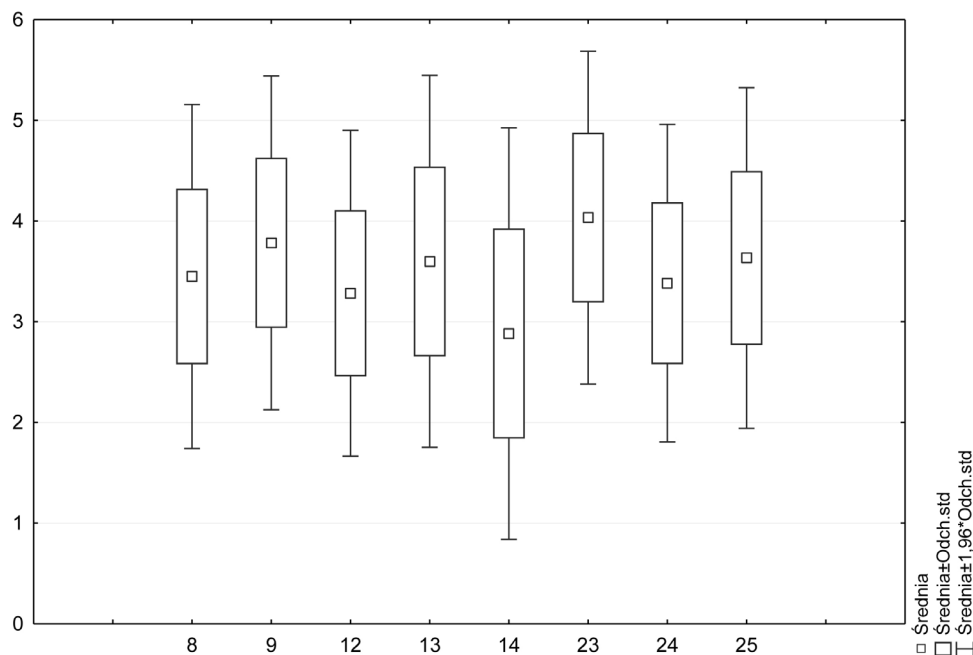


Ryc. 3. Rozkład wyników dziedziny społecznej

Fig. 3. Distribution of the results in the social sphere

W przypadku ośmiu pytań dotyczących dziedziny środowiskowej 45% badanych oceniło swoją jakość życia dobrze i 16,7% bardzo dobrze. Z kolei przeciętnie (ani dobrze ani źle) 35%. Ogólna ocena dziedziny środowiskowej w związku z tym wypadła pozytywnie – średnia 64,47 punktu. Najwyższe wyniki dziedziny środowiskowej uzyskano w podskali: środowisko domowe – średnia 4,03 punktu oraz środowisko fizyczne

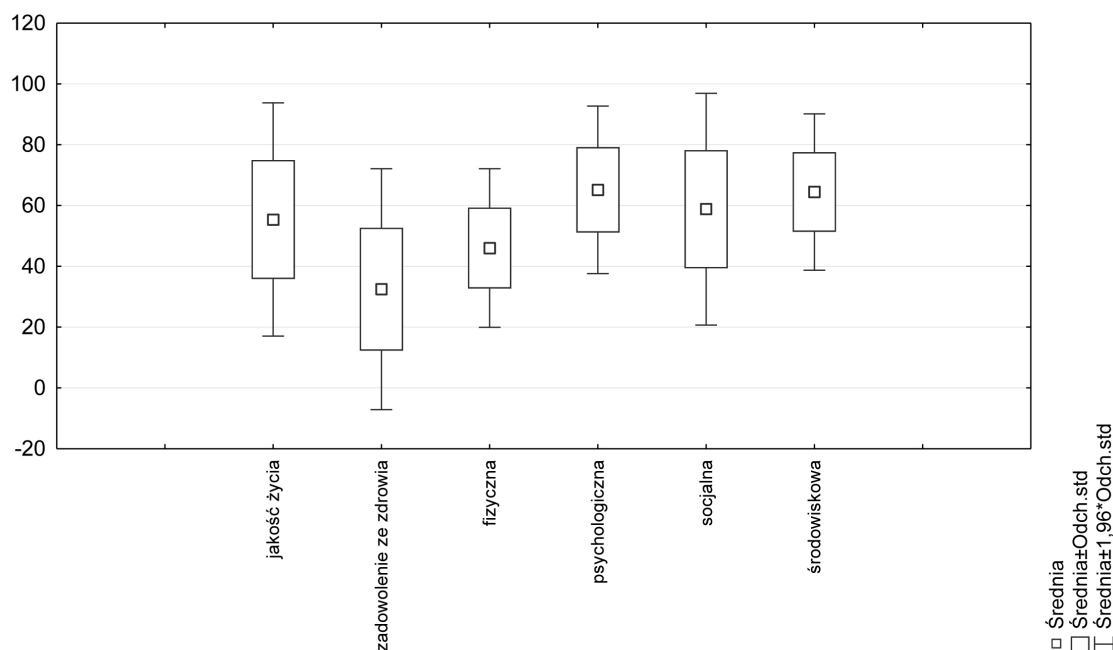
(zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat) – średnia 3,78 punktu. Najniższe w podskali: zasoby finansowe – średnia 3,28 punktu oraz w podskali: możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku – średnia 2,88 punktu (ryc.4).



Ryc. 4. Rozkład wyników dziedziny środowiskowej
Fig. 4. Distribution of the results in the environmental sphere

Grupy wiekowe badanych, nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami poszczególnych dziedzin ($p > 0,05$). Jednak najwyższe reprezentowały osoby będące w wieku 50 – 64 lata. Podobnie w przypadku płci. Mimo to, we wszystkich dziedzinach dominowały kobiety. Znamienności statystycznej nie zaobserwowano również pomiędzy grupami mającymi/niemającymi dzieci czy też pod względem czasu leczenia hemodializami. Wyższe wyniki miały osoby dietne i z krótszym okresem leczenia. Wykształcenie znajdowało się w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami dziedziny środowiskowej ($p = 0,036$). Wynik dziedziny fizycznej, był na granicy istotności ($p = 0,094$). W obu, lepiej radzili sobie ankietowani z wyższym wykształceniem, średnia – 68,88 pkt i 50,25 pkt. Odnotowano też wpływ sposobu zamieszkania w obszarze dziedziny społecznej ($p = 0,033$), gdzie zdecydowanie lepsze wyniki uzyskali badani mieszkający z bliskimi niż samotnie (61,22 pkt vs. 46,80 pkt). Tą korzystną dla osób mieszkających z rodziną tendencją zaobserwowano również w dziedzinie psychicznej, ale tu wynik znajdował się na granicy istotności ($p = 0,098$). Sytuacja finansowa zaznaczyła się znamiennością ($p = 0,02$) w dziedzinie psychicznej, w której podobnie jak i w pozostałych dziedzinach najniższe wyniki uzyskali respondenci deklarujący jako złą. Ilość pobytów w szpitalu z powodu powikłań związanych z dializą, pozostawała w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami dziedziny środowiskowej ($p = 0,004$). Wynik dziedziny fizycznej, na granicy istotności ($p = 0,087$). Osoby, które musiały być hospitalizowane miały niższe wyniki, czyli gorszą jakość życia (66,57 pkt vs. 57,57 pkt i 47,65 pkt vs. 40,71 pkt).

Podsumowując wszystkie badane obszary kwestionariusza WHOQOL – Bref, przy przeciętnym wyniku jakości życia oraz negatywnej ocenie zadowolenia ze zdrowia, najwyżej oceniona została dziedzina psychiczna (65,20 pkt \pm 14,064), dalej dziedzina środowiskowa (64,47 pkt \pm 13,123). Najniżej dziedzina fizyczna (46,03 pkt \pm 13,315) (ryc.5).



Ryc. 5. Wyniki wszystkich dziedzin i pytań o jakość życia i zadowolenie ze zdrowia
 Fig. 5. Results of all spheres and questions about quality in life and satisfaction with health

Dyskusja

Przewlekła niewydolność nerek dotyczy coraz większej liczby osób. Niejednokrotnie pacjenci wymagają leczenia nerkozastępczego, w tym hemodializ, które wiążą się z szeregiem zmian w życiu codziennym ze względu na procedury leczenia i uciążliwość dojazdów. Pacjenci dializowani często zmagają się z obniżonym nastrojem, zaburzeniami snu, osłabieniem organizmu, bólem, co wpływa na obniżenie jakości życia. Rozpoznanie przewlekłej niewydolności nerek wywołuje u chorych negatywne emocje, jak lęk, złość, strach. Choroba zmusza do zmiany stylu życia, przyzwyczajzeń i diety [Gętek i in., 2010; Dutkowska i in., 2012].

Zgodnie z analizą uzyskanych wyników połowa przebadanych pacjentów oceniła swoją jakość życia jako przeciętną, a jedynie 35% jako dobrą/bardzo dobrą. Według badań przeprowadzonych przez Kalantar-Zader i in. [2001] za pomocą kwestionariusza SF-36 jakość życia pacjentów leczonych hemodializami jest znacznie obniżona. Natomiast w wynikach przedstawionych przez Kocką i in. [2016], aż 52% pacjentów było zadowolonych z jakości swojego życia, pomimo istniejącej choroby, z kolei przeciwnego zdania było nieco ponad 20%. W badaniach własnych respondenci najwyżej ocenili jakość życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej, a najniżej w sferze fizycznej. Podobnie w pracy Zielińskiej-Więczkowskiej i Krokowskiej [2014] oraz Gętek i in. [2010], gdzie ankietowani także najniższy wynik uzyskali w dziedzinie fizycznej, ale najwyższy w środowiskowej i społecznej. Przewlekła choroba nerek obniża zakres możliwości jeśli chodzi o aktywność fizyczną, co skutkuje dużym niezadowoleniem i spadkiem jakości życia w tej dziedzinie życia.

W przeprowadzonych badaniach pacjenci z lepszą sytuacją materialną wyżej ocenili swoją jakość życia. Podobnie opisują inni autorzy, według których niezależność finansowa i samodzielność w codziennych czynnościach wpływa na poczucie lepszej jakości życia. Podczas choroby i konieczności długotrwałego leczenia zostaje zaburzona równowaga. Pacjenci czują się zależni od osób trzecich, ponieważ hemodializy wymuszają podporządkowanie życia do sposobu leczenia. Przewlekła niewydolność również wpływa na dotychczasowe życie osoby opiekującej się chorym, co też często wpływa na pogorszenie jakości życia opiekuna. Na pogorszenie się jakości życia wpływa też utrata pracy lub konieczność przejścia na rentę z powodu dezorganizujących plan dnia hemodializ, co wpływa na gorszą sytuację finansową [Dutkowska i in., 2012; Jabłońska, Lubas i Niemczyk, 2016; Strugała i in., 2017].

Okazało się, że osoby zamieszkujące samotnie swoją jakość życia oceniły niżej niż pacjenci zamieszkujący z kimś bliskim. Podobne wyniki badań przedstawili Kocka i in. [2016] oraz Ostrzyżek [2008], gdzie również osoby samotne niżej oceniły swoją jakość życia w porównaniu z pacjentami będącymi w związkach

mażeńskich lub partnerskich. Można zatem wnioskować, iż obecność osób bliskich i udzielane przez nich wsparcie, pozytywnie wpływa na zadowolenie z życia w momencie zmagania się z chorobą.

Na jakość życia wpływa też długość leczenia hemodializami, która spada wraz ze wzrostem liczby lat trwającego leczenia. W badaniach przeprowadzonych przez Grochans i in. [2012] również potwierdzono, że u osób dializowanych przez długi okres czasu, występowało znużenie, zmęczenie psychiczne oraz pogorszenie funkcjonowania poznawczego, co przekładało się na coraz niższe wskaźniki zadowolenia i oceny jakości życia. Negatywny wpływ czasu trwania hemodializy na jakość życia wykazali także Gerasimoula i in. [2015].

Nie bez znaczenia w stosunku do jakości życia pozostaje poziom wykształcenia. W badaniach własnych jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej najwyżej ocenili pacjenci z wykształceniem wyższym, a w dziedzinie społecznej z wykształceniem średnim. Według Kockiej i in. [2016] wykształcenie także ma istotny związek z jakością życia, zwłaszcza w sferze socjalnej, pozytywnie ocenianej przez respondentów z wyższym i średnim wykształceniem. Także w pracy Gerasimoula i in. [2015], wykazano, że osoby z wyższym wykształceniem lepiej oceniały swoją jakość życia. Z kolei Gętek i in. [2010] na podstawie analizy swoich badań wysunęli wniosek, że wykształcenie nie miało wpływu na ocenę jakości życia.

Podniesienie jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pacjentów zmagających się z przewlekłą chorobą nerek powinno być jednym z priorytetów interdyscyplinarnego zespołu. Z pewnością coraz większy nacisk należy kłaść na komfort osoby dializowanej i zapewnienie jej hemodializy w taki sposób, aby jak najmniej musiała odczuwać „poświęcenie” wielu godzin spędzonych przy dializatorze. Jakość życia z pewnością podniesie się u pacjentów, którzy nie będą odczuwali hemodializ jako przykrego, żmudnego obowiązku, ponieważ będą mogły w tym czasie wykonywać także inne rzeczy albo spędzać ten czas na przyjemnościach takich jak: czytanie, oglądanie telewizji, słuchanie muzyki.

Istotną rolę w poprawie jakości życia pacjentów hemodializowanych odgrywa także edukacja pacjentów. Według Abraham i in. [2012] pacjenci długotrwale leczeni za pomocą terapii nerkozastępczej wymagają edukacji. Wśród edukowanych osób, w porównaniu do grupy kontrolnej stwierdzono znaczący wzrost jakości życia we wszystkich czterech dziedzinach, zwłaszcza psychicznej. Na pozytywny wpływ edukacji wśród pacjentów hemodializowanych zwrócili również uwagę Gerasimoula i in. [2015]. W ich badaniach wyższą jakość życia prezentowali pacjenci bardzo dobrze poinformowani o problemie zdrowotnym, którzy przestrzegali zaleceń terapeutycznych i dotyczących proponowanej diety. Dodatkowymi aspektami korzystnie wpływającymi na jakość życia wykazanymi przez autorów były: bardzo dobre relacje z personelem medycznym i pielęgniarskim lub innymi pacjentami, niedoświadczanie trudności w środowisku społecznym lub rodzinnym, pomoc w domu oraz nieukrywanie swojego problemu zdrowotnego przed otoczeniem społecznym.

Wnioski

1. Jakość życia w badanej grupie była na poziomie średnim, a zadowolenie ze zdrowia - niskim. Największy wpływ na oba czynniki miała sytuacja finansowa.
2. W dziedzinie fizycznej i społecznej jakość życia okazała się przeciętna, natomiast w dziedzinie psychicznej i środowiskowej - dobra.
3. Lepszą jakość życia prezentowały osoby z wykształceniem wyższym, mieszkające z rodziną, z dobrą sytuacją finansową, nie mające powikłań zmuszających do ponownych hospitalizacji.

Piśmiennictwo

1. Abraham S., Venu A., Ramachandran A., Chandran P. M., Raman S. 2012. *Assessment of quality of life in patients on hemodialysis and the impact of counseling.* *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation.* vol. 23, nr 5: 953-957.
2. Czekański S. 2007. Przewlekła choroba nerek - przewlekła niewydolność nerek w Polsce i na świecie. *Przewodnik Lekarza.* vol. 10, nr 1: 10-16.
3. Daszykowska J. 2006. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego.* vol. 2: 122-128.

4. Dutkowska D., Rumianowski B., Grochans E., Karakiewicz B., Laszczyńska M. 2012. Porównanie jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo. *Probl Hig Epidemiol.* vol. 93, nr 3: 529-535.
5. Gerasimoula K., Lefkothea L., Maria L., Victoria A., Paraskevi T., Maria P. 2015. Quality of life in hemodialysis patients. *Mater Sociomed.* vol. 27, nr 5: 305-309.
6. Gętek M., Nowakowska-Zajdel E., Czech N., Białek A., Muc-Wierzgoń M., Kokot T. 2010. Jakość życia pacjentów dializowanych i po przeszczepie nerek. *Annales Academiae Medicae Silesiensis.* vol. 64, nr 5-6: 23-30.
7. Grochans E., Sawko W., Pawlik J., Jurczak A., Stanisławska M., Mroczek B. 2012. Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych. *Fam Med Primary Care Rev.* vol. 14, nr 3: 366-369.
8. Jabłońska M., Lubas A., Niemczyk S. 2016. Jakość życia w przewlekłej chorobie nerek. *Nefrologia i Dializoterapia Polska.* vol. 20, nr 3: 205-211.
9. Kalantar-Zadeh K., Kopple J.D., Block G., Humphreys M.H. 2001. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology.* vol. 12: 2797-2806.
10. Kocka K., Grabowska K., Bartoszek A., Domżał-Drzewicka R., Łuczyk M. 2016. Wpływ czynników socjo-demograficznych na jakość życia pacjentów leczonych hemodializą. *Hygeia Public Health.* vol. 51, nr 1: 82-86.
11. Matuszkiewicz-Rowińska J., Wojtaszek E. 2014. Zasady postępowania w przewlekłej chorobie nerek. *Wiadomości Lekarskie.* vol. 65, nr 3: 397-398.
12. Ostrzyżek A. 2008. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol.* vol. 89, nr 4: 467-470.
13. Renke M., Parszuto J., Rybacki M., Wołyniec W., Rutkowski P., Rutkowski B., Walusiak-Skorupa J., Dębska-Ślizień A. 2018. Przewlekła choroba nerek – istotne informacje dla lekarza medycyny pracy. *Medycyna Pracy.* vol. 69, nr 1: 67-75.
14. Strugała M., Talarska D., Niewiadomski T., Ptaszyński T., Muszyńska P., Wróblewska I., Dziechciaż M. 2017. Jakość życia i samoocena pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Pielęgniarstwo Polskie.* vol. 1, nr 63: 113-119.
15. Trzebiatowski J. 2011. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health.* vol. 46, nr 1: 25-31.
16. Wnuk M., Marcinkowski J.T. 2012. Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Probl Hig Epidemiol.* vol. 93, nr 1: 21-26.