

Hemodializa w kontekście jakości życia pacjentów w starszym wieku

Hemodialysis in the context of the quality of life of elderly patients

Mariola Głowacka^{1,2}, Justyna Kuras¹

¹ Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

² Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku

Streszczenie

Wstęp. W Polsce, jak i na świecie wiek przestał być kryterium dyskwalifikującym do leczenia nerkozastępczego- dializoterapii. Należy jednak wziąć pod uwagę stan zdrowia osób w podeszłym wieku. **Cel pracy.** Celem pracy jest przedstawienie jakości życia osób dializowanych w podeszłym wieku. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 102 pacjentów hemodializowanych w Stacji Dializ 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Jakość życia oceniono kwestionariuszem WHOQOL-BREF. **Wyniki.** Wyżej jakość życia oceniali mężczyźni, a u kobiet była ona przeciętna. W odniesieniu do wieku najlepiej jakość życia oceniali respondenci w wieku 71-75 lat i do 65 roku życia, a najniżej 80- latkowie. Badając dziedzinę fizyczną respondenci określili ją jako złą lub ani dobrą ani złą- 29 osób (28,4%), najmniej osób określiło bardzo dobrze -6 (5,9%). Najwyższe oceny odnotowano w skali bólu i dyskomfortu – 3,14 punktu, energii i zmęczenia – 2,65 punktu. Najniżej w podskali wypoczynek i sen – 3,34 punktu oraz zależność od leków i leczenia – średnia 1,88 punktu. Dziedzinę psychologiczną badani określili jako dobrą – 28 osób (27,5%) lub ani dobrą ani złą- 26 osób (4,9%). W dziedzinie socjalnej najwyższy wynik odnotowano w związkach osobistych, średnia – 4,14 punktu i aktywności seksualnej, średnia-3,24 punktu. **Wnioski.** 1.Chorzy dializowani różnili się między sobą jakością życia. Najlepiej swoją jakość życia oceniali pacjenci do 75 roku życia. Najniżej osoby powyżej 80 roku życia. 2.Ocena stanu zdrowia dializowanych pacjentów zależała od ich wieku i sytuacji materialnej. 3.Sytuacja bytowa miała nieznaczny wpływ na jakość życia i zadowolenie ze zdrowia. Osoby młodsze i w dobrej sytuacji materialnej wyżej oceniali swoją jakość życia. 4. Z punktu widzenia praktyki pielęgniarskiej istotne jest prowadzenie ewaluacyjnego monitoringu jakości życia pacjentów dializowanych w poszczególnych okresach dializoterapii, np. raz w każdym roku dializoterapii. Takie wyniki dawałyby bardziej esencjonalny obraz poziomu jakości życia i czynników ją determinujących w zależności od czasu trwania dializoterapii, występowanie powikłań i trudności. Umożliwiłoby to również racjonalizację działań profilaktycznych. (Gerontol Pol 2021; 29; 73-79). doi: 10.53139/GP.20212910

Słowa kluczowe: dializoterapia, jakość życia, starość

Abstract

Introduction. In Poland and worldwide, age has ceased to be a criterion disqualifying people from renal replacement therapy – dialysis. However, the health of the elderly must be taken into account. Multiple morbidities are characteristic, so it was important for me to undertake a thorough analysis of the quality of life of elderly people. **Material and methods.** The study included 102 hemodialysis patients at the Dialysis Station of the 10th Military Clinical Hospital with a Polyclinic in Bydgoszcz. The quality of life was assessed by the WHOQOL-BREF questionnaire. **Results.** The quality of life was rated higher by men, and for women it was average. Regarding age, the quality of life was best assessed by respondents aged 71-75 and under 65, and the lowest by 80-year-olds. When researching the physical domain, the respondents described it as bad or neither good nor bad – 29 people (28.4%), the fewest people described it very well – 6 people (5.9%). The highest scores were noted on the scale of pain and discomfort – 3.14 points, energy and fatigue – 2.65 points. The lowest points in the rest and sleep subscale were -3.34 points, and the average of 1.88 points in dependence on medications and treatment. The psychological field was described by the respondents as good – 28 people (27.5%) or neither good nor bad 26 people (4.9%). In the social field, the highest score was recorded in personal relationships, mean – 4.14 points and sexual activity, mean – 3.24 points. **Conclusions.** 1. Dialysis patients differed in the quality of life. The best quality of life was assessed by patients under 75 years of age. Lowest people over 80 years of age. 2. The assessment of the health con-

dition of dialysis patients depended on their age and financial situation. 3. The living situation had a slight impact on the quality of life and satisfaction with health. Younger people in good financial situation assessed their quality of life higher. 4. From the point of view of nursing practice, it is important to conduct evaluation monitoring of the quality of life of dialysis patients in particular periods of dialysis therapy, eg once a year. Such results would give a more essential picture of the quality of life level and its determinants depending on the duration of dialysis therapy, the occurrence of complications and difficulties. It would also allow the rationalization of preventive measures. (*Gerontol Pol* 2021; 29; 73-79). doi: 10.53139/GP.20212910

Keywords: dialysis therapy, quality of life, old age

Wstęp

Współczesność charakteryzuje zjawisko starzenia się społeczeństw, a co się z tym wiąże wydłużenie życia spowodowane lepszymi warunkami egzystencjalnymi oraz dostępem do opieki zdrowotnej [1]. Towarzyszy temu jednak zwiększenie stanów patologicznych u seniorów, będące konsekwencją wieloletnich procesów chorobowych, np. niewydolność nerek. Jak dowodzą wieloletnie obserwacje kliniczne duże znaczenie posiada dializoterapia. Obecnie w Polsce z powodu zwiększonej dostępności do zabiegów hemodializ wiek nie dyskwalifikuje chorego do leczenia nerkozastępczego, jak to jeszcze bywało w latach 90-tych [2]. Jednak ze względu na funkcjonowanie i stan zdrowia osób w podeszłym wieku ważna jest wnikliwa analiza oceny zdolności chorego do funkcjonowania w trakcie dializoterapii [3]. Terapii przewlekłej towarzyszy wiele obciążeń i trudnych sytuacji. Pacjent zmaga się nie tylko z dolegliwościami fizycznymi, ale również doświadcza obciążenia psychicznego. Narasta lęk i frustracja, które pacjent wiąże z uzależnieniem od innych. Pogarsza się jego jakość życia [3].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie jakości życia seniorów dializowanych.

Material i metody

Badaniem objęto 102 pacjentów Stacji Dializ 10 Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Badaną grupę stanowiło 62,7% mężczyzn oraz 37,3% kobiet. Jakość życia oceniono z użyciem kwestionariusza WHOQOL-BREF.

Wyniki

Jakość życia i zadowolenie ze stanu swego zdrowia

Najwięcej badanych stwierdziło, że jakość ich życia jest ani dobra ani zła – 34 osoby (33,3%) bądź dobra – 27 osób (27,5%) lub zła – 26 osób (25,5%). Najmniej wskazało, że bardzo dobra – 5 osób (4,9%). Oceniając swoje zdrowie, najwięcej pacjentów dializowanych podkreśliło ocenę złą – 43 osoby (42,2%) bądź bardzo złą – 22 osoby (21,6%). Najmniej wskazało na ocenę dobrą – 16 osób (15,7%).

Większość oceniła jakość swojego życia negatywnie – 36 osób (35,3%). Najmniej – pozytywnie – 32 osoby (31,4%). Zadowolenie ze swego zdrowia, najwięcej ankietowanych wartościowało negatywnie – 65 osób (63,7%), najmniej pozytywnie – 16 osób (15,7%).

Dziedzina fizyczna

Dziedziny fizycznej dotyczyło 7 pytań zawartych w kwestionariuszu, z których 2 są „skonstruowane w stronę „negatywną (im większa liczba punktów, tym gorsza ocena danego aspektu). Pytania te odwrócono w stronę „pozytywną.

Najwięcej ankietowanych oceniło dziedzinę fizyczną „bardzo źle lub ani dobrze ani źle – po 29 osób (po 28,4%). Najmniej „bardzo dobrze – 6 osób (5,9%). Większość respondentów oceniła dziedzinę fizyczną negatywnie – 57 osób (55,9%). Najmniej pozytywnie – 16 osób (15,7%).

Najwyżej dziedzinę fizyczną oceniono w podskalach: ból i dyskomfort – 3,14 punktu oraz energia i zmęczenie – 2,65 punktu. Najniżej w podskali: wypoczynek i sen – 2,34 punktu oraz zależność od leków i leczenia – średnia – 1,88 punktu.

Dziedzina psychologiczna

Dziedziny psychologicznej dotyczyło 6 pytań ankietowych, z których tylko jedno skierowane jest negatywnie. Pytanie to odwrócono w stronę „pozytywną. Najwię-

cej badanych w dziedzinie psychologicznej zaznaczyło ocenę dobrą – 28 osób (27,5%) lub ani dobrą ani złą – 26 osób (25,5%). Najmniej natomiast wskazało na ocenę złą – 5 osób (4,9%).

Większość respondentów oceniła dziedzinę psychologiczną pozytywnie – 52 osoby (51,0%), a mniejszość z nich negatywnie – 24 osoby (23,5%).

Najwyższe wyniki w zakresie jakości życia w dziedzinie psychologicznej osiągnęli pacjenci w podskalach: myślenie / uczenie się / pamięć / koncentracja – średnia 3,76 punktu oraz wygląd zewnętrzny – średnia 3,65 punktu. Najniższe z kolei w podskali duchowość/religia/osobista wiara – 2,92 punktu oraz pozytywne uczucie – średnia 2,91 punktu.

Dziedzina socjalna

Dziedziny socjalnej jakości życia dotyczyły 3 pytania kwestionariusza. Najwięcej ankietowanych dziedzinę socjalną oceniło bardzo dobrze – 40 osób (39,2%) lub ani dobrze ani źle – 30 osób (29,4%), a najmniej źle – 4 osoby (3,9%).

Ogólnie dziedzinę socjalną większość respondentów oceniła pozytywnie – 68 osób (66,7%). Najmniej negatywnie – 4 osoby (3,9%).

Najwyższy wynik dziedziny socjalnej zaznaczano w pozycji związku osobiste – średnia – 4,14 punktu. Najniższy w aktywności seksualnej – średnia – 3,24 punktu.

Dziedzina środowiskowa

W zakres dziedziny środowiskowej wchodziło 8 pytań kwestionariusza. Najczęściej wybieraną przez ankietowanych ocenę w dziedzinie środowiskowej była ocena dobra – 41 osób (40,2%) lub bardzo dobra – 34 osoby (33,3%). Najrzadziej natomiast respondenci ocenili swoją jakość życia w dziedzinie środowiskowej źle – 6 osób (5,9%).

Ogólnie dziedzinę środowiskową najczęściej ankietowanych oceniło pozytywnie – 75 osób (73,5%), a najmniej negatywnie – 6 osób (5,9%).

Najwyższe noty w dziedzinie środowiskowej otrzymał transport – średnia 4,77 punktu oraz zdrowie i opieka

zdrowotna: dostępność i jakość – średnia 4,57 punktu. Najniższe zasoby finansowe – średnia 3,17 punktu oraz możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku – średnia 2,77 punktu (tabela I).

W przeciętnej ocenie jakości życia oraz negatywnej ocenie zadowolenia ze zdrowia, respondenci najwyżej ocenili dziedzinę socjalną i środowiskową, najniżej dziedzinę fizyczną.

Wyżej jakość życia, zadowolenie ze zdrowia oraz wszystkie dziedziny zawarte w skali ocenili mężczyźni. Kobiety jakość życia i dziedzinę psychologiczną ocenili przeciętnie, zadowolenie ze zdrowia i dziedziny fizycznej negatywnie, pozostałe dziedziny pozytywnie. W grupie mężczyzn wynik zadowolenia ze zdrowia był negatywny, jakości życia i dziedziny fizycznej przeciętne, a pozostałych dziedzin pozytywny. Nie występowała istotna zależność statystyczna w powyższych zakresach – $p > 0,05$.

Najwyższą jakość życia reprezentowali badani w wieku 71-75 lat oraz do 65 roku życia, a najniższą w wieku powyżej 80 lat – ocena negatywna. W pozostałych grupach wiekowych jakość życia była przeciętna.

Zadowolenie ze zdrowia najwyżej ocenili respondenci w wieku 66-70 lat oraz do 65 roku życia, a najniżej w wieku 76-80 lat. We wszystkich grupach wiekowych ocena była negatywna.

Najwyżej dziedzinę fizyczną respondenci ocenili w wieku do 65 lat oraz 71-75 lat, najniżej w wieku powyżej 80 lat. Oceny były przeciętne z wyjątkiem wskazanych przez pacjentów dializowanych w wieku 76-80 lat i powyżej 80 lat – negatywne. Najwyżej dziedzinę psychologiczną ocenili respondenci w wieku do 65 roku życia oraz w wieku 66-70 lat. Najniżej natomiast w wieku powyżej 80 roku życia. Wszystkie oceny były pozytywne z wyjątkiem uzyskanych przez respondentów w wieku 76-80 lat i powyżej 80 roku życia, u których oceny były przeciętne. Najwyżej dziedzinę socjalną ocenili ankietowani w wieku do 65 roku życia oraz w wieku 66-70 lat, najniżej w wieku 75-80 lat. Wszystkie oceny były pozytywne. Najwyżej dziedzinę środowiskową ocenili badani w wieku do 65 lat oraz 71-75 lat. Najniżej powyżej

Tabela I. Średnie wartości punktowe WHOQOL-Bref

Table I. Mean WHOQOL-Bref point values

| Pozycja | Średnia | SD | Min | Maks | Q25 | mediana | Q75 |
|------------------------|---------|--------|------|-------|------|---------|------|
| jakość życia | 47,79 | 26,350 | 0,0 | 100,0 | 25,0 | 50,0 | 75,0 |
| zadowolenie ze zdrowia | 32,60 | 24,573 | 0,0 | 75,0 | 25,0 | 25,0 | 50,0 |
| fizyczna | 37,76 | 23,312 | 0,0 | 94,0 | 19,0 | 38,0 | 56,0 |
| psychologiczna | 58,72 | 22,126 | 6,0 | 100,0 | 44,0 | 63,0 | 75,0 |
| socjalna | 70,06 | 17,836 | 25,0 | 100,0 | 56,0 | 75,0 | 81,0 |
| środowiskowa | 69,75 | 17,608 | 25,0 | 100,0 | 56,0 | 69,0 | 81,0 |

Tabela II. Wyniki WHOQOL-Bref w grupach wiekowych

Table II. WHOQOL-Bref results in age groups

| Wiek | do 65 lat | | 66-70 lat | | 71-75 lat | | 76-80 lat | | powyżej 80 lat | | Analiza statystyczna | |
|------------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|----------------|------|----------------------|-------|
| | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | t | p |
| jakość życia | 50,0 | 26,0 | 49,0 | 24,5 | 52,5 | 25,5 | 48,1 | 31,4 | 38,2 | 26,8 | -1,235 | 0,220 |
| zadowolenie ze zdrowia | 35,0 | 28,9 | 35,0 | 23,9 | 31,3 | 24,2 | 28,8 | 26,7 | 30,3 | 19,7 | -0,732 | 0,466 |
| fizyczna | 47,7 | 22,4 | 39,1 | 23,1 | 41,1 | 25,0 | 30,6 | 21,1 | 24,4 | 18,1 | -3,611 | 0,000 |
| psychologiczna | 67,4 | 20,0 | 61,0 | 18,0 | 61,0 | 25,2 | 53,9 | 21,6 | 45,2 | 21,8 | -3,315 | 0,001 |
| socjalna | 79,7 | 16,5 | 72,5 | 16,2 | 67,8 | 14,1 | 61,8 | 17,8 | 62,2 | 19,8 | -3,448 | 0,001 |
| środowiskowa | 76,1 | 14,8 | 69,9 | 17,8 | 73,0 | 17,2 | 68,0 | 16,2 | 59,0 | 18,6 | -2,420 | 0,017 |

Tabela III. Wyniki WHOQOL-Bref w grupach wykształcenia

Table III. WHOQOL-Bref results in education groups

| Wykształcenie | podstawowe | | zawodowe | | średnie | | wyższe | | Analiza statystyczna | |
|------------------------|------------|-------|----------|-------|---------|-------|---------|-------|----------------------|-------|
| | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | t | p |
| jakość życia | 40,22 | 18,06 | 50,61 | 29,84 | 50,00 | 26,02 | 48,08 | 27,88 | 1,249 | 0,214 |
| zadowolenie ze zdrowia | 27,17 | 16,71 | 35,37 | 26,21 | 33,00 | 26,73 | 32,69 | 27,74 | 0,496 | 0,621 |
| fizyczna | 27,04 | 17,53 | 39,49 | 24,76 | 40,12 | 23,94 | 46,77 | 22,17 | 2,769 | 0,007 |
| psychologiczna | 50,04 | 15,53 | 60,90 | 23,87 | 59,84 | 23,35 | 65,00 | 21,97 | 1,705 | 0,091 |
| socjalna | 64,13 | 17,21 | 70,68 | 18,68 | 71,72 | 17,37 | 75,38 | 16,19 | 1,988 | 0,050 |
| środowiskowa | 60,57 | 14,16 | 71,17 | 20,62 | 73,36 | 14,25 | 74,62 | 14,02 | 2,257 | 0,026 |

80 lat. Oceny pozytywne uzyskali pacjenci hemodializowani w wieku powyżej 80 roku życia – ocena przeciętna (tabela II). Wiek badanych, pozostawał w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami dziedziny fizycznej, psychologicznej i socjalnej, a w korelacji niskiej z wynikami w dziedzinie środowiskowej ($p < 0,05$)

Najwyżej jakość życia była oceniona przez dializowanych z wykształceniem zawodowym oraz średnim. Najniżej z podstawowym. Wszystkie wyniki były przeciętne. Zadowolenie ze zdrowia najwyżej ocenili respondenci z wykształceniem zawodowym i średnim. Najniżej z podstawowym. We wszystkich grupach ocena była negatywna. Najwyżej dziedzinę fizyczną ocenili dializowani z wykształceniem wyższym i średnim, najniżej z podstawowym. Oceny były przeciętne, a tylko w grupie z wykształceniem podstawowym i zawodowym – negatywne. Z kolei dziedzinę psychologiczną najwyżej ocenili respondenci z wykształceniem wyższym i zawodowym. Najniżej z podstawowym. Wszystkie oceny były pozytywne. Najwyżej dziedzinę socjalną oraz środowiskową ocenili dializowani z wykształceniem wyższym i średnim, najniżej z podstawowym. Wszystkie oceny pozytywne (tabela III).

Stopień wykształcenia respondentów pozostawał w istotnej statystycznie niskiej korelacji z wynikami dziedziny fizycznej, socjalnej i środowiskowej

($p < 0,05$). Wynik dziedziny psychologicznej był na granicy istotności.

Najwyżej jakość życia, zadowolenie ze zdrowia oraz wszystkie dziedziny były ocenione przez mieszkańców miast do 100 tys. mieszkańców. Najniżej przez mieszkańców wsi. Jakość życia we wszystkich grupach została oceniona przeciętnie. Zadowolenia ze zdrowia oraz dziedzina fizyczna u mieszkańców miasta do 100 tys. uzyskała wyniki przeciętne, w pozostałych grupach negatywne. W dziedzinie psychologicznej mieszkańcy miast uzyskali wyniki pozytywne, a mieszkańcy wsi negatywne. W dziedzinie socjalnej i środowiskowej we wszystkich grupach wyniki były pozytywne.

Ze względu na poziom istotności $p > 0,05$, nie odnotowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami wg miejsca zamieszkania, dotyczących wyników jakości życia, zadowolenia ze swojego zdrowia oraz dziedzin. Wynik dziedziny środowiskowej na granicy istotności $p = 0,057$

Najwyższa jakość życia była u badanych deklarujących dobrą lub bardzo dobrą sytuację materialną, a najniższa u respondentów oceniających źle swoją sytuację materialną. Wszystkie oceny były przeciętne za wyjątkiem oceny złej – ocena negatywna. Zadowolenie ze swego stanu zdrowia najwyżej ocenili respondenci, u których sytuacja bytowa była dobra

i przeciętna. Najniżej oceniający ją źle. Wszystkie oceny były negatywne z wyjątkiem oceny sytuacji jako dobrej – ocena przeciętna. Najwyżej dziedzinę fizyczną punktowali badani o sytuacji bytowej bardzo dobrej i dobrej. Najniżej o sytuacji złej. Wyniki pacjentów dializowanych z sytuacją bytową bardzo dobrą i dobrą – były przeciętne, a w pozostałych grupach negatywne.

Najwyżej dziedzina psychologiczna została oceniona przez respondentów w sytuacji bytowej dobrej i bardzo dobrej. Najniżej w sytuacji złej. Wyniki w grupach sytuacji bytowej bardzo dobrej i dobrej – były pozytywne, w grupie w sytuacji przeciętnej – przeciętne, a w sytuacji złej – negatywne.

Dziedzinę socjalną najwyżej ocenili respondenci w sytuacji bytowej dobrej i bardzo dobrej, a najniżej w sytuacji złej. Wszystkie oceny były pozytywne z wyjątkiem grupy w sytuacji złej – ocena przeciętna.

Dziedzinę środowiskową najwyżej ocenili respondenci o sytuacji bardzo dobrej i dobrej, najniżej w sytuacji złej. Wszystkie oceny były pozytywne z wyjątkiem grupy w sytuacji złej – wynik przeciętny. Sytuacji bytowa respondentów pozostawała w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami wszystkich dziedzin oraz w niskiej korelacji z wynikami jakości życia i zadowolenia ze zdrowia ($p < 0,05$) (tabela IV).

Najwyżej jakość życia była oceniona przez respondentów, u których stan zdrowia był dobry lub przeciętny.

Najniżej w stanie bardzo złym. Wyniki w grupie oceny dobrej – pozytywne, w grupie ze stanem zdrowia przeciętnym i złym – przeciętne oraz ze stanem zdrowia bardzo złym – negatywne. Zadowolenie ze zdrowia najwyżej zostało oceniane przez badanych w stanie zdrowia dobrym i przeciętnym. Najniżej w stanie bardzo złym. Wyniki w grupie oceny dobrej – przeciętne, w pozostałych grupach – negatywne. Dziedzina fizyczna była oceniana najwyżej przez badanych w stanie zdrowia dobrym i przeciętnym. Najniżej w stanie bardzo złym. Wynik w grupie oceny dobrej – pozytywny, w pozostałych grupach – negatywny. Najwyżej dziedzina psychologiczna była oceniona przez badanych w stanie zdrowia dobrym i przeciętnym. Najniżej w stanie bardzo złym. Wyniki w grupie oceny dobrej – pozytywny, w pozostałych grupach – przeciętny. Dziedzinę socjalną z kolei najwyżej ocenili respondenci w stanie zdrowia dobrym i bardzo złym, a najniżej w stanie zdrowia złym. Wszystkie oceny były pozytywne. Najwyżej dziedzinę środowiskową ocenili respondenci w stanie zdrowia dobrym i przeciętnym, a najniżej w stanie zdrowia złym. Wszystkie oceny były pozytywne (tabela V).

Ocena stanu zdrowia była w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami jakości życia i zadowolenia ze zdrowia oraz ze wszystkimi dziedzinami poza dziedziną socjalną ($p < 0,05$). Wynik dziedziny socjalnej był na granicy istotności.

Tabela IV. Wyniki WHOQOL-Bref w grupach oceny sytuacji materialnej

Table IV. WHOQOL-Bref results in groups of material situation assessment

| ocena | bardzo dobra | | dobra | | przeciętna | | zła | | Analiza statystyczna | |
|------------------------|--------------|-------|---------|-------|------------|-------|---------|-------|----------------------|-------|
| | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | t | p |
| jakość życia | 50,00 | 32,73 | 54,27 | 26,16 | 48,78 | 21,62 | 20,83 | 23,44 | -2,884 | 0,005 |
| zadowolenie ze zdrowia | 28,13 | 28,15 | 40,24 | 26,15 | 32,32 | 21,10 | 10,42 | 12,87 | -2,659 | 0,009 |
| fizyczna | 51,00 | 36,50 | 47,80 | 19,41 | 31,63 | 18,79 | 15,58 | 17,55 | -5,462 | 0,000 |
| psychologiczna | 67,38 | 27,55 | 69,32 | 17,32 | 53,37 | 20,29 | 35,00 | 15,20 | -5,650 | 0,000 |
| socjalna | 76,50 | 19,37 | 78,76 | 14,57 | 64,61 | 15,82 | 54,67 | 17,87 | -4,528 | 0,000 |
| środowiskowa | 84,38 | 14,69 | 79,90 | 11,19 | 63,29 | 15,60 | 47,42 | 11,42 | -8,064 | 0,000 |

Tabela V. Wyniki WHOQOL-Bref w grupach oceny stanu zdrowia

Table V. WHOQOL-Bref results in health assessment groups

| stan zdrowia | dobry | | przeciętny | | zły | | bardzo zły | | Analiza statystyczna | |
|------------------------|---------|-------|------------|-------|---------|-------|------------|-------|----------------------|-------|
| | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | t | p |
| jakość życia | 69,64 | 17,48 | 50,47 | 23,76 | 46,43 | 26,56 | 17,86 | 15,28 | -5,387 | 0,000 |
| zadowolenie ze zdrowia | 58,93 | 21,05 | 36,79 | 21,15 | 21,43 | 19,82 | 7,14 | 11,72 | -7,693 | 0,000 |
| fizyczna | 67,93 | 15,54 | 39,87 | 19,25 | 30,43 | 18,31 | 10,64 | 10,27 | -7,241 | 0,000 |
| psychologiczna | 84,93 | 8,84 | 59,25 | 21,03 | 50,38 | 17,55 | 43,00 | 19,08 | -5,597 | 0,000 |
| socjalna | 83,43 | 15,52 | 68,25 | 17,62 | 66,90 | 15,48 | 68,29 | 19,88 | -1,748 | 0,084 |
| środowiskowa | 88,57 | 9,16 | 69,15 | 16,63 | 64,10 | 17,30 | 61,71 | 15,93 | -4,142 | 0,000 |

Tabela VI. Wyniki WHOQOL-Bref w grupach czasu dializowania

Table VI. WHOQOL-Bref results in the dialysis time groups

| czas dializowania | do 1 roku | | 2-3 lat | | 4-5 lat | | powyżej 5 lat | | Analiza s tatystyczna | |
|------------------------|-----------|-------|---------|-------|---------|-------|---------------|-------|--------------------------|-------|
| | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | średnia | SD | t | p |
| jakość życia | 49,29 | 24,62 | 44,23 | 30,26 | 47,06 | 19,53 | 50,00 | 29,49 | 0,231 | 0,818 |
| zadowolenie ze zdrowia | 37,14 | 23,77 | 27,88 | 22,72 | 36,76 | 21,86 | 28,13 | 28,85 | -1,337 | 0,184 |
| fizyczna | 42,09 | 22,05 | 36,12 | 21,92 | 30,24 | 20,68 | 38,58 | 27,82 | -1,068 | 0,288 |
| psychologiczna | 62,94 | 22,58 | 58,54 | 22,54 | 53,00 | 17,88 | 56,79 | 23,79 | -1,561 | 0,122 |
| socjalna | 71,00 | 15,95 | 73,27 | 16,50 | 66,53 | 16,69 | 67,71 | 22,43 | -1,406 | 0,163 |
| środowiskowa | 73,09 | 18,18 | 70,54 | 14,78 | 65,53 | 14,61 | 67,04 | 21,18 | -1,724 | 0,088 |

Najwyższą jakość życia posiadali dializowani powyżej 5 lat i do 1 roku. Najniższą z okresem terapeutycznym 2-3 lat. Wszystkie wyniki były przeciętne. Zadowolenie ze swojego zdrowia najwyżej ocenili dializowani do 1 roku oraz z dializoterapią 4-5 lat. Najniżej 2-3 lat. Wyniki we wszystkich grupach były negatywne. Najwyżej dziedzinę fizyczną ocenili dializowani do 1 roku oraz powyżej 5 lat. Najniżej 4-5 lat. Wynik w grupie dializowanych do 1 roku wyszedł przeciętny, a u pozostałych negatywny. Najwyższe oceny w dziedzinie psychologicznej uzyskali dializowani do 1 roku oraz 2-3 lat. Najniższe z historią dializacyjną 4-5 lat. Wynik w grupie dializowanych do 1 roku – pozytywny, w pozostałych grupach – przeciętny. Dziedzinę socjalną najwyżej punktowali dializowani 2-3 lat oraz do 1 roku, najniżej 4-5 lat. Wszystkie oceny były pozytywne. Z kolei dziedzinę środowiskową najwyżej ocenili respondenci dializowani do 1 roku oraz 2-3 lat, najniżej 4-5 lat. Wszystkie oceny były pozytywne (tabela VI).

Okres doświadczenia pacjentów w zakresie dializoterapii nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami jakości życia, zadowolenia ze zdrowia i poszczególnych dziedzin ($p>0,05$). Wynik dziedziny środowiskowej wyszedł na granicy istotności.

Dyskusja

Analiza wyników badań wykazała, że wyżej jakość życia oceniali mężczyźni, a u kobiet była ona przeciętna. W odniesieniu do wieku najlepiej jakość życia oceniali respondenci w wieku 71-75 lat i do 65 roku życia, a najniżej 80-latkowie. Wiek badanych pozostawał w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami dziedziny fizycznej, psychologicznej i socjalnej. W niskiej

korelacji z wynikami dziedziny środowiskowej. Miejsce zamieszkania nie determinowało istotnie statystycznie jakości życia pacjentów hemodializowanych. Natomiast sytuacja bytowa warunkowała na poziomie istotnym statystycznie dziedzinę życia poza zadowoleniem ze zdrowia. Badając dziedzinę fizyczną respondenci określili ją jako złą lub ani dobrą ani złą- 29 osób (28,4%), najmniej osób określiło bardzo dobrze -6 osób (5,9%). Najwyższe oceny odnotowano w skali bólu i dyskomfortu -3,14 punktu, energii i zmęczenia -2,65 punktu. Najniżej w podskali wypoczynek i sen -3,34 punktu oraz zależność od leków i leczenia średnian 1,88 punktu. Dziedzinę psychologiczną badani określili jako dobrą- 28 osób (27,5%) lub ani dobrą ani złą 26 osób (4,9%). W dziedzinie socjalnej najwyższy wynik odnotowano w związkach osobistych, średnia- 4,14 punktu i aktywności seksualnej, średnia-3,24 punktu.

W dziedzinie środowiskowej najwyżej chorzy ocenili dostępność leczenia, średnia -4,57 punktu i transport średnia -4,77 punktu. Przy przeciętnej ocenie jakości życia i negatywnej ocenie zadowolenia ze zdrowia najwyżej ocenili badani dziedzinę socjalną i środowiskową, a najniżej dziedzinę fizyczną. Ocena stanu zdrowia pozostawała w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami jakości życia i zadowolenia ze zdrowia oraz wszystkich dziedzin z wyjątkiem dziedziny socjalnej ($p<0,05$). Czas dializowania nie wpływał istotnie statystycznie na ocenę jakości życia, zadowolenia ze zdrowia oraz poszczególne dziedziny ($p>0,05$). Wielu badaczy porusza problem jakości życia osób z przewlekłą niewydolnością nerek. Według autorów Jabłońskiej, Lubasa i Niemczyka, którzy dokonali analizy 49 prac badawczych z wykorzystaniem różnych narzędzi, przewlekła niewydolność nerek koreluje z po-

gorszeniem jakości życia [4]. Na niską jakość życia chorych dializowanych składają się również dodatkowe obciążenia takie jak: choroby sercowo-naczyniowe, zły stan odżywienia i zaburzenia emocjonalne. Stwierdzono również, że istotnym czynnikiem wpływającym na jakość życia jest wiek [4]. Również Rakowicz, Wieczorowska-Tobis, Talarska D, badały aspekty zdrowotne, fizyczne, sprawność ruchową, stan psychiczny i sytuację społeczną. Globalna jakość życia została oceniona przez pacjentów średnio. Najwyżej oceniono funkcjonowanie na poziomie poznawczym, najniżej w pełnionych rolach społecznych. Stwierdzono istnienie dodatniej korelacji pomiędzy jakością życia osób starszych, a ich funkcjonowaniem na poziomie emocjonalnym i społecznym. Z objawów somatycznych najczęściej zgłaszanymi były zaburzenia snu i zmęczenie. Jednak brak korelacji między tymi objawami, a jakością życia. Wysoka subiektywna ocena poziomu funkcjonowania badanej grupy wykazuje na akceptację przez nich choroby oraz metod leczenia. Wynika również ze słabo nasilonych objawów somatycznych [5]. W doniesieniach tematycznych potwierdzono, że mężczyźni przejawiali wyższą jakość życia niż kobiety. Natomiast stopień wykształcenia, sytuacja bytowa, czas dializowania i zmiany w wyglądzie nie wpływały na subiektywną jakość życia albo ich wpływ pozostawał nieznaczny. U chorych stwierdzono średnie obniżone wartości jakości życia w dziedzinach fizycznej i psychologicznej. Samotne osoby i kobiety gorzej funkcjonowały w dziedzinie psychologicznej [6]. Chorzy przewlekle dializowani to grupa osób, u których choroba znacząco wpływa na psychikę, które choroba skutecznie eliminuje z życia towarzyskiego. Na funkcjonowanie chorego w trakcie dializoterapii ma również

wsparcie rodziny [7]. Kurowska i Żytko zwracają uwagę, że SOC i jego korelacja ze stanem posiadanej wiedzy może posłużyć jako czynnik wpływający na skuteczną walkę z chorobą nerek, poprawę jakości życia oraz zachowanie optymalnego stanu zdrowia [8].

Wnioski

1. Chorzy dializowani różnili się między sobą jakością życia. Najlepiej swoją jakość życia oceniali pacjenci do 75 roku życia. Najniżej osoby powyżej 80 roku życia. Niewątpliwie taki stan rzeczy determinowały wielochorobowość i kumulacja problemów zdrowotnych.
2. Ocena stanu zdrowia dializowanych pacjentów zależała od ich wieku i sytuacji materialnej.
3. Sytuacja bytowa miała nieznaczny wpływ na jakość życia i zadowolenie ze zdrowia. Osoby młodsze i w dobrej sytuacji materialnej wyżej oceniały swoją jakość życia.
4. Z punktu widzenia praktyki pielęgniarstwa istotne jest prowadzenie ewaluacyjnego monitoringu jakości życia pacjentów dializowanych w poszczególnych okresach dializoterapii, np. raz w każdym roku. Takie wyniki dawałyby bardziej esencjonalny obraz poziomu jakości życia i czynników ją determinujących w zależności od czasu trwania dializoterapii, występowanie powikłań i trudności. Umożliwiłyby to również racjonalizację działań profilaktycznych.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Sikora E. Procesy starzenia. [w] red. Galus K. Geriatria Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Urban & Partner. Wrocław 2007:1-38.
2. Myśliwiec M., Drabczyk R. Ostre uszkodzenie nerek. [w] red. Gajewski P., Medycyna Praktyczna. Interna Szczeklika. Podręcznik dla studentów chorób wewnętrznych. Kraków 2016:1499-1502
3. Borys B., Majkovicz M. Potrzeby i możliwości wsparcia psychologicznego pacjentów leczonych nerkozastępczo [w] red. B. Rutkowski, Leczenie nerkozastępcze poradnik dla pacjentów i ich rodzin. Via Medica. Gdańsk 2010:159.
4. Jabłońska M, Lubas A, Niemczyk S. Jakość życia przewlekłej niewydolności nerek. Nefrologia i Dializoterapia Polska. 2016;20(3):205-211.
5. Rakowicz E, Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. Jakość życia starszych pacjentów leczonych hemodializami. Geriatria 2007; 1: 1-7.
6. Zielińska-Więczkowska H, Krokowska B. Ocena jakości życia chorych dializowanych. Borgis- Medycyna Rodzinna 2014;2:42-45
7. Misiewicz A, Różanski J, Marchelek-Myśliwiec M, Wiśniewska M. Problemy psychospołeczne chorych przewlekle dializowanych. Postępy Nauk Medycznych 2010;3:188-191.
8. Kurowska K, Żytka M. Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o schorzeniu u osób dializowanych. Nefrologia i Dializoterapia Polska. 2015;19(2):66-70.