

Elżbieta Grochans¹, Daria Schneider¹, Małgorzata Szkup-Jabłońska¹, Magdalena Kuczyńska¹, Anna Jurczak¹, Anna Grzywacz², Bożena Mroczek³, Beata Karakiewicz³

¹Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

³Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

Ocena czynników wpływających na odczuwanie komfortu i dyskomfortu chorych dializowanych z wykorzystaniem teorii Katharine Kolcaby

The assessment of factors affecting the perception of comfort and discomfort in dialyzed patients with the use of Katharine Kolcaba's theory

STRESZCZENIE

Wstęp. Komfort życia pacjentów poddawanych zabiegom dializoterapii może ulec znacznemu obniżeniu. Ocena poziomu odczuwanego komfortu wśród chorych dializowanych przeprowadzono w oparciu o Teorię Komfortu Katharine Kolcaby.

Cel pracy. Celem pracy była ocena czynników wpływających na odczuwanie komfortu i dyskomfortu chorych dializowanych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 95 chorych dializowanych w szczecińskich ośrodkach dializ. Wśród ankietowanych 54% stanowiły kobiety, 46% – mężczyźni. Średnia wieku badanych to nieco ponad 54 lata, przedział wiekowy waha się od 18 do powyżej 80 lat. Do badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem Generalnego Kwestionariusza Komfortu (GCQ) oceniającego komfort w 4 aspektach: fizycznym, psychoduchowym, społecznym i środowiskowym.

Wyniki. Zadowolający poziom komfortu uzyskano w aspekcie środowiskowym (68,2%), najniższy komfort chorzy uzyskali w aspekcie fizycznym (54%), natomiast aspekt psychoduchowy otrzymał 66,08%, a aspekt społeczny – 54,96%. Ocena ogólnego poziomu komfortu chorych wniosła 3,04 pkt (60,80%).

Wnioski. 1. Zastosowanie interwencji pielęgniarstwa w obrębie aspektu fizycznego i społecznego u pacjentów dializowanych może w znaczącym stopniu wpłynąć na podniesienie poziomu odczuwanego przez nich komfortu. 2. Źródłem wiedzy dotyczącej oczekiwań i potrzeb pacjentów pozwalającym na racjonalne planowanie opieki jest regularne prowadzenie badań dotyczących komfortu pacjentów dializowanych.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (1): 1–7

Słowa kluczowe: teoria komfortu, dializoterapia, adaptacja, Kolcaba

ABSTRACT

Introduction. The comfort of life in dialyzed patients may be considerably lowered. The assessment of its level was based on Katharine Kolcaba's Theory of Comfort.

Aim of the study. The aim of this study was to assess factors which affect the feeling of comfort or discomfort in dialyzed patients.

Material and methods. The study involved 95 patients dialyzed in dialysis centres in Szczecin. Some 54% of respondents were women and 46% – men. The average age was slightly more than 54 years, and the range of age was between 18 and above 80. The study was based on a diagnostic survey performed using the General Comfort Questionnaire (GCQ) for measuring the holistic comfort divided into physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental aspects.

Results. Satisfactory level of comfort was noted in all aspects, namely the environmental aspect – 68.2%, psychospiritual aspect – 66.08%, sociocultural aspect – 54.96%, and the physical aspect – 54%. The score of general comfort level was 3.04 points (60.80%).

Conclusions. 1. Implementation of nursing intervention in the physical and social aspects may significantly improve the level of comfort of dialyzed patients. 2. The knowledge of patients' needs and expectations is necessary to plan nursing care and the main source of such knowledge is regular research on comfort levels in dialyzed patients.

Nursing Topics 2012; 20 (1): 1–7

Key words: the theory of comfort, dialysis therapy, adaptation, Kolcaba

Adres do korespondencji: dr n. med. Elżbieta Grochans, Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa PUM, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin, tel. (91) 480 09 10, faks (91) 480 09 05, e-mail: grochans@sci.pam.szczecin.pl

Wstęp

Dializoterapia jest metodą terapeutyczną wykorzystywaną w leczeniu chorych, których nerki nie spełniają wydolnie swojej funkcji. Przewlekła niewydolność nerek jest zespołem chorobowym będący następstwem uszkodzenia lub zmniejszenia ilości czynnych nefronów na tle różnych procesów chorobowych w mięszu nerek. Charakteryzuje się postępującym przebiegiem oraz narastaniem upośledzenia czynności nerek. Ze względu na charakter oraz długi czas trwania doprowadza do stanu, w którym chory wymaga leczenia nerko zastępczego. Zaburzenia te widoczne są w postaci spadku filtracji kłębuszkowej poniżej 60 ml/min/1,73 m², które utrzymują się przez co najmniej 3 miesiące [1, 2].

Chorzy poddawani leczeniu z wykorzystaniem dializoterapii często cierpią z powodu powikłań, co znacząco wpływa na ich codzienne funkcjonowanie. Do ostrych powikłań zalicza się: hipotonię, kurcze mięśni, odczyny gorączkowe, zespół pierwszego użycia, zator powietrzny, zespół niewyrównania, a także hemolizę. Przewlekłe powikłania to: zakażenie dostępu naczyniowego, zakażenia bakteryjne, na przykład układu oddechowego lub moczowego, bakteryjne zakażenie wsierdza, gruźlica, WZW, niedokrwistość, zmiany w układzie kostno-stawowym [3, 4].

U pacjentów dializowanych często dochodzi do powstawania problemów sfery psychologicznej. Chorzy przewlekłe dializowani powinni być postrzegani całościowo zarówno przez personel pielęgniarski, jak i lekarski. Istotne jest nawiązanie kontaktu przez personel opiekujący się pacjentem z rodziną i wszystkimi tymi, którzy mają jakikolwiek kontakt z pacjentem. Dzięki temu będzie możliwa współpraca ukierunkowana na wspieranie i rozwiązywanie problemów chorego.

Chorzy poddawani dializie w sposób radykalny muszą zmienić dotychczasowy tryb życia. Pojawiają się bowiem problemy dotyczące wszystkich aspektów funkcjonowania chorego. W celu lepszej akceptacji zmienionego chorobą stanu chorego duże znaczenie odgrywa aktywność chorego w życiu społecznym, dlatego ważnym elementem jest możliwość kontynuowania pracy zawodowej, a przede wszystkim akceptacja najbliższych. Czas, kiedy dochodzi do rozpoczęcia leczenia dializą, jest okresem końcowego etapu choroby, która rozwijała się przez lata i wiąże się z częstymi pobytami w szpitalu. Sytuacja ta powoduje, że większość pacjentów odczuwa frustrację. Dializoterapia wiąże się z wieloma wyrzeczeniami, co sprawia, że chorzy są bardziej narażeni na rozwój stanów depresyjnych. Boją się o swoje życie. Biorąc pod uwagę nową ich sytuację, należy zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia bezsensowności, apatii, obniżenia nastroju, a także stanów lękowych.

Ogromną rolę w przystosowaniu do nowej sytuacji odgrywają osobowość i dotychczasowe doświadczenia chorego. U wielu chorych może dojść do wytworzenia

mechanizmów obronnych, do których zalicza się mechanizm wyparcia, tłumienia (supresji), upozorowania, podporządkowania się chorobie, fantazjowania, kompensacji, a także akceptacji rozpoznania, który jest najbardziej optymalny dla pacjenta.

Proces adaptacji do nowej sytuacji, jaką jest rozpoczęcie leczenia dializą, przebiega na kilku poziomach (somatycznym, poznawczo-behawioralnym, emocjonalnym i społecznym) i może trwać nawet kilka miesięcy. Mimo, że organizm pacjenta z czasem przyzwyczaja się do zmian, jakie niesie ze sobą dializa, to w chwili rozpoczęcia leczenia pacjenci odczuwają dyskomfort psychiczny, tracą poczucie bezpieczeństwa, a także zmienia im się obraz samych siebie [5]. W chwili rozpoczęcia przystosowania się do choroby pacjent przechodzi przez poszczególne etapy. Pierwszy etap łączy się z odczuwanym przez pacjenta szokiem. W tym czasie chory zaprzecza, nie akceptuje faktu zaistnienia choroby. W II etapie pacjent akceptuje chorobę i oczekuje poprawy, natomiast w kolejnym III etapie, tak zwanego lamentu — pacjent uważa, że nie ma już szans na normalne funkcjonowanie, że wszystko, co cenne, zostało stracone. Następnie chory osiąga etap „zdrowej obrony A”, wówczas nie zwraca uwagi na żadne przeszkody, jakie stawia przed nim choroba, starając się zachować naturalny styl życia. Z czasem ten typ obrony przekształca się w „obronę neurotyczną B”, która warunkuje akceptację ograniczeń związanych z chorobą w przyszłości. Ostatnimi z sześciu etapów są przystosowanie i pogodzenie się z chorobą.

Zadaniem personelu medycznego pracującego w stacji dializ jest minimalizowanie lęku u pacjenta już w pierwszym okresie dializoterapii. Istotne jest zapoznanie pacjenta z metodą leczenia, poinformowanie go o stanie jego zdrowia, o możliwych objawach, a także powikłaniach, jakie mogą wystąpić u niego. Dużą rolę odgrywa edukacja rodziny chorego, jak również wsparcie w rozwiązywaniu pojawiających się problemów i pomoc w przezwyciężaniu lęków. Od tego, w jaki sposób będą wyglądały relacje personelu medycznego z pacjentem i jego rodziną, zależy w dużej mierze powodzenie leczenia, rehabilitacji, a przede wszystkim powrót pacjenta do życia zarówno rodzinnego, jak i zawodowego [6].

Cel pracy

Celem pracy była ocena czynników wpływających na odczuwanie komfortu i dyskomfortu chorych dializowanych.

Materiał i metody

Badaniem objęto 95 chorych, w tym 40 pacjentów leczonych w Ośrodku Dializ SPSK nr 2 w Szczecinie oraz 55 chorych dializowanych na Oddziale Dializ w SPWSZ w Szczecinie. Ankietyzację przeprowadzono w 2009 roku po wcześniejszym uzyskaniu zgody pa-

Tabela 1. Ocena ogólnego komfortu badanych pacjentów**Table 1.** Assessment of patients' general comfort

Lp.	Cztery aspekty komfortu	Średnia liczba punktów dla danego aspektu	% z maksymalnej liczby punktów
1.	Fizyczny	2,70	54,00%
2.	Psychoduchowy	3,30	66,08%
3.	Środowiskowy	3,41	68,20%
4.	Spółeczny	2,75	54,96%
	Ogółem	3,04	60,80%

pacjentów, których udział był całkowicie dobrowolny. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem Generalnego Kwestionariusza Komfortu (GCQ, *General Comfort Questionnaire*). Jest to standaryzowane narzędzie badawcze służące do oceny komfortu pacjentów hospitalizowanych. Ankieta została zmodyfikowana w celu dostosowania jej treści do zagadnień analizowanych w niniejszej pracy. Modyfikacji poddano skalę Likerta, co umożliwiło badanym pacjentom zaznaczenie odpowiedzi całkowicie obojętnej. Narzędzie badawcze zostało również poddane ocenie rzetelności na podstawie współczynnika Alpha Cronbacha. Kwestionariusz składa się z 48 twierdzeń, których prawdziwość była oceniana przez chorych przy użyciu 5-stopniowej skali Likerta. Składała się ona ze stwierdzeń ułożonych od stopnia całkowitej akceptacji do całkowitego odrzucenia. W kwestionariuszu wystąpiły 24 stwierdzenia pozytywne i 24 stwierdzenia negatywne. Wyższa liczba punktów świadczyła o wzroście odczuwanego przez chorego komfortu. Aby ocenić deficyty w komforcie pacjentów dializowanych, kwestionariusz GCQ podzielono na podstawie taksonomicznej struktury komfortu na cztery aspekty: fizyczny (dotyczy doznań cielesnych), psychoduchowy (dotyczy wewnętrznej świadomości oraz samoakceptacji), środowiskowy (dotyczy otoczenia), a także społeczny (dotyczy związków interpersonalnych).

Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej.

W badaniu wzięło udział 95 respondentów, z których 54% stanowiły kobiety, a 46% — mężczyźni. Średnia wieku badanych to 54,05 roku. Większość (47%) biorących udział w badaniu do osoby w wieku 41–60 lat, 32% było w wieku 61–80 lat, 19% — w wieku 18–40 lat, natomiast najmniej liczna grupa (2%) to chorzy powyżej 80 lat.

Przeważającą grupę wśród ankietowanych (70%) stanowiły osoby pozostające w związkach małżeńskich, 14% nie założyło rodziny, 8% chorych było rozwiedzionych, zaś 6% straciło już współmałżonka.

Połowa badanych (51%) miała wykształcenie średnie, 20% — posiadała wykształcenie wyższe, 20% — miało wykształcenie podstawowe, a 9% — zawodowe.

Średni czas leczenia dializami w grupie badanych to 45,65 miesiąca (3 lata i 9 miesięcy).

Wyniki

Analiza komfortu pacjentów dializowanych na podstawie GCQ wykazała, że pacjenci najwyżej ocenili aspekt środowiskowy — 3,41 pkt (68,2%), najniżej ocenili aspekt fizyczny — 2,7 pkt (54%), aspekt psychoduchowy otrzymał 3,3 pkt (66,08%), a aspekt społeczny — 2,75 pkt (54,96%). Ocena ogólnego poziomu komfortu chorych wniosła 3,04 pkt (60,80%) (tab. 1).

Szczegółowa analiza aspektów pozwoliła na uzyskanie kolejnych danych. W aspekcie fizycznym najwyżej oceniono brak odczuwania głodu podczas dializy — 76,89%, samopoczucie chorych zostało natomiast ocenione przez nich najgorzej — 33,76%. Wysoko również została oceniona własna motywacja oraz chęć dbania o kondycję — 71,87%, a także chęć do podejmowania spacerów — 67,39%. W grupie wysoko ocenianych jest także brak odczuwania bólu — 66,96%. Nisko oceniono natomiast spostrzeżenia dotyczące ogólnego stanu zdrowia — 42,32% (tab. 2).

Analiza aspektu psychoduchowego wykazała, że najwyżej został oceniony poziom motywacji — 78,51%, a najniżej stres wiążący się z obniżającą się kondycją fizyczną — 45,27%. W grupie zmiennych wysoko ocenionych znajduje się wiara ułatwiająca pacjentom walkę z chorobą — 77,63%, wiara, która daje spokój umysłu — 75,48%, miłość bliskich, która daje inspirację — 77,83%. Także czynniki negatywne, takie jak: depresja — 76,59%, niepokój — 48,48%, strach o przyszłość — 52,39%, brak kontroli nad swoim życiem — 58,94%, występowały w znacznym nasileniu u dużej liczby chorych. Do czynników nisko ocenianych zalicza się konieczność odnalezienia sensu życia — 59,34%, brak kontaktu z bliskimi — 54,95% (tab. 3).

Tabela 2. Analiza deficytów w komfortcie w aspekcie fizycznym na podstawie ocen pacjentów
Table 2. Analysis of comfort deficiency with regard to physical aspect based on patients' opinions

Lp.	Aspekt fizyczny	Średnia liczba punktów dla danego pytania	% z maksymalnej liczby punktów
1.	Moje ciało jest wypoczęte	2,44	48,75%
2.	Nie chcę dbać o kondycję	3,59	71,87%
3.	Mój ból jest trudny do wytrzymania	3,35	66,96%
4.	Teraz cierpię na zaparcia	2,26	45,27%
5.	Teraz nie czuję się zdrowy/a	2,12	42,32%
6.	Jestem głodny/a	3,84	76,89%
7.	Czuję się bardzo zmęczony/a	2,56	51,18%
8.	Czuję się wystarczająco dobrze, żeby spacerować	3,37	67,39%
9.	Chciałbym/abym znowu poczuć się dobrze	1,69	33,76%
Średnia dla aspektu fizycznego		2,70	54,00%

*Pogrubioną czcionką wyróżniono wartość najwyższą, a kursywą — najniższą

Analiza aspektu środowiskowego wskazała, że pacjenci dializowani przyznali największą liczbę punktów niepokojowi wywołanemu salą, w której chory przebywa — 80,22%, najniżej ocenili otaczający widok — 52,89%. W grupie wysoko ocenianej była także temperatura panująca w pomieszczeniu, gdzie chorzy byli dializowani — 76,77%, udogodnienia w pomieszczeniu, które ułatwiały poruszanie się — 75%, a także przyjazne otoczenie — 73,55%. Dyskomfort powoduje to, że chorzy nie lubią przebywać w ośrodku dializ — 60,88%, niewygodne łóżko — 62,37% oraz hałasy, które nie pozwalają wypocząć podczas dializy — 66,67% (tab. 4).

Analizując aspekt społeczny, wykazano, że największy komfort powodowało wsparcie i oferowana pomoc — 84,17%, zaś największy dyskomfort przekazywanie choremu informacji na temat stanu zdrowia — 38,94%. Badani wysoko ocenili troskę i opiekę osób, które są sympatyczne dla chorego — 83,19%, kontakt z przyjaciółmi i bliskimi osobami — 77,66%. Respondenci najniżej ocenili kontakt z lekarzem — 46,17% oraz fizyczną zależność od innych — 49,46%. W przypadku tego aspektu podczas głębszej analizy zauważono, że osoby badane odczuwają niskie poczucie użyteczności społecznej ze względu na brak możliwości podjęcia pracy — 59,89%. Problem stanowi również odczuwana przez chorych samotność — 58,24% (tab. 5).

Dyskusja

Przedstawione wyniki dotyczą komfortu pacjentów poddanych dializoterapii, której wielu z nich nie akceptuje, gdyż taki sposób leczenia w bardzo dużym stopniu zaburza ich dotychczasowe życie, a zarazem poczucie komfortu.

Badania zostały przeprowadzone na podstawie Teorii Komfortu Katharine Kolcaby. Katharine Kolcaba i jej współpracownicy z Uniwersytetu Akron przeprowadzili badania dotyczące komfortu, jaki odczuwają pacjenci w stanie terminalnym. Badania te zostały przeprowadzone w dwóch ośrodkach hospicyjnych w dwóch fazach wśród 103 pacjentów i 90 opiekunów. W badaniach wykorzystano Generalny Kwestionariusz Komfortu, który został przekształcony na potrzeby badań [7].

Kolejne badania Kolcaby dotyczyły komfortu odczuwanego przez kobiety poddawane radioterapii. Badania zostały przeprowadzone w dwóch ośrodkach onkologicznych w Ohio w grupie 53 kobiet. Przedział wiekowy tych kobiet wynosił 37–81 lat, natomiast średnia wieku wynosiła 55 lat. Badanie te przeprowadzono w 3 etapach: przed rozpoczęciem leczenia (I etap), w trakcie leczenia po około 3–4 tygodniach (II etap) i 3 tygodnie od zakończenia leczenia (III etap) [8–10].

Badania przeprowadzone wśród pacjentów poddanych dializoterapii odbyły się w dwóch szczecińskich ośrodkach dializacyjnych. W badaniach wzięło udział 95 pacjentów, których zbadano za pomocą Generalnego Kwestionariusza Komfortu. Kwestionariusz podzielono na 4 aspekty, z czego aspekty fizyczny i społeczny zostały ocenione przez pacjentów najniżej, natomiast aspekty środowiskowy i psychoduchowy — najwyżej. Badania nie wykazały zależności pomiędzy poziomem komfortu a czasem leczenia.

Pracownicy Śląskiej Akademii Medycznej przeprowadzili w 1997 roku badania dotyczące jakości życia 60 dializowanych pacjentów, których wyniki miały określić stopień ograniczeń biopsychospołecznych. W badaniach wykazano, że najlepiej adaptują się pacjenci

Tabela 3. Analiza deficytów w komforcie w aspekcie psychoduchowym na podstawie ocen pacjentów**Table 3.** Analysis of comfort deficiency with regard to psychospiritual aspect based on patients' opinions

Lp.	Aspekt psychoduchowy	Średnia liczba punktów dla danego pytania	% z maksymalnej liczby punktów
1.	Stresuję się, ponieważ moja kondycja obniżyła się	2,26	45,27%
2.	Czuję się pewny/a siebie	3,24	64,89%
3.	Nikt mnie nie rozumie	3,75	74,95%
4.	Mam motywację, żeby się starać robić co w mojej mocy	3,93	78,51%
5.	Czuję się nieszczęśliwy/a, kiedy jestem sam/a	2,75	54,95%
6.	Wiara pomaga mi przezwyciężyć strach	3,88	77,63%
7.	Boję się tego, co będzie	2,62	52,39%
8.	Doświadczam zmian, które sprawiają, że czuję się niespokojny/a	2,42	48,48%
9.	Potrafię wznieść się ponad mój ból	3,27	65,39%
10.	Jestem zadowolony/a	3,35	67,10%
11.	Moja wiara daje mi spokój umysłu	3,77	75,48%
12.	Czuję, że nie mam kontroli nad swoim życiem	2,95	58,94%
13.	Czuję się spokojny/a	3,50	70,00%
14.	Mam depresję	3,83	76,59%
15.	Muszę odnaleźć sens w moim życiu	2,97	59,34%
16.	Czuję się skrępowany/a, ponieważ nie jestem ubrany/a	3,78	75,65%
17.	Jestem zainspirowany/a, bo wiem, że jestem kochany/a	3,89	77,83%
18.	Czuję, że moje życie jest wartościowe	3,32	66,30%
Średnia dla aspektu psychoduchowego		3,30	66,08%

^{*}Pogrubioną czcionką wyróżniono wartość najwyższą, kursywą — najniższą

Tabela 4. Analiza deficytów w komforcie w aspekcie środowiskowym na podstawie ocen pacjentów**Table 4.** Analysis of comfort deficiency with regard to environmental aspect based on patients' opinions

Lp.	Aspekt środowiskowy	Średnia liczba punktów dla danego pytania	% z maksymalnej liczby punktów
1.	Mam tu wystarczająco dużo prywatności	3,16	63,23%
2.	To otoczenie jest przyjemne	3,68	73,55%
3.	Odgłosy te nie pozwalają mi odpocząć	3,33	66,67%
4.	Nie lubię tego miejsca	3,04	60,88%
5.	Ta sala sprawia, że się boję	4,01	80,22%
6.	Temperatura w tym pokoju jest odpowiednia	3,84	76,77%
7.	Otoczający nastrój podnosi mnie na duchu	3,25	65,00%
8.	To łóżko przyczynia się do mojego cierpienia	3,12	62,37%
9.	Ten widok mnie inspiruje	2,64	52,89%
10.	Nie mam przy sobie swoich osobistych rzeczy	3,46	69,23%
11.	W tym pokoju panuje okropny zapach	3,64	72,83%
12.	Łatwo jest mi się tu poruszać	3,75	75,00%
Średnia dla aspektu środowiskowego		3,41	68,20%

^{*}Pogrubioną czcionką wyróżniono wartość najwyższą, kursywą — najniższą

Tabela 5. Analiza deficytów w komfortcie w aspekcie społecznym na podstawie ocen pacjentów
Table 5. Analysis of comfort deficiency with regard to sociocultural aspect based on patients' opinions

Lp.	Aspekt środowiskowy	Średnia liczba punktów dla danego pytania	% z maksymalnej liczby punktów
1.	Czuję się użyteczny/a, ponieważ ciężko pracuję	2,84	56,89%
2.	Są ludzie, na których mogę polegać, kiedy potrzebuję pomocy	4,21	84,17%
3.	Czuję się zależny/a od innych	2,47	49,46%
4.	Mam swoją ulubioną osobę, która sprawia, że czuję, że ktoś o mnie dba	4,16	83,19%
5.	Chciałbym/abym częściej widzieć się z moim lekarzem	2,31	46,17%
6.	Czuję się tu wyobcowany/a	3,66	73,11%
7.	Moi przyjaciele pamiętają o mnie, dzwonią, wysyłają kartki	3,88	77,66%
8.	Potrzebuję być lepiej informowany/a o moim stanie zdrowia	<i>1,95</i>	<i>38,94%</i>
9.	Jestem sam/a, ale nie samotny/a	2,91	58,24%
Średnia dla aspektu społecznego		2,75	54,96%

*Pogrubioną czcionką wyróżniono wartość najwyższą, kursywą — najniższą

z najdłuższym (8, 5–10 lat) i najkrótszym (0, 5–2 lata) okresem dializowania. Autorzy wyżej wymienionych badań za pomocą Skali Aktywności Społecznej (SAC) określili poziom, na jakim funkcjonują w społeczeństwie pacjenci poddani dializoterapii [11].

Wyniki badań własnych potwierdziły wyniki badań przeprowadzonych w Śląskiej Akademii Medycznej. Wśród badanych można zaobserwować niskie poczucie użyteczności społecznej wynikające z braku możliwości podjęcia pracy (56%). Ponad połowa badanych przyznała niską wartość maksymalnej liczby punktów twierdzeniu dotyczącemu poczucia samotności, natomiast wysoko punktowano twierdzenia dotyczące troski i opieki osób darzonych sympatią pacjentów (83%), a także dotyczącą kontaktu z bliskimi (78%).

Badania przeprowadzone przez Śląską Akademię Medyczną wskazały również na stopień funkcjonowania chorych w sferze biologicznej. Spadek witalności życiowej i zwiększona męczliwość bardzo często wiązały się z występującymi dolegliwościami somatycznymi [11].

Zarówno badania przeprowadzone w Szczecinie, jak i w Katowicach wskazują na to, iż przewlekła dializoterapia obniża jakość życia i funkcjonowanie chorych, co jest związane z obniżonym poczuciem komfortu pacjentów.

Pracownicy Katedry i Kliniki Nefrologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przeprowadzili badania dotyczące procesu adaptacji pacjentów leczonych przewlekłymi dializami. Celem badań było określenie schematu reagowania w taki sposób, aby umożliwić przedstawienie charakteru adaptacji jako zjawiska cechującego pacjentów dializowanych.

Badaniu poddano 81 pacjentów. Średnia wieku wynosiła 47 lat, natomiast średnia czasu leczenia dializami wynosiła 5 lat. Do badań wykorzystano Emocjonalny Wskaźnik Adaptacji (EWA), Fizjologiczny Wskaźnik Adaptacji (FWA) i Behawioralny Wskaźnik Adaptacji (BWA). Biorąc pod uwagę wskaźniki kontrolowane, pacjenci zostali podzieleni na 3 grupy zróżnicowane na podstawie sposobu adaptacji. Pierwszą grupę stanowiło 17 respondentów, którzy stosowali fizjologiczny wzorzec adaptacji. Uważali oni, że znaleźli się w trudnej i stresującej sytuacji. Pacjenci ci zostali zakwalifikowani do średniego poziomu adaptacji [5]. Kolejnych 25 pacjentów prezentowało emocjonalny wzorzec adaptacji. Cechowali się oni dominacją pozytywnych emocji nad negatywnymi. Pacjenci ci posiadali wiedzę dotyczącą ich choroby i zachowań prozdrowotnych, jednak wyniki badań tych pacjentów nie były zadowalające. Grupę tych pacjentów zakwalifikowano do grupy, gdzie adaptacja fizjologiczna przebiegała na najniższym poziomie.

Trzecia, 36-osobowa grupa stosowała behawioralno-fizjologiczny wzorzec adaptacji. Pacjenci wykazywali się dużą wiedzą na temat ich choroby, jednak zostali zakwalifikowani do poziomu średniego. Istotną rolę odgrywało środowisko i ludzie wspierający chorego w procesie leczenia, a także motywacja do zachowań prozdrowotnych i postawa dająca poczucie bezpieczeństwa [5].

W 1995 roku podczas V Zjazdu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego w Lublinie zostały przedstawione wyniki analizy zmian emocjonalnych zachodzących u pacjentów dializowanych. W badaniach, jakie wcześniej przeprowadzono, zastosowano Kwestionariusz Samooceny Spielberga i Arkusz Samopoznania Cattella. Należy zwrócić uwagę na to, iż najwyższe wyniki uży-

skwały osoby dializujące się 2–5 lat, natomiast najslabiej zintegrowaną osobowością cechowali się pacjenci w pierwszym roku dializy. Im bardziej wydłużał się czas dializ, tym bardziej normalizował się czynnik [12, 13].

Badania przeprowadzone w szczecińskich ośrodkach dializ nie wykazały zależności pomiędzy czasem leczenia a poziomem odczuwanego komfortu. Czas leczenia nie wpływał także na wytrzymałość pacjentów na ból, odczuwanie zmęczenia oraz aktywność fizyczną.

Wnioski

1. Zastosowanie interwencji pielęgniarstwa w obrębie aspektu fizycznego i społecznego u pacjentów dializowanych może w znaczącym stopniu wpłynąć na podniesienie poziomu odczuwanego przez nich komfortu.
2. Źródłem wiedzy dotyczącej oczekiwań i potrzeb pacjentów pozwalającym na racjonalne planowanie opieki jest regularne prowadzenie badań dotyczących komfortu pacjentów dializowanych.

Piśmiennictwo

1. Rutkowski B. Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2009: 14/017.
2. Rutkowski B. Dializoterapia w praktyce pielęgniarstwa. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2002: 65–173.
3. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 436–440.
4. Rutkowski B. Dializoterapia w codziennej praktyce. Wydawnictwo Med. MAKmed, Gdańsk 1994: 115–154.
5. Zawadzka B., Kuźewski M., Sułowicz W. Charakterystyka chorych leczonych przewlekłymi dializami w ramach koncepcji adaptacji. Część I: Charakter adaptacji psychofizjologicznej pacjentów leczonych przewlekłymi hemodializami. *Nefrol. Dial. Pol.* 2005; 9 (1): 32–35.
6. Steciwko A., Mastalerz-Migas A. Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego T.13. Kardiologia, nefrologia, psychologia, pediatria, geriatria. Wyd. Continuo, Wrocław 2006: 98–103.
7. Novak B., Kolcaba K., Steiner R., Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *Am. J. Hos. & Pall. Care* 2001; 18 (3): 170–180.
8. Kolcaba K., Steiner R. Empirical Evidence for the Nature OF Holistic Comfort. *J. Hol. Nurs.* 2000; 18 (1): 46–62.
9. Kolcaba K. Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Adv. Nurs. Since* 2000; 15: 1–10.
10. Kolcaba K., Fisher E. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *CCNQ* 2001; 18 (4): 66–76.
11. Kornaś K. Ocena jakości życia chorych dializowanych. *Zdrowie Publiczne* 1999; 109 (4): 139–145.
12. Zawadzka B., Sułowicz W. Problem adaptacji psychologicznej jako warunek skutecznej dializoterapii. *Sztuka Leczenia* 1998; 4 (2): 63–66.
13. Zawadzka-Czaja B., Sułowicz W., Drożdż M., Szymczakiewicz-Multanowska A. Analiza procesu adaptacji do dializ chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. V Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Lublin 1995.