Katarzyna Betke, Mariola Banaszkiewicz

Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kobiety hemodializowane – aspekt biopsychospołeczny hemodializ

Hemodialyzed women – physical, psychological and social aspect of hemodialysis

STRESZCZENIE

Przewlekła niewydolność nerek wpływa niekorzystnie na każdą ze sfer życia kobiety – somatyczną, psychiczną i społeczną. Choroba, która towarzyszy człowiekowi do końca życia, wywiera znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie. Młodym pacjentkom burzy porządek ułożonego dotąd świata, szerokie plany i marzenia, niejednokrotnie przekreśla szanse na macierzyństwo, wśród starszych wymusza rezygnację z dotychczasowych przyzwyczajeń, ról społecznych i stylu życia. Pojawiają się: obniżenie nastroju, apatia, lęk, z czasem depresja, zmiana hierarchii wartości, codziennych zachowań, rezygnacja z aktywności zawodowej i społecznej. W życiu pacjentki dochodzi do wielu znaczących zmian, między innymi stylu życia, priorytetów, celów i potrzeb. Wszystkie te czynniki odciskają wyraźne piętno na każdej ze sfer ludzkiego funkcjonowania. Obniżony nastrój, a w konsekwencji depresja utrudniają proces terapeutyczny, stają się przeszkodą w mobilizacji chorej do działań sprzyjających adaptacji do choroby i jak najdłuższego utrzymania sprawności. Konieczność rezygnacji z dotychczas wypełnianych ról zawodowych, społecznych bądź znaczne ich ograniczenie skutkuje znacznym poczuciem niespełnienia i tym samym niskim poziomem poczucia własnej wartości.

Hemodializa jest jedną z metod leczenia nerkozastępczego, stosowaną najczęściej w terapii przewlekłej niewydolności nerek. Z perspektywy medycznej i psychologicznej rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego stanowi krytyczny moment w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek. Rzeczywistość stanowi zależność od aparatury i pracowników medycznych. Zmieniają się procesy poznawcze kobiety, jej zachowanie, osobowość, zmniejsza się samoocena, poczucie stabilizacji życiowej i sensu życia. Jest to sytuacja niezmiernie trudna i ważna.

Nieoceniony pozostaje aspekt wsparcia ze strony rodziny, jak również pracowników medycznych, którzy pozostają w ciągłej interakcji z pacjentką.

Celem pracy jest przedstawienie problemów natury somatycznej, psychologicznej i społecznej u kobiet hemodializowanych na podstawie piśmiennictwa.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (1): 106–112

Słowa kluczowe: hemodializa, przewlekła niewydolność nerek, kobieta

ABSTRACT

A chronic renal insufficiency has a negative influence on every sphere of a women's life – somatic, mental and social. Concomitant disease renders significant influence (income) on daily functioning person of to the end life. Young female patients storm arranged so the world wide plans and dreams, sometimes makes the chances of maternity, among the older forces of existing habits, social roles and lifestyles. Reduction in mood, apathy, anxiety, depression, changes the hierarchy of values, everyday behaviors, working life and social.

In patient's life are many significant changes: style of life, priorities, objectives and needs.

These entire factors exercises clear brand on every sphere of human functioning. Worse mood and depression resulting from it make the therapeutic process more difficult – they become an obstacle in mobilising a patient to undertake actions that help her to adapt to a disease and to maintain physical fitness. The necessity of not yet filled out the roles of professional, social, or significant restriction results in a significant sense of failure and the same low level of self-esteem.

Hemodialysis is one of the renal substitution treatment methods, mostly applied to renal chronic insufficiency therapy.

Adres do korespondencji: mgr Katarzyna Betke, Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek, Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, tel. 663 089 317, e-mail: katarzyna.betke@o2.pl

From the medical and psychological perspectives of the renal substitution treatment provides critical start time in the treatment of chronic renal insufficiency.
Reality-dependency on medical equipment and personnel. This situation is extremely difficult and important. Invaluable is the aspect, the closest family, as well as therapeutic team, who remains in constant interaction with patient. The aim is to present somatic cell, psychological problems and social of hemodialyzed female based on review of literature.

Nursing Topics 2012; 20 (1): 106–112

Key words: hemodialysis, chronic renal insufficiency, woman

Wstęp

Przewlekła niewydolność nerek (*insufficientia renum chronica*) zmienia dotychczasowe funkcjonowanie kobiety. Oprócz objawów somatycznych, które znacząco wpływają na stan jej zdrowia, wydolność organizmu, samopoczucie, jakość życia, codzienne funkcjonowanie, o wiele bardziej destrukcyjne okazują się objawy dotykające sfery psychicznej człowieka, które z czasem destabilizują wewnątrzukładową równowagę i prowadzą do rozwoju schorzeń na podłożu psychogennym. Organizm, jako jedność biopsychospołeczna, funkcjonuje prawidłowo jedynie w czasie synergii wszystkich sfer. Choroba somatyczna, jaką jest przewlekła niewydolność nerek, odciska piętno zarówno na sferze psychicznej, jak i społecznym funkcjonowaniu.

Rokrocznie wzrasta liczba pacjentek cierpiących na przewlekłą niewydolność nerek (PNN). Jest to skutek gwałtownego rozwoju chorób cywilizacyjnych, między innymi cukrzycy, choroby nadciśnieniowej, na których to podłożu rozwija się także PNN. Na podstawie badań statystycznych stwierdza się przyrost chorych o 7–10% rocznie [1]. Są to dane niezwykle alarmujące. W Polsce obecnie chorych może być około 4 milionów osób, chociaż nie wszyscy zdają sobie z tego sprawę [2]. Opublikowane w 2000 roku dane *US Renal Data System — Data Report* (USRDS-ADR) wskazują na liniowe zwiększenie zapadalności na PNN (ze 170 000 do prognozowanej liczby 660 000 przypadków w 2010 r.) [3]. W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonuje 11 stacji dializ, regularnie dializowanych jest ponad 700 chorych [4].

Przewlekła niewydolność nerek spowodowana jest zarówno pierwotnymi, jak i wtórnymi chorobami nerek [5]. Do pierwotnych należą: kłębuszkowe zapalenie nerek, nefropatie cewkowo-śródmiąższowe, a następnie w kolejności: stwardnienie naczyniowe nerek oraz wielotorbielowate zwyrodnienie nerek. Do wtórnych chorób zalicza się cukrzycową chorobę nerek (nefropatię cukrzycową), nefropatię skrobawiczą i toczniową [6, 7]. W krajach wysoko rozwiniętych nefropatia cukrzycowa powoduje 40–50% przypadków niewydolności nerek [8]. Ponad 50% pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek zbyt późno zgłasza się do lekarza [9]. Fakt ten powoduje, iż często jest już za późno na leczenie zachowawcze, dietoterapię, farmakoterapię. Pozostaje już tylko dializa, hemodializa lub dializa otrzewnowa bądź niezmiernie pożądany przeszczep nerki.

Najczęściej stosowaną techniką leczniczą w PNN jest hemodializa. Jest to metoda pozaustrojowa (w sztucznej nerce) pozwalającą na oczyszczenie krwi z toksycznych, szkodliwych dla organizmu substancji. W celu jej przeprowadzenia wytwarza się przetokę tętniczo-żylną. Krew pacjenta jest doprowadzana do sztucznej nerki i oczyszczana. Na zasadzie dyfuzji zbędne produkty przemiany materii przedostają się przez błonę półprzepuszczalną z krwi do płynu dializacyjnego. W czasie jednego zabiegu przez sztuczną nerkę przepływa 50–70 litrów krwi. Zabieg trwa średnio 4–5 godzin i jest przeprowadzany co 2–3 dni [10, 11]. Konieczność regularnego dializowania, zależność od aparatury, pracowników medycznych to czynniki, które ograniczają i niekorzystnie wpływają na stan psychiczny pacjentki.

Aspekt fizyczny hemodializ

Pacjentki chorujące na przewlekłą niewydolność nerek odczuwają wiele dolegliwości ze strony wielu układów i narządów (tab. 1). Szeroki wachlarz objawów somatycznych utrudnia codzienne prawidłowe funkcjonowanie pacjentek.

Zaburzenia snu występujące u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych hemodializami są częstsze niż w populacji ogólnej. Bezsenność jest zaburzeniem snu, które

nie zapewnia właściwego wypoczynku lub polega na trudnościach w zapoczątkowaniu lub utrzymaniu snu. Następstwem bezsenności jest pogorszenie funkcjonowania w ciągu dnia i pogorszenie jakości życia. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Merlino i wsp. [13] stwierdzono występowanie zaburzeń snu u 80% pacjentów. Najczęstszymi rodzajami zaburzeń snu były: bezsenność (69% chorych), zespół niespokojnych nóg (18%), obturacyjny zespół bezdechu sennego (24%), nadmierna senność w ciągu dnia (12%). Zbliżone wyniki uzyskali również inni autorzy. Sabbatini i wsp. [13] wśród przebadanych 694 pacjentów stwierdzili zaburzenia snu u 86%. W badaniach przeprowadzonych przez Mroza i Marczewskiego stwierdzono narastanie liczby skarg w zakresie zaburzeń snu wraz z wiekiem i malejącą liczbę skarg wraz z wyższym stopniem wykształcenia. Badane pacjentki wraz z wydłużaniem okresu leczenia powtarzanymi dializami częściej

Tabela 1. Objawy kliniczne PNN [5, 12]
Tabela 1. Clinical appearances of CKD [5, 12] Objawy kliniczne PNN

Ze strony układu nerwowego	Stałe osłabienie, uczucie zmęczenia, zaburzenia koncentracji, pamięci, bóle głowy, rozdrażnienie, bezsenność „Zespół niespokojnych nóg", drętwienie, zanik odruchów, drgawki, otępienie, drżenia mięśniowe i metaboliczne Zapalenie wielonerwowe
Ze strony układu pokarmowego	Brak apetytu, chudnięcie Nudności i wymioty, czkawka Zapalenie błon śluzowych jamy ustnej, zapalenie ślinianek, zapalenie błony śluzowej żołądka, zapalenie trzustki Krwawienia z przewodu pokarmowego Specyficzny mocznicowy oddech, przypominający nieco woń nieświeżych ryb Wzmożone pragnienie
Ze strony układu krwiotwórczego	Bladość z powodu niedokrwistości Skaza krwotoczna
Ze strony układu sercowo-naczyniowego	Nadciśnienie tętnicze krwi Duszność wysiłkowa, ból zamostkowy przy wdechu Zapalenie osierdzia, kardiomiopatie Miażdżyca
Ze strony układu oddechowego	W płucach rzężenia, płyn opłucnowy Zapalenie opłucnej, obrzęk płuc
Ze strony układu moczowo-płciowego	Zmniejszenie ilości oddawanego moczu w późnym okresie choroby Zaburzenia miesiączkowania u kobiet
Ze strony układu kostno-stawowego	Skrobawica, osteodystrofia Nadczynność przytarczyc Zahamowanie wzrostu u dzieci
Skóra	Świąd skóry, szarożółtawe zabarwienie powłok skórnych Drobne wybroczyny na skórze (plamica), krwawienia z dziąseł Obrzęki w przypadku przewodnienia ustroju

przyjmowały tabletki nasenne. Pozostałe rodzaje zaburzeń snu nie wykazywały związku z czasem leczenia hemodializami [14].

Pacjentki przewlekle hemodializowane często cierpią z powodu różnych zespołów bólowych. Do najczęstszych należą bóle mięśniowo-powięziowe związane z przymusową pozycją leżącą podczas zabiegu hemodializy, zespoły bólowe towarzyszące chorobom nerek (osteodystrofia nerkowa, polineuropatia mocznicowa) lub współistniejącym schorzeniom (choroba nowotworowa, cukrzyca, choroby kości, stawów lub mięśni). Leczenie bólu u chorych hemodializowanych wymaga szczególnie dobrej znajomości farmakokinetyki i toksyczności analgetyków, a także wskazań i przeciwwskazań do ich stosowania. W większości przypadków są one wydalane z moczem, dlatego bardzo ważne jest prawidłowe zaopatrzenie pacjentki w leki przeciwbólowe, zmniejszające dolegliwości bólowe [15].

Wpływ na przebieg zabiegu mają również skurcze mięśni kończyn dolnych pojawiające się najczęściej w drugiej połowie hemodializy jako następstwo spadku perfuzji mięśni spowodowanej szybkim zmniejszeniem się objętości osocza i płynu pozakomórkowego. Często towarzyszą one spadkom ciśnienia tętniczego. Występowaniu bolesnych skurczów mięśni sprzyja niskie stężenie sodu w płynie dializacyjnym. Częściej występują one u pacjentek starszych, ze zmianami miażdżycowymi, znaczną niedokrwistością i przy dużej ultrafiltracji (>3 l). Występujący ból w klatce piersiowej pojawiający się w pierwszych minutach zabiegu z towarzyszącymi mu dusznościami i niepokojem może być objawem tak zwanego zespołu pierwszego użycia dializatora lub sporadycznie zatoru powietrznego czy hemolizy [16]. Pacjentkom dokucza także świąd skóry, który występuje średnio u 50–70% dializowanych [17].

Aspekt psychiczny hemodializ dla kobiety

Człowiek przewlekle chory przechodzi psychologiczne etapy towarzyszące chorobie, od zaprzeczenia, przez bunt, do przystosowania się i pogodzenia z rzeczywistością. Reakcje ujawniane otoczeniu zależą przede wszystkim od cech osobowości, a także poziomu intelektualnego i warunków środowiska, w jakim pacjentka żyje. Najistotniejszym objawem psychologicznym jest zawsze lęk dotyczący własnej osoby [18].

Pacjentki poddawane zabiegom hemodializy odczuwają podwyższony poziom lęku w obszarze życia rodzinnego, zawodowego, ale także zainteresowań, kondycji fizycznej, kontaktów z innymi ludźmi i osobistej niezależności [19]. Kobieta pełniąca swe role w sferze rodzinnej, zawodowej, społecznej, dbająca o dom, dzieci czy wnuki musi zreorganizować życie, dostosować je do rzeczywistości z chorobą, jak również rezygnować z wielu obowiązków na rzecz zabiegów hemodializ.

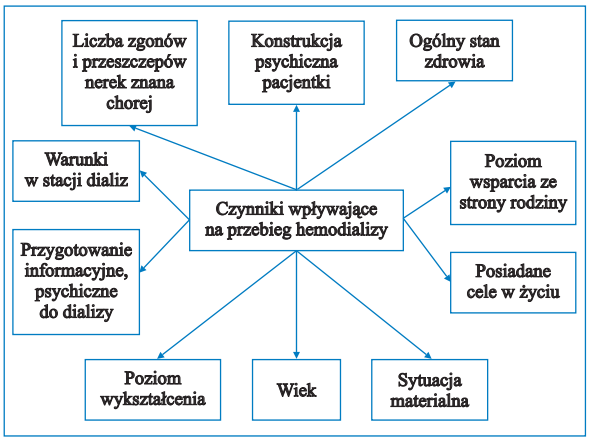
Istotnym warunkiem dobrej adaptacji do dializoterapii i utrzymania jak najlepszej jakości życia jest mocne wsparcie ze strony rodziny. Pacjentki akceptowane przez najbliższych, mimo utrudnień, jakie dializa pośrednio stwarza członkom rodziny, lepiej tolerują chorobę [18]. Trudnościom w akceptacji choroby towarzyszą obawy będące wyrazem stresu psychologicznego. Wśród czynników powodujących lęk można wymienić między innymi wbijanie igieł do zabiegu hemodializy, wstawianie cewników, kłopoty z przetoką, złe samopoczucie podczas zabiegu, ślady po wielokrotnych wkłuciach, zbliznowacenia i zrogowacenia naskórka w obrębie przetoki, a także żółtawy odcień skóry. Szczególnie te ostatnie są źródłem obaw przed niezrozumieniem specyfiki schorzenia w różnych sytuacjach społecznych czy stygmatyzacją. Pacjentki młode trudniej akceptują zmiany na skórze, oszpecające blizny i zrosty. Czynią je one nieatrakcyjnymi i tym samym wpływają na izolację od otoczenia czy unikanie kontaktów społecznych. Niepokój jest specyficzną reakcją emocjonalną, który u przewlekle chorych występuje szczególnie często. W przewlekłej niewydolności nerek jest on odpowiedzią na stale towarzyszące ryzyko, możliwość utraty ważnych wartości (zdrowia, życia, zmiany jakości funkcjonowania własnego i rodziny, ról społecznych, atrakcyjności itp.) [19].

Do głównych źródeł niepokoju u kobiet należą: wyraźne obniżenie sprawności fizycznej, odczuwalne zmiany w psychice pod wpływem terminalnej fazy choroby (dojrzalsze spojrzenie na rzeczywistość, ale także drażliwość, niepewność jutra, napięcie nerwowe na co dzień, lęk) oraz utrata samodzielności. Adaptacja psychiczna do choroby wyraża się w procesach poznawczych i zachowaniu [20]. W procesie przystosowania się do choroby ważną rolę odgrywają wewnętrzne, psychologiczne zasoby człowieka, między innymi zdolność dostrzegania i korzystania ze wsparcia społecznego, poczucie kontroli indywidualnej nad stresującymi zdarzeniami czy posiadanie zainteresowań [21]. Zdarza się, że kobiety nie potrafią lub nie chcą uruchomić mechanizmów, aby móc w pełni przystosować się do choroby i zaakceptować siebie na nowo [22]. Dążenie do zaspokajania podstawowych potrzeb: akceptacji społecznej, miłości czy bezpieczeństwa oraz pogodzenie się z sytuacją i niewyszukiwanie problemów na siłę dają możliwość szybszej adaptacji do zmian [23]. Czynnikiem, który istotnie wpływa na adaptację do trudnej sytuacji choroby przewlekłej, jest teoria salutogenetyczna autorstwa Aarona Antonovsky'ego, w której najważniejszym pojęciem jest poczucie koherencji. Poczucie koherencji jest względnie stałą i stabilną w czasie dyspozycją do postrzegania świata jako bardziej zrozumiałego, możliwego do sterowania, a także jest powiązane z większą odpornością na stres oraz pozwala zrozumieć indywidualne różnice w reakcji na trudne zdarzenia [24]. Człowiek przy dobrej orientacji z dostępnością zasobów, lecz brakiem motywacji do podejmowania działań i radzenia sobie, może się spodziewać dysharmonii pomiędzy poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności — komponentami Globalnego Poziomu Poczucia Koherencji (SOC). Nie sprzyja to radzeniu sobie z sytuacją trudną, kryzysową. Fakt ten niesie ze sobą konieczność umiejętnego rozpoznawania i niesienia pomocy choremu. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Berezę stwierdzono, iż pacjentki odczuwają niepokój związany z poczuciem utraty kontroli nad własnym organizmem i stanem zdrowia. Schyłkowe stadium choroby cechują liczne, niespodziewane, nagłe i ostre kryzysy zdrowia. Życie pacjentki poddawanej hemodializie przebiega w okresach względnej stabilności zdrowia, przeplatanych niestabilnością i powtórnym odzyskaniem równowagi. Kobieta nie jest w stanie przewidzieć, kiedy dojdzie do pogorszenia stanu zdrowia lub jego względnej stabilności. Chorej zawsze towarzyszy niepewność związana z jakością samopoczucia po dializie; niepokój wzbudza także reakcja organizmu na kolejny zabieg [19] (ryc. 1).

Bardzo często przychodzą do głowy pytania:, „Co ze mną będzie?", „Jak rozwinie się choroba?", „Jak poradzę sobie ze wszystkimi codziennymi problemami?". Reakcje depresyjne u przewlekle chorych są naturalnym sposobem reagowania na długotrwały stres, jakim jest choroba.

Rozpoczęcie dializy jest dla pacjenta kolejnym, potężnym czynnikiem reaktywnym mogącym wywołać reakcję depresyjną. Istotnym czynnikiem poprawiającym adaptację jest nadzieja na przeszczep nerki. Rolą pracowników medycznych w tym zakresie jest dawanie nadziei, lecz niebudzenie jej bezpodstawnie.

Pacjentki hemodializowane preferują model paternalistycznych relacji z pracownikami medycznymi. Na ogół dokładnie wypełniają zalecenia terapeutyczne,



Rycina 1. Czynniki wpływające na przebieg hemodializ [25]
Figure 1. Factors effecting on course of hemodialysis [25]

jeżeli zespół medyczny wydaje się im kompetentny. Większą część odpowiedzialności za przebieg terapii przejmuje lekarz. Trudniej ich jednak motywować do podejmowania aktywności, intensywniej reagują na porażki. Obserwuje się także szybsze zniechęcanie, przejawianie zachowań agresywnych, jak również łatwiejsze popadanie w depresję i labilność nastroju. Zwracanie uwagi na nastrój pacjentek i szybkie, profesjonalne reagowanie na wszelkie niepokojące objawy to kwestie niezwykle ważne [26].

Depresyjność wśród hemodializowanych

W grupie pacjentek dializowanych depresja jest tłumaczona jako reakcja na stratę (ról w rodzinie, w pracy, na utratę funkcjonowania nerek, fizycznych zręczności, możliwości poznawczych, funkcji seksualnych itp.). Reakcja ta jest jedną z dominujących wśród pacjentów przewlekle dializowanych [27].

Na podstawie badań DeOreo i wsp. [25] stwierdzono objawy umiarkowanej lub ciężkiej depresji u 25–60% chorych hemodializowanych, natomiast u 15–50% objawy lękowe. Podobne wyniki uzyskały Skrzypinska i Kurowska — pacjenci hemodializowani cierpią na łagodną i umiarkowanie ciężką depresję w skali Becka [28].

Zboralski i wsp. w przeprowadzonych badaniach zauważyli, iż kobiety cierpiące na depresję charakteryzują się niższym globalnym poczuciem koherencji [29].

Wspomniane wcześniej poczucie koherencji autorstwa Aarona Antonovsy'ego jest względnie stałą i stabilną w czasie dyspozycją do postrzegania świata jako bardziej zrozumiałego, możliwego do sterowania. Powiązane jest również z większą odpornością na stres, pozwala zrozumieć indywidualne różnice w reakcji na trudne zdarzenia [20].

Pacjentkom hemodializowanym towarzyszą anhedonia, poczucie niższości, lękowa perspektywa przyszłości, obserwowalne poczucie winy. Rozbicie wewnętrzne skojarzone z uczuciem upokorzenia, wstydu i poczuciem osamotnienia sprzyjają pojawianiu się myśli o śmierci oraz pośrednich samobójstw w postaci nieprzestrzegania rygoru leczenia (terminów dializ, diety, podaży płynów itp.) [27].

Nieocenioną pomoc w identyfikacji pacjentek z objawami depresji stanowią pielęgniarki. Na podstawie badań stwierdzono, że odpowiednio przeszkolone pielęgniarki, które posiadają dużą wiedzę z zakresu psychiatrii, mogą rozpoznać depresję u 90% pacjentów. Kontakt pielęgniarki z pacjentką jest bliższy i częstszy, zazwyczaj mniej formalny, niż z lekarzem. Pielęgniarka jest dla pacjentki bliską, zwykle zaraz po rodzinie osobą.

Tylko w indywidualnym i podmiotowym kontakcie pielęgniarka może dostrzec ewentualne objawy depresyjne: płaczliwość, przygnębienie, brak nadziei na poprawę zdrowia, problemy ze snem lub niechęć przyjmowania pokarmów. Czasami może również uzyskać informacje o planowanych zamiarach samobójczych.

Psychoterapia jest niestety dość trudna do przeprowadzenia w warunkach stacji dializ. Wiele czynników zakłócających jej przeprowadzenie wynika ze specyfiki zabiegu, między innymi szum, brak intymności, zmieniający się stan zdrowia somatycznego. Po zakończeniu zabiegu czy w dzień wolny od dializy trudno jest przekonać pacjenta do przybycia do stacji dializ. Należy jednak pamiętać i podkreślać, że występująca wśród hemodializowanych kobiet depresja jest chorobą uleczalną [25].

Hemodializa a ciąża

W trakcie ciąży czynność nerek się zmienia. Fizjologiczne zmiany mają charakter przystosowawczy. Zdolność adaptacyjna jest mniejsza u kobiet, u których choroba nerek istniała przed ciążą. Patologia nerek u ciężarnej może mieć wpływ na rozwój płodu oraz zdrowie samej pacjentki. Ciąża u pacjentek dializowanych z przewlekłą niewydolnością nerek należy do rzadkości, chociaż w dobie współczesnej medycyny jej szanse na pomyślne rozwiązanie wzrastają [30].

W latach 80. XX weku przeżywało około 20% dzieci urodzonych przez dializowane matki, w latach 90. wskaźnik ten wynosił około 50%, natomiast obecnie ponad 65%, a w wybranych przypadkach więcej. Na podstawie doniesień z ostatnich lat stwierdzono, że ponad 70% ciąż u chorych dializowanych może się zakończyć sukcesem.

Dzięki nowoczesnym metodom leczenia nerkozastępczego, biozgodnym materiałom do dializy i leczeniu erytropoetyną oraz kompleksowej opiece specjalistycznej w ostatnich latach odsetek zakończonych sukcesem ciąż wzrasta. Wprowadzenie codziennych dia-

liz, dializ nocnych oraz hemodiafiltracji poprawia rokowanie dotyczące przebiegu ciąży i stanu noworodka. Nadal jednak ciąża u pacjentki dializowanej jest uważana za stan podwyższonego ryzyka, który zagraża nie tylko powikłaniami u matki (nadciśnienie, krwawienia, wielowodzie, nasilona niedokrwistość itp.), ale również u płodu (poronienia, wcześniactwo, niska masa urodzeniowa, wysoka śmiertelność okołoporodowa) [31].

U kobiet poddawanych hemodializie, które zaszły w ciążę, konieczne jest zwiększenie częstości wykonywania dializ. Pod koniec ciąży wykonywane powinny być codziennie. Pozwala to kontrolować bilans płynów i utrzymać stężenie mocznika w surowicy na poziomie nieprzekraczającym 20 mmol/l. Przy częstszych dializach może się pojawić hipokaliemia wymagająca suplementacji potasu. Związane z ciążą obniżenie stężenia sodu w surowicy ciężarnej wymaga równoczesnego zmniejszenia zawartości sodu w płynie dializacyjnym do poziomu około 135 mmol/l. Podobnie należy się starać wyrównać związane z ciążą obniżenie poziomu dwuwęglanów w surowicy (18–22 mmol/l), podając niewielkie ilości dwuwęglanów z płynem dializacyjnym. Konieczne może być uzupełnienie stężenia wapnia i witaminy D w związku ze zwiększonym zapotrzebowaniem na wapń ze strony płodu. U kobiet dializowanych większość ciąż finalizuje poród przedwczesny (38 spośród 57 żywych urodzeń), a ich noworodki są często hipotroficzne. Większą przeżywalność noworodków obserwuje się w grupie kobiet leczonych ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową [30].

Postęp w zakresie dializoterapii w ostatnich latach i poprawa opieki nad dializowaną ciężarną w istotny sposób poprawiły rokowanie dla przebiegu ciąży w tej grupie chorych. Jednak najskuteczniejszą formą terapii poprawiającą rokowanie dla ciąży i noworodka jest udana transplantacja nerki [31].

Aspekt społeczny

W chwili rozpoczęcia dializoterapii najczęściej diametralnie zmienia się sytuacja rodzinna, ekonomiczna i zawodowa chorej. Niespodziewana zmiana życia powoduje problemy natury socjopsychologicznej. Konieczność regularnego dializowania 2–3 razy w tygodniu wraz z transportem wymaga poświęcania dializoterapii od 6 do 8 godzin dziennie przez prawie połowę dni w roku [32]. Z tego powodu pacjentki hemodializowane, które do tej pory były aktywne zawodowo, muszą zaprzestać wykonywania pracy. Powoduje to zmniejszenie dochodu rodziny, obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości.

Optymalną byłaby sytuacja, w której pacjentka mogłaby nadal pracować. Praktyka jest niestety inna i tylko nieliczni, rozpoczynając dializę, pracują zawodowo. Pozostali, niezależnie od wieku, są najczęściej rencistami. Na podstawie badań Skrzypińskiej i Kurowskiej stwierdzono niski odsetek czynnych zawodowo pacjentów. Wśród 45 osób hemodializowanych tylko 6% pacjentów jest czynnych zawodowo. Zdecydowana większość nie pracuje, są to osoby przebywające na rencie chorobowej lub emeryturze [28]. Pracujący wykazują o wiele lepsze przystosowanie do choroby. Nie pojawiają się u nich symptomy depresyjne czy hipochondria. Lepiej znoszą dializę ci, którzy chociaż formalnie nie pracują zawodowo, lecz nadal wykonują w domu wiele różnych zajęć [18].

Choroba powoduje reorganizację życia, zmianę trybu życia, przyzwyczajeń i zainteresowań. Pacjentki hemodializowane obligatoryjnie muszą przestrzegać zasad restrykcyjnej diety [33]. Przygotowywanie posiłków staje się także kwestią problematyczną, ponieważ w rodzinie przygotowuje się dwa rodzaje dań: dla kobiety hemodializowanej i dla pozostałych członków rodziny. Związane jest to również z większym nakładem finansowym i czasowym.

Podczas pobytu w stacji dializ pacjentka jest objęta fachową opieką sprawowaną przez pracowników medycznych. W domu opiekę tę sprawują najbliżsi, często dzieci i współmałżonkowie, którzy także powinni zostać objęci wsparciem psychicznym i informacyjnym.

W grupie dializowanych stwierdza się negatywny wpływ choroby na relacje ze współmałżonkiem, dziećmi czy pozostałymi członkami rodziny. Poza czołowymi problemami, jakimi są nieuleczalna choroba i postępujące uszkodzenie funkcji ciała, niewydolności nerek towarzyszą innego rodzaju stresujące wydarzenia życiowe. Należą do nich: utrata lub zmiana charakteru i miejsca pracy, przejście na emeryturę, rentę inwalidzką, rozwód bądź separacja ze współmałżonkiem, zmiana miejsca zamieszkania itp. Traumatyczne wydarzenia życiowe, których przyczyną są niejednokrotnie przewlekła niewydolność nerek i regularna hemodializoterapia, nie sprzyjają prawidłowej adaptacji pacjentek do choroby. Często są przyczyną zaburzeń psychicznych i depresji.

Na podstawie badań stwierdzono, że w grupie hemodializowanych kobiet, w porównaniu z mężczyznami, występuje wyższa własna ocena funkcjonowania w wymiarze społecznym, a także lepsza jakość intymnych relacji z partnerem [27].

Podsumowanie

Choroba przewlekła wpływa niekorzystnie na każdą ze sfer ludzkiego życia — somatyczną, psychiczną i społeczną. W niniejszym artykule zwrócono uwagę na mnogość problemów, z którymi żyją pacjentki hemodializowane. Holistyczne podejście do chorych, udzielanie wsparcia, pomoc w zaspokajaniu potrzeb biologicznych, psychicznych, ale także i społecznych to ważne elementy procesu terapeutycznego, który prawidłowo przeprowadzany przyczynia się do poprawy jakości życia

Piśmiennictwo

1. Choroby nerek — profilaktyka i edukacja. www.biomedical.pl. Pobrano z sieci WEB dn. 15.09.2010 r.
2. Guttman G. Przewlekła choroba nerek. www.doz.pl Pobrano z sieci WEB dn. 15.09.2010 r.
3. Woś S., Mrozek R. Chirurgia serca w przewlekłej niewydolności nerek. Post. Nauk Med. 2009 10: 823–826.
4. Sowińska H. Trudna sytuacja z nerkami. Gazeta Pomorska 2009: 19.
5. Manitius J. Przewlekła niewydolność nerek. PZWL, Warszawa 1997: 258–281, 338–349.
6. Rutkowski B. Przewlekła niewydolność nerek. Wyd. Med. Gdańsk 1996: 35–48, 67–89, 116–139, 157–172, 181–193.
7. Czekalski S. Cukrzycowa choroba nerek (nefropatia cukrzycowa) i inne choroby nerek w cukrzycy. Wyd. Termedia, Poznań 2007.
8. Pączek L., Mucha K., Foroncewicz B. (red.). Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa 2004: 407–412.
9. Tisher Craig C., Wilcox S.Ch. (tłum. pol. Klingier M.). Nefrologia. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1997: 78–87.
10. Daniuluk J. (red.). Zarys chorób wewnętrznych. Wyd. Czelej, Lublin 2006: 450–454.
11. Daugirdas T.J., Blake G.P., Ing S.T. Podręcznik dializoterapii. Wyd. Czelej, Lublin 2003: 78–79, 98–104.
12. Peterson C.J (tłum. Klingier M.). Przewlekła niewydolność15. nerek. W: Tisher Craig C., Wilcox S.Ch. Nefrologia. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1997: 78–87.
13. Starzyk J., Starzyk-Łuszcz K. Zaburzenia snu u chorych na schyłkową niewydolność nerek leczonych hemodializami. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej, t. 4, Kielce 2006.
14. Mróz A., Marczewski K. Sleep problems among haemodialysed patients. Annales UniversitatisMariae Curie-Skłodowska Lublin, VOL. LVIII, SUPPL. XIII, 163, 2003.
15. Graczyk M., Krajnik M., Stróżecki P., Maniutius J. Analiza skuteczności przeciwbólowej i działań niepożądanych metadonu u pacjentów hemodializowanych z powodu przewlekłej choroby nerek. Pol. Med. Pal. 2006; 5 (4): 167–172.
16. Chudek J. Bolesne skurcze mięśni, zator powietrzny, ból w klatce piersiowej. Prob. Lek. 2006; 45 (3): 120–121.
17. Rutkowski B. (red.). Dializoterapia w codziennej praktyce. Wyd. Med., Gdańsk 1996: 35–48, 67–89, 116–139, 157–172, 181–193.
18. Afeltowicz Z., Cubała W. Stan psychiczny chorych dializowanych. Wyd. Czelej, Lublin 207: 545–552.
19. Bereza B. Źródła niepokoju pacjentów długotrwale hemodializowanych. Psych. Prakt. Ogólnolek. 2007; 7 (1): 8–14.
20. Szewczyk L. Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie. Akad. Med. w Lublinie. Lublin 1997.
21. Adamczak M. Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Wyd. Nauk. UAM, Poznań 1998.
22. Adamczak M., Woźniak Z. Życie po mastektomii — od separacji ku normalizacji. W: Biospołeczne skutki mastektomii — I konferencja. Akademia Wychowania Fizycznego. Poznań 1997: 58–62.
23. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
24. Wrona-Polańska H. (red.). Zdrowie-stres-choroba w wymiarze psychologicznym. Wyd. Impuls, Kraków 2008: 63–74.
25. Sapilak J.B., Steciwko A. Depresja i zaburzenia lękowe występujące w trakcie leczenia nerkozastępczego — jak postępować z pacjentem (na podstawie 3-letnich badań własnych). Pol. MEd. Rodz. 2004; 6: 1345–1349.
26. Wlazło A., Kleszczyński J., Makulska I., Weyde W., Salek A., Dolińska G. Czynniki psychologiczne a wybór metody leczenia nerkozastępczego u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Nefrol. Dial. Pol. 2008; 12: 221–225.
27. Bereza B. Ocena nastroju pacjentów w terminalnej fazie niewydolności nerek. Nefrol. Dial. Pol. 2007; 11: 40–44.
28. Skrzypinska K., Kurowska K. Depresyjność34. a poczucie koherencji u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek poddawanych zabiegom hemodializy. Valetudinaria — Post. Med. Klin. Wojsk. 2009; 14 (1): 24–28.
29. Zboralski K., Florkowski A., Gałecki P. Poczucie koherencji, osobowość i style rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych. Psych. Pol. 2006, tom XL, 2: 291–300.
30. Wiliams D.J. Choroby nerek u ciężarnych. www.libramed.com.pl Pobrano z sieci WEB dn. 15.09.2010 r.
31. Sułowicz W. Dializoterapia w ciąży. For. Nefrol. 2009; 2 (4): 260–265.
32. Kurowska K., Bukowska M. Poczucie koherencji a poziom wsparcia u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek leczonych hemodializą. Urol. Pol. 2008; 4 (61).
33. Kiszka W., Załuska W. Społeczny wymiar dializoterapii. Zdr. Publ. 2004; 14 (1): 89–92.