

## Rola wsparcia a przystosowanie się do życia osób dializowanych

Krystyna KUROWSKA  
Mariola WESELSKA

Zakład Teorii Pielęgniarstwa przy Katedrze  
Pielęgniarstwa Zachowawczego CM w Bydgoszczy  
UMK Toruń  
Kierownik:  
Dr n med. *Mirosława Felsmann*

**Wstęp.** Leczenie przewlekłej niewydolności nerek wymusza wiele zmian w życiu chorego. Pacjenci doświadczają licznych ograniczeń i wymagań ze strony choroby, co powoduje, że ta staje się trudna do zaakceptowania. Narażeni są na liczne sytuacje, które wywołują lęk, ból, strach oraz powodują utratę poczucia bezpieczeństwa. Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne ma istotny wpływ na radzenie sobie ze stresem.

**Cel.** Określenie wpływu otrzymywanego wsparcia na stopień akceptacji choroby w powrocie do optymalnego stanu zdrowia.

**Materiał i metody badawcze.** Badaniem objęto 92 pacjentów dializowanych w Stacji Dializ X Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy oraz w Stacji Dializ AVITUM w Nakle n/ Notecią. Wsparcie oceniano za pomocą Skali Wsparcia Społecznego autorstwa Krystyny Kmieciak-Baran a stopień przystosowania się do choroby Skalą Akceptacji Choroby Zygryda Juczyńskiego.

**Wnioski.** Badania wykazały wysoki poziom otrzymywanego wsparcia ze strony małżonka i rodziny. Dotyczy to zarówno wsparcia emocjonalnego, wartościującego jak również instrumentalnego. Jedynie wsparcie informacyjne chorzy otrzymują wyższe ze strony personelu medycznego. W badaniach dominowali chorzy o przeciętnym poziomie akceptacji. Większy problem z zaakceptowaniem choroby mają kobiety. Wyższy poziom akceptacji prezentują chorzy leczeni hemodializą powyżej jednego roku.

**Wnioski.** W wyniku analizy danych wynika, że należałoby poświęcić więcej uwagi na problem akceptacji choroby na różnych etapach jej trwania a udzielane wsparcie powinno służyć jako wykładnik przewidywanego radzenia sobie w trudnych chwilach spowodowanych chorobą. Średni poziom wiedzy wśród chorych dializowanych powinien być czynnikiem mobilizującym dla większego udzielania wsparcia informacyjnego przez personel.

(NEFROL. DIAL. POL. 2015, 19, 161-165)

### Słowa kluczowe:

- przewlekła niewydolność nerek
- hemodializa
- akceptacja choroby
- wsparcie społeczne
- radzenie sobie z chorobą

### Key words:

- chronic renal failure
- hemodialysis
- disease acceptance
- social support
- coping with an illness

## Role of the support versus life adaptation in dialysed patients

**Introduction.** Chronic Renal Failure treatment forces patients to change their life. They have to face many restrictions regarding disease which becomes hard to accept. Patients are subjected to many situations that provoke fear and pain and cause lack of the sense of security. Request for social support has a crucial influence on coping with stress.

**Aim.** Defining the influence of obtained support on the level of the acceptance of the disease in returning to optimal health.

**Materials and methods.** The research involved 92 patients who have been dialysed in two medical centers: Dialysis Center at X Military Research Hospital and Polyclinic in Bydgoszcz and Dialysis Center AVITUM in Nakło nad Notecią. The support was evaluated using Scale of Social Support by Kmieciak-Baran and the level of the disease acceptance using Scale of Disease Acceptance by Juczyński.

**Results.** The research showed that patients obtained high level of support from their spouses and families. It regards emotional, evaluative and instrumental support. They receive higher informative support from medical personnel. Most of the patients have an average level of disease acceptance. Women have more problems with accepting the disease. Patients who have been subjected to hemodialysis longer than one year present higher level of disease acceptance.

**Conclusion.** The research demonstrated that more time should be devoted to help patients to accept the disease. Received support should serve as a determinant of how patients will deal with stressful situations. Patients' average knowledge of the disease should motivate personnel to give patients more informative support.

(NEPROL. DIAL. POL. 2015, 19, 161-165)

### Wstęp

Zdiagnozowanie choroby przewlekłej jest dla każdego pacjenta trudnym przeżyciem. Rozpoznanie przewlekłej niewydolno-

ści nerek (PNN) wiąże się z rozpoczęciem długotrwałego leczenia, a w fazie schyłkowej z włączeniem w program hemodializ. To szczególnie trudny okres w życiu chorego,

---

### Adres do korespondencji:

Dr med. Kurowska  
Krystyna Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy,  
UMK Toruń;  
85-801 Bydgoszcz, ul Łukasiewicza 1,  
tel. 052/585-58-01  
e-mail: krystyna\_kurowska@op.pl

wiąże się z diametralną zmianą dotychczasowego stylu życia i jest źródłem frustracji. Konieczne jest wówczas udzielenie jemu wsparcia oraz pomocy w przystosowaniu się do nowej, trudnej rzeczywistości. Istotne jest nie tylko wsparcie emocjonalne, ale również pomoc w rozwiązywaniu codziennych problemów. Adaptacja do nowej, trudnej sytuacji stanowi istotny element umożliwiający sprawne funkcjonowanie człowieka z chorobą przewlekłą oraz osiągnięcie sukcesu terapeutycznego. Powrót do pełni zdrowia w przypadku chorób przewlekłych jest niemożliwy, dlatego najważniejszym celem współczesnej medycyny jest spowolnienie choroby, maksymalne wydłużenie życia i osiągnięcie optymalnego stanu zdrowia. Współczesny rozwój dializoterapii znacząco wpływa na dostępność leczenia oraz jakość życia pacjentów. Niestety, ograniczenia z jakimi boryka się dializowany dotyczą nie tylko funkcjonowania w sferze fizycznej i psychicznej ale również często w sferze społecznej. Wiąże się z ograniczeniem aktywności oraz poczuciem uzależnienia od innych. Leczenie nerkozastępcze jest szczególnie uciążliwym rodzajem terapii, dlatego na sposób funkcjonowania pacjenta istotny wpływ ma stopień akceptacji choroby [1]. Celem pracy było określenie wpływu otrzymywanego wsparcia na stopień akceptacji choroby u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, poddawanych dializoterapii jako wyznacznika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia.

#### Materiał i metodyka

Zaprezentowane badania stanowią wyliczek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem schorzeń przewlekłych. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do września 2013 roku w grupie 92 pacjentów dializowanych z powodu przewlekłej niewydolności nerek w Stacji Dializ X Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy oraz w Stacji Dializ AVITUM w Nakle n/ Notecią, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/251/2013). Trzy osoby nie wyraziły zgody na udział w badaniu, pięć wykluczono ze względu na stan zdrowia (1 osoba z powodu niepełnosprawności umysłowej, 3 z powodu demencji starczej, 1 z utrudnionym kontaktem słownym). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Skalę Wsparcia

Społecznego Krystyny Kmiecik-Baran [2], Skalę Akceptacji Choroby (AIS) Zygryda Juczynskiego [3] oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia (dane osobowe, sytuacja rodzinna i społeczna oraz pytania pozwalające na ocenę poziomu wiedzy na temat PNN). Skala akceptacji choroby AIS Zygryda Juczynskiego służy do pomiaru stopnia przystosowania się do choroby u osób dorosłych, aktualnie chorych. Składa się z ośmiu stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te prowadzą do uznania ograniczeń jakie narzuca choroba, braku samowystarczalności, poczucia uzależnienia od osób drugih oraz obniżenia poczucia własnej wartości. Wyższy stopień akceptacji choroby jest korzystniejszy dla pacjenta i skutkuje łatwiejszym przystosowaniem się życia z chorobą oraz mniejszym jego dyskomfortem psychicznym. Suma punktów od 8 – 40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby [3]. Skala wsparcia społecznego Krystyny Kmiecik - Baran zawiera zestaw pytań dotyczący rodzaju i siły pomocy, jaką chory otrzymuje od wybranych grup wsparcia. Zawiera twierdzenia odnoszące się do czterech rodzajów wsparcia: informacyjnego – udzielanie rad lub informacji, które mogą pozytywnie wpłynąć na rozwiązywanie problemów; instrumentalnego - dostarczenie konkretnej pomocy lub świadczenie usług; wartościującego - to konkretny komunikat wysyłany do chorego, zapewniający, że jest on kimś ważnym, znaczącym; emocjonalnego - to zapewnienie o więzi emocjonalnej. Osoba badana, poprzez ocenę poszczególnych jednostek w pięciostopniowej skali, może uzyskać wynik w przedziale od 24 do 120 punktów. Niski wynik świadczy o wysokim wsparciu społecznym, wysoki o jego braku [2]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że  $p < 0,05$ . Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.

#### Wyniki

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanych wyniosła niewiele ponad

64 lata. Dominowali nieznacznie mężczyźni (58,7%). Większość miała wykształcenie zawodowe (37,0%) i średnie (33,7%), pozostawała w związkach małżeńskich (67,4%), posiadała potomstwo (64,3%), mieszkała z rodziną (85,7%) w mieście (73,9%). Niepełna co dziesięciu badany, to osoba aktywna zawodowo (8,7%). Ogólnie należy stwierdzić, że była to grupa o przeciętnej sytuacji materialnej (57,8%). Najwięcej pacjentów chorowało na przewlekłą niewydolność nerek powyżej 12 miesięcy (77,2%). Średnia czas chorowania wyniósł ponad 7 lat (od 1,5 do 31 lat).

Podjęto próbę ustalenia poziomu wiedzy badanych w zakresie leczenia nerkozastępczego. Za prawidłową odpowiedź na poszczególne pytania badany otrzymywał punkty zgodnie z kategoryzacją. Łącznie można było uzyskać od 0 do 19 punktów. Uzyskanie odpowiedniej ilości punktów kwalifikowało badanego do odpowiedniego poziomu wiedzy według poniższego zestawienia: niski poziom wiedzy – od 0 – 10 punktów (do 52%); średni poziom wiedzy – 10 – 14 punktów (52-73%); wysoki poziom wiedzy 14 – 19 punktów (powyżej 73%). Niepełna połowa grupy to badani o niskim poziomie wiedzy (46,7%). Średnia punktowa poziomu wiedzy wyniosła 10,22. Wynik plasuje się wśród wyników przeciętnych na granicy niskiego. Odchylenie standardowe stanowi ponad 33% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników (od 3,0 do 18,0 punktów). Ze wszystkich analizowanych pozycji dotyczących poziomu wiedzy (Tab. I) odnotowano, że najwyższe wskaźniki procentowe w stosunku do wartości oczekiwanej, uzyskano w pozycjach: czas trwania hemodializy (78,3%), odwodnienie w czasie zabiegu (76,1%) oraz samokontrola (58,4%). W tych pozycjach badani mieli najwyższy wskaźnik poziomu wiedzy. W grupie kobiet najliczniejsza to badane o średnim niskim poziomie wiedzy (52,6%), wśród mężczyzn to poziom wiedzy przeciętny (44,4%). Wyższy poziom wiedzy osiągnęli mężczyźni. W obu grupach to poziom wiedzy przeciętny na granicy niskiego. Najwyższy poziom wiedzy prezentowali badani do 50 lat, z wykształceniem średnim i wyższym, mieszkańcy miasta i chorujący powyżej 12 miesięcy.

Dalszej analizie poddano Skalę Akceptacji Choroby (Tab. II). Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby, najwyżej ocenili badani

Tabela I

#### Wyniki średnie pozycji poziomu wiedzy.

Average results of the level of knowledge.

Nr.	treść	wartość oczekiwana	średnia	Odch. Std.	wskaźnik %
1	Jakie są metody leczenia przewlekłej niewydolności nerek	3	1,53	0,73	51,1
2	Jakie mogą wystąpić powikłania podczas zabiegu hemodializy	2	1,10	0,71	54,9
3	Czas trwania hemodializy jest	1	0,78	0,41	78,3
4	Odwodnienie w czasie zabiegu hemodializy jest	1	0,76	0,43	76,1
5	Jakie są najczęstsze powikłania przewlekłej niewydolności nerek	1	0,51	0,47	50,5
6	Dieta osoby z niewydolnością nerek powinna zawierać	1	0,32	0,47	31,5
7	Jakie funkcje odgrywają w organizmie nerki	3	1,60	0,87	53,4
8	Samokontrola chorego dializowanego polega na	2	1,17	0,63	58,4
9	Jakie są najczęstsze objawy związane z leczeniem hemodializą	5	2,45	1,38	49,0

**Tabela II**  
**Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS.**  
 Average results of item questionnaire AIS.

Nr	pozycja	liczba	Średnia	SD	Ufność-95,0%	Ufność+95,0%	Mediana	Min	Maks
1	mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	92	2,75	1,427	2,45	3,05	3,0	1,0	5,0
2	z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	92	2,34	1,393	2,05	2,63	2,0	1,0	5,0
3	choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	92	3,08	1,542	2,76	3,40	3,0	1,0	5,0
4	problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	92	2,58	1,431	2,28	2,87	2,5	1,0	5,0
5	choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	92	3,51	1,426	3,22	3,81	4,0	1,0	5,0
6	mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	92	2,86	1,494	2,55	3,17	3,0	1,0	5,0
7	nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	92	2,34	1,385	2,05	2,62	2,0	1,0	5,0
8	myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	92	3,27	1,415	2,98	3,56	4,0	1,0	5,0

poczucie – choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół (3,51) i myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby (3,27), najniżej natomiast poczucie: z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię (2,34) i nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być (2,34). Wynik średni akceptacji choroby wyniósł 22,72 punktu, świadcząc o przeciętnym poziomie. Odchylenie standardowe stanowi ponad 30% wartości średniej, co świadczy o bardzo dużym zróżnicowaniu wyników. Zdecydowaną akceptację choroby przejawiało zaledwie 17,4%. Są to osoby, które uzyskały 30 i więcej punktów (72,5% możliwych punktów). W przypadku największej liczby badanych odnotowano przeciętny poziom akceptacji choroby (57,6%).

Podjęto próbę ustalenia czy stopień akceptacji choroby, a w dalszej części wsparcie społeczne zróżnicowane jest poprzez zmienne takie jak: płeć, grupy wiekowe, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz czas chorowania. Wyższy wynik akceptacji choroby prezentują mężczyźni, we wszystkich pozycjach z wyjątkiem z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię. Najwyższy poziom akceptacji choroby przejawiali badani w wieku 50-59 lat, z wykształceniem wyższym, mieszkańcy wsi, chorujący powyżej 12 miesięcy. Sprawdzono czy stopień wiedzy badanych pozostaje w relacji z poziomem akceptacji choroby. Wśród badanych o niskim poziomie wiedzy, najwięcej osób uzyskało przeciętny poziom akceptacji choroby (41,9%), najmniej poziom wysoki (23,3%), natomiast o przeciętnym poziomie wiedzy, najwięcej uzyskało przeciętną akceptację choroby (63,9%), najmniej wysoką (16,7%), a z kolei u badanych o wysokim poziomie wiedzy, najwięcej uzyskało wyniki przeciętnej akceptacji choroby (92,3%). Nikt nie uzyskał wysokiego poziomu akceptacji choroby. Generalnie stwierdzić można, że najwyższą akceptację choroby prezentowali badani o przeciętnym poziomie wiedzy, najniższą natomiast badani o niskim poziomie wiedzy.

W dalszym kroku analizie podano kwestionariusz wsparcia społecznego. Najwyżej oceniono wsparcie emocjonalne (8,90) i jest to poziom wysoki. Większość badanych otrzymywało to wsparcie od małżonka na poziomie wysokim (84,0%). Na kolejnym miejscu znalazło się wsparcie informacyjne (10,60), również z poziomem wysokim (69,1%) a najniżej instrumentalne (13,12) - poziom przeciętny. Wyniki wysokie uzyskało 48,1%, przy 12,3% ze wsparciem niskim. Reasumując wsparcie informacyjne, wartościujące i emocjonalne, to poziom wysoki a instrumentalne przeciętny. Generalnie poziom wsparcia otrzymywanego od małżonka na poziomie wysokim. Najwyżej również oceniono wsparcie emocjonalne otrzymywane od rodziny (10,89) - poziom wysoki. Większość badanych otrzymywało je na poziomie wysokim (73,9%). Na kolejnym miejscu znalazło się wsparcie informacyjne (11,83). Więcej badanych również uzyskało poziom wysoki (64,1%). Najniższe wartości wsparcia instrumentalnego (14,07) - poziom przeciętny. Wyniki wysokie uzyskało 43,5%, przy 16,3% z niskim. Reasumując, wsparcie informacyjne i emocjonalne to poziom wysoki, instrumentalne i wartościujące - przeciętny. Generalnie poziom wsparcia otrzymywanego od rodziny na poziomie przeciętnym, na granicy wysokiego. Wyżej ocenione wsparcie od przyjaciół, to również wsparcie emocjonalne (13,66) - wsparcie przeciętne. Najwięcej osób otrzymało wsparcie na poziomie wysokim (52,2%). Na drugim miejscu znalazło się wsparcie informacyjne (14,76). Wyniki wysokie uzyskało 35,9%, niżej ocenione instrumentalne. Wyniki wyższe uzyskało zaledwie 14,1%, przy 39,1% z wynikiem niskim. Jest to wsparcie podobnie jak wartościujące, na poziomie przeciętnym. Reasumując, zarówno wsparcie informacyjne, instrumentalne, wartościujące i emocjonalne to poziom przeciętny. Generalnie poziom wsparcia otrzymywanego od przyjaciół na poziomie przeciętnym. Najwyżej ocenione wsparcie od innych chorych dializowanych, to wsparcie informacyjne (13,42) i jest to wsparcie przeciętne. Najwięcej osób otrzymywało wsparcie informacyjne na

poziomie wysokim (41,6%). Na kolejnym miejscu znalazło się wsparcie emocjonalne (14,35). Wyniki wysokie uzyskało 39,3%, najniżej i w tym przypadku, ocenione zostało instrumentalne. Wyniki wysokie otrzymało 5,6%, przy 68,5% z niskim. Reasumując, zarówno wsparcie informacyjne, wartościujące i emocjonalne to poziom przeciętny, instrumentalne niski. Generalnie poziom wsparcia otrzymywanego od innych chorych dializowanych na poziomie przeciętnym. Najwyżej ocenione wsparcie od personelu medycznego, to wsparcie informacyjne (10,01) i jest to wsparcie wysokie. Więcej osób otrzymywało wsparcie informacyjne na poziomie wysokim (82,6%). Na kolejnym miejscu znalazło się emocjonalne (11,85). Wyniki wysokie uzyskało 62,0%. Najniżej i w tym przypadku, ocenione zostało instrumentalne. Wyniki wysokie otrzymało 20,7%, przy 23,9% z niskim. Reasumując, zarówno wsparcie informacyjne i emocjonalne to poziom wysoki. Wsparcie instrumentalne i wartościujące to poziom przeciętny. Generalnie poziom wsparcia otrzymywanego od personelu medycznego na poziomie przeciętnym. Podsumowując, najwyżej oceniono wsparcie otrzymywane od małżonków, dalej od rodziny i personelu medycznego, najniżej ze strony innych chorych. Wsparcie informacyjne najwyżej oceniono od personelu medycznego, następnie od małżonków i rodziny, najniżej ze strony przyjaciół. Najwyżej oceniono wsparcie instrumentalne otrzymywane od małżonków, dalej rodziny i personelu medycznego, najniżej ze strony innych chorych. Najwyższe wsparcie wartościujące otrzymywano od małżonków, dalej od rodziny i personelu medycznego, najniższe ze strony innych chorych. Rozkład tabeli III ujawnia, że najwyżej oceniono wsparcie informacyjne (12,24). Wyniki wysokie osiągnęło 63,0%, niskie 3,3%. Na dalszej pozycji znalazło się wsparcie emocjonalne (12,25). Wyniki wysokie uzyskało 60,9%, niskie 13,0%. Zarówno wsparcie informacyjne jak emocjonalne to wynik przeciętny,



na granicy wysokiego. Najniżej oceniono wsparcie instrumentalne (16,16). Wyniki wysokie uzyskało 15,2%, niskie 25,0%). Zarówno wsparcie instrumentalne jak i wartościujące, to również poziom przeciętny. Generalnie poziom globalnego wsparcia społecznego badanych, to poziom przeciętny. Wyższe wyniki wsparcia społecznego oraz informacyjnego uzyskały kobiety. We wsparciu instrumentalnym, wartościującym i emocjonalnym, nieznacznie wyższe wyniki uzyskali mężczyźni. Najwyższe wsparcie społeczne osiągnęli badani w wieku 50-59 lat, z wykształceniem średnim/wyższym, mieszkańcy miasta i chorujący powyżej 12 miesięcy. Poziom wiedzy badanych pozostawał w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami wsparcia społecznego, informacyjnego, instrumentalnego i emocjonalnego (Tab. IV). Najwyższe wsparcie, uzyskiwali badani o wynikach wysokich poziomu wiedzy, najniższe o niskich. Wyniki akceptacji choroby nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami wsparcia społecznego i jego kategorii (Tab. V). Wyniki wsparcia wartościującego i emocjonalnego na granicy istotności. Wyższe wsparcie społeczne wraz z jego kategoriami uzyskiwali badani o wynikach przeciętnych akceptacji choroby, niższe wsparcie o wynikach niskich AIS.

### Dyskusja

Każda choroba przewlekła wiąże się z poczuciem dyskomfortu psychicznego i fizycznego. PNN rozwija się niejednokrotnie bezobjawowo i jej wykrycie, najczęściej w zaawansowanym stadium, jest dla pacjenta szokiem. Pojawiają się emocje wywołane zagrożeniem życia, dominuje lęk, rozpacz, przycięnienie oraz przerażenie. Poddanie się leczeniu metodą hemodializy, czasami żywotno, jest czynnikiem znacznie obniżającym jakość życia chorego. W istotny sposób wpływa na dotychczasowy styl życia. Konieczne stają się regularne wizyty w Stacji Dializ a choroba wymusza wiele ograniczeń, indukuje poczucie uzależnienia od aparatury oraz personelu. Większość pacjentów ma problem z odnalezieniem się w nowej, trudnej sytuacji. Utrata niezależności, narastające poczucie choroby, nawarstwianie problemów zdrowotnych może sprzyjać rozwojowi depresji, objawów lękowych lub zaburzeń snu. Istotną rolę w walce ze stresem a także podtrzymywaniu i potęgowaniu zasobów zdrowotnych odgrywa wsparcie społeczne. Prawidłowa relacja z innymi ludźmi, posiadanie bliskich więzi emocjonalnych pozwala szybciej pogodzić się z nową rzeczywistością i uruchomić dodatkowe pokłady energii. Może wpłynąć na wyższy stopień akceptacji choroby a tym samym umożliwić osiągnięcie optymalnego stanu zdrowia. Nawet jeżeli chory wydaje się być pogodzony ze swoim losem i akceptuje styl życia jaki choroba narzuca, to długotrwałe leczenie lub pogorszenie stanu zdrowia może wywołać reakcje niepożądane, jak apatia, zniechęcenie czy odmowa współpracy z personelem. Skuteczna pomoc jest możliwa, jeżeli umiejętnie zostanie uruchomiony i pobudzony potencjał zdrowotny jakim osoba chora dysponuje.

Celem podjętych badań było określenie wpływu otrzymywanego wsparcia na stopień

**Tabela III**  
**Statystyki wsparcia – wsparcie globalne.**  
Support statistics – global suport.

pozycja	społeczne	informacyjne	instrumentalne	wartościujące	emocjonalne
N	92	92	92	92	92
Średnia	55,37	12,24	16,16	14,72	12,25
Odch.Std.	14,476	3,287	4,018	4,002	5,169
Ufność -95%	52,37	11,56	15,33	13,89	11,17
Ufność +95%	58,36	12,92	16,99	15,55	13,32
Minimum	26,0	6,0	6,0	7,8	6,0
Maksimum	99,8	23,2	26,4	28,2	26,2
Dolny kwartyl	46,2	10,2	13,6	11,6	8,1
Mediana	52,2	11,6	15,8	14,1	10,7
Górny kwartyl	61,2	13,9	18,5	16,8	14,2

**Tabela IV**  
**Korelacje poziomu wiedzy i wyników wsparcia.**  
Correlation between disease acceptance and support results.

wsparcie	N	R	t(N-2)	poziom p
społeczne	92	0,249	2,444	0,016
informacyjne	92	0,217	2,110	0,038
instrumentalne	92	0,257	2,524	0,013
wartościujące	92	0,190	1,837	0,070
emocjonalne	92	0,243	2,375	0,020

akceptacji choroby, jako wyznacznika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia. Analiza przeprowadzonych badań ukazuje różny stopień wiedzy, akceptacji choroby oraz rodzaju otrzymywanego wsparcia. Podjęto próbę ustalenia czy poziom wiedzy zróżnicowany jest przez zmienne takie jak: płeć, grupy wiekowe, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz czas trwania choroby. Analiza badawcza składowych Skali wsparcia społecznego wykazała, że najwyższy poziom wsparcia chorzy otrzymują ze strony małżonka. W trudnych chwilach najbardziej pomocna jest rozmowa z rodzinną lub partnerem. Jedynie w przypadku wsparcia informacyjnego najwyższą oceniono wsparcie ze strony personelu, natomiast wsparcie instrumentalne, wartościujące oraz emocjonalne zostało zdominowane przez współmałżonka. Wielu autorów podejmowało problem wsparcia społecznego w przebiegu choroby przewlekłej. Na znaczącą rolę wsparcia ze strony rodziny wskazują badania Wiśniewskiej, oceniające zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne pacjentów leczonych nerkozastępczo. Mówią one o układzie wspierającym ze strony rodziny i najbliższego otoczenia chorego [4]. Wypracowanie u pacjenta poczucia akceptacji pomimo choroby, pomaga walczyć z obniżającym się poczuciem wartości. Współuczestnictwo w cierpieniu pozwala lepiej zrozumieć wybuch płaczu lub wściekłości. Pacjent może podzielić się swoimi obawami i niepokojami a otrzymane słowa wsparcia mogą być źródłem energii do zmagania się z chorobą. Brak wsparcia ze strony rodziny rodzi frustrację i poczucie małej wartości społecznej. Pojawienie się lęku powoduje skupianie się na własnych emocjach i zaniechanie dbałości o zlecenia,

**Tabela V**  
**Korelacje akceptacji choroby i wyników wsparcia.**  
Correlation of the level of knowledge and support results.

wsparcie	N	R	t(N-2)	poziom p
społeczne	92	0,091	0,868	0,388
informacyjne	92	0,060	0,573	0,568
instrumentalne	92	0,046	0,433	0,666
wartościujące	92	0,185	1,790	0,077
emocjonalne	92	0,185	1,783	0,078

czy prawidłowy styl życia. To z kolei utrudnia współpracę personelu z pacjentem i uniemożliwia prawidłowe leczenie. Znaczenie wsparcia społecznego przedstawia również Sapilak w grupie chorych dializowanych. Uzyskane przez niego wyniki ujawniają ujemną korelację poziomu wszystkich rodzajów wsparcia z objawami lęku i depresji. Zwraca uwagę na fakt, że korzystne dla pacjenta byłoby profesjonalne określenie poziomu wsparcia w czasie oceny chorych leczonych nerkozastępczo. Według autora konieczne jest działanie zmierzające do poszerzenia wsparcia społecznego dla najbardziej potrzebujących pacjentów w ramach funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej [5]. W badaniach holenderskich oceniających wsparcie młodych ludzi ze schyłkową chorobą nerek ukazano odmienne wyniki. Tutaj respondentami byli młodzi ludzie z zaawansowaną chorobą nerek, zgrupowani na dwutygodniowym obozie w towarzystwie kolegów poddanych leczeniu nerkozastępczemu. Otrzymane wsparcie rówieśników dodało młodzieży odwagi do walki z chorobą, pozwoliło poszerzyć wiedzę na temat schorzenia oraz dodało pewności siebie. Doświadczenie kolegów dializowanych wywarło pozytywny wpływ na młodzież w okresie predializy. Holendrzy nefrologzy proponują szerzenie takiej inicjatywy ze względu na bezpośrednie korzyści i uruchamianie zasobów własnych [6]. Można przypuszczać, że taka wysoka ocena wsparcia ze strony znajomych wiąże się bezpośrednio z młodym wiekiem badanych. Również w badaniach kanadyjskich poddających ocenie poczucie koherencji i satysfakcję życiową osoby dializowanej a wsparcie małżonka, zwraca się uwagę na ogromny wpływ wsparcia ze strony

współmałżonka na jakość życia i osiągniętą satysfakcją. Prawidłowe relacje małżonków, pomoc okazywana osobie chorej miała znaczący wpływ na proces adaptacji do życia z chorobą [7].

Analiza składowych skali AIS wskazuje na przeciętny poziom akceptacji choroby, tylko nieliczna grupa zdecydowanie akceptuje chorobę. Głównym problemem dla badanych jest poczucie bycia ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół oraz fakt, że ludzie przebywający w ich towarzystwie są zakłopotani z powodu ich stanu zdrowia. Do czynników niezwiązanych z chorobą, wpływających na stopień akceptacji zaliczamy również: wiek, płeć, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania. Wyższy poziom akceptacji prezentują mężczyźni. Wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z poziomem akceptacji choroby. Jako najczęstsze obawy związane z leczeniem hemodializą respondenci wskazali na utrudnienia związane z wyjazdami poza miejsce zamieszkania, dezorganizację dotychczasowego stylu życia, nawarstwianie się problemów zdrowotnych oraz kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń jakie niesie ze sobą choroba. Najmniej obaw budzi brak akceptacji ze strony znajomych. O sposoby radzenia sobie ze stresem mówi Wnuk-Złotowska, ocenie poddająca lęki osób dializowanych. Lęki pojawiające się w trakcie leczenia hemodializą znacząco obniżają jakość życia oraz negatywnie wpływają na współpracę chorego z zespołem terapeutycznym. Ciągły niepokój może doprowadzić do pojawienia się zmian somatycznych: bezsenność, bóle głowy, nasilenie problemów kardiologicznych bądź problemów z uregulowaniem ciśnienia krwi a tym samym do nawarstwiania problemów zdrowotnych. Autorka przedstawia najbliższych, rodzinę i personel medyczny jako główne grupy wsparcia. Uważa, że rodzina może odgrywać niebagatelną rolę, pod warunkiem, że została wcześniej przygotowana do życia z pacjentem leczonym nerkozastępczo. Istotne jest również wsparcie otoczenia w którym chory funkcjonuje. Zrozumienie sytuacji, w której znalazł się pacjent pozwala uniknąć wielu konfliktów wynikających z niewiedzy. Wsparcie osób z bezpośredniego otoczenia chorego wzmacnia samopoczucie psychiczne, obniża poziom lęku i/lub depresji oraz zmniejsza odczuwanie dolegliwości chorobowych. Dializoterapia wiąże się z występowaniem przykrych i uporczywych powikłań, które negatywnie wpływają na

samopoczucie zarówno w czasie dializy, jak również w okresie między dializami. Dlatego zespół terapeutyczny, pod opieką którego pozostaje pacjent w trakcie zabiegu hemodializy, stanowi istotną grupę wsparcia. Rozmowa z chorym, wnikliwa obserwacja, rozwianie wątpliwości go trapiących pozytywnie wpływa na postrzeganie rzeczywistości. Pacjent powinien być traktowany podmiotowo, każda czynność wykonywana przy nim powinna być wyjaśniona w sposób przystępny. Chory powinien również poznać sposoby radzenia sobie z dokuczliwymi objawami, co zmniejsza poczucie bezradności wobec choroby. Personel powinien mieć świadomość, że niekiedy negatywne emocje ulegają kumulacji. Ważne jest wówczas pozwienie na ich upust, nawet jeżeli odbędzie się to w formie krzyku czy płaczu, najistotniejsze jest to, aby chory własnych odczuć nie tłumił [8].

Reasumując, wsparcie dla chorego z PNN ma niebagatelny wpływ na każdym etapie choroby. Zapotrzebowanie na taką pomoc nasila się w sytuacji pogorszenia samopoczucia lub pojawienia się powikłań. Niestety chorzy nie mogą liczyć na profesjonalną pomoc ze strony psychoterapeutów. Dlatego tak istotne jest wsparcie ze strony najbliższych i personelu Stacji Dializ. Należałoby indywidualnie określić na jakie wsparcie w środowisku domowym chory może liczyć i w uzasadnionych przypadkach położyć szczególny nacisk na rozwijanie sieci wsparcia. Koniecznym wydaje się odpowiednie przygotowanie rodziny do roli osoby wspierającej. Zasadne wydaje się również poświęcenie czasu na edukację chorego i jego najbliższym w celu ułatwienia zmagania się z chorobą. Niski poziom wiedzy, jaki chorzy prezentują nie wpływa korzystnie na proces radzenia sobie z trudną rzeczywistością. Edukacja pacjenta powinna być nieodłącznym elementem opieki nad chorym i powinna być oferowana na każdym etapie choroby.

#### Wnioski.

1. Chorzy dializowani różnią się między sobą poziomem, rodzajem oraz siecią wsparcia społecznego. Najwyższy poziom wsparcia otrzymują badani z wysokim poziomem wiedzy, poddawani leczeniu hemodializą powyżej 12 miesięcy oraz z przeciętnym poziomem akceptacji choroby. Dominuje wsparcie emocjonalne oraz informacyjne, niżej natomiast oceniono wsparcie wartościujące oraz instrumentalne. Najwyższy poziom wsparcia otrzymują ze strony małżonka i rodziny.

2. Badanych z przewlekłą chorobą nerek, poddawanych leczeniu dializami, cechuje przeciętny poziom akceptacji choroby. Wyższy poziom prezentują mężczyźni oraz leczeni hemodializą powyżej 1 roku.

3. Wyższe wsparcie społeczne otrzymują pacjenci o przeciętnym stopniu akceptacji choroby.

4. Kobiety mają większą trudność z zaakceptowaniem przewlekłej choroby nerek, lepiej radzą sobie mężczyźni. Poziom akceptacji różnie wraz z czasem trwania leczenia nerkozastępczego.

5. Na poziom akceptacji choroby ma wpływ stopień przystosowania się do ograniczeń jakie z niej wynikają. Najbardziej chorzy obawiają się utrudnionych wyjazdów oraz dezorganizacji dotychczasowego stylu życia. Źródłem niepokoju dla badanych jest również niebezpieczeństwo nawarstwiania się problemów zdrowotnych.

6. Otrzymywane wsparcie powinno wpłynąć na poziom akceptacji choroby oraz metod jej leczenia i stosunek do życia. Węzi rodzinne i pozytywne relacje międzyludzkie pomagają w pokonywaniu trudności, zapobiegają bezsilności i zwiększają odporność na stres.

#### Piśmiennictwo

1. **Majkovicz M, Steciwko A, Sapilak BJ:** Problemy psychologiczne u pacjentów leczonych nerkozastępczo. W: Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej. Pod red. B. Rutkowskiego. Gdańsk: Via Medica, 2008: 488-494.
2. **Kmieciak-Baran K:** Skala wsparcia społecznego: teoria i właściwości psychometryczne. *Przeegl Psychol.* 1995; 38: 201-214.
3. **Juczyński Z:** Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 2001.
4. **Wiśniewska L, Paczkowska B, Białobrzaska B:** Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrol.* 2010; 3: 63-70.
5. **Sapilak BJ, Melon M, Hans-Wytrychowska A, Drobnik J, Susło R, Steciwko A:** Skala wsparcia społecznego – możliwości wykorzystania narzędzia na stacji dializ. *Fam. Med Prim Care Rev.* 2006; 8: 753-755.
6. **Sattoe JNT, Jedeloo S, van Staa A:** Effective peer-to-peer support for young people with end-stage renal disease: a mixed methods evaluation of Camp COOL. *BMC Nephrol.* 2013; 14: 279.
7. **Horsburgh ME, Rice VH, Matuk L:** Sense of coherence and life satisfaction: patient and spousal adaptation to home dialysis. *ANNA J.* 1998; 2: 219-228.
8. **Wruk-Złotowska A:** Lęki pacjentów dializowanych. *Pielęgl Pol.* 2006; 2: 158-166.