

Jakość życia chorych poddawanych przewlekłe leczeniu nerkozastępczemu – przegląd piśmiennictwa

Quality of life in patients subjected to chronic renal replacement therapy – literature review

MONIKA GĘTEK, NATALIA CZECH, AGNIESZKA BIAŁEK-DRATWA, KATARZYNA FIZIA, MAŁGORZATA MUC-WIERZGOŃ, TERESA KOKOT, EWA NOWAKOWSKA-ZAJDEL

Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Celem niniejszej publikacji jest zebranie piśmiennictwa dotyczącego jakości życia chorych przewlekłe poddawanych leczeniu nerkozastępczemu i porównanie wyników badań dotyczących tego problemu. Jakość życia w ostatnich latach stała się przedmiotem szczególnego zainteresowania i wielu badań. Przewlekła choroba nerek oraz sposoby jej leczenia mają znaczący wpływ na jakość życia. Leczenie nerkozastępcze ma na celu przedłużenie życia choremu wraz z poprawą jakości jego życia. Uwidoczniła się różnica między stanem zdrowia, który określany jest poprzez obiektywne stwierdzenie objawów, a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia, czyli subiektywną oceną pacjenta. Jest to więc ocena indywidualna, która może się zmieniać, w zależności od stanu pacjenta. Obecnie w medycynie jakość życia zaczyna zajmować również ważne miejsce jak długość życia, co wynika ze zmiany oceny efektów leczenia oraz większej świadomości chorych, którzy biorą aktywny udział w procesie leczenia. Badanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia stało się istotnym elementem badań klinicznych, których celem jest ocena skuteczności terapii. Szczególne znaczenie ma tu ocena jakości życia formułowana poprzez opis subiektywnego zadowolenia z fizycznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania jednostki. Liczne publikacje donoszą, że po przeszczepie nerki następuje poprawa nie tylko stanu somatycznego pacjentów, ale również jakości ich życia.

Słowa kluczowe: jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, hemodializa, przeszczep nerki

The aim of this publication is to bring together the literature on the quality of life in patients undergoing chronic renal replacement therapy and comparing the results of studies. Quality of life in recent years has been the subject of special interest and many studies. Chronic kidney disease and methods of treatment have a significant impact on the quality of life. Replacement therapy aims to prolong the life of the patient and to improve the quality of life. There is the difference between the health status determined by an objective statement of symptoms, and health-related quality of life, i.e. a subjective assessment of the patient. Thus it is a personal assessment, which may vary depending on the patient's condition. Currently in medicine, quality of life begins to become as important as life expectancy, resulting from a change in the assessment of treatment effects and a greater awareness of patients who are actively involved in the healing process. The study of the quality of life conditioned by the health status has become an important component of clinical trials designed to evaluate the effectiveness of therapy. Numerous publications have reported that kidney transplantation improves not only the somatic state of patients, but also the quality of their lives.

Key words: health related quality of life, hemodialysis, kidney transplantation

© Hygeia Public Health 2012, 47(2): 151-156

www.h-ph.pl

Nadano: 13.04.2012

Zakwalifikowano do druku: 21.05.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. n. med. Ewa Nowakowska-Zajdel

ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom

tel. 505 868 710, e-mail: ewanz@onet.eu, m.getek@gmail.com

Wykaz skrótów

QOL – Quality Of Life

HRQOL – Health Related Quality of Life

WHO – World Health Organization

MLDL – Munich Quality of Life Dimension List

BSI – Brief Symptom Inventory

K-22 – Questionnaire for Social Support – Short Form

SF-36 – Short Form 36

KDQOL-SF – Kidney Diseases Quality of Life – Short Form

WHOQOL 100 – World Human Organization Quality of Life 100

GFR – Glomerular Filtration Rate

MMSE – Mini-Mental State Examination

Wstęp

Jakość życia w ostatnich latach stała się przedmiotem szczególnego zainteresowania i wielu badań. Pojęcie „jakość życia” wprowadzono w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej po II wojnie światowej [1, 2]. Za pionierów w tej dziedzinie uważa się A. Campbell'a oraz F. Adreus'a i S. Whitney'a, którzy w 1971 rozpoczęli prace oceniające poziom zadowolenia z życia w społeczeństwie amerykańskim [1, 3].

Zainteresowanie tym tematem wynikało z dążenia do wszechstronnej poprawy warunków życia, ale

dotyczyło to głównie dóbr materialnych. Z czasem zaczęto zwracać uwagę także na inne aspekty takie jak edukacja, wolność, zdrowie czy szczęście.

Zagadnienie jakości życia w naukach medycznych pojawiło się w latach 70. ubiegłego stulecia, gdy WHO wprowadziło nową definicję zdrowia, gdzie zdrowie zostało określone jako „stan pełnego psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko braku choroby”. W odniesieniu do tej definicji, jakość życia związaną ze zdrowiem można rozpatrywać jako koncepcję wielopoziomową, reprezentującą rezultat wspólnego działania wszystkich fizjologicznych, psychologicznych i społecznych czynników wpływających na zdrowie [1, 2, 4].

Uwidoczniła się też różnica między stanem zdrowia, który określany jest poprzez obiektywne stwierdzenie objawów, a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia, czyli subiektywną oceną pacjenta. Jest to więc ocena indywidualna, która może się zmieniać, w zależności od stanu pacjenta.

Obecnie w medycynie jakość życia zaczyna zajmować równie ważne miejsce jak długość życia [1, 5, 6], co wynika ze zmiany oceny efektów leczenia oraz większej świadomości chorych, którzy biorą aktywny udział w procesie leczenia. W 1964 roku dr B. Scribner powiedział, że „dopóki pacjent z lekarzem byli sprzymierzeńcami w walce o przeżycie, tak długo problemy emocjonalne stały na drugim planie. Kiedy postęp techniczny i postępy medycyny zaowocują ‘zdrowszym pacjentem’ i groźba śmierci oddali się, dominować będą problemy emocjonalne”. Trafność tych słów odzwierciedla liczba opublikowanych prac z dziedziny nefrologii zajmujących się jakością życia oraz liczba badań klinicznych dotyczących skuteczności leczenia, gdzie badanie jakości życia zaczyna zajmować istotną pozycję [1, 5].

Przewlekła choroba nerek oraz sposoby jej leczenia mają znaczący wpływ na jakość życia chorego [1, 2, 3, 6]. Coraz doskonalsze metody leczenia, głównie substytucyjnego, jak dializoterapia i transplantacja, pozwalają obecnie wydłużyć życie pacjentom z niewydolnością nerek. Głównym celem terapii nerkozastępczej jest jednak nie tylko przedłużenie życia, ale również poprawa jakości życia pacjentów [1, 2, 5, 6, 7].

Jakość życia w przewlekłej niewydolności nerek

Jakość życia QOL (*Quality of Life*) jest definiowana jako „całościowa ocena samopoczucia jednostki w wymiarze funkcjonowania psychicznego, fizycznego i społecznego” [1, 5].

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia HRQOL (*Health Related Quality of Life*), zostało sformułowane na podstawie definicji zdrowia zaproponowanej przez WHO (*World Health Organi-*

zation), jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta” [1, 2, 3].

Podkreślono różnicę między stanem zdrowia, który oceniany jest obiektywnie, za pomocą stwierdzanych objawów, a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia, która jest subiektywnie oceniana przez pacjenta i może wykazywać zmienność w czasie [1, 2].

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest wielowymiarowym pojęciem i obejmuje ocenę dobrostanu fizycznego, psychicznego, socjalnego, duchowego i funkcjonalnego [1, 2, 3, 8].

Według WHO choroba przewlekła to wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają przynajmniej jedną z następujących cech: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, są spowodowane przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, długiego nadzoru, obserwacji lub opieki (1972) [1, 8].

Jakość życia w chorobach przewlekłych związana jest z szeroko pojętą rehabilitacją medyczną, zawodową i psychospołeczną, a jej poziom zależy od: rodzaju schorzenia i możliwości prowadzenia terapii, czasu trwania schorzenia, wieku chorego, indywidualnych warunków psychofizycznych i odporności chorego, zdolności chorego do podejmowania samoopieki, zasobów i wsparcia środowiskowego [1, 9].

Przewlekła choroba nerek oraz sposoby jej leczenia mają znaczący wpływ na jakość życia. Leczenie nerkozastępcze ma na celu przedłużenie życia choremu wraz z poprawą jakości jego życia [1, 2].

Badania wykazały, że udana transplantacja nerki istotnie podnosi jakość życia chorego [1, 2, 10]. Dializoterapia natomiast, głównie ze względu na stopień w jakim ogranicza aktywność fizyczną, wpływa ujemnie na ocenę jakości życia chorego. Procedura lecznicza wymaga poświęcenia 8 godzin dziennie przez prawie połowę roku [1, 2, 6]. Dodatkowo pacjenci dializowani narażeni są na dolegliwości bólowe i inne charakterystyczne dla tej terapii: wahania ciśnienia tętniczego, ogólne osłabienie mięśni, kurcze mięśni, świąd skóry, dreszcze, osłabienie, bóle i zawroty głowy, dolegliwości żołądkowe wraz z utratą apetytu, duszności i obrzęki [1, 2]. Wyniki badań nad jakością życia związaną ze zdrowiem u chorych przewlekłe hemodializowanych (Klinika Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Białymstoku) wskazują, że czynnikami odpowiedzialnymi za gorszą ocenę jakości życia są również choroby towarzyszące, wiek i płeć żeńska [1, 4].

Korzyści wynikające z przeszczepienia nerki, porównując z dializoterapią, to: prawie dwa razy dłuższa średnia długość życia pacjentów, wyeliminowanie dolegliwości i ograniczeń związanych z dializami oraz mniejsze ograniczenia dotyczące żywienia i przyjmowania płynów [1, 10].

Według badań przeprowadzonych przez Instytut Kardiologii w Warszawie na temat jakości życia pacjentów po przeszczepieniu nerki, pacjenci lepiej oceniali jakość swojego życia po przeszczepie w porównaniu z wynikami uzyskanymi przed zabiegiem. U 75% pacjentów stwierdzono poprawę globalnej jakości życia, 62% pacjentów odczuło poprawę w sferze fizycznej, a u 70% wystąpiły pozytywne zmiany w funkcjonowaniu psychicznym [1,10].

Negatywnymi następstwami przeszczepienia nerki są natomiast: lęk przed odrzuceniem przeszczepionego narządu, skutki uboczne stosowania leków immunosupresyjnych (mniejsza odporność, nadmierne owłosienie, uszkodzenie narządów wewnętrznych), oraz konieczność regularnych badań lekarskich, przyjmowania leków i samokontroli.

Do poprawy jakości życia chorych z przewlekłą niewydolnością nerek potrzebna jest jednak przede wszystkim ich akceptacja dla przewlekłego stanu chorobowego w jakim się znajdują [1, 2]. Potwierdzają to wyniki badań pt. „Czy jakość życia jest istotna dla chorych dializowanych? Na podstawie 3-letniej obserwacji pacjentów” przeprowadzonych w Akademii Medycznej we Wrocławiu, które mówią, że ocena jakości życia chorych poddawanych hemodializie bardzo silnie koreluje z poziomem depresji i lęku, a obserwowana poprawa jakości życia związana jest głównie z ewolucją tych cech oraz badania przeprowadzone w Akademii Medycznej w Warszawie na temat satysfakcji z życia i akceptacji choroby u pacjentów poddanych przeszczepowi nerki dowodzące, że zaakceptowanie istniejącej choroby i związanych z nią niedogodności jest ważnym wskaźnikiem wpływającym na jakość życia po przeszczepie nerki [1,3].

Leczenie nerkozastępcze

Celem leczenia nerkozastępczego jest zastąpienie funkcji nerek, które ustały w wyniku powstania nieodwracalnych lub okresowych zmian.

Głównymi metodami leczenia nerkozastępczego w przewlekłej niewydolności nerek są dializoterapia oraz transplantacja nerki.

Dializoterapia jest podstawową metodą, której poddawanych jest ok. 77% z 1,5 mln pacjentów na świecie leczonych terapią nerkozastępczą [11].

Wyróżnia się dwie metody dializoterapii: hemodializę, czyli dializę pozaustrojową oraz dializę otrzewnową, czyli wewnątrzustrojową.

Bezpośrednim wskazaniem do rozpoczęcia terapii nerkozastępczej jest obniżenie szacowanego stopnia przesączania kłębuszkowego poniżej 10 ml/min u chorych bez cukrzycy i poniżej 20 ml/min u chorych z cukrzycą [12].

Według danych krajowego koordynatora Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii w Polsce w roku 2006 poddanych dializoterapii zostało około 14 000 pacjentów [13]. Co roku przybywa 60 nowych dializowanych na milion mieszkańców, co stanowi wzrost o 7-10% rocznie [2,13]. W porównaniu do lat 80. dwudziestego wieku liczba pacjentów poddanych dializoterapii powiększyła się 27-krotnie. Dominującą terapią nerkozastępczą jest hemodializa, która stanowi 90% wszystkich procedur [13].

Przeszczep nerki jest najlepszą metodą leczenia nerkozastępczego. Każdy pacjent z nieodwracalną niewydolnością nerek powinien być rozważany jako potencjalny biorca przeszczepu nerkowego. Zabieg przeszczepienia nerki wykonuje się u chorych leczonych dializoterapią lub przed rozpoczęciem dializoterapii – przeszczepienie wyprzedzające. Narząd do przeszczepu uzyskuje się od żywego dawcy spokrewnionego z biorcą (przeszczep rodzinny) lub od zmarłego. Polskie prawodawstwo nie zezwala na przeszczepianie narządów od niespokrewnionego dawcy żywego [14].

Przegląd badań

Na ocenę jakości życia wpływ mają różne czynniki, zarówno obiektywne (stan zdrowia, obraz kliniczny i rozpoznanie, status społeczno-ekonomiczny, kontakty społeczne) jak i subiektywne (fizyczne, psychiczne, międzyludzkie, społeczne). Obszarami, które najczęściej podlegają analizie podczas oceny poziomu jakości życia, są stan somatyczny, sprawność fizyczna, samopoczucie psychiczne oraz relacje społeczne.

Liczne publikacje donoszą, że po przeszczepie nerki następuje poprawa nie tylko stanu somatycznego pacjentów, ale również jakości ich życia [5, 15].

Badania Milutinović'a i wsp. (1999) obejmujące 316 pacjentów po przeszczepie nerki wskazały, że 87,5% chorych po przeszczepie miało ogólną jakość życia lepszą niż przed, 40,8% chorych oceniło swoje fizyczne funkcjonowanie jako dobre, 73,1% uznało swoją psychiczną kondycję za bardzo dobrą, a tylko 4% jako złą. Kwestionariusz, którego użyto w badaniu, koncentrował się na ogólnej jakości życia, sferach fizycznej, psychicznej oraz seksualnej. Autorzy pytali również o indywidualny stosunek do przeszczepu oraz o jego skutki uboczne [16].

Reimer i wsp. (2002) przebadali 149 pacjentów dializowanych, czekających na przeszczep, 149 pacjentów po udanym przeszczepie nerki i 149 zdrowych, którzy stanowili grupę kontrolną. Pacjenci po przeszczepie ocenili jakość życia podobnie jak osoby zdrowe i lepiej niż osoby dializowane. Poprawa obejmowała zarówno ich funkcjonowanie fizyczne oraz psychiczne, nie dotyczyła jednak sytuacji socjalnej.

Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu *Munich Quality of Life Dimension List* (MLDL), *Brief Symptom Inventory* (BSI) i *Questionnaire for Social Support – Short Form* (K-22) [17].

Overbeck i wsp. (2005) objęli badaniem kwestionariuszem SF-36 76 pacjentów po przeszczepie nerki i 65 dializowanych, oczekujących na przeszczep. Chorzy po przeszczepie osiągnęli lepsze wyniki dla skal: funkcjonowanie fizyczne, ogólna percepcja zdrowia, funkcjonowanie społeczne oraz ogólna ocena zdrowia fizycznego [18].

Kaliciński (2004) zauważył, że większość pacjentów po przeszczepie odczuwa znaczną poprawę jakości życia, ale nie jest rzadkością występowanie okresów gorszego nastroju, czy nawet depresji [19]. Potwierdzają to badania Moons'a i wsp. (2003), którzy zbadali 350 pacjentów średnio 16,7 miesięcy po przeszczepie. Chorzy ocenili jakość swojego życia gorzej od osób zdrowych, oprócz dolegliwości bólowych. Mieli też wyższy wynik w skali Beck'a wskazujący na nasilenie objawów depresyjnych [20].

Podobne wyniki uzyskano w ramach badania przeprowadzonego przez Instytut Kardiologii w Warszawie (2007) na temat jakości życia pacjentów po przeszczepieniu nerki. Badaniami objęto 67 pacjentów po udanym przeszczepie nerki, którzy wypełniali kwestionariusz SF-36 dwa razy – przed przeszczepem w okresie dializ oraz rok po przeszczepie. U 75,4% pacjentów nastąpiła poprawa globalnej jakości życia, u 62,3% poprawie uległa ogólna ocena zdrowia fizycznego, a u 72,4% ogólna ocena zdrowia psychicznego. Wyniki nie zmieniły się u 10% badanych odnośnie oceny globalnej jakości życia, 21,3% odnośnie ogólnej oceny zdrowia fizycznego i u 14,6% na temat ogólnej oceny zdrowia psychicznego. Gorzej globalną jakość życia oceniło 14,6% pacjentów, ogólną ocenę zdrowia fizycznego 16,4%, a ogólną ocenę zdrowia psychicznego 13%. Duży odsetek gorzej oceniających swoje funkcjonowanie pacjentów autorzy tłumaczą tym, iż przeszczepienie nerki nie jest wyleczeniem pacjenta (schyłkowa niewydolność nerek jest nieuleczalna), a jedynie czyni przebieg choroby bardziej znośnym. Zostaje zwrócona również uwaga na aktywność zawodową, jako ważny obiektywny parametr oceniający jakość życia. Wśród badanych przed przeszczepem pracowało 45 osób, po zabiegu aktywnych zawodowo było 11 chorych (24,4%) [7].

Według badań Stefanovic'a (1999) tylko 37,5 % pacjentów po przeszczepie nerki uważało, że powrót do pracy będzie możliwy [21].

Wyniki badania przeprowadzonego w Akademii Medycznej w Białymstoku (2003) dotyczącego jakości życia związanej ze zdrowiem chorych leczonych przewlekłą hemodializą potwierdzają, że chorzy poddawani dializoterapii oceniają gorzej jakość swojego

życia, porównując do populacji ogólnej. Badaniem tym zostało objętych 52 pacjentów przewlekłe hemodializowanych, których czas dializ wynosił od 9 do 13,5 godzin na tydzień. Grupę kontrolną stanowiły 32 zdrowe osoby. Badanie przeprowadzono na podstawie kwestionariusza SF-36 oraz Wskaźnika Chorób Towarzyszących Charlson'a. Największe różnice średnich skorygowanych ocen 8 domen poruszanych w kwestionariuszu występują w domenie „ograniczenia emocjonalne”, gdzie średnia ocen badanych z grupy kontrolnej (GK) jest o 50% wyższa niż pacjentów hemodializowanych (HD) (GK – 81,1; HD – 41,1) oraz w domenie „ograniczenia fizyczne” (GK – 85,1; HD – 46,6). Najmniejszą różnicę można zaobserwować w ocenach domeny „funkcjonowanie fizyczne”, gdzie oceny są prawie równe (GK – 70,8; HD – 67). Autorzy wyciągają wniosek, że u chorych hemodializowanych ograniczenia fizyczne wynikają głównie z tego, iż pacjenci ci cierpią na więcej chorób towarzyszących w porównaniu do ich rówieśników z wydolnymi nerkami. Zwracają również uwagę na bardzo duże zdolności adaptacyjne do ograniczeń związanych z chorobą nerek u osób dializowanych w wymiarze ich funkcjonowania fizycznego [4]. Inne badanie dotyczące jakości życia pacjentów dializowanych przeprowadzonych w Akademii Medycznej we Wrocławiu wskazuje, że parametrem najsilniej wpływającym na obniżenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia był stopień w jakim choroba ograniczała zdolność wykonywania tych czynności, które wymagają od chorego aktywności fizycznej. Zauważono również, że ocena jakości życia chorych hemodializowanych bardzo silnie koreluje z poziomem depresji i lęku [3].

W kolejnej pracy autorzy z Akademii Medycznej we Wrocławiu badali różnice w ocenie jakości życia polskich i amerykańskich pacjentów dializowanych. Badaniem objęli 425 pacjentów z dolnośląskich stacji, 159 chorych na nerki pacjentów z różnych stron Stanów Zjednoczonych oraz 62 członków rodzin polskich pacjentów, stanowiących grupę kontrolną. Do pracy użyto kwestionariusza *Kidney Diseases Quality Of Life – Short Form* (KDQOL-SF). Porównanie wyników wskazuje na wyższą jakość życia w grupie pacjentów amerykańskich niż polskich. W 17 z 20 monitorowanych pozycji skali pacjenci amerykańscy wykazywali wyższe zadowolenie z oceny danego parametru. Najwyższe różnice odnotowano w ocenie zadowolenia z funkcji seksualnych (różnica 18,8%), ogólnej oceny zdrowia (różnica 18,2%) oraz oceny obciążenia chorobą nerek (różnica 16,7%). Polscy pacjenci wyżej ocenili wsparcie społeczne (różnica 9,16%), wsparcie ze strony personelu medycznego (różnica 4,08%) oraz skutki choroby nerek (różnica 1,89%). Sumaryczna średnia jakość życia była najwyż-

sza w grupie kontrolnej (73%), w grupie pacjentów amerykańskich wyniosła 59,2%, a w grupie polskich pacjentów 51% [6].

Według badania przeprowadzonego przez T. Weśłowskiego i P. Szybera z Akademii Medycznej we Wrocławiu (2004) dotyczącego jakości życia pacjentów chorych na przewlekłą chorobę nerek leczonych przeszczepieniem nerki nie we wszystkich aspektach jakości życia pacjentów chorych różni się od jakości życia ludzi zdrowych. Badanie zostało przeprowadzone na dwóch grupach: 200 pacjentach po przeszczepie nerki oraz 200 osobach zdrowych, na podstawie kwestionariusza WHOQOL 100. Znamienne wyższe średnie wartości ocen stwierdzono w grupie kontrolnej osób zdrowych w globalnej jakości życia oraz w dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, poziomu niezależności, a także w podskalach: energia i zmęczenie, sen i wypoczynek, myślenie, uczenie się, pamięć i koncentracja, samoocena, mobilność, czynności dnia codziennego, zdolność do pracy i nauki, aktywność seksualna, bezpieczeństwo, możliwość zdobywania nowych wiadomości i umiejętności oraz transport. W podskalach: ból i dyskomfort, negatywne uczucia oraz zależność od leków i leczenia większe wartości uzyskali pacjenci po przeszczepie nerki. Jakość życia chorych i osób z grupy kontrolnej nie różni się w dziedzinach: relacje społeczne, środowiskowa oraz duchowość/religia/osobiste przekonania, a także w podskalach: pozytywne uczucia, relacje społeczne, wsparcie społeczne, środowisko domowe, finanse, opieka zdrowotna i społeczna, uczestnictwo i możliwość korzystania z rekreacji, środowisko fizyczne i duchowość. W podskalach: samoocena, negatywne uczucia, aktywność seksualna i bezpieczeństwo jakości życia pacjentów po przeszczepie jest tylko nieco gorsza niż osób zdrowych, porównując do pozostałych aspektów gdzie różnica jest ogromna. Z czynników socjodemograficznych największy wpływ na ocenę jakości życia przez pacjentów po przeszczepie miał wiek, wykształcenie oraz aktywność zawodowa [22].

Molnar-Varga i wsp. (2011) w kohortowym badaniu udowodnili wpływ indywidualnej oceny jakości życia pacjentów po przeszczepie nerki na stan kliniczny i długość życia. W badaniu uczestniczyło 879 pacjentów po przeszczepie nerki. Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariuszy SF-36 i KDQOL-SF. Wyniki badania wskazują, że ocena ogólnego stanu zdrowia i jakości życia jest niezależnie związana ze zwiększonym ryzykiem zgonu u pacjentów po przeszczepie nerki [23].

Nitsch i wsp. (2011) w przekrojowym badaniu oceniali związek wielkości filtracji kłębuszkowej (GFR) z oceną jakości życia osób 75-letnich i starszych z populacji brytyjskiej (1,195 mężczyzn i 1,772 kobiet). Wyniki badania wskazały, że GFR < 45 wiąże się z obniżoną jakością życia badanych osób [24].

Fructuoso i wsp. (2011) oceniali jakość życia chorych poddawanych różnym formom terapii nerkozastępczej. W badaniu wzięło udział 30 pacjentów po przeszczepie nerki i 30 pacjentów poddawanych hemodializie i dializie otrzewnowej. Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariuszy SF-36 i KDQOL-SF. Wyniki badania wskazują, że pacjenci poddawani dializie otrzewnowej oceniają wyżej swoją jakość życia niż pacjenci poddawani hemodializie [25].

Conde i wsp. (2010) przebadali 27 pacjentów poddawanych dializie otrzewnowej, 30 poddawanych hemodializie, 32 w stadium przed dializami oraz 30 z nadciśnieniem tętniczym przy użyciu kwestionariuszy Mini-Mental State Examination (MMSE), SF-36 oraz Inwentarza Depresji Becka. Wyniki badania wskazują na brak różnic w jakości życia wśród badanych osób ze wszystkich grup [26].

Wyniki innego badania przeprowadzonego wśród 40 osób po przeszczepie nerki i 80 osób hemodializowanych wskazują, że pacjenci po przeszczepie nerki lepiej ocenili jakość swojego życia od pacjentów dializowanych w obrębie wszystkich badanych dziedzin. Czynnikiem socjodemograficznym, który w największym stopniu determinował ocenę jakości życia w obu badanych grupach była płeć. W obu badanych grupach kobiety lepiej oceniały jakość swojego życia. Wiek wpływał na ocenę jakości życia w grupie pacjentów po przeszczepie nerki: im młodsi pacjenci (22-34 lata) tym wyżej oceniona została jakość życia. W obu badanych grupach wykształcenie nie miało wpływu na ocenę jakości życia [1].

Według wyników większości badań płeć żeńska predysponuje do niższej oceny jakości życia.

Podsumowanie

Podsumowując warto jeszcze raz przytoczyć słowa dr B. Scribner'a: „dopóki pacjent z lekarzem byli sprzymierzeńcami w walce o przeżycie, tak długo problemy emocjonalne stały na drugim planie. Kiedy postęp techniczny i postępy medycyny zaowocują 'zdrowszym pacjentem' i groźba śmierci oddali się, dominować będą problemy emocjonalne”. Dzięki coraz liczniejszym badaniom dotyczącym jakości życia osób przewlekłe chorych jakość życia zaczęła zajmować równorzędne miejsce z długością życia.

Wyniki badań przytoczonych w tym artykule wskazują jednoznacznie, że przeszczep nerki – w porównaniu do dializoterapii – w znacznie mniejszym stopniu wpływa na jakość życia chorujących przewlekłe na niewydolność nerek. Jednak ze względu na kontrowersje istniejące wokół tematu transplantacji, w Polsce ciągle główną metodą leczenia nerkozastępczego jest dializoterapia.

Piśmiennictwo / References

1. Gętek M, Nowakowska-Zajdel E, Czech N i wsp. Jakość życia pacjentów dializowanych i po przeszczepie nerek. *Ann Acad Med Siles* 2010, 64(5-6), 23-30.
2. Rutkowski B (red). Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa. *Via Medica*, Gdańsk 2008.
3. Sapiłak BJ, Kurpas D, Steciwko A i wsp. Czy jakość życia jest istotna dla chorych dializowanych? Na podstawie 3-letniej obserwacji pacjentów. *Probl Lek* 2006, 45(3): 89-93.
4. Hryszko T, Barczyk M, Mazerska M i wsp. Jakość życia związana ze zdrowiem przewlekle hemodializowanych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2003, 7(1): 45-48.
5. Hryszko T, Myśliwiec M. Jakość życia chorych dializowanych. *Nefrol Dializoterap Pol* 2000, 4(2): 73-76.
6. Sapiłak BJ, Kurpas D, Steciwko A i wsp. Ocena jakości życia chorych przewlekle leczonych nerkozastępczo przy użyciu kwestionariusza KDQOL-SF – różnice między populacją pacjentów polskich i amerykańskich – na podstawie badań własnych. *Famil Med Primary Care Rev* 2005, 7(3): 646-652.
7. Manitiusz J, Sulikowska B. Wpływ leczenia farmakologicznego na jakość życia u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. *Nefrol Dializoterap Pol* 2001, 5(2): 67-69.
8. www.who.int
9. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(4): 467-470.
10. Wójcicka M, Korabiewska I, Tylka J. Jakość życia pacjentów po przeszczepieniu nerki. *Fizjoterap Pol* 2007, 7(4): 409-418.
11. Czekański S. Przewlekła choroba nerek – przewlekła niewydolność nerek w Polsce i na świecie. *Przew Lek* 2007, 1: 10-16.
12. Rutkowski B. Dializoterapia w XXI wieku. *Post Nauk Med* 2003, 16: 1-2.
13. Zdrojewski Z. Poprawa efektywności leczenia nerkozastępczego chorych z krańcową niewydolnością nerek. *Forum Nefrol* 2008, 1, 1: 13-21.
14. Pietrzyk AJ, Dyras P. Techniki nerkozastępcze. *Ogólnopol Prz Med* 2006, 4: 38-41.
15. Klinger M. Farmakoekonomika. *Post Nauk Med* 2003, 1-2: 17-20.
16. Milutinovic D, Hadzi-Djokic J, Blagojevic-Lazic R. Quality of life after kidney transplantation. *Acta Chir Jugosl* 1999, 46(1): 35-7.
17. Reimer J, Franke GH, Lutkes P. Quality of life in patients before and after kidney transplantation. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002, 52(1): 16-23.
18. Overbeck I, Bartels M, Decter O. Changes quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc* 2005, 37(3): 1618-1621.
19. Kaliciński P. Życie toczy się dalej. Informator dla pacjentów przed i po przeszczepie nerki. Fujisawa, Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, Fundacja Rozwoju Chirurgii Dziecięcej Poltransplant, Warszawa 2004.
20. Moons P, Vanrenterghem Y, Van Hooff JP. Health-related quality of life and symptom experience in tacrolimus-based regimens after renal transplantation: a multicentre study. *Transpl Int* 2003, 16(9): 653-64.
21. Stefanovic V, Milojkovic M. Effects of physical exercise in patients with end stage renal failure, on dialysis and renal transplantation: current status and recommendations. *Int J Artif Organs* 2005, 28(1): 8-15.
22. Wesołowski T, Szyber P. Zastosowanie kwestionariusza WHOQOL 100 jako próba obiektywnej oceny jakości życia u chorych na przewlekłą niewydolność nerek leczonych przeszczepem nerki. *Pol Merk Lek* 2004, 99: 260-6.
23. Molnar-Varga M, Molnar MZ, Szeifert L, et al. Health-related quality of life and clinical outcomes in kidney transplant recipients. *Am J Kidney Dis*. 2011, 58(3): 444-52.
24. Nitsch D, Mann AG, Bulpitt C, et al. Impairment of kidney function and reduced quality-of-life in older people: a cross-sectional study. *Age Ageing* 2011, 40(3): 381-7.
25. Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, et al. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrol* 2011, 31(1): 91-6.
26. Condé SA, Fernandes N, Santos FR, et al. Cognitive decline, depression and quality of life in patients at different stages of chronic kidney disease. *J Bras Nefrol* 2010, 32(3): 242-8.