

Urszula MARCINKOWSKA¹
Bożena ZABIEGAJ^{1,2}
Halina KULIK³

¹Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego
w Dąbrowie Górniczej
Rektor:
Prof. dr hab. n. med. Janusz Bohosiewicz

²Fresenius Nephrocare polska Sp. Z o.o.,
Centrum Dializ Fresenius, Ośrodek Dializ nr 18
w Krakowie

³Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Katedra i Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa
Kierownik:
Dr n. hum. Halina Kulik

Słowa kluczowe:

- hemodializa
- wsparcie
- wsparcie profesjonalne
- relacje pacjent-lekarz

Key words:

- hemodialysis
- support
- professional support
- patient-doctor relation

Interakcje społeczne i wsparcie społeczne u chorych leczonych nerkozastępczo metodą hemodializy. Część 2. Profesjonalna i pozaprofesjonalna struktura pomocy udzielanej pacjentom leczonym nerkozastępczo metodą hemodializy

Wprowadzenie: Leczenie nerkozastępcze ogranicza możliwości psychospołeczne chorego, który wymaga wsparcia w różnych jego odmianach. Wsparcie emocjonalne oferowane zarówno przez rodzinę, jak i personel medyczny pozwala na odoreagowanie negatywnych emocji, zapobiega stanom depresyjnym, poczuciu osamotnienia.

Celem pracy była ocena poziomu wsparcia i struktury pomocy, na jakie może liczyć pacjent leczony nerkozastępczo ze strony personelu medycznego oraz w ramach nieprofesjonalnych sieci wsparcia.

Materiał i Metodyka: Przy zastosowaniu autorskiego kwestionariusza przebadano 260 pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, leczonych nerkozastępczo metodą hemodializy; 40% to mężczyźni, a 60% kobiety. Średni wiek ankietowanych: 66,63 lata (SD=12,36).

Wyniki: Wśród badanych, 68% stwierdziło, że są zadowoleni z kontaktów pozarodzinnych z innymi ludźmi, natomiast 53% pacjentów, niezależnie od płci, uznało, że choroba nie miała wpływu na ich kontakty towarzyskie. Połowa badanych (51%) stwierdziła, że w sytuacji bycia chorym nie prosi nikogo o pomoc. Jedynie 22% rozmawia z lekarzem na każdej wizycie na temat swych odczuć i obaw, 19% osób w ogóle nie rozmawia z lekarzami o swych obawach związanych z chorobą. Udział w spotkaniach grup typu stowarzyszenia pacjentów, grupy religijne, kluby seniora, kluby sportowe zadeklarowało zaledwie 12% pacjentów, niezależnie od płci i wieku. Aż 67% ankietowanych pacjentów stwierdziło, że ich sytuacja materialna uległa pogorszeniu od momentu, gdy zachorowali.

Wnioski: 1. Chorzy leczeni przewlekle hemodializami nie stanowią dla siebie źródła wsparcia, często ich relacje ograniczają się do wspólnego oczekiwania na zabieg, transportu i luźnych rozmów. 2. Pacjenci leczeni nerkozastępczo nie angażują się w działalność organizacji samopomocowych i pozarządowych. 3. Co 5. pacjent nie rozmawia ze swoim lekarzem na temat swej choroby.

(NEFROL. DIAL. POL. 2018, 22, 153-157)

Social interactions and social support among hemodialysed patients. Part 2. Professional and unprofessional structure of help for hemodialysed patients

Introduction: Hemodialysis limits an ill men' everyday life and this men needs many types of support. The emotional support offered both by family and medical staff decreases negative emotions, prevents depression and sense of loneliness.

The aim of the study was an evaluation of the structure and the level of social support giving hemodialysis patients by medical staff and other informal groups.

Material and Methods: With using original questionnaire 260 patients with end-stage renal disease (ESRD), treated by hemodialysis were studied. Among researched group 40% were men, and 60% women. The average age: 66.63 years (SD=12.36).

Results: Among studied patients 68% claimed, that they are satisfied with out of the family relationship and 53% of patients, independent on sex, said that their illness has not impact on social relations. Half of studied patients (51%) declared that they do not ask anyone for help in situations to be ill. Only 22% of patients talk about their feelings and apprehensions every time when they are on a medical visit, but 19% do not talk at all about their fear connected with

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów

Otrzymano: 27.08.2018
Zaakceptowano: 19.09.2018

Adres do korespondencji:

Dr nauk hum. Urszula Marcinkowska
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego
ul. Kościelna 6, 41-300 Dąbrowa Górnicza
tel. 32 264 74 75, 512 122 318
e-mail: umarcinkowska@interia.pl

disease. Only 12 % of patients, independent on sex and age, declared participation in religious groups, patient's groups, senior's clubs or sport clubs. Among respondents, 67% claimed, that their material situation getting worse since they become ill.

Conclusions: 1. Hemodialysis patients are not the mutual support group, their relation are limited to waiting for hemodialysis, transport and casual conversation. 2. Hemodialysis patients do not engage in self-help group and non-profit organizations. 3. Every fifth patient does not talk with doctors about kidney disease.

(NEPROL. DIAL. POL. 2018, 22, 153-157)

Wprowadzenie

Schyłkowa niewydolność nerek i leczenie nerkozastępcze ogranicza możliwości psychospołeczne chorego, który wymaga wsparcia w różnych jego odmianach. Wsparcie emocjonalne zarówno oferowane przez rodzinę, jak i personel medyczny pozwala na odreagowanie negatywnych emocji, zapobiega stanom depresyjnym, poczuciu osamotnienia, sprzyja przestrzeganiu zaleceń lekarskich oraz motywuje do samo opieki [1]. Wsparcie ze strony profesjonalistów, szczególnie psychologa przynosi radykalne zmiany w postrzeganiu własnej niepełnosprawności [2]. Aktywne wsparcie, okazywanie zrozumienia, dostarczanie wsparcia informacyjnego oraz instruktaż są tymi działaniami, które ułatwiają dostosowanie się do nowych zasad życia poddanych metodą leczenia [3]. W tej grupie chorych często występuje depresja, dlatego też działania zespołu terapeutycznego powinny być skierowane na ten problem, a właściwa pomoc poprzez edukację, skierowanie czynów na działania o charakterze prozdrowotnym mają zasadnicze znaczenie w zmaganiach z terapią nerkozastępczą [4].

Profesjonalne źródła wsparcia wiążą się z różnego rodzaju komplikacjami, które mogą wynikać z braku zaufania osoby potrzebującej do osób postronnych, będących reprezentantami instytucji społecznych. Są one powoływane przez odpowiednie organy administracji rządowej, a ich działania zmierzające do poprawy sytuacji życiowych osób potrzebujących są realizowane poprzez współpracę z or-

ganizacjami społecznymi, pozarządowymi, kościołem, osobami fizycznymi, itp. na zasadzie wzajemnego partnerstwa [5]. Człowiek może jednak obawiać się ingerencji w osobiste problemy, ośmieszenia, obmowy czy uzależnienia od osób, które reprezentują instytucje choćby miały się one okazać znaczące dla lepszego bytu, wyrównania życiowych szans i integracji społecznej [6]. Dlatego też ważnym elementem w sieciach społecznych w odniesieniu do wsparcia pozainstytucjonalnego są znajomi, przyjaciele oraz współpracownicy czy sąsiedzi.

Cel badania

Celem pracy było określenie wybranych aspektów wsparcia i pomocy ze strony źródeł profesjonalnych-medycznych oraz pozaprofesjonalnych doświadczanych przez pacjentów leczonych nerkozastępczo metodą hemodializy.

Materiał i Metodyka

Badaniem objęto 260 pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, leczonych nerkozastępczo metodą hemodializy; 40% (104 osoby) grupy badanej to mężczyźni, a 60% (156 osoby) kobiety. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 66,63 lata (SD=12,36), przy czym minimalny wiek osoby badanej to 25 lat, a maksymalny 94 lata (leczeniem hemodializami objęci są chorzy niezależnie od wieku, który do niedawna stanowił przeszkodę kwalifikacji do tego typu leczenia). Wśród respondentów 37% to osoby mieszkające na wsi, osoby zamieszkujące na terenie miast stanowiły 63%.

Wśród ankietowanych pacjentów najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (40%), z wykształceniem średnim było 27,5% osób, podstawowym 18,5% osób, natomiast z wykształceniem wyższym 14% osób. W badanej grupie pracowało zawodowo jedynie 7,5% pacjentów, rencistami było 36,5% osób. Emeryci stanowili najliczniejszą grupę -53%, a jako *bezrobotny* określiło się 3% osób.

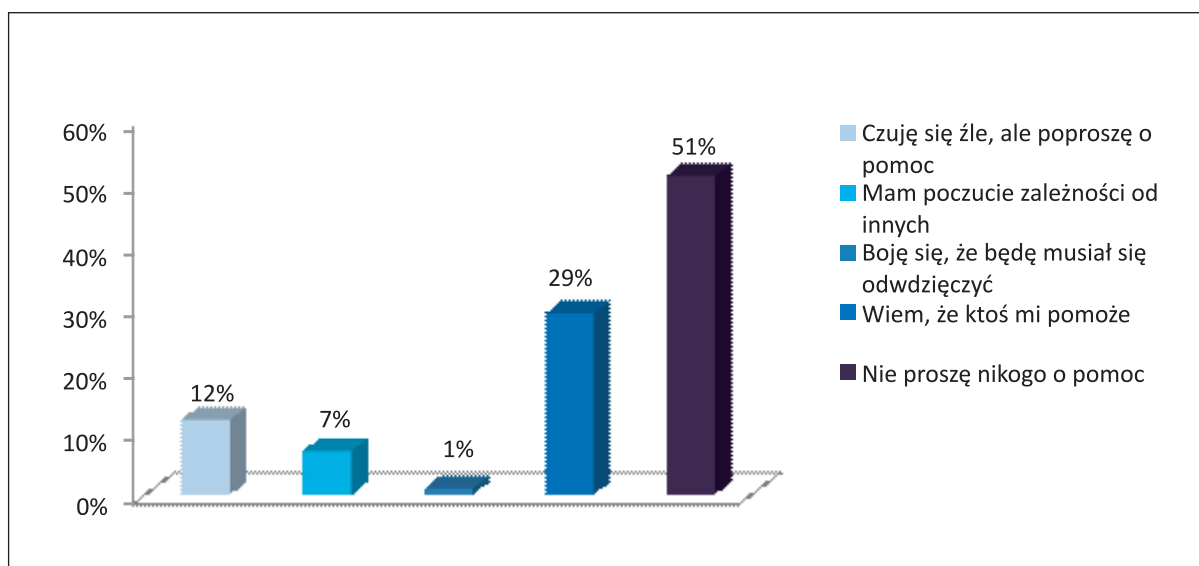
Metodologia badań została opisana w części pierwszej zatytułowanej: Kondycja emocjonalna chorych i relacje wewnątrzrodzinne.

Wyniki

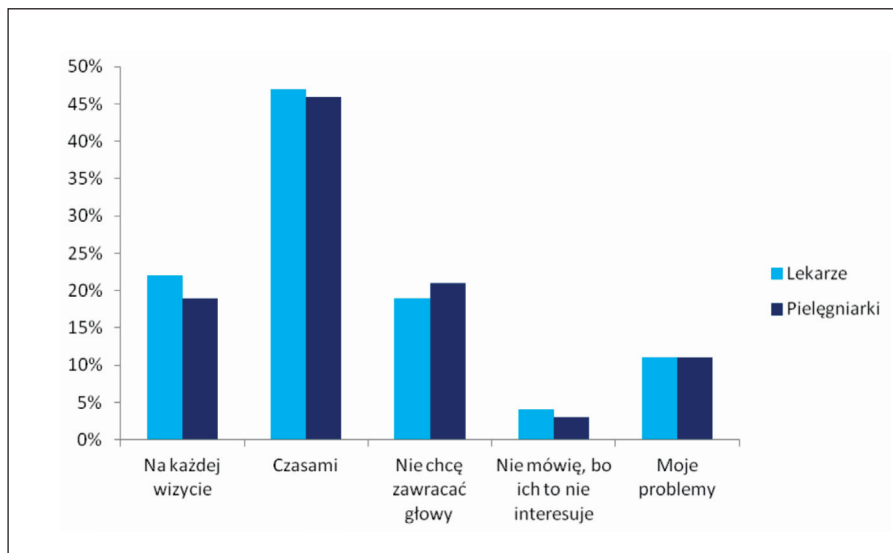
Nieco ponad połowa badanych (53%), niezależnie od płci, uznała, że choroba nie miała wpływu na ich kontakty towarzyskie. Wśród badanych 58% osób stwierdziło, że lubi mieć zawsze kogoś w pobliżu, jednak zdaniem 15% zdarzają się sytuacje, gdy inni ludzie im przeszkadzają. Były też osoby, które lubią przebywać same – 14% badanych.

Zadano także pytanie dotyczące zadowolenia z kontaktów z innymi ludźmi, poza rodziną. Większość badanych – 68% odpowiedziała, że są zadowoleni z kontaktów z innymi. 19% jest niezadowolonych z tych kontaktów, natomiast pozostali badani (13% pacjentów), stwierdzili, że jest im obojętne, czy mają ludzi wokół czy nie.

Zapytano pacjentów co sądzą o konieczności zwracania się z prośbą o pomoc do innych osób (Ryc. 1). Połowa badanych (51%) stwierdziła, że w sytuacji bycia chorym nie prosi nikogo (członków

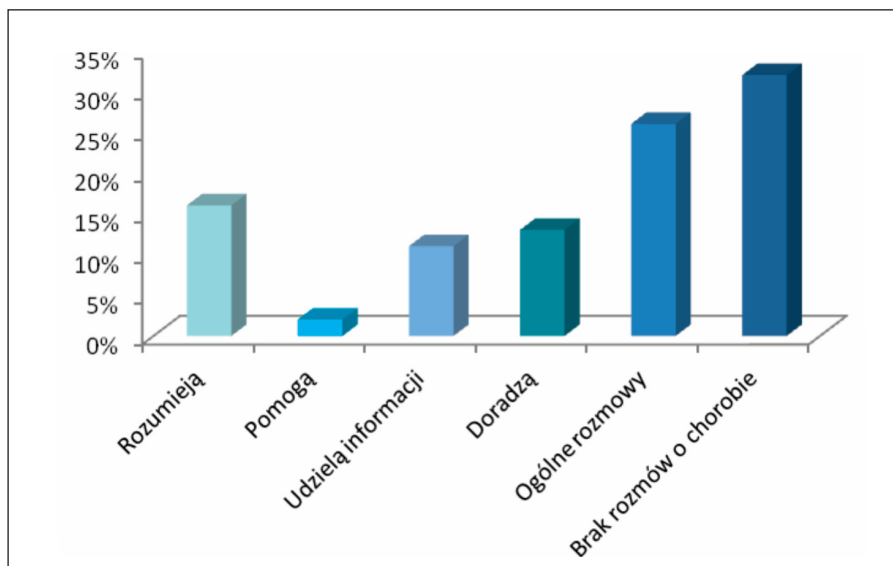


Rycina 1. Reakcje pacjentów hemodializowanych na sytuację choroby wymagającą zwrócenia się do innych osób o pomoc (N=260). Patient reactions on their disease, when they need a help from other people (N=260).



Rycina 2. Rozmowy pacjentów o swych emocjach i obawach z personelem medycznym podczas wizyt w stacji dializ (N=260).

Conversation between patients-medical staff about patient's emotions during medical visit (N=260).



Rycina 3. Rodzaje wsparcia otrzymywanego ze strony innych pacjentów (N=260).

Types of support received from other patients (N=260).

rodziny, znajomych, personelu medycznego itp.) o pomoc.

Zmienne socjodemograficzne: płeć, miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia nie miały wpływu na powyższe odpowiedzi.

Następnie zadano pytania dotyczące relacji interpersonalnych z personelem medycznym – lekarzami i pielęgniarkami. Wyniki dla obu profesji przedstawiono na rycinie 2.

Jak wynika z badań jedynie 22% rozmawia z lekarzem na każdej wizycie na temat swych odczuć i obaw, 19% osób nie rozmawia z lekarzami o swych obawach związanych z chorobą, ponieważ nie chce zwracać głowy osobistymi problemami. Być może jest to związane z tym, że jedynie 23% pacjentów zadeklarowało, że posiada niewystarczający poziom wiedzy na temat swej choroby, pozostali badani (77%) natomiast określili ten poziom jako wystarczający.

Zapytano osoby badane pod jakimi postaciami otrzymują wsparcie ze strony innych pacjentów podczas wizyt w stacji dializ (Ryc. 3). Najczęściej są to rozmowy na ogólne tematy (28%), a jedynie 2% pacjentów uważa, że otrzymuje realną, namacalną pomoc ze strony innych pacjentów.

Pacjenci wypowiedzieli się na także temat wsparcia spostrzeganego. 67% osób jest przekonanych o tym, że mogą liczyć na pomoc finansową ze strony członków rodziny, gdyby takowej pomocy potrzebowali. 18% osób nie może na taką pomoc liczyć, natomiast 15% badanych nie wie czy otrzymali by pomoc finansową od członków swej rodzin, gdyż nigdy o nią nie prosili. Wsparcie materialne jest o tyle ważne, że spośród osób, które wzięły udział w badaniu 67% stwierdziło, że ich sytuacja materialna uległa pogorszeniu od momentu, gdy zachorowali.

Zaledwie 12% osób, niezależnie od płci i wieku, zadeklarowało udział w spotkaniach grup typu stowarzyszenia pacjentów, grupy religijne, kluby seniora, kluby sportowe.

Znaczna liczba pacjentów uczestniczy jednak w mszach świętych i nabożeństwach. Regularny udział zadeklarowało 38% osób, a od czasu do czasu 36% badanych. W nabożeństwach religijnych nie uczestniczy 26% respondentów, co zazwyczaj jest usprawiedliwiane stanem zdrowia. Wielu pacjentów korzysta natomiast z mediów i pośrednio uczestniczy w obrzędach liturgicznych.

Dyskusja

Osobami, które mają zasadniczy wpływ na przebieg leczenia i samopoczucie chorego są lekarz i pielęgniarka. Ich wzajemne relacje, dobra komunikacja i skuteczne działania wpływają pozytywnie na pacjenta, dając mu poczucie bezpieczeństwa, nadziei i zrozumienia. Wszelkstronna opieka, wspólnie realizowany cel, partnerstwo, wykorzystanie wiedzy i doświadczeń są tymi składowymi, które cechują dobry zespół [7]. Te same cechy powinny cechować również zespół terapeutyczny. Satysfakcja z kontaktów z personelem medycznym jest zasadniczym elementem skutecznej terapii i mobilizacji wewnętrznych sił pacjenta.

Analizy obejmujące zagadnienia wsparcia społecznego odnoszą się do roli zespołu terapeutycznego i dotyczą szczególnie wsparcia informacyjnego i instrumentalnego. Jak wskazują najnowsze badania międzynarodowe, pacjenci oceniają otrzymywaną opiekę medyczną jako dobrą, a nawet znakomitą, jednak na poziomie średnim oceniają wsparcie informacyjne [8]. Tendencja ta została potwierdzona w badaniach własnych, gdzie wykazano, że jedynie nieco ponad 1/5 pacjentów na każdej wizycie rozmawia z personelem medycznym o swych obawach i wątpliwościach związanych z chorobą, przy czym nieznacznie częściej rozmowy tego typu prowadzone są z pielęgniarkami niż lekarzami. Tymczasem to właśnie odpowiedni poziom informacji o terapii, obok wieku, stopnia zaawansowania choroby oraz wsparcia społecznego, decyduje o podjęciu terapii przez pacjentów wymagających dializ [9].

Lekarz w swej pracy z chorym realizuje przede wszystkim działania o charakterze wsparcia informacyjnego: diagnostyczne, terapeutyczne i perswazyjne [10]. Postawienie diagnozy, przekazanie informacji na temat możliwych sposobów leczenia, skutków ubocznych terapii i stosowanych leków, udzielenie porad, wskazanie metod postępowania są istotne w zrozumieniu przez chorego sytuacji w jakiej się znalazł. Nadmiar informacji dostarczanych pacjentowi na początku terapii, nadużywanie medycznej terminologii, może mieć skutek uboczny w postaci lęku, obawy i wycofania. Dlatego lekarz musi stworzyć taką atmosferę życzliwości, zrozumienia, akceptacji pacjenta, kierując się własną intuicją i rozważą aby

przekazywane informacje, szczególnie te niekorzystne były dawkowane stopniowo [11]. Poprzez wspieranie chorego, zapewnienie komfortu psychicznego, budowanie emocjonalnej więzi, okazanie szacunku, czuły gest i dotyk, pacjent odczuwa wsparcie, które może mieć kluczową rolę w postrzeganiu zagrożenia jakim jest choroba. Pacjent ma czuć się partnerem w relacjach z lekarzami, których interwencje mają mieć nie tylko charakter instrumentalny ale także psychoterapeutyczny [12].

Z kolei najważniejszym zadaniem pielęgniarki jest stworzenie takich warunków opieki, aby osoba będąca podmiotem działań czuła się bezpiecznie i komfortowo. Aktywne słuchanie, wyjaśnianie wszelkich wątpliwości, cierpliwość, życzliwość, szacunek, obecność przy chorym, to najprostsze metody udzielania wsparcia. O roli pielęgniarki na różnych etapach przewlekłej niewydolności nerek wypowiedziały się Wojtaszek i Matuszkiewicz-Rowińska zwracając szczególną uwagę na edukację pacjentów, motywację chorych, informowanie oraz działania nacechowane empatią, które mogą stanowić o dobrym samopoczuciu chorych podczas realizacji zasadniczego procesu leczenia [13]. Również pewne zalecenia dla pielęgniarek wystosowali Asti i wsp., którzy w swym badaniu oceniającym poczucie samotności, wsparcia społecznego i depresji wywnioskowali, że chorzy samotności nie doświadczają, ale zasadnicze znaczenie zapobieganiu temu stanowi przypisali pielęgniarkom, które chorych muszą wspierać chorych w sposób optymalnie skuteczny [14].

Pielęgniarki powinny chorych wspierać w sposób szczególny, zwracając uwagę na emocjonalną kondycję pacjenta, co ma zapobiegać izolacji społecznej i samotności [15]. Pewne trudności w realizacji działań pielęgniarek dializacyjnych zauważył już w 1990 roku Spencer, dostrzegając znaczne obciążenie pracujących na salach dializacji pielęgniarek. Jego zdaniem praca pielęgniarek wynikająca z przygotowania specjalistycznej aparatury, przeprowadzenia zabiegu zgodnie ze zleceniem lekarza, ogranicza w dużej mierze czas poświęcony wyłącznie dla pacjenta [16].

Pacjenci- osoby o podobnych problemach- powinny być dla siebie źródłem wsparcia, o czym pisze Bereza [17]. Badania własne wskazują, że zaufanie do otoczenia społecznego ma ograniczony zasięg, to spore grono pacjentów rozmawia z innymi dializowanymi (jedynie 1/3 badanych nie rozmawia z innymi pacjentami podczas wizyt w stacji dializacji). Wzmocnienie poczucia własnej wartości, podzielenie się ważnymi informacjami i doradzenie jak postępować mają istotne znaczenie w zmaganiach z nieuleczalną chorobą, na co wskazuje Wysocka, uwzględniając również formy wsparcia online [18]. Nie można nie zauważać również działalności stowarzyszeń pacjentów dializowanych. Przykładem jest Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych z siedzibą w Krakowie.

Podnoszenie świadomości pacjentów, wspieranie w celu zapobiegania izolacji chorych, wspieranie opiekunów i członków rodziny są podstawowymi działaniami podejmowanymi przez tę organizację [19]. Niestety badania własne wykazały niktę zainteresowanie tego rodzaju przynależnością.

Analizując zaangażowanie chorych w udział w nabożeństwach i spotkania o charakterze religijnym badania własne sugerują stosunkowo duży udział w tego rodzaju aktywności. Jest to korzystna tendencja, gdyż kształt życia duchowego stanowi ważny element w terapii. Spinali i wsp. oceniali poziom wsparcia społecznego, duchowości w odniesieniu do jakości życia badanych i wykazali, że duchowość i zaangażowanie religijne odgrywa znaczenie w odniesieniu do chorych dializowanych dając im wyższy poziom wsparcia [20].

Dla większości osób badanych w badaniach własnych źródłem utrzymania była emerytura oraz renta. Prawidłowość tę potwierdzają badania Chojak-Fijałki i Smoleńskiego [7]. Często jednak te świadczenia są niewystarczające, gdyż zmiana stylu życia, rezygnacja z pracy, dostosowanie się do reżimu dietetycznego i konieczność zakupu niezbędnych leków sprawia, że chorzy oceniają swą sytuację materialną jako przeciętną [8]. Badania własne potwierdziły pogorszenie sytuacji materialnej u ponad połowy respondentów, a swą sytuację materialną jako złą ocenił co 10 pacjent.

Należy zwrócić uwagę na nie zawsze dostrzegany fakt – wsparcie może mieć również skutki negatywne, wynikające przede wszystkim z cech osobowości osoby w wspieranej. Nadmierne uzależnienie od udzielanej pomocy ma wpływ destrukcyjny, powodując swego rodzaju zamknięcie w „klatce” pomocy. Osoby te stają się jakby ubezwłasnowolnione, niechętnie podejmując jakiegokolwiek działania zaradcze. Z kolei osoby o wysokim poczuciu własnej godności, pomimo ofiarności innych, nie potrafią, wręcz nie umieją czerpać z tych zasobów w obawie przed utratą autonomii [21]. Badania własne wskazują, że połowa badanych nie prosi nikogo o pomoc, mimo, że znajduje się w sytuacji, która tej pomocy wymaga.

Wnioski

1. Choroba przewlekła, nieuleczalna i leczenie nerkozastępcze pod postacią hemodializy wpływa na kontakty społeczne osób badanych, w znacznej mierze utrudniając codzienne funkcjonowanie i kontakty interpersonalne
2. Chorzy leczeni przewlekłe hemodializami nie stanowią dla siebie źródła wsparcia. Pomimo podobnych doświadczeń, diagnozy, podobnych problemów zdrowotnych, społecznych i emocjonalnych w większości przypadków ograniczają swoje relacje do wspólnego oczekiwania na zabieg, transportu i rozmów prowadzonych jedynie dla wypełnienia wolnego czasu.

3. Pacjenci leczeni nerkozastępczo, niezależnie od wieku, płci czy poziomu wykształcenia nie angażują się w działalność organizacji samopomocowych i pozarządowych prowadzonych na rzecz osób chorych przewlekle. Może to wynikać zarówno z braku dostępności do tego rodzaju organizacji, ale również ze stanu zdrowia pacjentów czy z konieczności bycia dializowanym kilka razy w tygodniu.
4. Poziom wsparcia informacyjnego ze strony personelu medycznego jest wystarczający. Niepokoi jednak fakt, iż ponad 1/3 badanych z różnych przyczyn nie rozmawia o swoich odczuciach i obawach z lekarzem prowadzącym
5. Niezadowolający jest poziom wsparcia otrzymywany przez pacjentów dializowanych od znajomych i sąsiadów.

Piśmiennictwo

1. **Zawadzka B:** Psychologiczne problemy chorych nefrologicznie. [W:] Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK, red. Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków 2007: 101-117.
2. **Wiśniewska L, Paczkowska B, Białobrzaska B:** Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne chorych leczonych nerko zastępczo. *For Nefrol.* 2010; 3: 63-70.
3. **Kurpas D, Sapilak B, Kaczmarek M, Steciwko A:** Formy wsparcia psychoterapeutycznego dla pacjenta dializowanego i jego rodziny. *Prob Lek.* 2006; 45: 97-98.
4. **Nozaki Ch, Oka M, Chaboyer W:** The effects of a cognitive behavioural therapy programme for self-care on haemodialysis patients. *Intern J Nurs Pract.* 2005; 11: 228-236.
5. **Czajka D, Czeaka B:** Przewlekle chory w domu. Gdzie szukać pomocy?. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2012: 25.
6. **Florek M:** Wsparcie instytucjonalne i nieformalne osób niepełnosprawnych. *Zdr Publ.* 2009; 119: 446.
7. **Jankowiak B, Bartoszewicz A:** Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego. [W:] Kwiatkowska A, red. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej; Lublin 2003: 117-126.
8. **Palmer S, de Berardis G, Craig J, Tong A, Tonelli M. et al:** Patient satisfaction with in-centre haemodialysis care: an international survey. *BMJ Open.* 2014; 4: e005020.
9. **Chanouzas D, Ng KP, Fallouh B, Baharani J:** What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? *Nephrol Dial Transplant.* 2012; 27: 1542-1547.
10. **Kowalska A, Jarosz M, Sak J, Pawlikowski J, Patryn R. i wsp:** Etyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent. *Med Og.* 2010; 16: 427-435.
11. **Eichelberger W, Stanisławska I:** Być lekarzem, być pacjentem. Wydawnictwo Czarna Owca; Warszawa 2013: 51-53.
12. **Ostrowska A:** Modele relacji lekarz – pacjent. [W:] Ostrowska A, red. Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analiz. IFiS PAN; Warszawa 2009: 254-255.
13. **Wojtaszek E, Matuszkiewicz-Rowińska J:** Rola pielęgniarki w multidyscyplinarnym zespole terapeutycznym w leczeniu pacjentów z przewleklą chorobą nerek. *Nefrol Dial Pol.* 2008; 12: 44-46.
14. **Asti T, Kara M, Ipek G, Erci B:** The experiences of loneliness, depression, and social support of

- Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. *J Clin Nurs*. 2006; 15: 490-497.
15. **Akin S, Mendi B, Oztuck B, Durna Z:** Assessment of relationship between self – care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients. *J Clin Nurs*. 2014; 23: 856-864.
 16. **Spencer F:** The vital role in medicine of commitment to the patient. *Amer Col Surg Bull*. 1990; 75: 16-19.
 17. **Breza B:** Doświadczanie własnej choroby przez pacjentów dializowanych. Towarzystwo Naukowe KUL Jana Pawła II; Lublin 2009: 148.
 18. **Wysocka-Pleczyk M:** Grupy wsparcia online jako nowa forma pomocy w zmaganiu się z chorobą. *Hyg Publ Health* 2012; 47: 391-397.
 19. **Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych**, ul. Wilczy Stok, Kraków. <http://osod.info/o-nas/> 15. 05. 2014.
 20. **Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B. et al:** Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008; 3: 1620-1627.
 21. **Sęk H, Cieślak R:** Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. [W:] Sęk H, Cieślak R, red. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo naukowe PWN; Warszawa 2004: 23-24.