

Dynamika zmian w obrazie psychopatologicznym u pacjentów hemodializowanych

Przewlekła choroba nerek (PChN) stanowi poważny problem zdrowotny oraz psychiczny dla człowieka. Wiadomość o postawionej diagnozie wprowadza dezorganizację w dotychczasowym codziennym funkcjonowaniu, dlatego konieczne jest wdrożenie leczenia nie tylko objawów somatycznych, a również równoległe zastosowanie wsparcia psychologicznego. W pracy omówione zostały wewnętrzne i zewnętrzne uwarunkowania wpływające na dobrostan pacjenta podczas procesu diagnostycznego oraz zmagania się z chorobą. Wyszczególnione zostały czynniki, takie jak zasoby wewnętrzne oraz cechy temperamentalne pacjentów, rola przewlekłego zmęczenia oraz wsparcia społecznego. Wszystkie wymienione czynniki wpływają na zdolność do adaptacji pacjenta w nowej sytuacji, jak również mają wpływ na proces rekonwalescencji. Poruszony został także temat katastrofizacji, która może wystąpić u pacjentów hemodializowanych na skutek odczuwanego lęku, dużego niepokoju lub depresji.

(NEFROL DIAL POL 2023; 27: 24-29)

Dynamics of changes in psychopathological picture in haemodialysis patients

Chronic kidney disease (CKD) is a serious health and mental problem for humans. The news of the diagnosis causes disorganization in everyday functioning. Therefore, it is necessary to implement treatment not only for somatic symptoms, but also the parallel application of psychological support. The work discusses internal and external conditions affecting the patient's well-being during diagnosis and coping with the disease. Factors such as internal resources and temperamental characteristics of patients, the role of chronic fatigue and social support were specified. All of the above influence the patient's ability to adapt to a new situation and also influence the recovery process. The topic of catastrophization was also discussed.

(POL NEPHROL DIAL 2023; 27: 24-29)

Wstęp

U pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek stosuje się m.in. formę terapii nerkozastępczej zwaną hemodializą [1]. Wiąże się ona z poświęceniem dużych zasobów czasu i przeorganizowaniem trybu życia pacjenta. Zmiany psychospołeczne oraz biologiczne, które wiążą się z leczeniem nerkozastępczym stanowią ryzyko występowania depresji wśród pacjentów. Z kolei wystąpienie depresji wiąże się z podwyższonym

ryzykiem cięższego przebiegu choroby, pogorszenia wskaźników klinicznych, a nawet śmierci [2]. Czynnikiem wpływającym na zaostrenie lub złagodzenie tego stanu mogą być: stan socjodemograficzny, stopień zaawansowania choroby, czas jej trwania, zażywanie leków zgodnie z zalecaniami i problemy żywieniowe pacjenta [3]. Należy jednak pamiętać, że pacjenci hemodializowani doświadczają będą poczucia obniżonej jakości życia i stanów

Adam PAWLAK¹
Zuzanna SZCZYPIŃSKA²
Karina MARCINIEC²

¹Katedra Psychologii i Psychopatologii Rozwoju Człowieka, Wydział Filozoficzny, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II, Polska

Department of Psychology and Psychopathology of Human Development, Faculty of Philosophy, Pontifical University of John Paul II, Poland

²Studenckie Koło Naukowe, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Polska

Student Scientific Society, Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland

Słowa kluczowe:

- hemodializa
- lęk
- zaburzenia psychiczne
- depresja
- zaburzenia snu

Key words:

- hemodialysis
- anxiety
- mental disorders
- depression
- sleep disorders

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Zuzanna Szczypińska
Student Scientific Society, Faculty of Psychology,
Pedagogy and Humanities,
Andrzej Frycz Modrzewski
Krakow University, Poland
e-mail: zuzanna.szczypinska01@gmail.com

pobudzenia lękowego. Strategia leczenia powinna zapewniać opiekę psychologa [4].

Reakcja na diagnozę, reakcja na hospitalizację, zachowania dezadaptacyjne

Adaptacja do bieżących warunków wymusza zmianę stylu życia, chorym ciężko pogodzić się ze zmianą sytuacji życiowej. Dzięki adaptacji człowiek może nauczyć się nowych zachowań, które pozwalają lepiej zrozumieć trudną sytuację związaną z chorobą i jej konsekwencjami, a także podejmować określone działania wspierające proces zdrowienia [5]. Endler i Parker wyróżniają trzy style radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu. Pierwszy z wymienionych jest charakterystyczny dla ludzi, którzy w sytuacji stresowej szukają rozwiązań. W stylu emocjonalnym jednostka koncentruje się na przeżywanych emocjach, takich jak strach, złość, gniew. Trzeci styl charakteryzuje się unikaniem pogłębiania diagnostyki i konfrontacji z chorobą [6]. Podejmowanie jakichkolwiek aktywnych działań wiąże się zwykle z wcześniejszą akceptacją choroby, zatem kluczowe jest zaakceptowanie nowej rzeczywistości przez pacjenta. W przypadku braku akceptacji, chory może podświadomie sabotować proces zdrowienia. Pojęcie akceptacji niepełnosprawności zostało zdefiniowane jako uznanie i przystosowanie się do choroby. Pacjent doświadczający cierpienia przechodzi przez określone stadia: niepewność, pewność, agresja, negocjacje, depresja, akceptacja, aktywność i solidarność [7]. Zhang i in. [8] wykazali, że akceptacja własnych ograniczeń oznacza stopień, w jakim pacjenci kształtują swoją wiedzę, integrując swój styl życia z doświadczeniem radzenia sobie z niepełnosprawnością. Akceptacja niepełnosprawności jest ważnym aspektem, który wyjaśnia, dlaczego niektórzy ludzie dostosowują się do choroby, a inni nie. Ponadto akceptacja niepełnosprawności została

uznana za jeden z najczęściej wymienianych czynników, który odgrywa szczególnie istotną rolę w dobrostanie oraz przystosowaniu się do nowego stylu życia [9]. Gorsza akceptacja choroby wiąże się z występowaniem ostrych objawów depresji i niższą oceną jakości życia [10]. Wśród najczęściej wymienianych czynników psychologicznych, które mogą odgrywać decydującą rolę w akceptacji choroby przewlekłej i utrzymaniu dobrostanu w kontekście długotrwałej niepełnosprawności jest płynne przechodzenie przez kolejne fazy adaptacji. Osoby, które niejako automatycznie przechodzą przez ten proces, zazwyczaj osiągają poziom względnej akceptacji przy jednoczesnej zmianie swojego życia [7]. Pojawienie się przewlekłej choroby w podeszłym wieku wiąże się z szeregiem zmian dla rodziny chorego. Konsekwencją diagnozy są zmiany w stylu życia. Stosowanie długotrwałej opieki powoduje u opiekunów nieformalnych obciążenie psychiczne, fizyczne, jak i również materialne [11]. Wśród chorych w podeszłym wieku pojawiać może się lęk przed porzuceniem w obliczu przewlekłej choroby. Utrata sprawności i samodzielności niesie za sobą skutki psychospołeczne, sytuacja taka stwarza idealne warunki do prób izolacji [12]. Niezależnie od wieku pacjenta, informacja o postawionej diagnozie wywołuje bezradność oraz strach. Pacjenci zależni i bojaźliwi będą szukali poczucia bezpieczeństwa u personelu medycznego. Aby taka relacja była terapeutyczna, konieczny jest duży poziom empatii i wyrozumiałości, które chronią pracowników medycznych przed popadaniem w rutynę i schematy w kontakcie z chorym [13]. Zachowania regresywne wśród chorych mogą być przejawem nieodpowiedniego lub nieadaptacyjnego radzenia sobie. Pacjent, który jest przytłoczony rozpoznaniem może automatycznie wykazywać wiele zachowań regresywnych. Osoby, które chorują od dłuższego czasu wypracowują sobie pewne strategie adaptacyjne, które pomagają im w przystosowaniu się [5]. Warto

podkreślić, że wysoki poziom dysstresu wpływa negatywnie na proces leczenia oraz jest predyktorem do postaw nieadaptacyjnych. Kluczowe zatem jest to, jak pacjent będzie postrzegać chorobę [14].

Katastrofizacja - myśl o śmierci

Zniekształcenia poznawcze to błędy w myśleniu. Należy do nich między innymi katastrofizacja, czyli tworzenie negatywnych przewidywań dotyczących przyszłości. W przypadku chorych wiąże się to z przekonaniem, że są w gorszej sytuacji niż w rzeczywistości. Takie błędy poznawcze mogą pojawiać się z różną częstotliwością [15]. U podstaw myślenia katastroficznego leży strach i niska samoocena. W katastrofizacji pojawia się myślenie dychotomiczne oraz minimalizowanie własnych osiągnięć [16]. Do tej pory pojęcie katastrofizacji bólu było szeroko stosowane w wielu kontekstach klinicznych i eksperymentalnych. Pośredniczy również w związku bólu i depresji, należy więc uwzględniać problemy ze snem i dysfunkcjonalne schematy poznawcze jako czynniki podlegające modyfikacji, które pośredniczą między bólem a zaburzeniem psychicznym [17]. Bagatelizowanie katastrofizacji może doprowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, w tym zaburzeń psychicznych. Taki wzorzec bardzo często wpływa negatywnie na samopoczucie pacjenta i pogarsza jego relacje z bliskimi. W przebiegu chorób nerek pojawić mogą się depresja, psychozy i otępienie, a depresja może wpływać na przebieg choroby podstawowej [18].

Wycofanie

Konsekwencją przewlekłej choroby są różne psychiczne i fizyczne problemy. Osoby przewlekle chore często czują się samotne, mają trudności z wyrażaniem swoich uczuć, są narażone na ryzyko rozwoju m.in. depresji, niskiej samooceny, lęku. W badaniu przeprowadzonym na grupie 250 pacjentów obu płci ze zdiagnozowaną przewlekłą chorobą nerek, przeprowadzonym na Malcie, 33,5% uczestników zgłosiło umiar-

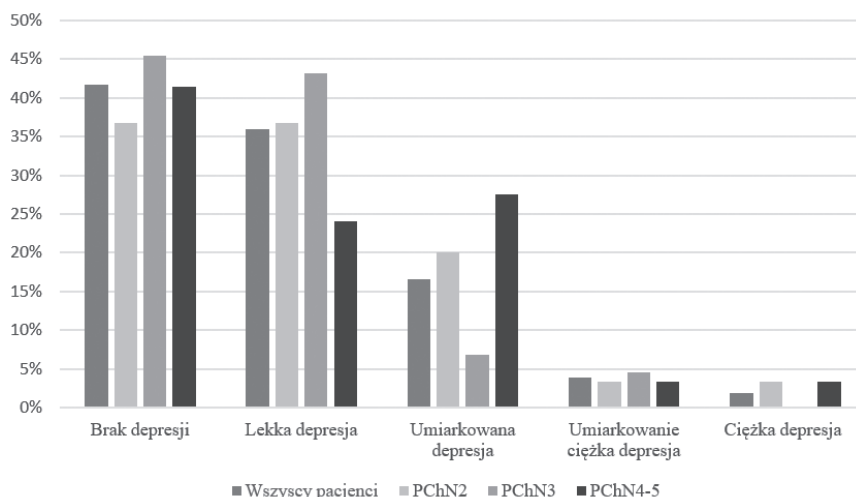
kowany, a 9,5% poważny niepokój związany z chorobą. Postrzeganie choroby znacząco przyczyniło się do cierpienia [14]. Przewlekłe choroby i ich skutki przekreślają możliwość pełnienia przez osoby chore szeregu dotychczas podejmowanych ról i przyczyniają się do wzrostu ich społecznej izolacji. Przyczyną tego stanu może być także przewlekłe zmęczenie. Jego konsekwencją jest zły nastrój, frustracja i złość. Ważnym źródłem motywacji jest doświadczenie wsparcia społecznego [19]. Choroba i jej objawy często powodują nieobecność na spotkaniach towarzyskich i czasem całkowicie wykluczają pacjenta z życia towarzyskiego. Objawy często warunkują zmęczenie i wpływają na niechęć do spotkań poza domem. Zaburzenia snu również stanowią istotny problem pacjentów przewlekle dializowanych. Dotyczą od 30-80% chorych i obniżają ogólną jakość życia [20]. Rehabilitacja psychiczna ma na celu przekonanie osoby chorej, że prowadzona ciągła praca zapewni mu poprawę sytuacji zdrowotnej, w tym celu należy angażować go we wspólne podejmowanie decyzji. Opieka psychologa pomaga w samoakceptacji. Pacjenci powinni być leczeni holistycznie. Należy zapewnić im psychoterapię i opiekę psychospołeczną [21]. Rehabilitacja społeczna w pełni angażuje niepełnosprawnego w różne sfery życia społecznego, w taki sposób, aby czuł się wartościowy i potrzebny. Ważne jest również zaangażowanie w terapię całej rodziny pacjenta, która często doświadcza wrogiego nastawienia społeczeństwa i na różnych płaszczyznach staje się ofiarą dyskryminacji [22]. Pogarszająca się sprawność jest powodem dyskomfortu fizycznego, a pacjenci zaczynają unikać aktywności fizycznej, traktując ją jako czynnik powodujący ból. Prowadzi to do spadku aktywności, a w konsekwencji pogłębia depresję i bierność, co osłabia kondycję psychiczną, a także uzależnia od pomocy innych i przyczynia się do izolacji społecznej [16]. Problem ten może pogłębiać fakt, iż pacjenci ci znajdują się w grupie podwyższone-

go ryzyka zaburzeń poznawczych. Udowodniono, że wraz z postępem choroby deficyty poznawcze pogłębiają się [23].

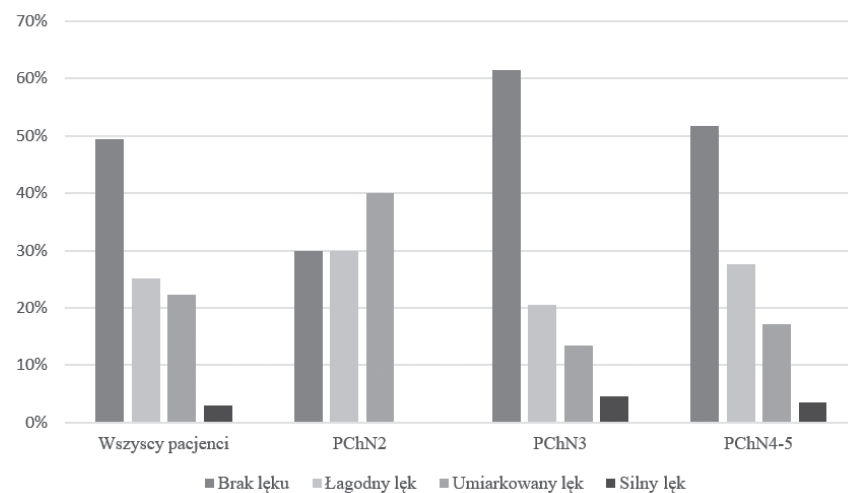
Lęk

Badanie przeprowadzone w Indiach na populacji 150 pacjentów w średnim wieku 49,3 lat, z których około 70% stanowili mężczyźni, a około 61% posiadało formalne wykształcenie, ukazało częstotliwość występowania depresji i lęku. W przypadku depresji jest to 61,3% a lęku 28% [24]. Komponenta lęku, depresji i czynników pokrewnych często występująca u chorych dializowanych znacząco wpływa na jakość ich życia i przebieg choroby [25]. W badaniu przekrojowym Sameeha Alshelleh i in. przeprowadzonym w warunkach poradni nefrologicznej

w JUH (Jordan University Hospital) w celu oceny depresji, lęku i jakości życia wśród pacjentów z przewlekłą chorobą nerek wykazano zależność między stopniem zaawansowania PChN (przewlekła choroba nerek - PChN) a stopniem nasilenia depresji i lęku. Do badania włączono pacjentów pełnoletnich w co najmniej 4. stadium PChN. Kryteria wykluczenia obejmowały wiek poniżej 18 roku życia, zaburzenia funkcji poznawczych, ciężą oraz schyłkową niewydolnością nerek (End Stage Renal Disease - ESRD) w okresie dializoterapii. Stwierdzono, że ponad połowa uczestników miała depresję, a połowa zaburzenia lękowe, z odsetkiem odpowiednio 58,3% i 50,5%. Zależność tą przedstawiono na poniższych wykresach (Rycina 1, Rycina 2) [26]. Stres jest nieuniknionym elementem



Rycina 1
Stopień nasilenia depresji u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w zależności od stadium PChN - przewlekła choroba nerek.



Rycina 2
Stopień nasilenia lęku u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w zależności od stadium PChN - przewlekła choroba nerek.

stylu życia współczesnego człowieka. W obliczu diagnozy, która zmienia życie pacjenta i jego bliskich reakcja stresowa jest naturalna. Kiedy pojawia się pobudzenie, poprzez wydzielanie adrenaliny z rdzenia nadnerczy oś podwzgórze-przysadka-nadnercza reguluje wydzielanie hormonów zapewniających zwiększenie metabolizmu, dochodzi do przyspieszenia tętna, przyspieszenia oddechu i zwiększenia napięcia mięśni [27]. Powtarzający się ostry lub przewlekły stres może również przyczyniać się do stanu zapalnego, obejmującego także układ krążenia, zwłaszcza tętnice wieńcowe [28]. W sytuacjach stresowych poprzez regulację osi podwzgórze-przysadka-mózgowa-nadnercza dochodzi do zwiększonego wytwarzania kortyzolu, co pozwala na fizyczne radzenie sobie z sytuacją stresową [29]. Stres może wpływać również na regulację osi mózg-jelita. Stresujące doświadczenia prowadzą do zmiany motoryki przewodu pokarmowego. Dwukierunkowa komunikacja jelito-mózg może początkowo być informacją sensoryczną pochodzącą z przewodu pokarmowego i w konsekwencji ulec przemianie na sygnały nerwowe, hormonalne i immunologiczne [30]. Osoby zestresowane mogą jeść znacznie więcej lub znacznie mniej niż zwykle. Na zmiany w sposobie odżywiania się wpływa czas trwania i natężenie sytuacji stresowej. Niektóre osoby podczas napięcia będą odczuwać wzmożone łaknienie, inne zaś jego zahamowanie [31].

Depresja

U pacjentów hemodializowanych często pojawia się depresja oraz obniżenie dobrostanu psychicznego. Wiąże się to ze świadomością ryzyka hospitalizacji i śmierci. Po postawieniu diagnozy przewlekłej choroby nerek spodziewać można się u pacjentów występowania objawów psychologicznych, takich jak obniżony nastrój, katastrofizacja i obniżenie motywacji do działania. Jeśli depresja się utrzymuje, może być potrzebne leczenie - w tym farmakoterapia i psychoterapia [32]. Szacuje się, że nawet jedna trzecia

osób z poważnymi schorzeniami ma objawy depresji.

Lekarz i pacjent muszą wspólnie zdecydować, czy objawy depresji są tylko naturalną reakcją na stres związany z przewlekłym stanem chorobowym, czy też wymagają dodatkowego leczenia farmakologicznego [33]. Ludzie mogą przeoczyć objawy depresji, zakładając, że uczucie przygnębienia jest normalne dla kogoś zmagającego się z poważną, przewlekłą chorobą. Osoby cierpiące na choroby przewlekłe znacznie częściej zapadają na depresję. Według doniesień, prawdopodobieństwo wystąpienia depresji jest dwa lub trzy razy większe u osób z wieloma chorobami [34]. Kiedy pacjent cierpi na przewlekłą chorobę równoległe doświadczając depresji, niezwykle ważne jest, aby jednocześnie leczyć zarówno depresję, jak i chorobę somatyczną. Każdy stan przewlekły może wywołać depresję, ale ryzyko wzrasta, jeśli choroba jest cięższa i powoduje więcej zakłóceń w życiu pacjenta. Depresja spowodowana przewlekłą chorobą może pogorszyć stan somatyczny, powodując powstanie efektu błędnego koła. Depresja jest szczególnie prawdopodobna, gdy choroba powoduje ból, niepełnosprawność lub izolację społeczną. Z drugiej strony, zaburzenia depresyjne mogą nasilać ból, zmęczenie i zwątpienie, które mogą prowadzić do unikania innych ludzi [33]. Wczesne rozpoznanie i leczenie depresji może zmniejszyć stres, a także ryzyko samobójstwa. Osoby cierpiące na przewlekłą chorobę, które leczą się na współistniejącą depresję, często uzyskują poprawę ogólnego stanu zdrowia, osiągając lepszą jakość życia i łatwiej realizują plan leczenia. W niektórych przypadkach optymalizacja leczenia przewlekłej choroby somatycznej złagodzi objawy depresji. Niektóre leki mogą powodować obniżenie nastroju. W takich przypadkach konieczne może okazać się przeanalizowanie farmakoterapii w celu zmniejszenia dawki lub wyeliminowania leku pogłębiającego depresję [18]. Uzyskanie zmniejszenia objawów depresji jest często szybsze i pełniejsze przy połączeniu farmakoterapii i psychoterapii

[35]. Leczenie depresji może poprawić ogólny dobrostan pacjenta. Kiedy objawy depresji są związane z chorobą fizyczną lub skutkami ubocznymi stosowanych leków, należy przeanalizować i zmodyfikować prowadzone leczenie [36]. Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, a w szczególności chorujące na depresję często doświadczają myśli samobójczych. Jak podaje Substance Abuse and Mental Health Services Administration, prawie 30% osób cierpiących na depresję zgłasza myśli samobójcze [37]. Choroba powoduje często obniżenie nastroju, zwiększenie nasilenia depresji oraz wystąpienie myśli samobójczych. Myśli samobójcze nie zawsze prowadzą do prób targnięcia się na własne życie, jednak nie wolno ich lekceważyć. W badaniu przeprowadzonym przez S. Susan Hedayati i in. przebadano stosowanie sertraliny w porównaniu z terapią poznawczo-behawioralną. Badani byli pacjenci w schyłkowym stadium choroby nerek z depresją. W badaniu uczestniczyli dorośli powyżej 21 roku życia i wzwyż ze schyłkową niewydolnością nerek spełniających kryteria DSM-IV dla MDD (major depressive disorder) lub dystymii przy użyciu Mini International Neuropsychiatric Interview. Podczas badania postawiono hipotezę, że u tych pacjentów nie ma znaczącej różnicy w poprawie nasilenia objawów depresyjnych po 12 tygodniach indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej lub leczeniu selektywnym inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI-selective serotonin reuptake inhibitor) [38]. Zasadne wydaje się również porównanie występowania depresji u pacjentów hemodializowanych z inną populacją chorych ze schyłkową niewydolnością nerek – populacją pacjentów dializowanych otrzewnowo. Depresję oraz zaburzenie funkcji poznawczych uznano za niezależne czynniki ryzyka zgonu u pacjentów dializowanych otrzewnowo. Częstość występowania depresji u tych chorych oceniana metodą 3MS (Modified Mini-Mental State Examination) wynosiła 52% według badania przeprowadzonego przez Jie Donga i in. na grupie 458 stabilnych klinicznie

pacjentów wybranych z 5 oddziałów, którzy byli dializowani otrzewnowo przez co najmniej trzy miesiące. U pacjentów w każdym stadium depresji częściej występowały zaburzenia funkcji poznawczych, wykonawczych oraz pamięci [39].

Przewlekłe zmęczenie

Istnieje związek przyczynowo-skutkowy między przewlekłą chorobą a depresją. Choroba może spowodować ogromne zmiany w życiu oraz ograniczyć niezależność. W niektórych przypadkach fizyczne skutki samej choroby lub skutki uboczne stosowanych leków również prowadzą do poczucia osłabienia i zmęczenia. Wynikać to może między innymi z przewlekłego i wyczerpującego leczenia [40]. Dla większości ludzi zmęczenie jest codziennym doświadczeniem. Staje się objawem, gdy jest to przytłaczające uczucie wyczerpania, które zaburza zdolność do funkcjonowania i wykonywania czynności. Poważne zmęczenie, które utrzymuje się dłużej niż 6 miesięcy, określa się jako zmęczenie przewlekłe [41]. Zespół przewlekłego zmęczenia (Chronic Fatigue Syndrome - CFS) jest wieloukładową chorobą charakteryzującą się skrajnym zmęczeniem, które trwa co najmniej sześć miesięcy i którego nie można w pełni wytłumaczyć podstawowym stanem chorobowym. Zmęczenie nasila się wraz z aktywnością fizyczną lub umysłową, ale nie ustępuje po odpoczynku [42]. Proponuje się, aby rozpoznawać zespół przewlekłego zmęczenia (CFS), gdy spełnione są przynajmniej 4 z poniższych kryteriów dodatkowych: zaburzenia snu, ból gardła, ból głowy o charakterze innym niż przed chorobą, wydłużone zmęczenie po wysiłku fizycznym, bóle stawów, zaburzenia koncentracji i/lub pamięci, powiększone węzły chłonne i bóle mięśniowe [43].

Zaburzenia snu

Zaburzenia snu dzielimy na dysfunkcje dotyczące jego długości i jakości. Zaburzenia ilościowe to dyssomnie, z kolei zaburzenia jakościowe to parasomnie. Dys-

somnie związane są z tym, że sen trwa zbyt długo lub zbyt krótko, parasomnie zaś charakteryzują się specyficznymi zachowaniami, które nie powinny występować w trakcie snu np., somnambulizm i lęki nocne [44]. Pojawiają się też dodatkowe objawy, takie jak zespół bezdechu sennego, czy nadmierny niepokój w ciągu dnia. Zaburzenia snu sprzyjają złej jakości życia i przedwczesnej śmierci [45]. Większość chorych doświadcza problemów ze snem z powodu stresu. Osoby z wysoce reaktywnymi systemami snu doświadczają jego drastycznego pogorszenia w wyniku stresu, podczas gdy osoby z niską reaktywnością w większości nie doświadczają zakłóceń. Jednak, gdy te problemy zaczynają się pojawiać regularnie i zakłócają codzienne życie, mogą wskazywać na zaburzenia snu [46]. Podczas diagnozowania bezsenności najważniejsze jest rozważenie jej w kontekście innych chorób pacjenta. Może okazać się, że występujące zaburzenie snu jest konsekwencją innej choroby przewlekłej [47]. W zależności od rodzaju zaburzeń snu, ludzie mogą przejawiać trudności w zakresie zdolności poznawczych oraz pamięci, ponieważ brak snu sprawia, że kodowanie, konsolidacja i odzyskiwanie zapamiętanych informacji jest zaburzone [48]. Porównanie pacjentów hemodializowanych do pacjentów po przeszczepieniu nerki na podstawie prospektywnego badania kohortowego pacjentów z zaawansowaną przewlekłą chorobą nerek przeprowadzili Srijan Tandukar i in. Wśród pacjentów, którzy byli biorcami przeszczepu nerki (kidney transplant – KTx) 56% cierpiało na bezdech senny, 39% miało bezdech senny o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu. Co więcej, wykazano, że pacjenci spędzają znacznie mniej czasu w fazie snu n1, czyli naj płytszej fazie snu NREM (non-rapid eye movement sleep) po KTx w porównaniu do stanu sprzed KTx [49].

Podsumowanie

Aby w pełni zrozumieć, jakie czynniki wywierają wpływ na dobro-

stan pacjentów przewlekłe hemodializowanych, konieczne jest holistyczne podejście, które zapewnia im całościową opiekę. Niezbędne jest wsparcie psychologiczne podczas trwania całego procesu leczenia, aby wzmacniać wewnętrzne zasoby pacjenta, które będą pozwalały mu z lepszą efektywnością mierzyć się z chorobą. Istotne jest podejmowanie działań mających na celu zwiększenie świadomości pacjentów, jak i personelu medycznego na temat roli psychologa i psychicznych aspektów choroby w procesie leczenia.

Bibliografia:

1. **Kassa DA, Mekonnen S, Kebede A, Haile TG.** Cost of Hemodialysis Treatment and Associated Factors Among End-Stage Renal Disease Patients at the Tertiary Hospitals of Addis Ababa City and Amhara Region, Ethiopia. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2020; 12; 399-409.
2. **Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, et al.** Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020; 28; e3327; 1-11.
3. **Rasyid H, Kasim H, Zatalia SR, Sampembuntu J.** Quality of Life in Patients with Renal Failure Undergoing Hemodialysis. *Acta Med Indones.* 2022; 54(2); 307-313.
4. **Kutniewska-Kubik M, Kubik M, Drozdowski J, Sołtysiak M.** Jakość życia u pacjentów dializowanych z powodu nefropatii nadcisnieniowej. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce.* 2022; 8, (1); 31–37.
5. **Witkowska A.** Ocena jakości życia pacjentów poddawanych hemodializie. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu.* 2022; 7, nr 2; 59–76.
6. **Kwak M, Zaczyk I, Wilczek-Rużyczka E.** Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki - metaanaliza badań. *Medycyna Ogólna i Nauk Zdrowiu.* 2018; 24(2); 120-125.
7. **Klajmon-Lech U.** Doświadczenie niepełnosprawności jako Inności. *Trudy adaptacji. Edukacja Międzykulturowa.* 2017; 2 (7); 266-276.
8. **Zhang X, Liu Y, Deng X, et al.** The Correlation between quality of life and acceptability of disability in patients with facial burn scars. *Front Bioeng Biotechnol.* 2019; 7; 329; 1-7.
9. **Kowalska J, Mazurek J, Rymaszevska J.** Analysis of the degree of acceptance of illness among older adults living in a nursing home undergoing rehabilitation – an observational study. *Clin Interv Aging.* 2019; 14; 925–933.

10. **Rosińczuk J, Kołtuniuk A.** The influence of depression, level of functioning in everyday life, and illness acceptance on quality of life in patients with Parkinson's disease: a preliminary study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017; 13; 881–887.
11. **Bartoszek A, Ślusarska B, Kocka K, et al.** Wybrane determinanty obciążenia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej w warunkach domowych. *Gerontologia Polska.* 2019; 27; 208-214.
12. **Światoń A, Wnuk A.** Samotność w obliczu niesprawności osób starszych Loneliness in the face of elderly disability. *Akademia Medycyny.* 2015; 9; 243-249.
13. **Hreńczuk M.** Therapeutic relationship nurse-patient in hemodialysis therapy. *Nurs Forum.* 2021; 56 (3); 579-586.
14. **Muscat P, Weinman J, Farrugia E.** Illness perceptions predict distress in patients with chronic kidney disease. *BMC Psychol.* 2021; 9; 75; 1-13.
15. **Rnic K, Dozois DJ, Martin RA.** Cognitive Distortions, Humor Styles, and Depression. *Eur J Psychol.* 2016; 12 (3); 348-62.
16. **Kuty-Pachecka M, Trzebińska M.** Ból przewlekły—definicje, modele i terapia poznawczo-behawioralna. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna.* 2018; 18 (1); 41-48.
17. **de Heer, E. W, ten Have, M, van Marwijk, H. W.** Ból jako czynnik ryzyka najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Wyniki długoterminowego badania populacyjnego NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2). *Ból.* 2018; 19; (2); 11-20.
18. **Otlewska, A.** The coexistence of somatic and mental illnesses. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2018; 24 (1); 54-58.
19. **Picariello F, Moss-Morris R, Macdougall IC, Chilcot J.** „It's when you're not doing too much you feel tired”: A qualitative exploration of fatigue in end-stage kidney disease. *Br J Health Psychol.* 2018; 23 (2); 311-333.
20. **Pluta A, Marzec A, Budnik-Szymoniuk M, Faleńczyk K.** Sleep disorders in chronically dialyzed patients. *Journal of Education, Health and Sport.* 2018; 8 (10); 236-244.
21. **Thaiss F.** Langfristige körperliche und psychische Folgen chronischer Nierenerkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz.* 2022; 65 (4); 488-497.
22. **Markiewicz A, Gryglicka H, Hozyasz K.** Napiętnowanie społeczne w chorobach przewlekłych, *Pediatrics Polska,* 2017; 92 (3); 316-320.
23. **Jabłońska M, Lubas A, Sokalski A, Niemczyk S.** Zaburzenia funkcji poznawczych u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Polish Nephrology and Dialysis.* 2017; 21; 7-13.
24. **Kumar V, Khandelia V, Garg A.** Depression and Anxiety in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *Annals of Indian Psychiatry* 2018 2(2):p 115-119.
25. **Gadia P, Awasthi A, Jain S, Koolwal GD.** Depression and anxiety in patients of chronic kidney disease undergoing haemodialysis: A study from western Rajasthan. *J Family Med Prim Care.* 2020; 25; 9(8): 4282-4286.
26. **Alshelleh S, Alhourri A, Taifour A, Abu-Hussein B, Alwreikat F, Abdelghani M, Badran M, Al-Asa'd Y, Alhawari H, Oweis AO.** Prevalence of depression and anxiety with their effect on quality of life in chronic kidney disease patients. *Sci Rep.* 2022 21;12(1):17627.
27. **Sumińska S, Grodecka P.** Radzenie sobie ze stresem. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy; 2022.
28. **Cozzolino M, Mangano M, Stucchi A, et al.** Cardiovascular disease in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2018; 33; (3); 28-34.
29. **Toussaint L, Shields G.S, Dorn G, Slavich G.M.** Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *J Health Psychol.* 2016; 21; (6): 1004–1014.
30. **Lach G, Schellekens H, Dinan TG, Cryan JF.** Anxiety, Depression, and the Microbiome: A Role for Gut Peptides. *Neurotherapeutics.* 2018; 15; (1); 36-59.
31. **Kłósek P.** Rola stresu psychologicznego w neuroendokrynej regulacji pobierania pokarmu i powstawaniu otyłości. *Forum zaburzeń metabolicznych.* 2016; 7; (3); 111-118.
32. **Ng HJ, Tan WJ, Mooppil N, et al.** Prevalence and patterns of depression and anxiety in hemodialysis patients: a 12-month prospective study on incident and prevalent populations. *Br J Health Psychol.* 2015; 20; (2); 374-95.
33. **Budziszewska B.** Stres a depresja. *Wszczęświat.* 2016; 117; (1-3); 5-11.
34. **Jiang CH, Zhu F, Qin TT.** Relationships between Chronic Diseases and Depression among Middle-aged and Elderly People in China: A Prospective Study from CHARLS. *Curr Med Sci.* 2020; 40; (5); 858-870.
35. **Sterna W, Sterna A.** Psychoterapia a farmakoterapia—czy można je łączyć?. *Psychiatria.* 2016; 13; (2); 84-91.
36. **Kolasa G, Rybakowski F.** Rola agomelatyny i escitalopramu w leczeniu depresji. *Lekarz POZ.* 2021; 7; (1); 41-46.
37. **Schneider RA, Chen SY, Lungu A, Grasso JR.** Treating suicidal ideation in the context of depression. *BMC Psychiatry.* 2020; 20; (1); 497; 1-5.
38. **Hedayati SS, Daniel DM, Cohen S, Comstock B, Cukor D, Diaz-Linhart Y, Dember LM, Dubovsky A, Greene T, Grote N, Heagerty P, Katon W, Kimmel PL, Kutner N, Linke L, Quinn D, Rue T, Trivedi MH, Unruh M, Weisbord S, Young BA, Mehrotra R.** Rationale and design of A Trial of Sertraline vs. Cognitive Behavioral Therapy for End-stage Renal Disease Patients with Depression (ASCEND). *Contemp Clin Trials.* 2016;47:1-11.
39. **Dong J, Pi HC, Xiong ZY, Liao JL, Hao L, Liu GL, Ren YP, Wang Q, Duan LP, Zheng ZX.** Depression and Cognitive Impairment in Peritoneal Dialysis: A Multi-center Cross-sectional Study. *Am J Kidney Dis.* 2016;67(1):111-8.
40. **Al Naamani Z, Gormley K, Noble H, et al.** Fatigue, anxiety, depression and sleep quality in patients undergoing haemodialysis. *BMC Nephrol.* 2021; 22; (1); 157; 1-8.
41. **Haß U, Herpich C, Norman K.** Anti-Inflammatory Diets and Fatigue. *Nutrients.* 2019; 11; (10); 2315; 1-24.
42. **Björklund G, Dadar M, Pen JJ, et al.** Chronic fatigue syndrome (CFS): Suggestions for a nutritional treatment in the therapeutic approach. *Biomed Pharmacother.* 2019; 109; 1000-1007.
43. **Wilk M, Łoza B.** Zespół przewlekłego zmęczenia. *Neuropsychiatria. Przegląd kliniczny.* 2018; 10; (1); 12-17.
44. **Sykut A, Ślusarska B, Jędrzejkiewicz B, Nowicki G.** Zaburzenia snu jako powszechny problem społeczny—wybrane uwarunkowania i konsekwencje zdrowotne. *Pielęgniarstwo XXI wieku.* 2017; 16; (2); 53-59.
45. **Mirghaed MT, Sephrian R, Rakhshan A, Gorji H.** Sleep Quality in Iranian Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2019; 24; (6); 403-409.
46. **Kalmbach DA, Anderson JR, Drake CL.** The impact of stress on sleep: Pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders. *J Sleep Res.* 2018; 27; (6); e12710; 1-39.
47. **Gajda E, Wanot, B, Biskupek-Wanot A.** Zaburzenia snu. *Problemy zdrowia publicznego.* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie. Częstochowa; 2020.
48. **Whitney P, Kurinec CA, Hinson JM.** Temporary amnesia from sleep loss: A framework for understanding consequences of sleep deprivation. *Front Neurosci.* 2023; 17; 1-10.
49. **Tandukar S, Hou S, Yabes J, Ran X, Fletcher M, Strollo P, Patel SR, Unruh M, Jhamb M.** Does Kidney Transplantation Affect Sleep and Fatigue in Patients With Kidney Disease? *Transplant Direct.* 2019; 29; 5(6).