

## **ZVLÁDANIE ZÁŤAŽOVÝCH SITUÁCIÍ U DIALYZOVANÝCH PACIENTOV** **COPING WITH BURDENING SITUATIONS IN DIALYZED PATIENTS**

\*Elena Gurková, \*\*Andrea Michnáčová

\*Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, \*\*Nefrodialyzačné centrum Martin, s.r.o.

### **Súhrn**

Neefektívne zvládanie záťaže je ošetrovateľská diagnóza zahrnutá v klasifikačnom systéme *NANDA International*. Diagnostika uvedeného ošetrovateľského problému sa zameriava na identifikáciu neefektívnych stratégií zvládania záťaže v súvislosti so zmenami v oblasti zdravia. Cieľom práce bolo zhodnotiť, ktoré stratégie zvládania záťaže najčastejšie využívajú pacienti zaradení do dlhodobého dialyzačného programu. Autori sa zamerali na zistenie rozdielov vo využívaní stratégií zvládania záťaže z hľadiska demografických a klinických údajov. Na hodnotenie stratégií zvládania záťaže u dialyzovaných pacientov bol použitý dotazník *Brief COPE*. (Carver, 1997) Do výskumu bolo zradených 45 respondentov zo šiestich dialyzačných stredísk na Slovensku. Na základe analýzy získaných údajov zistili, že najčastejšie využívanou stratégiou je akceptácia ochorenia. Štatisticky významné rozdiely vo využívaní stratégií zistili z hľadiska veku (v stratégiách – pozitívna reinterpretácia a rast, sebaobviňovanie), pohlavia (v stratégiách – využívanie náboženstva, ventilovanie emócií, sebaobviňovanie). U respondentov neboli zistené významné rozdiely z hľadiska rodinného stavu a dĺžky trvania liečby. Výsledky výskumu potvrdzujú predpoklad, že prijatie ochorenia je významnou

stratégiou pri adaptácii pacientov na dlhodobé zmeny vyplývajúce z charakteru dialyzačnej liečby. Špecifikovanie využívania stratégií z hľadiska faktorov ako je vek a pohlavie môže prispieť k lepšiemu porozumeniu prežívania pacientov pri zvládaní nárokov liečby a tým ku efektívnejšej individualizácii starostlivosti.

### **Summary**

Ineffective coping is a nursing diagnosis of the *NANDA International* classification system. Diagnostic phase of this problem focused on ineffective coping strategies identification in relation to changes in health status. The aim of this work was to identify coping strategies which are used by patients on haemodialysis. Authors of this work aimed to determine the significant differences in coping strategies in relation to age, gender and length of therapy. In order to classify coping strategies authors used a standardized questionnaire called *Brief COPE* by Carver. (1997) They found out on the sample size of 45 respondents, that the most commonly used strategy was acceptance within the whole group of respondents. Authors found the following statistically significant differences in using coping strategies: considering age: in the strategy focussing on positive reinterpretation, growth and self-accusation; considering gender: in the strategy using religion, in the strategy focussing on the venting of emotions, in the strategy focussing on self-accusation. Considering family status, neither considering the time from filing the respondents for dialysis treatment we did not find any statistically significant differences. Psychological reactions are different in different people. The situation in which

the patients have found themselves burdens them to a different extent and imposes upon them different requirements. If we want to help such a patient professionally, it is necessary that we know these strategies, thanks to which we can start the following long-term cooperation and motivate them to undergo the treatment.

### **Klíčové slová**

zvládanie záťaže, hemodialýza, Brief COPE, kopingové stratégie

### **Key words**

coping, haemodialysis, Brief COPE, coping strategies

### **Úvod**

Chronická renálna insuficiencia je ochorenie, ktoré výrazne zasahuje do kvality života pacientov. Nepredvídateľnosť priebehu ochorenia, čakanie a obavy z úspešnosti transplantačnej terapie, anticipácia možných invalidizujúcich komplikácií, vedomie celoživotného dodržiavania režimových opatrení, závislosť na prístroji obmedzujúca v denných aktivitách, predstavujú pre pacienta nadlimitné stresory, resp. záťažové situácie. Zvládanie nárokov vyplývajúcich z ochorenia je jeden z predpokladov udržiavania compliance a adherencie pacienta v liečbe a tým aj efektívnosti liečby. Identifikácia stratégií zvládania záťaže vyplývajúcej z liečby, ktoré sú z hľadiska vývoja zdravotného stavu pacienta neefektívne a podpora efektívnych stratégií môže prispieť ku dosiahnutiu efektívnej a dlhodobej adherencie pacientov. Neefektívne zvládanie záťaže je ošetrovateľská diagnóza zahrnutá v klasifikačnom systéme *NANDA International*. Diagnostika uvedeného ošetrovateľského problému sa zameriava

na zistenie neefektívnych stratégií zvládania záťaže  
v súvislosti so zmenami v oblasti zdravia.

### **Cieľ práce**

Cieľom práce bolo zhodnotiť, ktoré stratégie zvládania záťaže (kopingové stratégie) najčastejšie využívajú pacienti zaradení do dlhodobého dialyzačného programu. Zisťovali sme, aké sú rozdiely vo využívaní kopingových stratégií z hľadiska demografických (veku, pohlavia, rodinného stavu) a klinických údajov (dĺžky trvania zaradenia do liečby).

### **Súbor, metodika**

Výskum prebiehal od 18. 10. 2007 do 15. 1. 2008. Do výskumu bolo zaradených 45 respondentov zo šiestich dialyzačných stredísk na Slovensku. Výber vzorky bol zámerný. Medzi zaraďujúce kritériá výberu respondentov patrili nasledovné body: vek minimálne 18 rokov, frekvencia hemodialýzy minimálne 3-krát za týždeň, trvanie hemodialýzy minimálne 4 hodiny, ochota spolupracovať a podpísaný informovaný súhlas s účasťou na výskume. Do súboru neboli zaradení pacienti, u ktorých boli prítomné závažné ireverzibilné chronické komplikácie vyplývajúce z polymorbidity (pacienti po amputácii končatiny, nevidiaci), pacienti s onkologickým ochorením a pacienti s akútnymi komplikáciami súvisiacimi s hemodialýzou (kanylová sepsa, problémy s artériovenóznou fistulou).

Súbor tvorilo 22 (46,7 %) mužov a 23 (53,3 %) žien. Vekový priemer respondentov bol 52 rokov (rozmedzie 25 – 71 rokov). U 29 (64,4 %) respondentov bola dĺžka trvania hemodialýzy < 5 a u 16 (35,6 %) respondentov  $\geq$  5 rokov. U 28 (62 %) respondentov neboli prítomné žiadne ťažkosti v súvislosti s dialýzou, 17 (38 %) respondentov uviedlo výskyt nasledovných

ťažkostí. Na fyzickej úrovni uvádzali respondenti bolesti všetkých kĺbov a kostí, bolesť obidvoch rúk, chrptice, hypertenziu, hypotenziu, únavu, slabosť, nevoľnosť, žalúdočné ťažkosti. V psycho-sociálnej oblasti uvádzali prežívanie obmedzenia osobnej slobody a slobody pohybu mimo domova, depresiu, beznádej, obmedzenia spoločenskej aktivity a problémy súvisiace s dopravou na dialýzu.

Na zistenie stratégií zvládania záťaže u dialyzovaných pacientov bol použitý dotazník *Brief COPE*. (Carver, 1997) Dotazník obsahuje 14 subškál, pričom každú subškálu tvoria dve položky. Jednotlivé subškály hodnotia určité stratégie zvládania záťaže. Jednotlivé položky sa hodnotia na štvorstupňovej stupnici (1 - nikdy; 2 - len výnimočne; 3 - často; 4 - vždy). Uvedený dotazník bol validizovaný v anglickom jazyku. Pre účely našej práce bola pôvodná verzia preložená do slovenského jazyka. Preklad bol posúdený bilingválnym prekladateľom, prešiel jazykovou korektúrou a bol odsúhlasený klinickým psychológom.

Administráciu dotazníkov sme uskutočnili kombinovaným spôsobom. V prvej fáze sme dotazník osobne distribuovali na Celoslovenskej konferencii Sekcie sestier pracujúcich v nefrológii, ktorá sa konala 17. - 18. októbra 2007 v Bardejovských kúpeľoch. Celkovo bolo distribuovaných 63 dotazníkov. Vedúce sestry jednotlivých stredísk na základe inštrukcií (zaraďujúcich a vyradujúcich kritérií) vybrali vhodných respondentov. Zber dotazníkov sme následne uskutočnili nepriamo, pretože vyplnené dotazníky vedúce sestry jednotlivých stredísk odosielať poštou na naše pracovisko. Návratnosť dotazníkov bola 71 %.

Odpovede respondentov sme vyhodnocovali a spracovali pomocou programu Microsoft Excel. Na súhrnné hodnotenie odpovedí

respondentov bola použitá opisná štatistika (aritmetický priemer [ $\bar{x}$ ], smerodajná odchýlka [SD]). Na zistenie rozdielov vo využívaní stratégií zvládania na základe vybraných premenných (vek, pohlavie, rodinný stav, dĺžka trvania dialýzy, prítomnosť aktuálnych ťažkostí) bol použitý nepárový, dvojvýberový t-test s nerovnakým rozptylom na hladine významnosti ( $p \leq 0,05$ ).

### **Výsledky**

V tabuľke číslo 1 uvádzame odpovede respondentov na jednotlivé položky zoradené do 14 subškál. Poradie odpovedí v jednotlivých subškálach je zostavené vzostupne podľa priemeru. V tabuľke číslo 2 ďalej uvádzame štatistickú významnosť rozdielov ( $p$ ) v stratégiách zvládania z hľadiska veku (do 49 rokov/ $\geq$  50 rokov) a v tabuľke číslo 3 z hľadiska pohlavia (muži/ženy). Štatistická významnosť bola určovaná na hladine významnosti 0,05.

Najčastejšie využívanou stratégiou u dialyzovaných pacientov bola akceptácia (Tab. 1), prijatie. Štatisticky významné rozdiely vo využívaní stratégií boli zistené z hľadiska veku (v stratégiách – pozitívna reinterpretácia a rast, sebaobviňovanie), pohlavia (v stratégiách – využívanie náboženstva, ventilovanie emócií, sebaobviňovanie).

U respondentov neboli zistené významné rozdiely z hľadiska rodinného stavu a dĺžky trvania liečby.

### **Diskusia**

V našej práci sme zistili (Tab. 1), že najčastejšie využívanou stratégiou bola akceptácia, prijatie, pričom túto reakciu radíme k stratégiám orientovaným na emócie, (Carver, 1997, s. 97-98) Výsledok hodnotíme pozitívne, pretože prijatie,

akceptácia (prijímanie vecí také aké sú, snaha učiť sa s daným problémom žiť) má pozitívny vplyv na dlhodobú spoluprácu, ktorá ovplyvňuje prežívanie pacientov s chronickou renálnou insuficienciou a aj ich kvalitu života. Druhou najčastejšie využívanou stratégiou bolo plánovanie (rozdelenie riešenia problému na dielčie kroky). Medzi pozitívnou reinterpretáciou (snahou vidieť veci v pozitívnejšom svetle, hľadanie pozitívnych stránok danej situácie), aktívnym vysporiadaním sa (snahou vyriešiť problém) a odpútaním pozornosti boli len minimálne rozdiely. Taktiež boli minimálne rozdiely vo využívaní reakcií zameraných na humor, ventiláciu emócií, vyhľadávanie inštrumentálnej a emočnej opory, čo znamená, že respondenti tieto reakcie využívajú v rámci zvládania záťaže, akou je dialyzačná liečba, pomerne často. Neefektívne stratégie – sebaobviňovanie, potlačenie, popieranie boli využívané v menšej miere. Najnižšia frekvencia výskytu bola identifikovaná vo využívaní podporných, upokojujúcich látky (alkohol a drogy), čo môžeme hodnotiť pozitívne, no zároveň je tento výsledok z hľadiska hodnovernosti odpovedí, diskutabilný. Zaujímavé je, že inštrumentálna a emočná opora boli až v druhej polovici poradia stratégií. Hodnoty SD do 1,00 (okrem položky náboženstvo) na úrovni celej vzorky poukazujú na značnú homogenitu odpovedí respondentov. Z aspektu veku sme zistili signifikantné rozdiely v dvoch subškálach (Tab. 2). Mladší pacienti (vo veku do 49 rokov) častejšie využívali stratégiu pozitívnej reinterpretácie a rastu ( $p < 0,05^*$ ) ako pacienti  $\geq 50$  rokov. Uvedený výsledok môže podľa nás potvrdzovať predpoklad, že potreba otvorenej budúcnosti a nádeje v zmysle pozitívnej prognózy je výraznejšia u mladších respondentov. Ďalší signifikantný rozdiel ( $p < 0,05^*$ ) bol zistený v subškále sebaobviňovanie

(nadmerná kritika voči sebe, výčitky namierené na seba). Táto stratégia bola využívaná častejšie u starších pacientov.

Uvedené zistenie môže súvisieť s tým, že so zvyšujúcim sa vekom je charakteristickejšie životné bilancovanie. Pacienti v pokročilejšom veku predstavujú v súčasnosti vysoké percento z pacientov zaradených do dlhodobej dialyzačnej liečby.

Znižovanie funkčnej miery nezávislosti pri vykonávaní denných aktivít, výskyt komplikácií, polymorbidita a pod. sú zdrojom frustrácie pacienta (zdravotný stav nevyvíja podľa jeho predstáv, napriek jeho časovej a osobnej zaangažovanosti).

Výsledkom potom môže byť prežívanie vlastného zlyhania, zmiešané pocity viny a sklamaní.

Z aspektu pohlavia sme zistili signifikantné rozdiely v troch subškálach (Tab. 3). Náboženstvo (hľadanie útechy vo viere, duchovnom presvedčení, modlitbe alebo meditácii) častejšie využívajú ženy ako muži ( $p < 0,05^*$ ). Rozptyl hodnôt SD bol však výrazne homogénnejší (0,81) u mužov ako u žien (1,01). Ženy v porovnaní s mužmi častejšie ventilujú svoje emócie (viac otvorene prejavujú svoje pocity a pod.) a taktiež sa častejšie obviňujú. Uvedené zistenia korešpondujú so všeobecným predpokladom, že ženy sú emotívnejšie (otvorenejšie hovoria o svojich pocitoch) v porovnaní s mužmi. Kebza (2005, s. 179) v tejto súvislosti uvádza, že ženy v záťažových situáciách vyhľadávajú častejšie pomoc od svojho okolia ako muži a dokážu viac „profitovať“ zo svojich sociálnych vzťahov v zmysle zisku pre svoju osobnú pohodu.

V našej práci sme nepotvrdili rozdiely vo využívaní stratégií zvládania záťaže vzhľadom na čas od zaradenia do dialyzačnej liečby. Znojová, Sulková (2001, s. 110) uvádzajú, že pokiaľ ide o psychosociálny stres, neprejavujú sa rozdiely medzi krátko a dlho dialyzovanými pacientmi. Autorky uvádzajú, že

dopad ochorenia na prežívanie pacienta a jeho sociálnu zaangažovanosť, má skôr univerzálny charakter a nerozlišuje dlho a krátko dialyzovaných. Domnievame sa, že predovšetkým aktuálny stav, objektívna miera jeho ohrozenia a emocionálne prežívanie, majú výrazný vplyv na využívanie zvládanie záťaže pacientov.

**Tab. 1 Usporiadanie stratégií zvládania záťaže vzostupne podľa priemeru**

Por.	Stratégie	$\bar{x}$	SD
1.	Akceptácia, prijatie	3,39	0,62
2.	Plánovanie	3,10	0,58
3.	Pozitívna reinterpretácia	3,01	0,66
4.	Aktívne vysporiadanie sa	2,98	0,58
5.	Odpútanie pozornosti	2,94	0,54
6.	Humor	2,58	0,77
7.	Ventilovanie emócií	2,53	0,64
8.	Inštrumentálna podpora	2,53	0,73
9.	Emočná opora	2,49	0,76
10.	Náboženstvo	2,33	1,10
11.	Sebaobviňovanie	2,29	0,58
12.	Potlačenie, popieranie	1,87	0,81
13.	Uvoľnenie správania	1,74	0,70
14.	Alkohol, drogy	1,49	0,72

**Tab. 2 Rozdiely vo využívaní stratégií zvládania záťaže z hľadiska veku**

Stratégie	≤49 rokov		≥ 50 rokov		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>Pozitívna reinterpretácia</b>	<b>3,25</b>	<b>0,39</b>	<b>2,85</b>	<b>0,77</b>	<b>0,03*</b>
Ventilovanie emócií	2,33	0,57	2,67	0,67	0,08
Inštrumentálna podpora	2,58	0,60	2,50	0,83	0,7
Aktívne vysporiadanie sa	2,92	0,67	3,02	0,53	0,59
Potlačenie, popieranie	1,92	0,81	1,83	0,84	0,84
Náboženstvo	2,03	1,06	2,54	1,12	0,13
<b>Sebaobviňovanie</b>	<b>2,06</b>	<b>0,62</b>	<b>2,44</b>	<b>0,53</b>	<b>0,04*</b>
Humor	2,81	0,81	2,43	0,74	0,12
Uvoľnenie správania	1,61	0,74	1,83	0,68	0,31
Emočná opora	2,44	0,70	2,52	0,83	0,75
Alkohol, drogy	1,28	0,46	1,63	0,84	0,08
Akceptácia, prijatie	3,36	0,78	3,41	0,52	0,83
Odpútanie pozornosti	3,03	0,53	2,89	0,56	0,4
Plánovanie	3,11	0,58	3,09	0,61	0,61

**Tab. 3 Rozdiely vo využívaní stratégií zvládania záťaže z hľadiska pohlavia**

Stratégie	ženy		muži		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
Pozitívna reinterpretácia	3,00	0,75	3,02	0,59	0,91
<b>Ventilovanie emócií</b>	<b>2,76</b>	<b>0,58</b>	<b>2,30</b>	<b>0,63</b>	<b>0,01*</b>
Inštrumentálna podpora	2,48	0,76	2,59	0,73	0,62
Aktívne vysporiadanie sa	3,02	0,49	2,93	0,68	0,61
Potlačenie, popieranie	1,67	0,72	0,07	0,89	0,11
<b>Náboženstvo</b>	<b>2,96</b>	<b>1,01</b>	<b>1,68</b>	<b>0,81</b>	<b>0,01*</b>
<b>Sebaobviňovanie</b>	<b>2,46</b>	<b>0,45</b>	<b>2,11</b>	<b>0,65</b>	<b>0,05*</b>
Humor	2,41	0,85	2,75	0,69	0,15
Uvoľnenie správania	1,80	0,70	1,68	0,72	0,57
Emočná opora	2,43	0,76	2,55	0,80	0,62
Alkohol, drogy	1,52	0,86	1,45	0,58	0,76
Akceptácia, prijatie	3,37	0,55	3,41	0,72	0,84
Odpútanie pozornosti	2,91	0,51	2,98	0,59	0,70
Plánovanie	3,09	0,60	3,11	0,60	0,88

## **Záver**

Výsledky výskumu potvrdzujú predpoklad, že prijatie ochorenia je významnou stratégiou pri adaptácii pacientov na dlhodobé zmeny vyplývajúce z charakteru dialyzačnej liečby. Neefektívne stratégie zvládania záťaže (sebaobviňovanie, potlačenie, popieranie, používanie alkoholu a drog) boli využívané v menšej miere na úrovni celej vzorky. Špecifikovanie využívania stratégií z hľadiska faktorov ako je vek a pohlavie môže prispieť k lepšiemu porozumeniu prežívania pacientov pri zvládaní nárokov liečby a tým ku efektívnejšej individualizácii starostlivosti.

Článok vznikol ako súčasť riešenia grantu KEGA 3/5132/07.

## **Zoznam bibliografických odkazov**

- CARVER, C. S. 1997. You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997, Vol. 4, No. 1, p. 92-100. ISSN 0160-7715.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 258 s. ISBN 80-200-1307-5.
- ZNOJOVÁ, M., SULKOVÁ, S. 2001. Hodnocení stresu u dialyzovaných pacientů. *Časopis lékařů českých*, 2001, č. 4, s. 108-111. ISSN 0008-7335.

## **Kontakt na autorov**

Mgr. Elena Gurková, PhD., Ústav ošetrovateľstva JLF UK,  
Malá Hora 5, 036 32, Martin, Slovenská republika, e-mail:  
gurkova@jfmmed.uniba.sk

Mgr. Andrea Michnáčová, Nefrodialyzačné centrum Martin, s.r.o.  
Kollárova 49, 036 01 Martin, e-mail: [andrejka@x-tech.sk](mailto:andrejka@x-tech.sk)