

PSIHO SOCIJALNA PODRŠKA BOLESNICIMA NA KRONIČNOM PROGRAMU DIJALIZE

Bobinac, Zvonka

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:988342>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Zvonka Bobinac

**PSIHO SOCIJALNA PODRŠKA BOLESNICIMA NA KRONIČNOM PROGRAMU
DIJALIZE**

Diplomski rad

Rijeka, 2020

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Zvonka Bobinac

MENTAL SUPPORT FOR PATIENTS ON THE CHRONIC DIALYSIS PROGRAM

Diplomski rad

Rijeka, 2020

Mentor diplomskog rada:

Rad obranjen dana:

Pred Povjerenstvom u sastavu:

1.....

2.....

3.....

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	SVEUČILIŠTE U RIJECI – FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
Studij	DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO - MENADŽMENT U SESTRINSTVU
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	ZVONKA BOBINAC
JMBAG	0351008328

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	PSIHO SOCIJALNA PODRŠKA BOLESNICIMA NA KRONIČNOM PROGRAMU DIJALIZE
Ime i prezime mentora	Radoslav Kosić/Komentor: Prof.dr.sc. Daniela Malnar
Datum predaje rada	20.kolovoz 2020.
Identifikacijski br. podneska	
Datum provjere rada	23.kolovoz 2020.
Ime datoteke	ZVONKA_B_-_ZADNJA_VERZIJA2...
Veličina datoteke	213.11K
Broj znakova	50281
Broj riječi	8463
Broj stranica	49

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	
Internet	6%

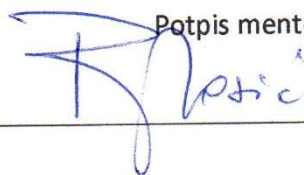
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	23.kolovoz 2020.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	☒ Da
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	☐
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Provjerom izvornosti rada pomoću Turnitin programa dobiven je rezultat od 6%. Može se zaključiti da je Diplomski rad izvorni rad studentice.

Datum

23. kolovoz 2020.

Potpis mentora



Zahvala

Želim zahvaliti višem predavaču Radoslavu Kosiću, prof. rehab. na savjetovanju, pomoći i strpljenju pri izradi ovog diplomskog rada te prof. dr. sc. Daniela Malnar, dr. med. na komentorstvu. Veliko hvala Igoru Salopeku, dr. med. koji je nesebično dijelio svoje znanje u svrhu poboljšanja zdravstvene skrbi za kroničnog bolesnika na dijalizi. Također se zahvaljujem svom kolektivu jer su vjerovali u mene i bili potpora u raznim situacijama kroz koje smo prolazili. Naročito se zahvaljujem kolegicama Roberti Kok-Petrak i Andreji Pereško-Ostronić koje su mi studentske dane uljepšale osmijehom i podrškom, te naravno mojim bolesnicima koji su mi stalna motivacija da budem što bolja u svome poslu.

SADRŽAJ

Zahvala	5
1. UVOD	1
1.1. Anatomija i fiziologija urinarnog sustava	2
1.2. Kronična bubrežna bolest	4
1.2.1. Etiologija	5
1.2.2. Klinička slika.....	5
1.2.3. Dijagnoza	6
1.2.4. Liječenje kroničnog bubrežnog zatajenja.....	6
1.3. Dijaliza.....	7
1.3.1. Hemodijaliza	7
1.3.2. Peritonejska dijaliza	9
1.4. Transplantacija bubrega.....	10
1.5. Utjecaj na mentalno zdravlje bolesnika koji se liječe dijalizom.....	11
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	14
2.1. Cilj istraživanja.....	14
2.2. Hipoteze.....	14
3. ISPITANICI I METODE	15
3.1. Etičnost ispitivanja	15
3.2. Metode istraživanja i mjerni instrumenti.....	15
4. REZULTATI.....	17
4.1. Socio-demografski podaci	17
4.2. Rezultati Bekovog indikatora depresije.....	22
4.3. Ispitivanje suočavanja sa stresnim situacijama	24
4.3.1. Testiranje pomoćnih hipoteza	25
5. RASPRAVA.....	26

6.	ZAKLJUČAK	29
7.	SAŽETAK.....	30
8.	SUMMARY	31
9.	LITERATURA.....	32
10.	POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIKONA	34
10.1.	Slike	34
10.2.	Tablice.....	34
10.3.	Grafikoni	34
11.	ŽIVOTOPIS	35
12.	PRILOZI	37
12.1.	Prilog 1	37
12.2.	Prilog 2- BDI upitnik	38
12.3.	Prilog 3- Suočavanje sa stresnim situacijama	42

1. UVOD

Svako liječenje bolesnika sa kroničnim bubrežnim zatajenjima povezano je sa relativno kraćim tijekom života i manjom kvalitetom u odnosu na opću populaciju. Nije strana činjenica da je smrtnost bolesnika sa kroničnim bubrežnim zatajenjem posebice kod onih gdje se trebaju nadomjestiti bubrežne funkcije, relativno velika. Liječenje bolesnika sa kroničnim bubrežnim zatajenjem uvelike je napredovalo, te se sada osim usmjerenosti na produženje života sve više bavi tematikom poboljšanja kvalitete života tih bolesnika. Nije zanemariva činjenica da je razvoj tehnike i poboljšanje aparata sa kvalitetnijom membranom utjecalo na produženje života i kvalitete život no nije utjecalo na smrtnost koja i dalje poprilično velika kad se promatra s aspekta opće populacije. Transplantacija bubrega još uvijek je najbolja metoda liječenja kroničnih bubrežnih bolesti i pruža najbolju kvalitetu života. Zanimljiv je podatak kako samo mali broj bolesnika nakon liječenja dijalizom ostane na svojim radnim mjestima (1). Kvaliteta života ovih bolesnika ovisi i o popratnim bolestima koje zahvaćaju te bolesnike u kojem uglavnom vodi šećerna bolest.

Posao bubrega je neprekidan i u 24 sata filtriraju i do 150 litara krvi. Ukoliko bubrezi otkažu svoju funkciju, otpadni produkti metabolizma počinju se nakupljati u krvi i počinju prvi simptomi bubrežnog zatajenja kao što su: zadihanost, opća slabost, smetenost te na kraju i tahikardija. Bubrezi izlučuju i otpadne stvari iz organizma, održavaju potrebnu količinu tekućine u organizmu te izbacuju višak kiselina iz organizma. Razne bolesti mogu dovesti do oštećenja bubrežne funkcije i njegovog zatajenja. U tom slučaju bubrezi ne uspijevaju regulirati tekućinu organizmu i odstranjivati sav višak tekućine, soli i kiselina koje su produkt razgradnje bjelančevina: ureja i kreatinin. Kada dođe do tog stanja u organizmu i potpunog zatajivanja rada bubrega potrebna je dijaliza.

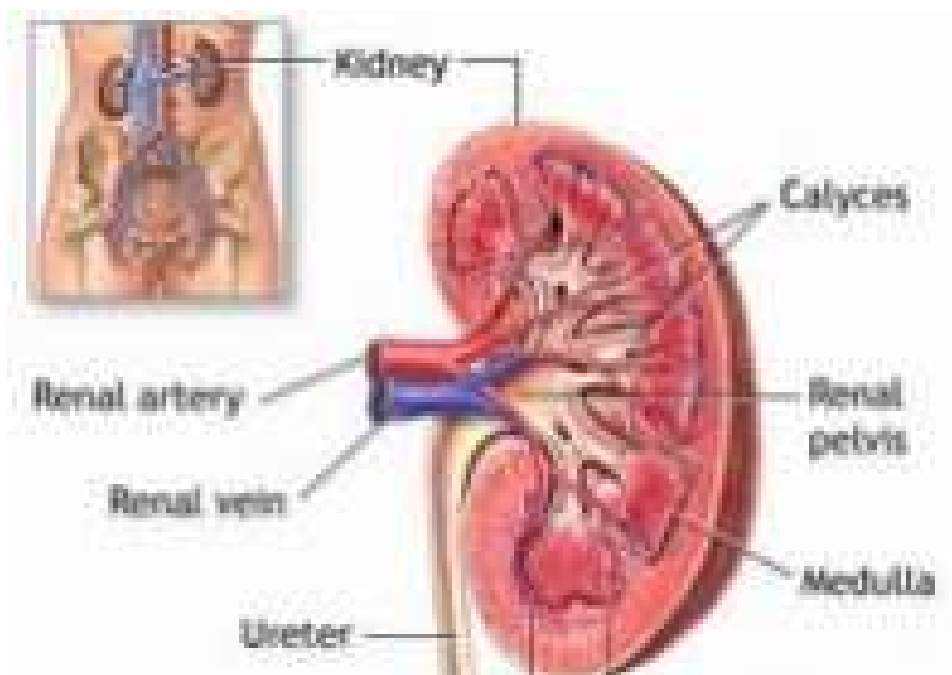
Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji Kvaliteta života definirana je kao percepcija »vlastitog podražaja u životu u samom kontekstu kulture i sustava vrijednosti, u kojem pojedinac živi te samim time i njegov odnos prema vlastitim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesima« (2). Fizičko zdravlje također je važna komponenta kvalitete života. Bolesnici u kroničnoj terminalnoj fazi bubrežnog zatajenja imaju znatne promjene u svom životu bez obzira što se cijeli tim stručnjaka trudi održati što kvalitetniji život i produljiti im životni vijek. Stoga je neminovno da će kronično bubrežno zatajenje utjecati na život bolesnika. To su bolesnici koji nemaju nadu za svoje izlječenje, iako im moderna medicina uz silan

Osim fizičkog života koji ima impakt na kvalitetu života i sve zdravstvene intervencije provedene od strane zdravstvenog osoblja ostavljaju trag na život bolesnika s kroničnim bubrežnim zatajenjem. U te intervencije svakako spada i dijaliza: peritonejska i hemodijaliza. Transplantacija koja je ujedno i najbolja opcija liječenja i poboljšavanja kvalitete života, no sam njen postupak je dugotrajan i u principu traje do dvije godine do pronalaska idealnog donora. Hemodijaliza iako je neophodna za produljivanje života ujedno i najviše utječe na kvalitetu života bolesnika. Brojna dosadašnja istraživanja su pokazala da bolesnici sa transplantacijom bubrega imaju najbolju kvalitetu života, nakon kojih slijede bolesnici koji su na peritonejskoj dijalizi za razliku od bolesnika na hemodijalizi na čiju kvalitetu života najviše utječe bolest. Vodećom bolesti za uzrok kroničnih bubrežnih bolesti smatra se šećerna bolest, potom kronični glomerulonefritis te policistični bubrezi. Medicinska sestra kao član zdravstvenog tima ima veliku ulogu u liječenju bolesnika s kroničnim bubrežnim zatajenjem, a njene komunikacijske vještine su jedan od značajnih komponenta s kojima se iskazuje empatija te bolesnicima pokazuje razumijevanje za njihovo stanje koje je ključan preduvjet za kvalitetan odnos (2).

Bubrezi latinski ren su parni organi položeni na stražnjoj bubrežnoj stijenci i to tako da je desni položen malo niže od lijevog. Bubreg je ovijen vezivnom čahuricom koja je od čvrste strukture koja sprječava širenje i upalni proces iz perirealnog u bubrežni parenhim. Vezivnu čahuru obavija masno tkivo iznad kojeg se nalazi perirealna ovojnica. Gerotova fascija obavija bubreg i nadbubrežnu žlijezdu, a sastoji se od sve lista, prednjeg i stražnjeg koji obavijaju bubreg s prednje i stražnje strane te se spajaju lateralno, na gornjem polu i medijalno. Jedino mjesto gdje je Gerotova fascija otvorena jest mjesto gdje je otvor za ureter i gonadalne krvne žile (3). To sve pomaže da se upalni procesi iz bubrega ne proširuju tako brzo. Bubreg ima svoj konkavni oblik koji je uperen medijalno i tu je položen hilus bubrega. S prednje strane se nalazi bubrežna vena, a ispod bubrežna arterija iza koje se nalazi bubrežni pijelon. Smjer desne bubrežne arterije je preko lateralnog ruba aorte i ispod donje šuplje vene. Iz bubrežne arterije proizlaze ogranci za nadbubrežnu žlijezdu, gornji dio uretera, bubrežni pijelon i bubrežnu čahuru. Ima razlike i u anatomiji bubrežnih vena, desna je dužine od dva do četiri centimetra i ulazi lateralno u donju šuplju venu za razliku od lijeve bubrežne vene koja je duža: šest do deset centimetra i prelazi preko aorte s prednje strane(4).

Parenhim bubrega konstruiran je od kore i srži, a sačinjen je od nefrona, živaca, krvnih žila i limfnih žila. »Nefron je osnovna funkcionalna jedinica bubrega sačinjena od glomerula, proksimalnog kanalića, Henleove petlje, distalnog kanalića i sustava koncentriranih u cijevi. «Bubrežna srž sadrži bubrežne piramide. Urin se skuplja iz pojedinih papila te prvotno malim čašicama se slijeva u velike te otječe u pijelon (4). Bubrežno tjelešce je svojevrsan filter koji filtrira krv i dnevno proizvode 180 litara primarne tekućine, te se u sustavu cjevčica resorbira 178 litara od čega ostaje sekundarna mokraća iz koje se stvori od 1,5 do dvije litre urina koja izvodnim cjevčicama izlazi u mokraćni mjehur. Bubrežna zdjelica je prostor za skupljanje mokraće i ima kapacitet od tri do osam mililitara (5).

Ureter, odnosno mokraćovod je blago plosnata cijev debele stijenke koja ujedinjuje bubrežnu zdjelicu i mokraćni mjehur, dužine 25 do 30 centimetara, a dijeli se na dva dijela: parsabdominalis i parspelvica te u svom završnom dijelu probija stijenku mokraćnog mjehura (5). Mokraćni mjehur je šuplji organ koji ima sposobnost mijenjanja veličine ovisno o ispunjenosti. Smješten je iza preponske kosti u »superperitonealnom vezivnom prostoru male zdjelice. Dijelovi mokraćnog mjehura su »tijelo ili corpusvesicae, dno ili fundus vesicae te vrat mokraćnog mjehura ili cervixvesicae«. Obujem za skladištenje tekućine je oko 500 mililitara, no već na 300 se javlja nagon za mokrenje (5).



Slika 1. Slika bubrega

Izvor: <https://ultrazvuk-tarle.hr/laboratorijske-pretrage/zdravlje/upala%20bubrega>

(01.05.2020)

1.2. Kronična bubrežna bolest

Prema definiciji kronično bubrežno zatajenje ili bubrežna insuficijencija je klinički sindrom koji je obilježen postupnim i nepovratnim propadanjem svih bubrežnih funkcija, a traje nekoliko mjeseci. Kod kroničnog bubrežnog zatajenja nastupa oštećenje svih bubrežnih funkcija od ekstrakcije koja dovodi do nakupljanja vode, elektrolita i krajnjih produkata metabolizma: bjelančevina i mokraćna kiselina, endoktrina: smanjuje se sinteza vitamina D₃, prostaglandina i eritropoetina; te metaboličke funkcije: smanjuje se metabolizam gastrina i akumulacija lijekova (6). Terminalno bubrežno zatajenje je stanje u kojem bolesnik treba dijalizu. Nakon otkrića »Scribnerovog šanta« doktora Bleding Scribnera prije 30-40 godina koji je omogućio pristup krvotoku putem kirurškog puta i omogućava izvođenje više dijaliza te je time spasio milijune života. Zatajenje bubrega uzrokuje u najvećem postotku od oko 40 % šećerna bolest i 20 % povišeni arterijski tlak. Sljedeći najčešći uzroci zatajenja bubrega su kronični glomerulonefritis i policistični bubrezi. Kronično bubrežno zatajenje se dokazuje biopsijom tkiva, glomerulskom filtracijom i markerima bubrežnog oštećenja.

1.2.1. Etiologija

Kao vodeći etiološki uzroci nastanka kroničnih bubrežnih zatajenja nalaze se „bubrežna nefropatija, intersticijske bolesti, policistična bolest bubrega, glomerulne bolesti, sustavne bolesti vezivnog tkiva te u Hrvatskoj endemska nefropatija (6). Kod djece se glavnim uzrocima kroničnog zatajenja bubrega smatra razne urođene malformacije bubrega i/ili mokraćnog sustava sa ili bez upalnih znakova, potom refluksne nefropatije, glomerulske bolesti i nasljedne bubrežne bolesti (6).

1.2.2. Klinička slika

Kad se promatra patofiziologija kroničnih bubrežnih zatajenja razlikuju se četiri stadija bolesti koja ovise o veličini smanjenja glomerularne filtracije, a prikazani su u tablici 1 (6).

Tablica 1. Stadiji bolesti kroničnog bubrežnog zatajenja

SMANJENA RENALNA REZERVA	AZOTEMIJA	UREMIJA	TERMINALNA FAZA
U ovom stadiju bolesnici su još asimptomatski, a bolest se otkrije smanjenjem parcijalnih funkcija bubrega: klirens bubrega, smanjuje se glomerularna filtracija za 35-75 % od normalne	U ovoj fazi dolazi do povišenih vrijednosti ureje i kreatinina u krvi, te se pojavljuju prvi opći simptomi zatajenja urina kao što je nikturija. Pojavljuje se i povišeni tlak, anemija, netolerancija glukoze, glomerularna filtracija je 25-35% od normale	U ovoj fazi glomerularna filtracija je 20-25% manja od normalne, dolazi do poremećaja u sastavu tjelesnih tekućina, elektrolita, anemije, povišenog krvnog tlaka, te promjena na organskim sustavima.	U ovoj fazi je dijaliza ili transplantacija bubrega neophodna je za očuvanje bolesnikovog života, jer je glomerularna filtracija jedva 5-10 % od normalne

Izvor: izrada autora Z. B.

Kako bolest napreduje bez obzira da li je bubrežg oštećen dolazi do niza poremećaja koji se otkrivaju raznim simptomima, primjerice poremećaj tjelesne tekućine, poremećaj elektrolita i metaboličke acidoze, pojave uremjskih toksina. Klasični simptomi kroničnog bubrežnog zatajenja su visok tlak, poremećaji probave, hematološki i neurološki poremećaji.

1.2.3. Dijagnoza

Da bi se dijagnoza pravilno postavila od iznimne važnosti je anamneza i fizikalni pregled bolesnika gdje se mogu uočiti visoki krvni tlak, različite promjene na koži. U prvoj fazi koja je asptomatska i nema simptoma i promjena u sastavu krvi potrebno je obaviti pretrage kao što su klirens kreatinina, pokus osmolarnosti i koncentracije urina. U fazi azotemije i uremije dolazi do povećanja koncentracije ureje, kreatinina, fosfata, kalija i mokraćne kiseline u krvi; pojavljuje se hipokalcemija, metabolička acidoza, normocitna anemija, zbog poremećaja koagulacija produžuje se vrijeme krvarenja i snižena je adhezivnost trombocita. promjene u urinu ovise o osnovnoj bubrežnoj bolesti. Ultrazvukom se određuj veličina bubrega, a mogu se otkriti i stanja kao što su policitoza i hidronefroza bubrega. Ukoliko se ultrazvukom uoči smanjena veličina bubrega to upućuje na dugotrajnost bolesti (6).

1.2.4. Liječenje kroničnog bubrežnog zatajenja

Klasično, odnosno konzervativno liječenje kroničnog bubrežnog zatajenja počinje s dijetom ograničenja proteina na 0,5-1 gram po kilogramu tjelesne težine i smanjenim unosom tekućine jer bolesnici imaju smanjenu diurezu. Bitno je napomenuti da bolesnici na dijalizi moraju povećati unos proteina. Dijaliza je agresivni tretman i razgrađuje proteine. U prehrani se posebna pažnja posvećuje smanjenju natrija, kalija i fosfora. Anemija se tretira primjenom sintetskog eritroproteina uz dodatak željeza. Zbog povišenog krvnog tlaka i srčane dekompenzacije uvode se diuretici inhibitori angiotenzin konvertirajući enzima, odnosno skraćeno ACE- inhibitori (ACE- engl. *Angiotensin Converting Enzyme*). Bolesnicima se uvodi u terapiju kalcijev karbonat i vitamin D3 jer su sad već u stanju hiperkalcijemije i hiperfosfatemije te soda bikarbona zbog acidoze. U terminalnoj fazi započinje se dijalizom ili se planira transplantacija bubrega (6). Nužno je odabrati antiagregacijsku, antikoagulacijsku i fibrinolitičku individualnu terapiju za svakog bolesnika koja će pomoći smanjenju incidencija i težini krvarenja, tako i tromboembolijskih krvarenja (7).

1.3. Dijaliza

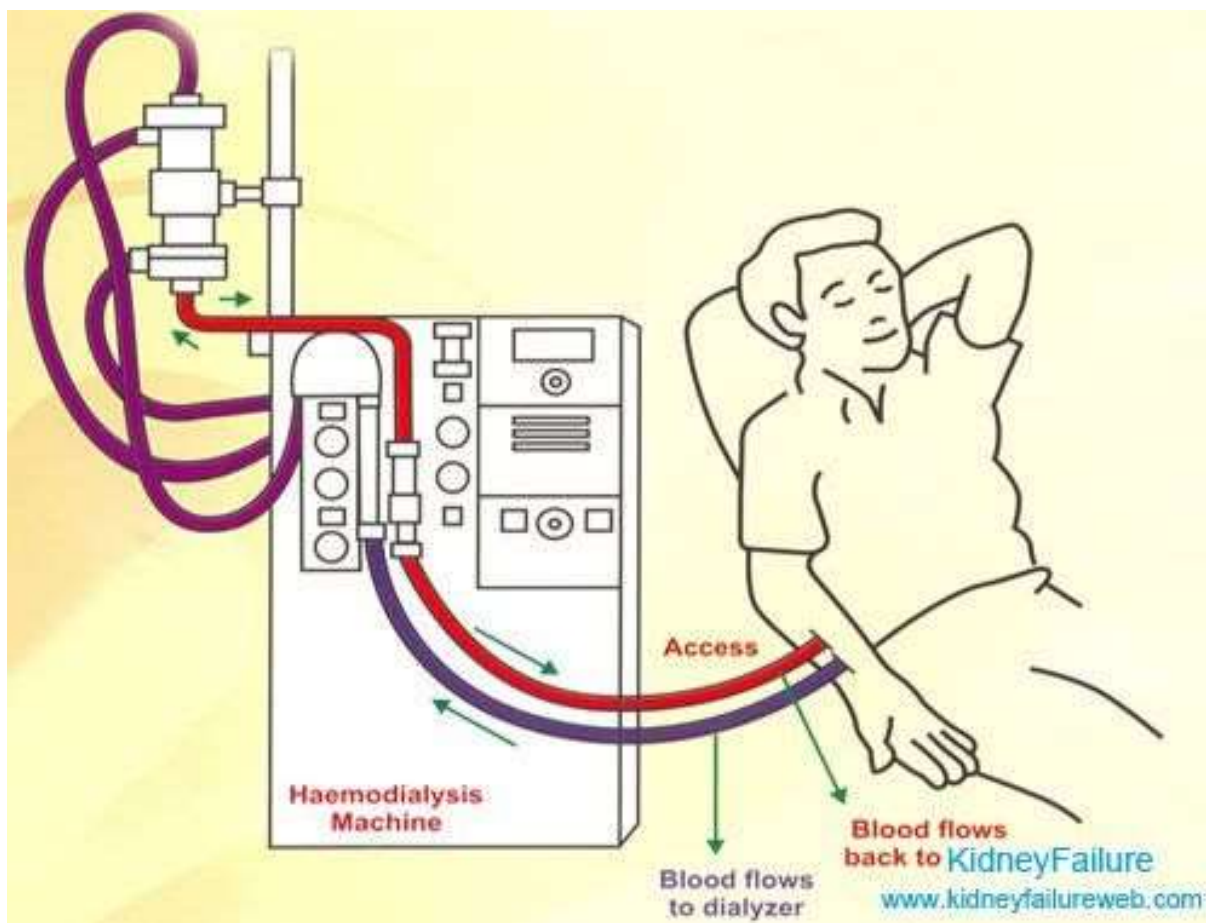
S dijalizom se započinje u terminalnoj fazi i razlikujemo dvije dijalize: hemodijaliza inkorporalne filtracije unutar samog tijela bolesnika i peritonejska dijaliza ekstrakorpolarne filtracije. Treba razumjeti da dijaliza nije liječenje, već metoda kojim se bolesniku produžuje život jer zamjenjuje funkciju bubrega. Bolesnici sa kroničnim bubrežnim zatajenjem će morati ići na dijalizu sve do transplantacije.

1.3.1. Hemodijaliza

Hemodijaliza je pojam koji označava odvođenje krvi iz tijela te njeno ekstrakorporno filtriranje u dijalizatoru. Izvodi se u centrima za dijalizu putem tri mjesta pristupa krvotoku:

- arteriovenska fistula
- arteriovenski graf
- centralni venski kateter (8).

Ovo je najčešći oblik pristupa produženja života kod bolesnika s terminalnim zatajenjem bubrega i iako nije lijek ima bolesnika u medicinskoj povijesti živjeli 35 godina na hemodijalizi. Ono što hemodijaliza od njih zahtjeva jest strogo pridržavanje rasporeda hemodijalize, propisane terapije i dijeta kako bi što duže produžili svoj život i održali njegovu kvalitetnu (9). Hemodijaliza se primjenjuje i kao liječenje u nekim oblicima trovanja jer je potrebna difuzija štetnih sastojka bolesnikove krvi i štetne otopine u dijalizatoru. Krv se dijalizira u membranama dijalizatora, a efikasnost dijalize ovisi o veličini otopljenih tvari u krvi, brzini protoka krvi i samim značajkama membrane za dijalizu.



Slika 2. Hemodijaliza

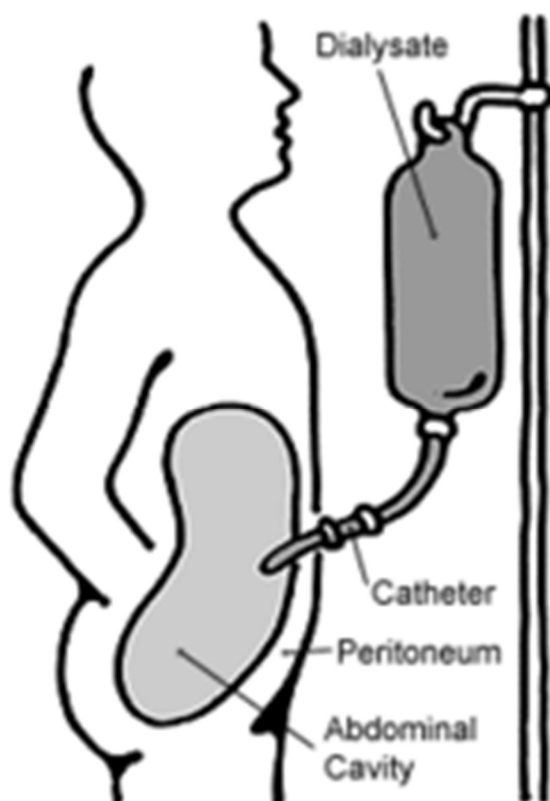
Izvor: <https://hr.medicineh.com/89-kidney-dialysis-97824> (05.05.2020)

Indikacije za hemodijalizu su akutno kronično bubrežno zatajenje, kronično bubrežno zatajenje te razna trovanja. Hemodijaliza traje četiri sata i u većini slučajeva se provodi tri puta tjedno. Kod slučajeva kroničnog bubrežnog zatajenja dijalizu treba započeti »kad serumska koncentracija kreatinina dosegne 600-800 $\mu\text{mol/L}$ «, a kod akutnog bubrežnog zatajenja hemodijaliza započinje kod sljedećih simptoma: hiperkalijemija, oligurija, hipervolemija. Česte komplikacije hemodijalize su anemija koja se može pogoršati zbog gubitka krvi i manjka folata, potom perikarditis, divertikuloza, impotencija, hepatitis i stečene bubrežne ciste. Rijetka komplikacija je intoksikacija aluminijem koja može prouzročiti dijaliznu demenciju gdje dolazi do letalnog sindroma govorne dispraksije i epileptične napade (9).

1.3.2. Peritonejska dijaliza

Peritonejska dijaliza je dobro prihvaćena metoda liječenja kroničnog zatajenja bubrega i ima prednost naspram hemodijalize jer se dulje održava preostala bubrežna funkcija koja uteče na kvalitetu života i preživljavanje. Ova vrsta dijalize neophodna je kod male djece i kod bolesnika kod kojih zbog srčano-žilnih komplikacija nije moguće konstruirati arteriovensku fistulu. Peritonejska dijaliza bolja je i sa ekonomske strane jer je jeftinija, a i zbog kućnog izvođenja omogućuju bolesnicima slobodnije kretanje, slobodniju dijetu, veći unos tekućine, manje oscilacije u tlaku, manji postotak pojave anemije, manji rizik oboljenja od hepatitisa, bolju kulturološku i socijalne kontakte (10).

Ovo dijalizu obilježava činjenica da bolesnici koriste vlastiti peritoneum kao »semipermeabilnu membranu«. Bolesniku se implicira trajni kateteru abdominalnu šupljinu pomoću kojeg se filtrira hiperosmolarna tekućina, obično glukoza. Ova dijaliza se u većini slučajeva provodi četiri puta na dani preko peritoneuma. Obavlja se izmjena tvari iz krvi bolesnika zbog razlike u koncentraciji krvi. Pozitivne strane i prednosti ove dijalize u odnosu na hemodijalizu su: sigurnost, nema potrebe za grafom, nema mogućnosti krvarenja, manji je kardiovaskularni stres, bolesnik je neovisan o stalnim odlascima u instituciju. Glavna komplikacija ove dijalize je velika mogućnost peritonitisa, najčešće uzrokovanog stafilokokom. Pod ostale komplikacije spadaju »malnutricija, hiperglikemija, hipernatrijemija, hipergliceridemija«(6). Ova dijaliza pogoduje i kao najbolja psihička i fizička rehabilitacija kod bolesnika koji imaju kronično zatajenje bubrega. Ona omogućuje bolesniku psihosocijalnu pripremu da se što prije integrira u životnu zajednicu i trebala bi biti prva metoda dijalize ukoliko je to moguće. Prema registru Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju peritonejska dijaliza ne bilježi značajan porast uglavnom i iz razloga jer su na peritonejskoj dijalizi mlađe radno sposobne osobe sa rezidualnom bubrežnom insuficijencijom i dokazano se brže transplantiraju. Taj podatak ubraja Hrvatsku u skupinu visoko transplantiranih osoba na milijun stanovnika (10,11).



Slika 3. Peritonejska dijaliza

Izvor: <https://dijaliza.wordpress.com/category/strucni-clanci/> (05.05.2020)

Automatizirana peritonejska dijaliza koja se provodi putem stroja s grijačem i tajmerom uvedena je u Hrvatskoj 1997. godine kada se provodila na samo 5% bolesnika liječenih peritonejskom dijalizom (11).

1.4. Transplantacija bubrega

Transplantacija bubrega je jedno od najvećih medicinskih postignuća u 20. stoljeću. Prva uspješna transplantacija izvedena je 7. ožujka 1902. godine i to na psu. Kasnije je Alexis Carrel realizirao autotransplantaciju bubrega na psu, proučavao krvno žilni sustav i razvio triangulacijsku tehniku uz primjenu Carrelvog patcha. Ta tehnika se koristi i danas, a Carrel je dobio i Nobelovu nagradu 1922. godine (12).

Transplantacija bubrega je jedini pravi način liječenja kroničnog zatajenja bubrega, a donor može biti uži član obitelji-živi donor, te potencijalni davatelji bubrega koji imaju nepovratno oštećenje mozga, intrakranijalno krvarenje i kardiovaskularni arest koji nije moguće povratiti.

Transplantirani bubreg od donora sa gore navedenim oštećenjima preživi u 80% bolesnika više od 5 godina, a kod živog donora i u postotku većem od 90%. U svijetu je sve veća potreba za ovom metodom liječenja, a ponuda ne slijedi potražnju (13). Transplantacija je postupak interpolacije bubrega davatelja u donji dio trbušne šupljine primatelja. Uz bubreg se može translirati i bubrežna arterija i vena te spajanja na mokraćovod primatelja. Ova metoda omogućava bolesniku najveću slobodu, najmanje ograničenja u prehrani. Kod žena u generativnoj dobi dolazi do obnavljanja menstrualnog ciklusa i moguće je uz savjetovanje sa liječnikom i planiranje trudnoće (12). Da bi se bolesnik uvrstio na listu za transplantaciju potrebna je stalna, opsežna i redovna temeljna obrada zdravstvenog stanja bolesnika, znavljanje nalaza, kako bi se zbog mogućih komplikacija pravovremeno razmotrilo privremeno ili trajno odstranjivanje sa liste.

Koliko je transplantacija napredovala govori u prilog i to što su krajem sedamdesetih godina bila poznata samo dva imunosupresiva, a danas su razvijeni moćni imunosupresivi koji omogućavaju 80% petogodišnje preživljavanje. Imunosupresivi se koriste kako bi se smanjila mogućost odbacivanja transplantiranog bubrega (6). Moguće komplikacije transplantacije su odbacivanje organa i veća mogućnost razvoja tromboembolijskih događaja (7).

1.5. Utjecaj na mentalno zdravlje bolesnika koji se liječe dijalizom

Bolesnici s kroničnim oboljenjima ovise o svome zdravstvenom timu i bolnicama, stoga taj tim i aparatura ukoliko nisu adekvatni mogu biti i potencijalni izvor smrti bolesnika. Sve to stavlja posljedice na bolesnike jer su u konstantnoj ovisnosti o bolnicama. Na dijalizi se uglavnom nalaze psihološki zdrave osobe koje se u kratkom vremenu suočavaju sa ogromnom količinom stresa i kompletnom promjenom životnih navika. Uz sve to često uzimaju i do petnaestak različitih lijekova, osjećaju bol, umor, strahuju za svoju budućnost, postaju ovisni o drugim osobama, upoznavanju se sa transplantacijskim listama i mogućnošću vlastite smrti. Ta količina stresa, kao i svaka druga zahtjeva prilagodbu koja se odvija u tri stupnja:

- razdoblje medenog mjeseca
- razdoblje tuge, razočarenja i obespravljenosti
- razdoblje prilagodbe (14).

Da bi se osoba dobro psihološki prilagodila tako ekstremnim uvjetima potrebno je angažiranje mehanizma obrane koji uključuju širok spektar emocija: poricanje, uzrujanost, intelektualizacija problema, regresija, projekcija i ekstremna religioznost. Moguće psihijatrijske dijagnoze i impakt na bolesnike koje ima sav taj stalan stres jesu psihoze, dijalizni

disekvilibrijski sindrom i dijalizna demencija. Vidljivo je da je uloga psihijatra šarolika (15). Najčešća psihička komplikacija je depresija. Bolesnici gube volju za „takvim životom“ i čak 20 % njih smatra smrt kao izlaz iz tog začaranog kruga dijalize. Tako je u Americi prekid dijalize drugi uzrok smrtnosti, odmah nakon kardiovaskularnih bolesti (15).

Dijaliza se percipira kako neka vrsta samog pakla jer ti bolesnici ne mogu očekivati poboljšanja ili neku kvalitetu života, a većina zdravstvenih radnika ima isti stav prema dijalizi. Godinama promatraju svoje bolesnike kako propadaju, gube nadu i na kraju se sa mnogima od njih moraju i oprostiti, pa sve to potiče i negativizam među osobljem jer nemaju subjektivan osjećaj da mogu »puno toga učiniti«. Percepcija dijalize je da je to jedan veliki teret u kojem nema pomaka na bolje. Ne čudi podatak da je godišnja smrtnost bolesnika na dijalizi 25%, a taj postotak nemaju ni neki karcinomi. Dijaliza ima za zadatak glumiti umjetni bubreg i nadoknaditi potpunu funkciju pravog bubrega koja nije samo uklanjanje ureje, regulira krvni tlak i cjelokupni unutrašnji balans organizma. Trebalo bi usmjeriti istraživanja na razvitku stvaranja dijalize koja će bolesnicima osigurati veće zadovoljstvo, rehabilitaciju i kvalitetniji život (16).

Klinička medicina pokazala je da tako velike organske poremećaje koji zahtijevaju dugotrajno i intenzivno liječenje često kao popratne efekte dovodi do niza psiholoških poremećaja. Kao ishod tih saznanja došlo je do potrebe uključivanja »liaison« psihijatra kako bi se održala veza između organskog i psihološkog liječenja. Psihoterapijska tehnika u liaison psihijatriji je potporna terapija kako bi se uspostavila psihička ravnoteža (14). Većina bolesnika će na dugotrajnoj dijalizi razviti i kronične fiziološke poremećaje kao što je realna osteodistrofija koja uzrokuje jake boli u kostima, zglobovima, promjenu raspoloženja, razdražljivost, slaba koncentracija, svrab kože, osjećaj malaksalosti, stalne glavobolje. Ovi simptomi se pojavljuju što dijaliza duže traje, obično iznad pet godina, te su također pozvani sa starosti bolesnika, a imaju veliki utjecaj na psihičko stanje bolesnika (17).

Poznato je da mentalno zdravlje nije samo odsustvo bolesti već stanje u kojem osoba može ostvariti svoj potencijal, nositi se sa svakodnevnim stresom, te biti produktivna sebi, obitelji i zajednici. Kronične bolesti koje zahtijevaju dugotrajno liječenje uz utjecaj na fizičko stanje oboljelog djeluju i na navedene komponente. Osoba se suočava sa stalnim stresom, ne ostvaruje svoj potencijal kao ranije i dobiva osjećaj da nije na »korist ni sebi ni zajednici«. Mentalno zdravlje nije samo odsustvo simptoma bolesti već se mora razmatrati i sa perspektive preventive, edukacije bolesnika od kroničnih bolesti sa načinima nošenjem sa stresnim situacijama, pružanje podrške, socio-ekonomske potpore, organiziranju programa potpore u

zajednici. Cilj ovog rada je ukazati potrebu na navedene stavke te time doprinijeti što boljoj zdravstvenoj skrbi za bolesnike s kroničnim bubrežnim oboljenjem.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1. Cilj istraživanja

Primarni cilj istraživanja je analizirati postoji li potreba za većom zaštitom mentalnog zdravlja kod bolesnika oboljelih od kroničnih bubrežnih bolesti.

2.2. Hipoteze

Na osnovu cilja, postavljamo slijedeće hipoteze.

H0:

Pretpostavljamo da bolesnici na dijalizi imaju potrebu za uključivanjem psihološke potpore kroz liječenje.

Pomoćne hipoteze:

H1:

Očekujemo da bračni status bolesnika utječe na percepciju kvalitete života, samim time i na pojavu depresije i veću razinu stresa.

H2:

Očekujemo da bolesnici koji su na dijalizi duže od pet godina pokazuju veću sklonost depresiji.

3. ISPITANICI I METODE

U istraživanje uključeni su bolesnici oboljeli od kroničnih bubrežnih bolesti njih ukupno 50. Ispitanici su na dijalizi najmanje pet godina.

Za istraživanje su korištena tri anonimna anketna upitnika pomoću kojih se procjenjivala prisutnost depresije, način nošenja sa stresnim situacijama te anketni upitnik za prikupljanje socio-demografskih podataka. Ispitivanje je provedeno u periodu od veljače do travnja 2020. godine.

3.1. *Etičnost ispitivanja*

Prije samog provođenja ispitivanja svi ispitanici su bili upoznati sa svrhom ispitivanja. U upitnicima se nisu koristila puna imena i prezimena oboljelih, omogućena im je privatnost i anonimnost na način da su upitnike ispunjavali u odvojenoj prostoriji, svaki ispitanik posebno kako bi se spriječila mogućnost dogovaranja odgovora. Za popunjavanje upitnika bilo im je osigurano dovoljno vremena ovisno o njihovim individualnim potrebama. Za ispitanike s oštećenjem vida upitnici su prilagođeni većim fondom slova. Svi upitnici su se po rješavanju stavljali u koverta koje su se zatvarale, a otvorene su tek kod statističke obrade podataka. Prije provedbe ankete dobiveno je odobrenje Etičkog povjerenstva OB Karlovac.

3.2. *Metode istraživanja i mjerni instrumenti*

Prikupljeni odgovori analizirani su deskriptivnom statističkom metodom, a testiranje hipoteze provedeno je s koeficijentom značajnosti $p > 0,05$ kako bi se utvrdilo postoji li povezanost između pojave depresije, porasta stresa i dugotrajnog liječenja kroničnih bolesti bubrega. Kao mjerni instrumenti korišteni su:

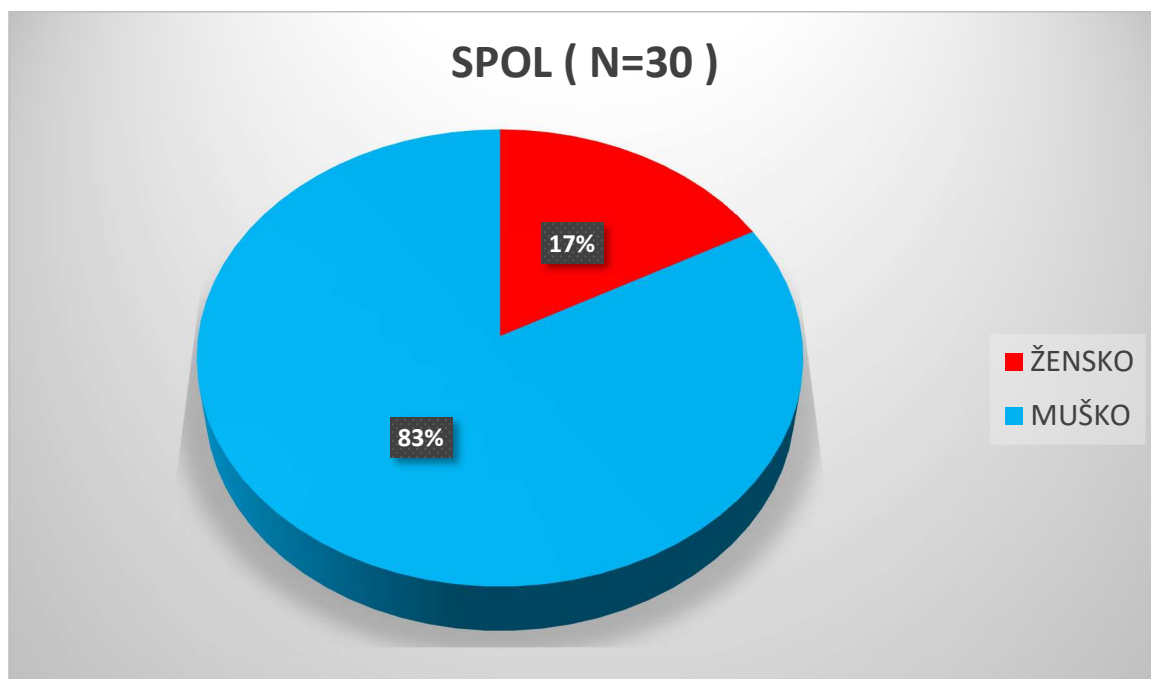
1. Beckov inventar depresije-II (BDI-II): njegovo drugo izdanje koji je najčešće korišteni instrument za utvrđivanje depresije, a njegov sadržaj je usklađen s kriterijima za dijagnozu depresije iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV). Primjena ovog upitnika omogućuje procjenu ozbiljnosti ili težinu depresije kod odraslih osoba i adolescenata starijih od 13 godina. BDI-II je razvijen kako bi se uočilo postojanje depresije i njenih simptoma, sastoji se od 21 tvrdnje, a svaka tvrdnja ima ponuđena 4 moguća odgovora koji su poredani po težini određenog simptoma depresije. Ispunjavanje upitnika traje u prosjeku 5 minuta, a sam upitnik je jednostavan i prilagođen ispitanicima. Zadatak ispitanika je da od četiri ponuđena odgovora izabere tvrdnju koja najbolje opisuje njegove osjećaje na dan ispitivanja kao i dva protekla tjedna prije ispunjavanja.

2. Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama autora Endlera i Parkera (engl. *Coping Inventory for Stressful Situations*- CISS), sastoji se od 48 tvrdnji grupiranih u tri skale po 16 tvrdnji na zadatak usmjereno suočavanje (primjerice tvrdnja „Činim ono što mislim da je najbolje“); na emocije usmjereno suočavanje („Govorim sebi da se ovo više nikad neće ponoviti“) i izbjegavanje usmjereno na suočavanje („Mislim o dobrim stvarima koje su mi se dogodile“). Ispitanici su bodovali sa pet stupnjeva koliko koriste određene tipove aktivnost pri susretu sa stresnom situacijom.

4. REZULTATI

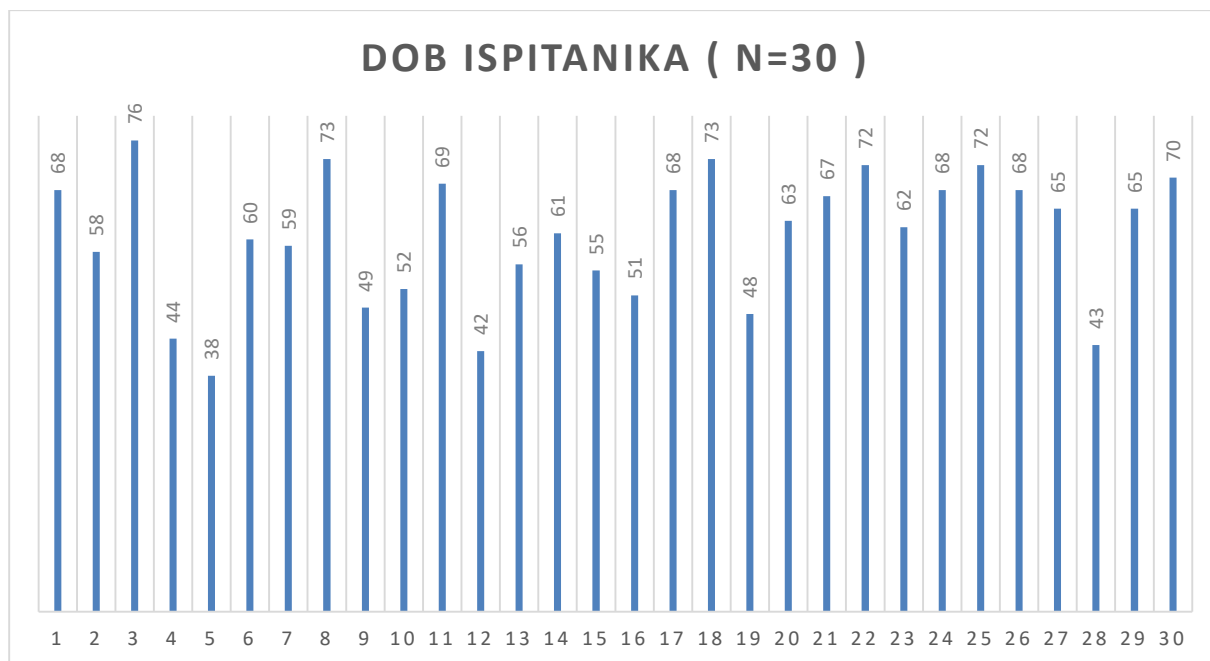
U istraživanje je bilo uključeno 50 ispitanika, pravilno je ankete ispunilo 30 ispitanika. U nastavku rada slijedi analiza dobivenih podataka.

4.1. Socio-demografski podaci



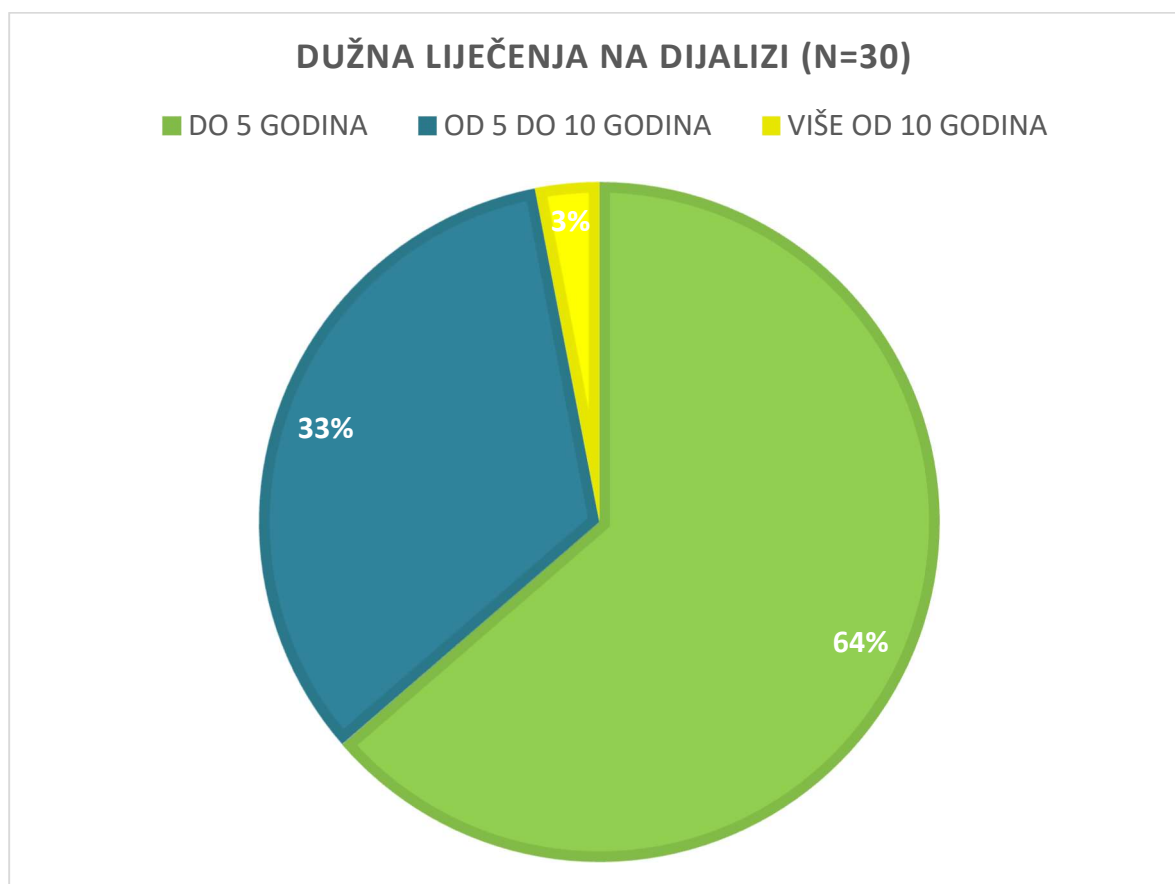
Grafikon 1. Prikaz po spolu ispitanika

Od ukupno 30 ispitanika 5 ih je bilo ženskog, a 25 muškog spola te su rezultati u postocima prikazani u grafikonu 1. Dobivena vrijednost veća od granične vrijednosti za jedan stupanj slobode (3,843), zaključuje se da postoji statistički značajna razlika između broja muškaraca i žena na razini značajnosti $p < 0,05$.



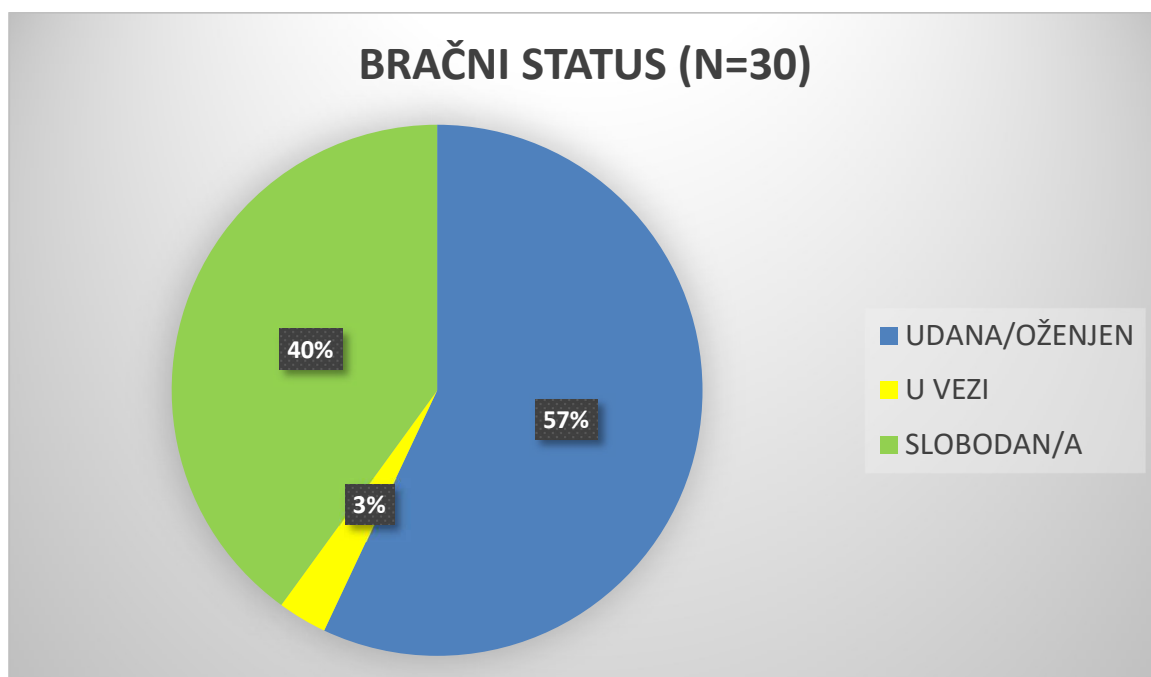
Grafikon 2. Prikaz po dobi ispitanika

Prosječna dob ispitanika je $X = 60,5$ godina, sa standardnom devijacijom 10,21. Najmanja dob ispitanika je 38, a najveća 76 godina. Granična vrijednost za tri stupnja slobode iznosi 1,325. Kako je dobivena vrijednost veća od granične, ne postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika po pitanju dobi na razini značajnosti $p < 0,05$.



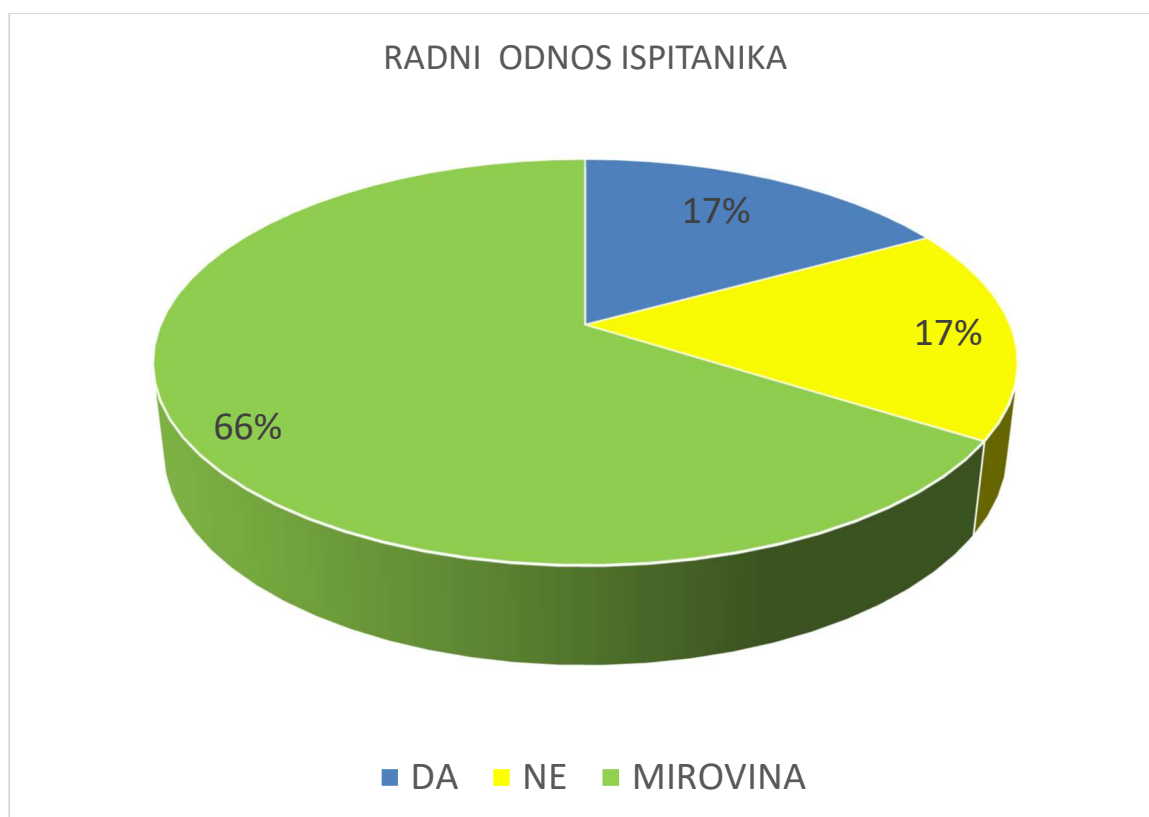
Grafikon 3. Prikaz dužine liječenja na dijalizi

Od sveukupnog broja ispitanika 19 njih (64%) se liječi na dijalizi do 5 godina, njih 10 (33%) se liječilo u periodu od 5 do 10 godina, a jedna osoba (3%) je na liječenju dijalizom dužem od 10 godina. Kako je dobivena vrijednost veća od granične, zaključuje se da postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika po pitanju dužine liječenja na dijalizi ispitanika na razini značajnosti $p < 0,05$.



Grafikon 4. Prikaz bračnog statusa ispitanika

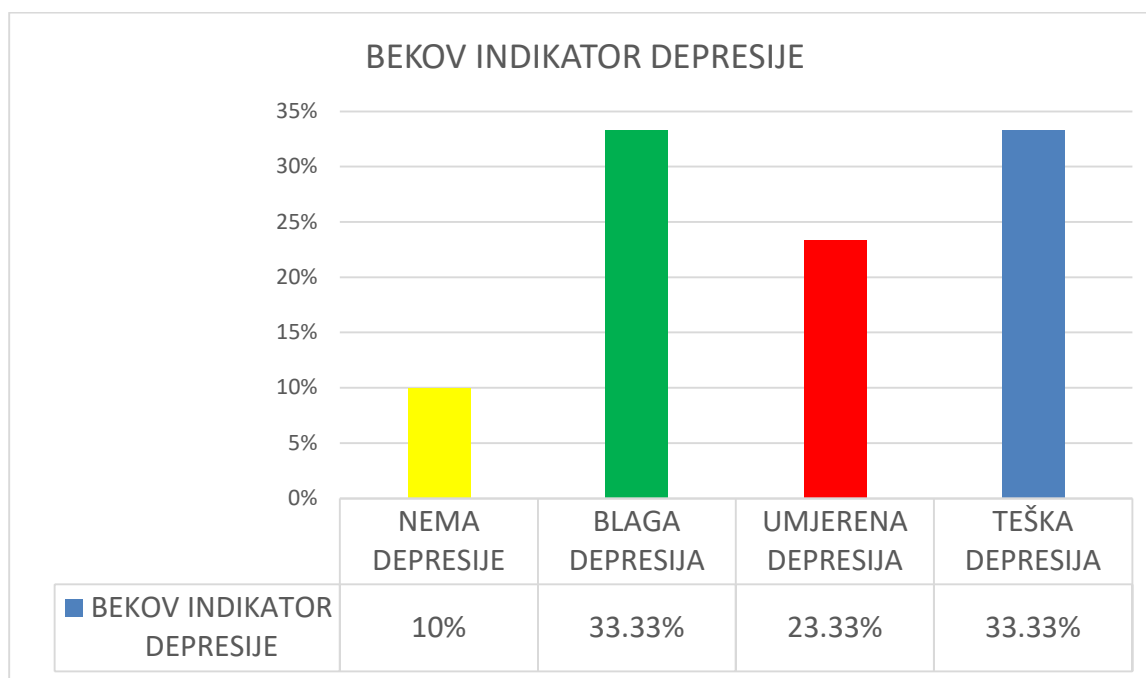
Od sveukupnog broja ispitanika 17 njih (57%) je udano/oženjeno, u vezi je 1 osoba (3%), a njih 12 (40%) se izjasnilo kao slobodno te nadodalo da su im partneri preminuli što ne iznenađuje ako se sagleda prosjek godina ispitanika. Granična vrijednost stupnja slobode iznosi 0,992. Kako je dobivena vrijednost manja od granične, zaključujemo da ne postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika po pitanju bračnog statusa na razini značajnosti $p < 0,05$.



Grafikon 5. Prikaz radnog statusa ispitanika

Zadnji grafikon socio-demografskog statusa je prikaz u odnosu na radni status. Obzirom da je prosječna dob ispitanika 60,5 godina ne čudi da je zaposleno svega 5 osoba (17%), nezaposleno također 5 osoba (17%), a u mirovini više od polovice ispitivanih njih 20 (66%). Kako je dobivena vrijednost veća od granične (5,452) zaključuje se da postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika po pitanju radnog statusa ispitanika na razini značajnosti $p < 0,05$.

4.2. Rezultati Bekovog indikatora depresije



Grafikon 1. Bekov indikator depresije

Analiziranjem sveukupnih bodova dobiveni su podaci da samo kod 3 ispitanika (10%) nema znakova depresije, 10 ispitanika (33,33%) pokazuje znakove blage depresije, 7 ispitanika (23,33%) umjerene depresije, a znaci teške depresije pojavili su se kod 10 ispitanika (33,33%). Kako je dobivena vrijednost veća od granične vrijednosti za jedan stupanj slobode (1,543), ***prihvaćamo nul-hipotezu*** i zaključujemo da postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti $p < 0,05$ te je ispitanicima na dijalizi potrebno ponuditi psihološku pomoć.

Daljnjom analizom tvrdnji vidljivo je da se većina ispitanika osjeća tužno i takvog osjeća se ne mogu riješiti (43%), u drugoj tvrdnji prednjači odgovor da većina njih ne osjeća neku pretjerano radovanje budućnosti (56%). U tvrdnji tri nema velike razlike između odgovora da se osjećaju neuspješnim od prosječnog čovjeka, i osjećaja da kad sagledaju svoj život unatrag vide samo neuspjeh (23%). U velikom postotku odgovora zaokružena je tvrdnja 4 da ispitanici ne osjećaju radost u nekim stvarima kao ranije (47%), dobar je znak što u tvrdnji broj šest ipak većina ispitanika ne smatra svoju bolest kao kaznu (37%) te isto tako na sljedećoj tvrdnji najveći postotak (90%) nije razočaran samim sobom, no u tvrdnji osam kritični su prema sebi zbog svojih slabosti/grešaka (38%). Većina ispitanika ne pomišlja na samoubojstvo, no 30% pomišlja na njega, a alarmantan je podatak da 15% bi počinilo samoubojstvo da ima priliku. Ispitanici su u najvećem postotku zaokružili da se lakše razljute nego ranije (60%) i pokazuju manje interesa za druge ljude nego prije bolesti (44%). Najčešći zaokruženi odgovor u tvrdnji 13 je da ispitanici odlažu donošenje odluka više nego ranije (85%) te moraju uložiti poseban napor da bi započeli neku aktivnost. Problemi sa spavanjem koje ima veći broj ispitanika (65%) tipičan je simptom depresije, isti su rezultati ina tvrdnju da se umaraju više nego obično, te da nemaju podjednaki apetit kao prije bolesti. Tvrdnja o fizičkom izgledu pokazala je, da je većina ispitanika izgubila na tjelesnoj težini (70%), veoma su zabrinuti zbog svog zdravstvenog stanja i teško se koncentriraju na druge stvari (85%). Na zadnjoj tvrdnji najčešće zaokruženi odgovor bila je tvrdnja da su jako izgubili želju za ljubavni interes (90%).

4.3. Ispitivanje suočavanja sa stresnim situacijama

U tablici 2 mogu se vidjeti najčešći načini kojima se ispitanici služe u suočavanju sa stresom.

Tablica 2. Suočavanje sa stresnim situacijama

	Stupanj slaganja (frekvencije)						X	sd
	1	2	3	4	5			
<i>Na zadatak usmjereno suočavanje</i>	5	9	6	7	3		2,19	1,23
<i>Na emocije usmjereno suočavanje</i>	4	2	12	7	5		3,75	1,33
<i>Na izbjegavanje usmjereno suočavanje</i>	3	4	14	6	31		3,62	1,57
<i>Distrakcija</i>	3	6	7	5	9		4,84	1,48
<i>Diverzija</i>	2	6	5	7	10		4,48	1,40

Iz tablice 2. vidljivo je da postoji povezanost između na emocije usmjerenog suočavanja, izbjegavanja i distrakcije kao načina suočavanja sa stresom.

4.3.1. Testiranje pomoćnih hipoteza

Za potrebe ovog istraživanja postavljene su dvije pomoćne hipoteze: da bračni status ispitanika utječe na percepciju kvalitete života, samim time i na pojavu depresije i veću razinu stresa. Druga pomoćna hipoteza je bila da ispitanici koji su na dijalizi duže od pet godina pokazuju veću sklonost depresiji. Rezultati testiranja su prikazani u tablici 3.

Tablica 3. Prikaz Pearsonovog koeficijenta korelacije za testiranje pomoćnih hipoteza

	Koeficijent korelacije (r)	p<0,05
Povezanost između bračnog statusa i depresije	0.0181	0,239
Povezanost između bračnog statusa i razine stresa	0.011	0,166
Povezanost između duljine provedenog na dijalizi i depresije	1,025	0,836

Za testiranje hipoteza koristio se Pearsonov koeficijent korelacije, koji kod testiranja bračnog statusa i depresije iznosi $r=0.0181$ te se može zaključiti da ne postoji povezanost na razini značajnosti $p<0,05$, također nije pronađena povezanost između bračnog statusa i veće razine stresa ($r=0.011$).

Testiranje druge pomoćne hipoteze pokazalo je da postoji povezanost između duljine provedenog na dijalizi i pojave depresije ($r=1,025$) na razini značajnosti $p<0,05$.

5. RASPRAVA

Primarni cilj ovog istraživanja je bio istražiti postoji li potreba za većom zaštitom mentalnog zdravlja kod bolesnika oboljelih od kroničnih bubrežnih bolesti te je postavljena je nul-hipoteza da bolesnici na dijalizi imaju potrebu za uključivanjem psihološke potpore kroz liječenje. Kako bi istraživanje bilo što kvalitetnije uzete su u obzir varijable bračnog statusa i dužine liječenja na dijalizi te su postavljene dvije pomoćne hipoteze. U prvoj se istraživalo koliko bračni status bolesnika utječe na pojavu depresije i veću razinu stresa, u drugoj pomoćnoj hipotezi ispitivala se povezanost između dužine liječenja i depresije. Za potrebe druge pomoćne hipoteze ispitivala se povezanost između dužine liječenja i depresije bolesnika na dijalizi. Za istraživanje su korišteni anonimni anketni upitnici: Bekov indikator depresije koji se sastoji od 21 tvrdnje, te upitnik za ispitivanje reakcija ljudi na različite životne teškoće, stresore ili uznemiravajuće situacije. Od socio-demografske karakteristike ispitivala se: dob, spol, bračni status, zaposlenost.

Analiza socio demografskih karakteristika je pokazala da je 83% ispitanika bilo muškog spola, a 17% ženskog spola što nije iznenađujući podatak ako je poznato da dijabetes i kardiovaskularne bolesti (hipertenzija) češće i u težem obliku pogađaju muški spol (18). Prosječna dob ispitanika je bila $X = 60,5$ godina, sa standardnom devijacijom 10,21, najmlađi ispitanik je imao 38, a najstariji 76 godina. U najvećem postotku su zastupljeni bolesnici koji idu na dijalizu do pet godina 64% te između 5-10 godina 33%, samo 3% ispitanika ide na dijalizu duže od 10 godina. U analizi odgovora bračnog statusa nisu se dobili statistički značajni podaci između osoba u braku i slobodnih, no ako se uzme starosna dob ispitanika može se vidjeti da je većina njih udovac/a. Razvojem medicine, posebice farmakologije i poboljšanjem dijalize produljio se život svih kroničnih bolesnika te Hrvatska spada u zemlje sa starijem stanovništvom. Stoga ako se uzme taj podatak u obzir nije iznenađujući podatak da je 66% ispitanika u mirovini, a u radnom odnosu svega 17%.

Depresivnost smo ispitivali Bekovim upitnikom za ispitivanje prisutnosti depresije koji se sastoji od 21 tvrdnje a svaka tvrdnja nudi više odgovora, ispitanici su trebali zaokružiti tvrdnju koja najbliže opisuje njihovo stanje. Pomoću ovog upitnika potvrđena je nul hipoteza da je bolesnicima na dijalizi potrebno uključiti psihološku pomoć. Naime kod 10% ispitanika nema prisutnosti znakova depresije, 33,33% pokazuje znakove blage depresije, 23,33% ispitanika pokazuje umjerene znakove depresije, a prisustvo znakova teške depresije pronađeno je kod 33,33%. U znanstvenoj literaturi mogu se pronaći mnoge studije koje se bave kvalitetom života

bolesnika sa kroničnim bubrežnim zatajenjem i bolesnika na dijalizi prvenstveno povezanim sa pojavom depresije. Istraživanje koje je ispitalo tri domene kvalitete života od kojih su dvije povezane sa depresivnošću pokazalo je da što je doživljaj bolesti negativniji to su znaci depresije prisutniji (19). Također su istraživanja pokazala da sa sve većim inovacijama u medicini produžuje se život bolesnika »osuđenih na smrt« što kod njih dovodi do novih psiholoških, socijalnih i etičkih dilema. Većina bolesnika se sa dijalizom suoči naglo, od zdrave osobe najednom ovise o tretmanu hemodijalize, zdravstvenom osoblju i suočavaju se sa velikom količinom stresa i zahtjevima. Nerijetko moraju uzimati i do 15 vrsti raznih medikamenata, osjećaju bol, umor, malaksalost, smanjuju druženja, socijalne kontakte pojavljuju se znaci depresije koji se nerijetko ne prepoznaju i tim osobama se ne pruži adekvatna psihološka pomoć. Smatra se da je depresija najčešća psihološka komplikacija osoba liječenih dijalizom koja se manifestira osjećajem neprilagođenosti, tugom, pesimizmom u pogledu na budućnost, smanjenom aktivnošću. Zbog ne prepoznatljivosti simptoma depresije većina bolesnika zakinuta je za antidepressivnu terapiju (15). Istraživanje provedeno kod bolesnika u zadnjem stadiju bubrežne bolesti pokazalo je slične rezultate kao i naše istraživanje: 25% bolesnika imalo je prisutnost umjerene depresije, a znaci teške depresije su uočeni kod 5-22% bolesnika. Veliki utjecaj na prisustvo depresije ima i vrsta dijalize. Bolesnici koji su sa hemodijalize prešli na peritonejsku pokazali su poboljšanje raspoloženja (20).

Rezultati dobiveni na upitniku Suočavanja sa stresnim situacijama ukazuju da neovisno o faktorima i uglu promatranja, pojava psihosomatskih simptoma koji su česti kod kroničnog zatajenja i stresa je u uskoj korelaciji i ovo istraživanje je pokazalo da postoji povezanost između na emocije usmjerenog suočavanja, izbjegavanje i distrakcije kao načina suočavanja sa stresom. Mnogobrojna istraživanja pokazuju da svaka promjena na socijalnom, psihičkom i fizičkom funkcioniranju izaziva određenu razinu stresa kod osobe, a ovisno o obrambenim mehanizmima osobe ovisi kako će se na taj stres adaptirati (21).

U završnom dijelu obrade i analize rezultata testirale su se pomoćne hipoteze Pearsonovim koeficijentom korelacije. Dobiveni rezultati su pokazali da se odbacuje hipoteza povezanosti bračnog statusa i depresije, isti rezultati su dobiveni između povezanosti braka i suočavanja sa stresnim situacijama. No potvrdila se hipoteza da je prisutnost između znakova depresije i duljine dijalize na razini značajnosti $p < 0,05$. Iako se istraživanjem očekivalo da će se potvrditi povezanost između bračnog statusa i pojave znakova depresije ovo istraživanje je tu hipotezu odbacilo. Međutim svakako se treba uzeti u obzir da je uzorak istraživanja bio mali i nije bilo statistički značajne razlike između bračnog statusa ispitanika.

Kao nedostaci ovog istraživanja mogu se navesti pandemija korona virusa(COVID-19-*Coronavirus disease 2019*) koja je na većinu kroničnih bolesnika imala negativan psihosocijalni utjecaj zbog nužne socijalne distance što je ispitanicima na dijalizi koji su već socijalno ograničeni zbog čestih dijaliza i količine vremena provedene u bolnicama uvelike otežalo privatni život. Sljedećim nedostatkom može se smatrati mali broj pravilno ispunjenih upitnika čime se dobio mali uzorak ispitanika. Nadalje kod svake ankete postoji mogućnost da ispitanici imaju tendenciju zaokruživanja društveno prihvatljivih odgovora te se dobiju rezultati koji odstupaju od stvarnih. Prijedlozi za buduća istraživanja su svakako veći broj ispitanika te korištenje usmjerenijih mjernih instrumenata koji umanjuju mogućnost »uljepšavanja« odgovora.

6. ZAKLJUČAK

Nakon provedenog istraživanja mogu se navesti sljedeći zaključci:

- liječenje bolesnika sa kroničnim bubrežnim zatajenjem utječe na percepciju njihovog života
- muškarci u većem postotku obolijevaju od kroničnih bubrežnih zatajenja
- postoji potreba za uključivanjem psihološke potpore bolesnicima na dijalizi
- ne postoji povezanost između bračnog statusa i pojave prisutnosti znakova depresije
- postoji povezanost između duljine trajanja dijalize i pojave znakova depresije.

7. SAŽETAK

Kronične bubrežne bolesti znatno utječu na percepciju bolesnikovog života, njegove navike, socijalne kontakte i zbog svojeg dugotrajnog tretiranja mogu izazvati depresiju što otežava sučeljavanje sa bolešću.

Cilj rada: ispitati postoji li povećana potreba za pružanjem psihosocijalne podrške bolesnicima na dijalizi. Također se ispitivala povezanost znakova depresije sa bračnim statusom ispitanika, te utječe li dužina trajanja liječenja dijalizom na pojavu znakova depresije.

Ispitanici i metode: u istraživanje je uključeno 50 bolesnika koji provode redovitu dugogodišnju dijalizu u Općoj bolnici Karlovac. U obradu je uzeto 30 primjereno ispunjenih anketnih upitnika. 83% ispitanika bilo je muškog spola, prosječne dobi 60,5 godina. Kao mjerni instrumenti korištena su tri anketna upitnika: socio-demografski upitnik, Bekov indikator depresije, te Upitnik o suočavanju sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS, engl. *Coping Inventory for Stressful Situations*). Za izradu grafikona koristio se MS Excel 2010, podaci su ispitani na razini značajnosti od $p < 0,05$, a za testiranje hipoteza koristio se Pearsonov koeficijent korelacije.

Rezultati: pokazuju da se od kroničnih bubrežnih bolesti pretežno liječe muškarci, starije životne dobi. Većina ispitanika je u braku i pretežno su umirovljenici.

Zaključak: Može se zaključiti da nema statistički značajne razlike u pojavi znakova depresije i bračnog statusa, no pokazala se značajna povezanost između dužine liječenja dijalizom i znakova depresije.

Ključne riječi: kronična bubrežna bolest, dijaliza, depresija, stres

8. SUMMARY

Chronic kidney disease significantly affects the patient's perception of life, his habits, social contacts and due to its long-term treatment can cause depression which makes it difficult to cope with the disease.

The aim of the study was to examine whether there is an increased need to provide social support to patients who are on dialysis. It also examined the correlation between depression with the marital status of respondents, and the influence of the duration of dialysis treatment for signs of depression.

Subjects and methods: the study included 50 patients who spend long regular dialysis in Karlovac General Hospital. In the processing was taken 30 questionnaires filled adequately. 83% of respondents were male, with an average age of 60.5 years. Three survey questionnaires were used as a measuring instrument: the socio-demographic questionnaire, Beck's Depression Indicator, and the Endler and Parker Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). MS Excel 2010 was used to create the graphs, the data were examined at the significance level of $p < 0.05$, and the Pearson correlation coefficient was used to test the hypotheses.

Results showed that chronic kidney disease is predominantly treated by men, who were older age. Most of the respondents are married and are predominantly retired.

Conclusion: From the analysis of the data it can be concluded that there is no statistically significant difference in the occurrence of signs of depression and marital status, but there was a significant correlation between the length of dialysis treatment and the occurrence of signs of depression.

Key words: chronic kidney disease, dialysis, depression, stress

9. LITERATURA

1. Orlić L i sur. Dugogodišnje preživljavanje bolesnika na liječenju hemodijalizom–prikaz slučaja. *Acta Med Croat.* 2010;66:81–4.
2. Golubić R. Domene kvalitete života kao prediktori radne sposobnosti zdravstvenih djelatnika: doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2010.
3. Keros P, Pećina M, Ivančić-Košuta M. Temelji anatomije čovjeka. Zagreb: Medicinska biblioteka; 1999.
4. Šitum M, Gotovac J i sur. Urologija. Zagreb: Medicinska knjiga; 2012.
5. Fritsch H, Kuhnel W. Priručni anatomske atlas. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
6. Morović – Vergles J i sur. Interna medicina – odabrana poglavlja. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, Naklada Slap; 2008.
7. Goluža E i sur. Poremećaj hemostaze u bolesnika u bolesnika s kroničnim bubrežnim zatajenjem i nakon transplantacije bubrega. *Acta Med Croat.* 2011;65:337–47.
8. Devčić B, Mikolašević I, Maleta I, Polić S, Orlić L, Bubić I, i sur. Infekcije povezane s centralnim venskim kateterima (cvk). *Acta Medica Croat.* 2014; Supl 2. 14. listopada: 346.
9. Rački S. Suvremeni pristup kroničnoj bubrežnoj bolesti – 45 godina riječkog iskustva. *Med Flum.* 2010;46(4):344–51.
10. Živčić – Čosić S i sur. Peritonejska dijaliza. *Med Flum.* 2010;46(4):498–507.
11. Karlić D, Predovan G. Adekvatnost peritonejske dijalize i laboratorijski postupci. *Acta Med Croat.* 2012;66:221–8.
12. Markić D i sur. Transplantacija bubrega – 110- godišnja uspješna priča. *Acta Med Croat.* 2012;66:59–63.
13. Vidović M. Urologija. Zagreb: Školska knjiga; 1992.
14. Grgurek R. Psihoterapija. Zagreb: Medicinski fakultet; 1998;28:33–63.
15. Grgurek R. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
16. Ginieri-Coccossis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol.* 2008;14(9):14.
17. Jonić N i sur. Uticaj dužine trajanja hemodijalize, starosti i pola na pojavu simptoma renalne osteodistrofije. *Acta Medica Median.* 2008;47:19–24.

18. Muškarci češće pogođeni zatajenjem bubrega nego žene [Internet]. Dostupno na: https://www.cybermed.hr/vijesti/muskarci_cesce_pogodeni_zatajenjem_bubrega_nego_zene
19. Bugarski V i sur. Povezanost kvaliteta života i depresivnih obeležja kod pacijenata na hemodijaliznom tretmanu. *Primenj Psihol.* 2008;2(1):5–24.
20. Klarić V, Klarić D. Psihološki i psihijatrijski aspekti skrbi za bolesnike s zatajivanjem bubrega. *Potpora za bolesnike na kućnoj dijalizi*. Zadar: Opća bolnica Zadar; 2013.
21. Lazarus RS, Folkman S. *Stres, procjena i suočavanje*. Naklada Slap: Jastrebarsko; 2004.

10. POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIKONA

10.1. *Slike*

Slika 1. Slika bubrega.....	4
Slika 2. Hemodijaliza	8
Slika 3. Peritonejska dijaliza	10

10.2. *Tablice*

Tablica 1. Stadiji bolesti kroničnog bubrežnog zatajenja	5
Tablica 2. Suočavanje sa stresnim situacijama	24
Tablica 3. Testiranje pomoćnih hipoteza	25

10.3. *Grafikoni*

Grafikon 1. Prikaz po spolu.....	17
Grafikon 2. Prikaz po dobi.....	18
Grafikon 3. Prikaz dužine liječenja na dijalizi.....	19
Grafikon 4. Prikaz bračnog statusa.....	20
Grafikon 5. Radni odnos ispitanika.....	21
Grafikon 6. Bekov indikator depresije.....	22

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNJE INFORMACIJE

Zvonka Bobinac

 Miroslava Krleže 6, 47000 Karlovac

 047 /616 824 , 097 793 0 369

 zvonka.bo@gmail.com

Spol **Ž**

Datum rođenja 07. 03. 1978 .| Državljanstvo Hrvatsko

RADNO ISKUSTVO

(od - do) 08. 1996. Opća bolnica Karlovac (pripravnički staž)
04.01.1998. Opća bolnica Karlovac – Centar za dijalizu

1998.- 2015. Centar za Dijalizu, srednja med. sestra
2015. Centar za Dijalizu, Transplantacijski koordinator
2017. Centar za Dijalizu, Transplantacijski koordinator i voditeljica
2019. - Centar za Dijalizu , Transplantacijski koordinator, Glavna sestra Dnevne bolnice za Dijalizu

Djelatnost ili sektor Bolnička zdravstvena ustanova

OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE

2. g

(od - do) 1996. - 2015. Medicinska sestra općeg smjera, SSS
2008. – 2011. Stručna prvostupnica sestrinstva, VŠŠ
2018. - 2020. FZSRI Diplomski sveučilišni studij
Sestrinstvo-menadžment u sestrinstvu, VŠŠ

OSOBNJE VJEŠTINE

Materinski jezik Hrvatski

Ostali jezici

ENGLISKI		GOVOR		PISANJE
Slušanje	Čitanje	Govorna interakcija	Govorna produkcija	

Zamijenite jezikom	Upišite stupanj	Upišite stupanj	Upišite stupanj	Upišite stupanj	Upišite stupanj
	C 2	C 2			
Zamijenite jezikom	Upišite stupanj	Upišite stupanj	Upišite stupanj	Upišite stupanj	Upišite stupanj
	Zamijenite nazivom jezične potvrde. Upišite stupanj ako je primjenjivo.				

Stupnjevi: A1/2: Početnik - B1/2: Samostalni korisnik - C1/2 Iskusi korisnik
Zajednički europski referentni okvir za jezike

Komunikacijske vještine - Dobre komunikacijske vještine stekla sam dodatnom stručnom naobrazbom, te tijekom dugogodišnjeg radnog staža sa kroničnim bolesnicima

Organizacijske / rukovoditeljske vještine

- Glavna sestra Centra za Dijalizu (organiziram rad 14 med. sestara, 2 serviseri za aparate, smjene oko 70 bolesnika, Obrada bolesnika za transplantaciju, suradnja sa transplantacijskim centrom Zagreb, ažuriranje nalaza
- Vođenje Dnevne bolnice (neovisno o samom tretmanu dijalize), obnavljanje ugovora, nabavka lijekova odobrenih od Povjerenstva

Poslovne vještine

- Članica radne skupine za Sestrinsku edukaciju
- Organizacija predavanja, objavljivanje na internom i vanjskom web-u

Računalne vještine

- Dobro vladanje alatima Microsoft Office™
- Educirala sam se za instruktora za vođenje sestrinske dokumentacije u elektronskom obliku (2012., 2020)

Ostale vještine

Komunikativna, empatična, savjesna, stručna, razvijenih prezentacijskih vještina, kreativna, inovativna,

Vozačka dozvola

B kategorija

DODATNE INFORMACIJE

Izdanja Prezentacije Projekti Konferencije

- Pohađala sam edukaciju za aparate za dijalizu, plasmaferezu, hemodijafiltraciju i educirala osoblje.
- Aktivno sam sudjelovala na Svibanjskim zdravstvenim danima u Karlovcu, organizacija, evidentiranje, predavanja, aktivno sudjelovanje Aquatica 2017.g., aktivno sudjelovanje medicinske sestre za vrijeme domovinskog rata – voditelj programa 2017.g
- sudjelovala sam na Tečaju održavanja dišnog puta i mehaničkoj ventilaciji u izvanbolničkim uvjetima

12. PRILOZI

12.1. Prilog 1

MOLIM OZNAČITE TOČNU TVRDNJU

SPOL

ŽENSKO

MUŠKO

DOB -----

DUŽINA LIJEČENJA NA DIJALIZI

DO 5 GODINA

5- 10

VIŠE

BRAČNI STATUS

UDANA

OŽENJEN

U VEZI

SLOBODAN/SLOBODNA

RADNI ODNOS

DA

NE

MIROVINA

12.2. Prilog 2- BDI upitnik

Tvrdnja 1:

- 0 Ne osjećam se tužno.
- 1 Osjećam se tužno.
- 2 Osjećam se tužno svo vrijeme i ne mogu se osloboditi toga.
- 3 Tako sam tužan ili nesretan da to više ne mogu podnijeti.

Tvrdnja 2:

- 0 Nisam posebno obeshrabren u pogledu budućnosti.
- 1 Obeshrabren sam u pogledu budućnosti.
- 2 Osjećam da se nemam čemu radovati.
- 3 Osjećam da je budućnost beznadežna i da se stvari ne mogu popraviti.

Tvrdnja 3:

- 0 Osjećam da sam neuspješna osoba.
- 1 Osjećam se neuspješnijim od prosječnog čovjeka.
- 2 Kad sagledam unatrag svoj život, vidim samo mnogo neuspjeha.
- 3 Kao osoba osjećam se kao potpuni promašaj.

Tvrdnja 4:

- 0 Neke mi stvari i dalje čine zadovoljstvo kao i ranije.
- 1 Ne uživam više u nekim stvarima kao ranije.
- 2 Više mi gotovo ništa ne donosi pravo zadovoljstvo.
- 3 Ništa mi ne može pričiniti zadovoljstvo i sve mi je dosadno.

Tvrdnja 5:

- 0 Ne osjećam se posebno krivim.

1 Dobar dio vremena osjećam krivicu.

2 Većinom se osjećam krivim.

3 Cijelo se vrijeme osjećam krivim.

Tvrdnja 6:

0 Ne mislim da sam kažnjen.

1 Osjećam da sam možda kažnjen.

2 Očekujem da ću biti kažnjen.

3 Osjećam da mi je ovo kazna.

Tvrdnja 7:

0 Nisam razočaran sobom.

1 Razočaran sam sobom.

2 Gadim se sam sebi.

3 Mrzim se.

Tvrdnja 8:

0 Ne osjećam se gore nego bilo tko drugi.

1 Kritičan sam prema sebi zbog svojih slabosti ili grešaka.

2 Svo vrijeme se okrivljujem zbog svojih grešaka.

3 Krivim sebe za sve loše što se dogodi.

Tvrdnja 9:

0 Uopće ne pomišljam na samoubojstvo.

1 Pomišljam na samoubojstvo, ali ne bih ga počinio.

2 Volio bih se ubiti.

3 Ubio bih se, da imam priliku.

Tvrdnja 10:

0 Ne plaćem više nego obično.

1 Sada plaćem više nego ranije.

2 Sada stalno plaćem.

3 Ranije sam mogao plakati, ali sada više ne mogu plakati čak i kada to želim.

Tvrdnja 11:

0 Više se ljutim nego ikada.

1 Lakše se razljutim nego ranije.

2 Sada se cijelo vrijeme ljutim.

3 Više me uopće ne ljute stvari koje su me ranije ljutile.

Tvrdnja 12:

0 Nisam izgubio zanimanje za druge ljude.

1 Drugi me ljudi zanimaju manje nego ranije.

2 Uglavnom sam izgubio zanimanje za druge ljude.

3 Izgubio sam svako zanimanje za druge ljude.

Tvrdnja 13:

0 Odluke donosim dobro kao i prije.

1 Odlažem donošenje odluka više nego ranije.

2 Teže mi je donošenje odluke nego ranije.

3 Uopće više ne mogu donositi odluke.

Tvrdnja 14:

0 Ne mislim da izgledam imalo gore nego obično.

1 Bojim se da izgledam staro ili nepoželjno.

2 Osjećam da su se u mom izgledu dogodile promjene koje me čine neprivlačnim.

3 Mislim da ružno izgledam.

Tvrdnja 15:

- 0 Mogu raditi jednako dobro kao i prije.
- 1 Moram uložiti poseban napor da bih počeo nešto raditi.
- 2 Vrlo teško se odlučim da bilo što radim.
- 3 Uopće ne mogu raditi.

Tvrdnja 16:

- 0 Spavam dobro kao i obično.
- 1 Ne spavam dobro kao prije.
- 2 Budim se sat-dva ranije nego obično i teško mi je ponovo zaspati.
- 3 Budim se nekoliko sati ranije nego prije i više ne mogu zaspati.

Tvrdnja 17:

- 0 Ne umaram se više nego obično.
- 1 Umaram se lakše nego prije.
- 2 Ako bilo šta radim, umorim se.
- 3 Preumoran sam da bih bilo šta radio.

Tvrdnja 18:

- 0 Nemam slabiji apetit nego obično.
- 1 Nemam više tako dobar apetit kao prije.
- 2 Apetit mi je sada mnogo slabiji.
- 3 Uopće više nemam apetit.

Tvrdnja 19:

- 0 Nisam mnogo smršavio – ako sam uopšte smršavio.
- 1 Izgubio sam više od 2 kg.
- 2 Izgubio sam više od 5 kg.

3 Smršavio sam više od 7 kg.

Tvrdnja 20:

0 Zdravlje me ne zabrinjava više nego obično.

1 Brinem zbog fizioloških problema kao što su bolovi, ili nervoza stomaka, ili slaba probava.

2 Vrlo sam zabrinut zbog zdravstvenih problema i teško mi je razmišljati o drugim stvarima.

3 Tako sam zabrinut zbog zdravstvenih problema da više ni o čemu drugom ne mogu razmišljati.

Tvrdnja 21:

0 U posljednje vrijeme nisam primijetio da se moj interes za ljubavni odnos promijenilo.

1 Ljubavni odnos me zanima manje nego ranije.

2 Jako sam izgubio interes za ljubavni odnos.

3 Potpuno sam izgubio interes za ljubavni odnos.

12.3. Prilog 3- Suočavanje sa stresnim situacijama

1. Bolje planiram vrijeme.	1	2	3	4	5
2. Usmjerim se na problem da vidim kako bi ga riješio.	1	2	3	4	5
3. Mislim o dobrim stvarima koje su se dogodile.	1	2	3	4	5
4. Nastojim biti s drugim ljudima.	1	2	3	4	5
5. Prekoravam se zbog odugovlačenja.	1	2	3	4	5
6. Činim ono što mislim da je najbolje.	1	2	3	4	5
7. Zaokupljen sam brigama i problemima.	1	2	3	4	5
8. Predbacujem sebi što sam se doveo u takvu situaciju.	1	2	3	4	5
9. Razgledavam izloge.	1	2	3	4	5
10. Izdvajam ono što mi je najbitnije.	1	2	3	4	5

11. Pokušavam to prespavati.	1	2	3	4	5
12. Častim se omiljenim jelom i pićem.	1	2	3	4	5
13. Strepim zbog nesposobnosti suočavanja s problemima.	1	2	3	4	5
14. Postajem jako napet.	1	2	3	4	5
15. Mislim o tome kako sam riješio slične probleme.	1	2	3	4	5
16. Govorim sebi da se to meni zapravo ne događa.	1	2	3	4	5
17. Prekoravam se što situaciju previše emocionalno doživljavam.	1	2	3	4	5
18. Izlazim na piće i jelo.	1	2	3	4	5
19. Postajem jako uznemiren.	1	2	3	4	5
20. Kupim nešto za sebe.	1	2	3	4	5
21. Odredim što ću učiniti i to učinim.	1	2	3	4	5
22. Prekoravam se da ne znam što mi je činiti.	1	2	3	4	5
23. Odlazim na zabavu (tulum, party)	1	2	3	4	5
24. Radim na objašnjenju situacije.	1	2	3	4	5
25. „Sledim se“ i ne znam što radim.	1	2	3	4	5