

Subiektywna ocena stanu zdrowia i ocena przygotowania do samoopieki wśród osób chorych na przewlekłą chorobę nerek i chorych na cukrzycę

Subjective assessment of health status and preparation for self-care among patients suffering from chronic kidney disease and diabetes

Alicja Marzec, Lech Walasek, Anna Andruszkiewicz

¹Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, UMK Toruń, Collegium Medicum w Bydgoszczy

²Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, UMK Toruń, Collegium Medicum w Bydgoszczy

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Alicja Marzec

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wydział Nauk o Zdrowiu, UMK Toruń, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz

Tel. /52/583 21 93

STRESZCZENIE

Subiektywna ocena stanu zdrowia i ocena przygotowania do samoopieki wśród osób chorych na przewlekłą chorobę nerek i chorych na cukrzycę

Wstęp. W przewlekłej chorobie nerek i nefropatii cukrzycowej, wymagających leczenia hemodializą, ważne jest przygotowanie chorego do życia z chorobą poprzez podniesienie zdolności do samoopieki i uzupełnienie wiedzy o chorobie. To decyduje o autonomii chorego w funkcjonowaniu w życiu.

Cel. Celem pracy było ustalenie, czy istnieją różnice w ocenie subiektywnej stanu zdrowia i w ocenie przygotowania do samoopieki wśród chorych na przewlekłą chorobę nerek i chorych na cukrzycę.

Materiał. Badano łącznie 236 osób w 4 grupach: 1) chorych na przewlekłą chorobę nerek w stadium wydolności PChN, 2) chorych na przewlekłą chorobę nerek w stadium V, leczonych hemodializą PCHN-HD, 3) chorych na cukrzycę C i 4) chorych na cukrzycę i nefropatię cukrzycową, leczonych hemodializą, grupa C-HD.

Metoda. Do zebrania danych użyto kwestionariusza ankiety (opracowanie własne).

Wyniki. Różnice w samoocenie stanu zdrowia w badanych grupach jest znaczne. Żadna z osób leczonych HD nie uznała stanu swojego zdrowia jako dobrego. Problem z samooceną stanu zdrowia miały osoby z PChN (aż 48% chorych uznało swój stan jako dobry) i chorzy na cukrzycę (aż 19,23% nie potrafiło dokonać samooceny).

Wnioski. Badani mają trudność w samoocenie stanu zdrowia. Chorzy uznawali siebie za dobrze przygotowanych do samoopieki. Są to zawyżone oceny, stąd celowa jest stała edukacja zdrowotna chorych.

Słowa kluczowe: samoocena zdrowia, samoopieka, nefropatia, cukrzyca, hemodializa

ABSTRACT

Subjective assessment of health status and preparation for self-care among patients suffering from chronic kidney disease and diabetes

Introduction. In the chronic kidney disease and diabetic nephropathy, requiring treatment haemodialysis, it is important to prepare the patient for living with the disease by increasing the capacity for self-care and complete knowledge of the disease. This determines the autonomy of the patient in functioning.

Aim. The aim of the work was to determine whether there are differences in the in self-evaluation of health, in the assessment of preparation for self caring among patients with chronic kidney disease and diabetes.

Material. The study comprised 236 persons in 4 groups: 1) patients with chronic kidney disease in the CKD efficiency stage, 2) patients with chronic kidney disease at stage V, treated with haemodialysis CKD-HD, 3) patients with diabetes C and 4) patients with diabetes and diabetic nephropathy, treated with haemodialysis, group CKD-HD.

Method. The questionnaire survey (developed by authors) was used to collect research data.

Results. Differences in self-assessment of health status between groups are significant. None of the patients treated with HD considered their health as good. Those with CKD had the problems with self-assessment of health (as much as 48% of patients considered their condition as good), and patients with diabetes (up 19.23% were not able to make self-assessment).

Conclusions. The respondents have difficulty in self-assessment of health status. Patients regarded themselves to be well-prepared for self-care. These are overestimated ratings, so it is appropriate to carry on health education to these patients on regular basis.

Key words: self-evaluation of health, self-care, nephropathy, diabetes, haemodialysis

WPROWADZENIE

W Polsce intensywnie zwiększa się liczba osób chorych na przewlekłą chorobę nerek (PChN), a także na cukrzycę (C) powikłaną przewlekłą cukrzycową chorobą nerek (PCChN), wymagających leczenia nerkozastępczego [1,2].

Pacjenci przewlekłe chorzy prezentują różny stan zdrowia i reakcje emocjonalne na fakt choroby oraz zastosowane metody leczenia. Choroba ma wpływ poznawczy i emocjonalny na psychikę człowieka. Psychologiczny wymiar choroby to wymiar zdecydowanie subiektywny i jest ważnym czynnikiem wpływającym na zachowanie podejmowane w związku z chorobą, w tym zachowanie ukierunkowane na zmianę własnego stanu zdrowia [3,4].

Współczesna medycyna oczekuje od pacjenta aktywnego udziału w procesie leczenia, współpracy z zespołem terapeutycznym, aż do samostanowienia i gotowości do samoopieki [5,6]. Choroba i metoda terapii w znaczący sposób determinują funkcjonowanie ogólne chorego we wszystkich obszarach aktywności. Pacjenci hemodializowani przeżywają silną frustrację wynikającą z ograniczenia aktywności. Rytm ich życia zostaje podporządkowany zabiegom, co zagraża poczuciu niezależności i możliwości wpływu na sytuację [7,8]. Podobnego ograniczenia doświadczają chorzy na cukrzycę [9].

Na funkcjonowanie w chorobie rzutują także inne czynniki, takie jak: samoocena stanu zdrowia, przygotowanie do samoopieki i przystosowanie do metody terapii. **Samoocena stanu zdrowia** jest elementem badań w zakresie jakości życia osób chorych. Wielowymiarowy kontekst jakości życia coraz silniej odwołuje się do subiektywnego zdrowia pacjenta, tj. oceny z perspektywy jego doświadczeń stopnia samodzielności w czynnościach dnia codziennego, samopoczucia psychicznego (w tym zmian nastroju), percepcji objawów depresji, bezradności, ucieczki w chorobę, oczekiwań związanych z przyszłością, standardu życia, aktywności zawodowej, samooceny stanu zdrowia wraz z określeniem ograniczeń życiowych [10]. Poznanie samooceny stanu zdrowia, szczególnie chorych somatycznie ma wartość praktyczną, gdyż może przyczynić się do podniesienia jakości opieki sprawowanej nad pacjentem [11].

Istnieją różnice między stanem zdrowia obiektywnym, określanym przez lekarza czy pielęgniarkę, a stanem zdrowia subiektywnym, określanym przez samego chorego. Często są to oceny rozbieżne [10] a to może nie sprzyjać przebiegowi procesu leczenia i opieki. Oceny subiektywne stanu zdrowia są wynikiem konfrontacji z występującymi dolegliwościami, ze świadomością postępującej choroby i jej skutków w przyszłości [12]. Na samoocenę stanu zdrowia ma wpływ zasób wiedzy na temat własnej choroby; im istotna choroba jest bardziej zrozumiała dla chorego, tym

samoocena stanu zdrowia jest bliższa ocenie obiektywnej [10]. Może zależeć od płci i statusu społeczno-ekonomicznego pacjenta, jest też związana z sytuacją życiową osoby i stratyfikacją w społeczności, w której żyje [12], warunkuje mechanizm szukania profesjonalnej pomocy [10, 13].

Przygotowanie do samoopieki to ważny nurt we współczesnej opiece pielęgniarskiej. Jest związany z oczekiwaniem, że pacjent weźmie odpowiedzialność za siebie, za stosowanie się do zaleceń terapeutycznych. Na istotę tego elementu w całości opieki pielęgniarskiej zwróciła uwagę Dorothy Orem, teoretyk pielęgniarstwa, wprowadzając pojęcia samoopieki i deficytu samoopieki w związku z chorobą [14].

CEL

Celem badania było ustalenie czy istnieją różnice w subiektywnej ocenie stanu zdrowia i w ocenie przygotowania do samoopieki w grupie pacjentów przewlekłe chorych.

MATERIAŁ

Dobór grupy był celowy, do badań włączono tylko osoby dorosłe. Badania przeprowadzono w 4 grupach osób chorych na: przewlekłą chorobę nerek, w stadium wydolności, leczonych farmakologicznie (PChN), przewlekłą chorobę nerek w stadium schyłkowej niewydolności, leczonych metodą hemodializy (PChN-HD), cukrzycę typu 1 i 2, leczonych insuliną lub doustnymi lekami hipoglikemizującymi (C), cukrzycę i na cukrzycową chorobę nerek w stadium schyłkowej niewydolności leczonych insuliną lub doustnymi lekami hipoglikemizującymi i metodą hemodializy (C-HD).

Charakterystyka grupy ze względu na zmienne socjo-demograficzne:

- Liczebność: 236 (PChN=54, PChN-HD=68, C=62, C-HD=52),
- Płeć: K-120 (50,9 %), M-116 (49,1 %),
- Wiek: przedział 28-85 r. ż (M=53,67; SD=14,92), najczęściej w grupie 51-70 lat.
- Stan cywilny: w związku małżeńskim (69,9%), stan wolny (18,6%), wdowieństwo (11,4%),
- Wykształcenie: podstawowe (19,9%), średnie (29,7%), zawodowe (34,3%), wyższe (16,1%),
- Zatrudnienie: tak (25%), nie (75%),
- Zamieszkanie: z rodziną: (88,1%), sam (11,9%),
- Sytuacja ekonomiczna: trudna (16,5%), dostateczna (40,7%), dobra (39%), bardzo dobra (3,8%).

Charakterystyka grupy ze względu na zmienne związane z chorobą:

- wielochorobowość: najczęściej schorzeń w grupie PChN-HD (S=4,09), w grupie C-HD (S=5,04),

- średni czas choroby: w grupie PChN-HD (choroba nerek $M=9,00$, $SD=7,73$), w grupie C-HD (cukrzyca $M=17,37$, $SD=7,55$; choroba nerek ($M=6,12$, $SD=5,82$),
- obecność dokuczliwych objawów (12 objawów, m.in. obrzęki, ból): najwyższa w grupie C ($M=2,99$) i PChN-HD ($M=2,98$),
- występowanie dokuczliwych ograniczeń w związku z terapią (badano 18 utrudnień, m.in. stosowanie się do zaleceń lekarza, ograniczenia diety): najwyższa w grupie C ($M=2,88$), najniższa wśród PChN ($M=2,47$).

METODA

Narzędziem wykorzystanym w badaniu była ankieta (opracowana przez A. Marzec) dla pacjentów do samooceny utrudnień i ograniczeń funkcjonowania w związku z chorobą przewlekłą i stosowaną metodą leczenia złożona z dwóch części: część I, która pozwoliła na zebranie zmiennych socjo-demograficznych i klinicznych; część II posłużyła do zebrania danych z zakresu funkcjonowania w chorobie i zawierała pytania dotyczące utrudnień i ograniczeń funkcjonowania w ważnych sferach życia w związku z obecnością choroby przewlekłej i poddawaniu się stałej terapii. Ankieta zawierała także pytania dotyczące przygotowania chorych do samoopieki. Badani odpowiadali poprzez wskazanie odpowiedzi na skali typu Likerta.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMK przy Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

Metody statystyczne

Zmienne o charakterze socjodemograficznymi były kontrolowane i wykorzystane do opisu osób badanych, ale nie zostały poddane szczegółowym analizom statystycznym. Dla wszystkich zmiennych ilościowych dokonano analizy rozkładu wyników w poszczególnych grupach uwzględniając średnią arytmetyczną (M), odchylenie standardowe (SD), procent (%). Do analizy danych zastosowano odpowiednie testy statystyczne nieparametryczne: test Kruskala-Wallisa, test U Manna-Whitneya. Analizy wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 6.0. Za istotne statystycznie przyjęto wartości $p < 0,05$.

WYNIKI

Elementem, który posłużył do charakterystyki grupy ze względu na zmienne oddające specyfikę choroby były dane dotyczące obecności objawów i ich odczuwania przez chorego oraz dane dotyczące ograniczeń/utrudnień związanych z metodą terapii i ich odczuwanie przez chorego (oddające specyfikę terapii). Ze względu na to, że te zmienne należą

do kategorii zmiennych jakościowych do zebrania danych użyto skali szacunkowej. Pytano o najczęściej zgłaszane objawy: złe samopoczucie, osłabienie, ból, obrzęki, nadciśnienie tętnicze, objawy skórne (suchość, świąd), pragnienie, zaburzenia apetytu, nudności, skurcze mięśni, zmiany wyglądu, zmiany nastroju. Objawy, które odczuwali chorzy mogli pochodzić z choroby podstawowej, ale także z chorób współistniejących. Dane z tego zakresu ujęto w postaci średniej arytmetycznej dla każdej grupy. W badanych grupach chorzy wskazywali podobną ilość dokuczliwych objawów choroby, jednak najwięcej wskazywali chorzy na cukrzycę C ($M=2,99$), zaś chorzy PChN-HD ($M=2,98$) i PChN ($M=2,88$) a najmniej wskazały osoby C-HD ($M=2,85$).

Następnie badano uciążliwość metod terapii. Badanych poproszono o odniesienie się do metod terapii poprzez wskazanie ograniczeń związanych z metodą terapii i ocenienie ich dokuczliwości na 5 stopniowej skali typu Likerta. Pytano m. in. „zależność od sztucznej nerki”, zależność od personelu, o obawy przed powikłaniami, o stosowanie się do zaleceń terapeutycznych, o ograniczenia dietetyczne jakościowe i ilościowe, o przyjmowanie leków, konieczność obserwacji ciśnienia tętniczego, wagi, glikemii, konieczność edukacji.

Dane z tego zakresu, podobnie jak dane dotyczące specyfiki choroby, ujęto jako średnią arytmetyczną dla każdej grupy. Najwięcej utrudnień związanych ze stosowaną metodą terapii wskazywały osoby chore na cukrzycę C ($M=2,88$). Bardzo zbliżone wartości uzyskano w grupach hemodializowanych PChN-HD ($M=2,41$); i C-HD ($M=2,47$). Najmniej utrudnień wskazali chorzy PChN ($M=2,26$). Dokuczliwe ograniczenia i utrudnienia związane z terapią odczuwane przez chorych przedstawiały się w badanych grupach w sposób zróżnicowany. Te różnice podkreślają subiektywny, indywidualny charakter ograniczeń.

Kolejnym elementem poddanym analizie była samoocena stanu zdrowia w badanych grupach. Wyniki zawiera tabela 1.

Różnice w samoocenie stanu zdrowia w poszczególnych grupach są znaczne. Żadna osoba z grupy PChN-HD nie określiła stanu swojego zdrowia jako dobrego, najwięcej osób wskazało stan poważny (33,82%) i bardzo poważny (44,12%). Najwięcej problemów z samooceną stanu swojego zdrowia mieli chorzy na cukrzycę C (19,23%) i na PChN, gdzie 29,6% nie potrafiło ocenić swojego stanu. W grupie PChN ponad 66% uznało stan swojego zdrowia za zadowalający.

Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała istnienie różnic istotnych statystycznie w poziomie samooceny stanu zdrowia między grupami pacjentów ($H=12,12$; $p=0,007$). W celu zlokalizowania różnic międzygrupowych w tym

Tab. 1. Wyniki samooceny stanu zdrowia w badanych grupach (statystyki podstawowe)

Grupa badana				Samoocena stanu zdrowia									
				dobry		poważny		bardzo poważny		bardzo zły		nie umiem ocenić	
	N	M	SD	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PChN	54	2,44	1,74	26	48,2	10	18,5	2	3,7	0	0,0	16	29,6
PChN-HD	68	2,96	0,89	0	0,0	23	33,8	30	44,1	10	14,7	5	7,4
C	52	2,92	1,27	9	17,3	15	28,9	20	38,5	8	15,4	10	19,2
C-HD	62	3,08	1,01	3	4,8	11	17,7	21	33,9	13	21,0	4	4,5

zakresie posłużono się testem U Manna-Whitneya (tabela 2).

■ Tab. 2. Poziomy istotności różnic międzygrupowych w samoocenie stanu zdrowia

Samoocena stanu zdrowia w badanych grupach			Test Kruskala-Wallis	Test U Manna-Whitneya			
	M	SD		PChN	PChN-HD	C	C-HD
PChN	2,44	1,74	H=12,12 p=0,007 p<0,05	x			
PChN-HD	2,96	0,89		0,002	x		
C	2,92	1,27		0,023	0,792	x	
C-HD	3,08	1,01		0,006	0,361	0,397	x

PChN-HD. Najlepiej przygotowani byli chorzy z grupy PChN-HD.

DISKUSJA

W modelu współczesnej opieki medycznej zwraca się coraz większą uwagę na udział pacjenta w procesie terapii i opieki. Oczekuje się od chorego aktywnej postawy i współdziałania z zespołem terapeutycznym [15]. Pacjent także oczekuje od zespołu postrzegania go jako partnera, z całą jego indywidualnością i złożonością [16]. Badania nad subiektywnym odniesieniem pacjentów do sytuacji choroby przewlekłej wskazują na potrzebę ujmowania takich informacji w planach pracy z chorym [7,16,17].

■ Tab. 3. Rozkład wyników w grupach w zakresie oceny przygotowania do samoopieki

Grupa badana				Samoocena przygotowania do samoopieki									
				b. dobre		duże		średnie		niewielkie		nieprzygotowani	
	N	M	SD	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PChN	54	3,35	1,20	8	14,8	20	37,0	16	29,6	3	5,6	7	12,9
PChN-HD	68	3,51	1,14	15	22,1	21	30,9	20	29,4	8	11,8	4	5,9
C	52	3,05	1,09	7	13,5	8	15,4	25	48,1	8	15,4	4	7,7
C-HD	62	3,09	1,08	6	9,7	13	21,0	28	45,2	8	12,9	7	11,3

Wyniki testu wskazały, że osoby niedializowane PChN oceniły swój stan zdrowia najwyżej (wskazując najwięcej ocen „stan dobry”), natomiast chorzy C ocenili swój stan zdrowia jako przeciętny i istotnie różnili się od chorych na PChN.

Następnie dokonano analizy samooceny przygotowania do samoopieki w badanych grupach. Wyniki prezentuje tabela 3.

Chorzy ogólnie wysoko ocenili własne przygotowanie do samoopieki. Nie ma różnicy w ocenie w grupach osób dializowanych i niedializowanych. Najwięcej osób nieprzygotowanych do samoopieki pochodziło z grupy PChN (12,96%). Najlepiej zaś ocenili się chorzy z PChN-HD (22,05 % - bdb). Grupą określającą się jako najlepiej przygotowaną do samoopieki byli chorzy PChN-HD.

Ocenę własną chorych dotyczącą przygotowania do samoopieki analizowano przy zastosowaniu testu nieparametrycznego Kruskala-Wallis; pomiędzy badanymi grupami pacjentów wykazano istotne różnice (H=8,62; p=0,035). Do dalszych analiz międzygrupowych, celem wskazania grupy z najwyższą samooceną przygotowania do samoopieki, użyto testu U Manna-Whitneya. Wyniki przedstawia tabela 4.

■ Tab. 4. Poziomy istotności różnic międzygrupowych w samoocenie przygotowania do samoopieki

Samoocena przygotowania do samoopieki			Test Kruskala-Wallis	Test U Manna-Whitneya			
	M	SD		PChN	PChN-HD	C	C-HD
PChN	3,35	1,20	H=8,62 p=0,035 p<0,05	x			
PChN-HD	3,51	1,14		0,56	x		
C	3,05	1,09		0,09	0,02	x	
C-HD	3,26	1,14		0,12	0,036	0,97	x

Największe różnice w samoocenie przygotowania do samoopieki wykazano między grupami C i C-HD a grupą

W badaniu subiektywnej oceny stanu zdrowia spośród badanych najwyżej oceniły go osoby z grupy PChN. Zastanawiać może niska samoocena stanu zdrowia wśród C i C-HD. Może tu występować zgodność między oceną subiektywną i oceną obiektywną (kliniczną oceną lekarską), czego nie badano. Należy pamiętać, że chorzy na cukrzycę są objęci długofalowym programem edukacji, więc można przypuszczać, dysponujący większym zasobem wiedzy o chorobie i dość obiektywnie dokonać takiej oceny.

Uzyskane wyniki można w pewnej części odnieść do wyników uzyskanych przez Curtina z zespołem w badaniach nad oceną dobrostanu, świadomością, samozarządzaniem w chorobie, samoskutecznością, funkcjonowaniem fizycznym i psychicznym chorych hemodializowanych. Autorzy dowodzą, że świadomość, samozarządzanie i samoskuteczność są dość stałe, są słabo związane z danymi socjodemograficznymi i opisem zdrowia, a powiązane dodatkowo z rosnącą komunikacją, partnerstwem, samoopieką i zachowaniami typu stosowanie się do zaleceń lekarskich [18].

W badaniach wśród pacjentów poddawanych terapii hemodializą wykazano istotną zależność fizyczną i mentalną od opiekunów i terapeutów, co wyraźnie determinuje funkcjonowanie osoby dializowanej [9,19]. Ocenę przygotowania do samoopieki wśród osób leczonych hemodializą prowadziły Pieniążek i Trudujek [19]. Wyniki badań wskazywały na ogólnie dobre przygotowanie chorych hemodializowanych do samoopieki. Niestety, tych wyników, ze względu na dużą rozbieżność (m.in. słabe wyniki w zakresie wiedzy na temat aktywności fizycznej) nie można uznać za wystarczające do realizacji samoopieki, ale jedynie jako podstawę do kontynuowania działań edukacyjnych. Również pozytywne wyniki z badania samooceny poziomu wiedzy na temat choroby wśród osób z cukrzycą uzyskały Wilczewska i wsp. [20].

Koncepcja oceny przygotowania do samoopieki jest użyteczna w pracy w szpitalu jak i poza nim, zwłaszcza w stosunku do osób przewlekle chorych. Pozwala określić, w jakim zakresie niezbędna jest pomoc osobom, rodzinom, aby mogły w sposób odpowiedzialny kierować własnym zdrowiem, wzmacniać je, a także współuczestniczyć w jego przywracaniu i potęgowaniu [6,18]. Wyniki potwierdzają zasadność prowadzenia z pacjentami przewlekle chorymi działań edukacyjnych, które są dla nich źródłem długotrwałych korzyści w formie większej samodzielności w chorobie.

WNIOSKI

1. W badanych grupach chorych występują znaczne różnice w samoocenie stanu zdrowia i samoocenie przygotowania do samoopieki.
2. Badani określili się jako dobrze przygotowani do samoopieki w chorobie.
3. Wyniki samooceny są zawyżone, stąd celowa jest stała edukacja zdrowotna chorych przewlekle

PIŚMIENICTWO

1. Rutkowski B. Problemy epidemiologiczne i społeczne leczenia nerkozastępczego. [w:] Rutkowski B, red. Leczenie nerkozastępcze. Lublin: Wyd. Czelej; 2007, s. 16.
2. Czekalski St. Cukrzycowa choroba nerek (nefropatia cukrzycowa i inne choroby nerek w cukrzycy). Poznań: Wyd. Termedia; 2007, s. 106, 108, 126.
3. Motyka M. Psychoterapia elementarna w praktyce ogólnomedycznej. Kraków: Wyd. UJ, ; 2002, s. 24-25.
4. Heszen I. Kliniczna psychologia zdrowia. [w:] Sęk H, red. Psychologia kliniczna. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2005, s. 222-228, 230-235.
5. Kokoszka A, Santorski J. Psychodiabetologia dla lekarzy: postępowanie psychoterapeutyczne w cukrzycy. Narodowy Program Wsparcia Osób z Cukrzycą. Warszawa: Novo Nordisk; 2004, s. 12.
6. Tatoń J. Nauczanie samoopieki. Warszawa: Wyd. PWN; 1995.
7. Książek P, Nowaczyk R, Mierzwicki P, Hryniewiecka D, Załuska A, Załuska W, Książek A. Wiedza hemodializowanych pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek na temat zasad leczenia własnej choroby. *Zdrowie Publiczne*. 2005; 115 (1): 35-39.
8. Zawadzka B. Sytuacja psychologiczna chorych dializowanych i rola psychologa w ich adaptacji do leczenia. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*. 2005; (9): 63-66.
9. Stangierska J, Marcinkowska M, Horst-Sikorska W. Problemy psychologiczne pacjentów z cukrzycą typu 1. *Nowiny Lekarskie*. 2002; 71 (4-5): 212-216.
10. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków: Wyd. UJ, 2000; 33, s. 154-166, 204-209.
11. Poprawa R. Samoocena jako miara podmiotowych zasobów radzenia sobie i szczęścia człowieka. [w:] Heszen I, Życińska J, red. Psychologia zdrowia – w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. Warszawa: Wyd. WSPS; 2008, s. 106-109.
12. Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P. Subiektywna ocena stanu zdrowia i stan funkcjonalny osób starszych z chorobą niedokrwienną serca. Badania porównawcze w 12-letnim odstępie. *Przegląd Lekarski*. 2005; 62: 746-751.
13. Sierakowska M, Krajewska – Kulak E. Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2004; 2 (7): 23-29.
14. Płaszewska-Żywko L, Wilczek-Rużyczka E. Teoria pielęgnowania Dorothea'i Orem. *Pielęgniarstwo* 2000. 1996; 6(29): 10-13.
15. Kubacka-Jasiecka D. Perspektywy promocji zachowań zdrowotnych w zmaganiu się z ciężką chorobą somatyczną. *Przegląd Psychologiczny*. 1999; 42(4): 57-68.
16. Sharpe L, Currel L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*. 2006; 62: 1153-1166.
17. Delamater A. Zwiększenie świadomego udziału pacjenta w procesie leczenia. *Diabetologia po Dyplomie* 2006, 3: 35-40.
18. Curtin RB, Sitter DC, Schatell D et al. Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Disease* 2008 Apr; 15(2): 191-205.
19. Pieniążek M, Trudujek M. Przygotowanie do samoopieki pacjentów leczonych dializami. *Zdrowie Publiczne*. 2002; 112 (Supl. 1): 158-160.
20. Wilczewska L, Książek J, Tatur G, Laddach I. Self-evaluation of knowledge about the disease and an assessment of socioeconomic situation among patients with a diagnosed diabetes mellitus. *Zdrowie Publiczne*. 2006; 116 (1): 19 - 22.

Praca przyjęta do druku: 11.06.2012

Praca zaakceptowana do druku: 03.09.2012

