

ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U DIALYZOVANÝCH PACIENTOV

COPING STRATEGIES OF DIALYZED PATIENTS

**Andrea Solgajová¹, Tomáš Sollár², Dana Zrubcová¹,
Gabriela Vörösová¹, Miroslava Líšková¹**

Abstrakt

Kumulácia veľkého množstva stresorov u pacientov zaradených do dialyzačného programu a obavy z budúcnosti predstavujú intenzívnu stresovú situáciu, ktorá si vyžaduje pripravenosť a odolnosť človeka na zvládnutie tejto situácie. Cieľom práce bolo zistiť, ktoré stratégie zvládania záťaže preferujú pacienti s hemodialýzou, porovnať rozdiely podľa pohlavia a zistiť vzťah medzi preferovanými stratégiami zvládania záťaže, vekom a dĺžkou dialyzačnej liečby. Ide o prierezový dizajn výskumu. Metódou zberu dát bol dotazník Brief Cope. Výberový súbor tvorilo 30 respondentov/pacientov zaradených do dialyzačného programu. Zistili sme, že najpoužívanejšou stratégiou zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou bola akceptácia (adaptívna stratégia). Celkovo ženy využívali všetky stratégie zvládania záťaže viac ako muži. Štatisticky významný rozdiel bol zistený iba v stratégii Ventilovanie (maladaptívna stratégia) viac preferovanej u žien. Preferovanie stratégie Humor (adaptívna stratégia) vykazovalo vzťah s kratšie trvajúcou dialyzačnou liečbou. Pohlavie a dĺžka dialyzačnej liečby môžu ovplyvňovať typ preferovaných stratégií zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou. Poznanie týchto faktorov treba zohľadňovať v individualizovanej starostlivosti o pacienta s hemodialýzou pre dosiahnutie optimálnych výsledkov u pacienta.

Kľúčové slová

záťaž, hemodialýza, Brief Cope, stratégie zvládania záťaže

Abstract

The accumulation of a large number of stressors in dialysis patients and fear of future represent an intense stressful situation that requires readiness and resilience to cope with

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

² Ústav aplikovanej psychológie, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

this situation. The aim of the work was to find out which coping strategies are preferred in patients with hemodialysis, to compare gender differences and to find out relationships between coping strategies, age and duration of dialysis treatment. Cross-section research design was used. The Brief Cope questionnaire was used as data collection method. The sample of 30 respondents/patients enrolled in the dialysis program. We found that the most commonly used coping strategy in patients with hemodialysis was Acceptance (adaptive strategy). Overall, women used all of the coping strategies more than men. A statistically significant difference was found in the Ventilation strategy (maladaptive strategy) more preferred among women. The preference for the Humor strategy (adaptive strategy) has been associated with shorter duration of dialytic treatment. The gender and duration of dialysis treatment may affect the type of preferred coping strategies in patients with hemodialysis. Knowledge of these factors should be taken into account in the individualized care of a patient with hemodialysis to achieve optimal outcome in the patient.

Keywords

load, hemodialysis, Brief Cope, coping strategies

ÚVOD

Chronická renálna insuficiencia je charakterizovaná ako ochorenie, pri ktorom pôsobia súbežne viaceré somatické a psycho-sociálne stresory (Logan, Pelletier-Hibbert a Hodgins, 2006). Patria k nim nepredvídateľnosť priebehu ochorenia, čakanie a obavy z úspešnosti transplantlačnej terapie, anticipácia možných invalidizujúcich komplikácií, vedomie celoživotného dodržiavania režimových opatrení, závislosť na prístroji obmedzujúca v denných aktivitách (Yeh a Chou, 2007; Gurková a Michnáčová, 2008). Znojová a Sulková (2001) popisujú u pacientov s chronickou renálnou insuficienciou prítomnosť somatických stresorov a psycho-sociálnych stresorov (únava, stuhnutosť kĺbov, kŕče, nevoľnosť, svrbenie, časová náročnosť liečby, obmedzenie fyzických aktivít, obmedzenie príjmu tekutín a jedla, obmedzenie spoločenského života a možnosti rekreácie, závislosť od lekárov a sestier, pokles sexuálnej aktivity a mnohé iné). V celkovom počte ide až o tridsaťjeden stresorov (Znojová a Sulková, 2001), pričom za najhoršie hodnotené stresory považujú pacienti s hemodialýzou únavu, obmedzenie príjmu tekutín, zasahovanie do rekreačných a spoločenských aktivít (Logan, Pelletier-Hibbert a Hodgins, 2006). Všetky stresory predstavujú nadlimitnú záťaž, s ktorou jedinec bojuje každý deň.

Podľa zistení Cristóvão (1999) pacienti s hemodialýzou prežívajú vysokú úroveň stresu, a psychosociálne stresory považujú za rovnako problematické ako stresory somatické. Dialyzovaní pacienti musia riešiť a zvládať rôzne aspekty svojej choroby (Parvan et al., 2015).

Kumulácia veľkého množstva stresorov a obavy z budúcnosti predstavujú intenzívnu stresovú situáciu. Stresová situácia sa charakterizuje ako stav, kde je miera intenzity stresovej situácie vyššia ako schopnosť človeka danú situáciu zvládnuť. Schopnosť človeka adaptovať sa na pôsobiace stresory, resp. na stresovú situáciu je považovaná za rovnocennú k prežitiu (Pasquali, Arnold a DeBasio, 1989) a za jeden z predpokladov udržiavania a adherencie pacienta v starostlivosti, a tým aj efektívnosti liečby (Gurková a Michnáčová, 2008). Variabilita vnímania stresu môže byť ovplyvnená viacerými faktormi ako napríklad osobnosťou, osobnými zdrojmi, celkovým psychologickým prežívaním a kultúrnym presvedčením (Cukor et al., 2007).

Pojmu zvládanie záťaže sa venuje pozornosť aj v oblasti ošetrovateľskej praxe už niekoľko rokov a v rôznych situáciách, pričom v rámci klasifikačného systému NANDA International (NANDA I) je ošetrovateľská diagnóza Neefektívne zvládanie záťaže (00069), ktorú Herdman a Kamitsuru (2014, s. 295) charakterizujú ako „*neschopnosť správne vyhodnocovať stresory, nesprávny výber reakcií, a/alebo neschopnosť využívať dostupné zdroje*“.

Neefektívne zvládanie záťaže u pacientov s hemodialýzou vykazuje vzájomný vzťah s nízkou kvalitou života, častými komplikáciami a vyššou úmrtnosťou (Kalantar-Zadeh et al., 2001; Knight et al., 2003). Identifikácia neefektívnych stratégií zvládania záťaže a voľba správnych rozhodnutí v starostlivosti pre podporu efektívnych stratégií môže prispieť k dosiahnutiu efektívnej a dlhodobej adherencie pacientov. Voľba stratégií zvládania záťaže môže úzko súvisieť aj s niektorými demografickými (Logan, Pelletier-Hibbert a Hodgins, 2006; Harwood, Wilson a Sontrop, 2011), či klinickými faktormi (Harwood et al., 2009; Parvan et al., 2015). Poznanie týchto faktorov v spojitosti s preferenciou určitých stratégií zvládania záťaže je dôležité pre vytvorenie a implementovanie edukačných a podporných aktivít ako základ pre dosiahnutie optimálnych výsledkov u pacienta (Harwood, Wilson a Sontrop, 2011).

CIEĽ PRÁCE

Cieľom výskumu bolo zistiť, ktoré stratégie zvládania záťaže využívajú pacienti s hemodialýzou, porovnať rozdiely podľa pohlavia a zistiť vzťah medzi preferovanými stratégiami zvládania záťaže, vekom a dĺžkou dialyzačnej liečby.

METODIKA

Pre hodnotenie preferovaných stratégií zvládania záťaže bol použitý seba výpovedový dotazník Brief Cope (Carver, 1997). Ide o skrátenú verziu dotazníka COPE. Dotazník obsahuje 28 položiek rozdelených do 14 subškál, ktoré predstavujú stratégie zvládania záťaže. K stratégiám zameraným na problém radíme aktívne zvládanie, plánovanie, inštrumentálnu oporu, k stratégiám zameraným na emócie patrí emocionálna opora, pozitívne preformulovanie, popieranie, akceptácia, viera a humor. Stratégie zamerané na

úník predstavujú ventilovanie, sebarozptýlenie, stiahnutie sa, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie. Zvládanie zamerané na problém a emócie predstavujú stratégie adaptívne a zvládanie zamerané na únik predstavuje stratégiu maladaptívnu. Položky sa hodnotia na štvorstupňovej stupnici: 1 – nikdy, 2 – len výnimočne, 3 – často, 4 – vždy, pričom respondenti vyjadrujú, ako sa v záťažových situáciách správali za posledných 6 mesiacov. Pre účely výskumu bola použitá slovenská verzia škály odporúčená psychológom, ktorá býva bežne používaná v klinickej praxi.

Výberový súbor tvorilo pacientov zaradených do dialyzačného programu z toho 16 (53,3 %) mužov a 14 (46,7 %) žien. Zaraďujúcimi kritériami boli: vek nad 18 rokov, doba trvania liečby minimálne 1 rok, frekvencia hemodialýzy minimálne 3krát do týždňa, ochota spolupracovať a informovaný súhlas respondenta s výskumom. Vylučujúcimi kritériami boli: pridružené onkologické ochorenie, akútne a chronické komplikácie vyplývajúce z polymorbidity alebo liečby. Vek respondentov sa pohyboval od 32 do 85 rokov ($M_{vek} = 61,07$; $SD_{vek} = 13,26$), s priemernou dĺžkou dialyzačnej liečby 6,13 roka ($SD = 4,95$). Išlo o priezový dizajn výskumu. Výskum bol realizovaný vo Fakultnej nemocnici v Nitre na Internej klinike a v dialyzačnom stredisku v Šahách Nephro s.r.o., od októbra 2016 do decembra 2016 po schválení etickou komisiou.

Pre spracovanie výsledkov bol použitý štatistický program IBM SPSS 24.0. Výsledky sme hodnotili pomocou deskriptívnych štatistík priemernej hodnoty a smerodajnej odchýlky. Rozdiely sme posudzovali Studentovým t-testom pre dva nezávislé výbery a vzťahy sme skúmali Pearsonovým koeficientom súčinovej korelácie.

VÝSLEDKY

Najpoužívanjšou stratégiou zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou je Akceptácia ($AM = 6,3$). Ďalšie tri najviac preferované stratégie sú Aktívne zvládanie ($AM = 4,9$), Viera ($AM = 4,8$) a Sebarozptýlenie ($AM = 4,6$). Najmenej preferované stratégie sú Stiahnutie sa ($AM = 3,5$), Popieranie ($AM = 3,6$) a Užívanie návykových látok ($AM = 3,8$) (Tab. 1).

Tab. 1 Stratégie zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou

	Min	Max	AM	SD
Sebarozptýlenie	2	8	4,60	1,79
Aktívne zvládanie	2	8	4,93	1,66
Popieranie	2	8	3,60	1,83
Užívanie návykových látok	2	8	3,83	1,70
Emocionálna sociálna opora	2	8	4,20	1,65
Inštrumentálna sociálna opora	2	8	4,47	1,57
Stiahnutie sa	2	7	3,50	1,46

	Min	Max	AM	SD
Ventilovanie	2	6	3,83	1,12
Pozitívne preformulovanie	2	6	4,17	1,29
Plánovanie	2	8	4,47	2,01
Humor	2	8	3,83	1,80
Akceptácia	3	8	6,30	1,71
Viera	2	8	4,79	2,34
Sebaobviňovanie	2	8	3,73	1,55

Pri porovnaní preferovaných stratégií zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou podľa pohlavia sme okrem jednej stratégie nezistili štatisticky významné rozdiely. V stratégii Ventilovanie sme zistili štatisticky významný rozdiel ($p = 0,013$) s preferenciou využívania u žien. Väčšinu stratégií používajú vo väčšej miere ženy, avšak rozdiely nie sú štatisticky významné (Tab. 2).

Tab. 2 Rozdiely v stratégiách zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou podľa pohlavia

	Muži (n = 16)		Ženy (n = 14)		t	p
	AM	SD	AM	SD		
Sebarozptýlenie	4,19	1,47	5,07	2,06	1,37	,182
Aktívne zvládanie	4,81	1,76	5,07	1,59	0,42	,678
Popieranie	3,19	1,33	4,07	2,23	1,34	,192
Užívanie návykových látok	4,06	1,84	3,57	1,55	0,78	,441
Emocionálna sociálna opora	3,81	1,64	4,64	1,60	1,40	,173
Inštrumentálna sociálna opora	4,19	1,64	4,79	1,48	1,04	,306
Stiahnutie sa	3,38	1,36	3,64	1,60	0,50	,624
Ventilovanie	3,38	1,09	4,36	0,93	2,64	,013
Pozitívne preformulovanie	3,88	1,15	4,50	1,40	1,34	,190
Plánovanie	4,56	2,06	4,36	2,02	0,27	,786
Humor	3,88	1,75	3,79	1,93	0,13	,895
Akceptácia	6,13	1,82	6,50	1,61	0,60	,557
Viera	4,50	2,42	5,15	2,27	0,74	,463
Sebaobviňovanie	3,44	1,55	4,07	1,54	1,12	,272

Pri skúmaní vzťahu stratégií zvládania záťaže a veku a dĺžky dialyzačnej liečby sme zistili, že iba stratégia Humor súvisí s dĺžkou dialyzačnej liečby. Vzťah poukazuje na väčšie využívanie tejto stratégie u pacientov s kratšie trvajúcou dialyzačnou liečbou ($r = -0,41$). Vek súvisí so stratégiou Viera na hranici štatistickej významnosti ($r = 0,33$; $p < 0,1$). Viac využívajú stratégiu starší pacienti.

Tab. 3 Vzťah medzi stratégiami zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou, veku a dĺžky dialyzačnej liečby

	Vek	Dĺžka liečby
Sebarozptýlenie	-,068	,014
Aktívne zvládanie	-,133	-,137
Popieranie	,061	-,142
Užívanie návykových látok	,216	,040
Emocionálna sociálna opora	,178	,094
Inštrumentálna sociálna opora	,045	,058
Stiahnutie sa	-,087	,163
Ventilovanie	,252	-,046
Pozitívne preformulovanie	,270	,169
Plánovanie	-,265	-,110
Humor	-,073	-,407*
Akceptácia	-,038	,093
Viera	,331	,217
Sebaobviňovanie	,170	,063

Pozn.: * $p < ,05$

DISKUSIA

V rámci výskumu sme sa zamerali na hodnotenie stratégií zvládania záťaže, ktoré sú charakterizované ako návykové, transsituačné, relatívne konzistentné vzorce spracovania a zvládania na behaviorálnej, kognitívnej alebo zážitkovej úrovni, ktoré človek používa pri stretávaní sa so stresormi (Bratská, 2001). Lazarus a Folkman (1984) popisujú dve formy stratégií zvládania záťaže: zvládanie zamerané na problém (človek sa zameriava na situáciu, pričom má (konštruktívnu) snahu hľadať spôsoby ako ju zmeniť, prípadne sa jej v budúcnosti vyhnúť) a zvládanie orientované na emócie (kedy sa človek zameriava na zmiernenie prežívaných emócií, ktoré vznikli v dôsledku stresu).

Zistili sme, že najviac preferovanou stratégiou zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou bola Akceptácia. Ide o zvládanie orientované na emócie, kedy sa človek zameriava

na zmiernenie prežívaných emócií, ktoré vznikli v dôsledku stresu, pričom k zmene situácie nemusí dôjsť (Lazarus a Folkman, 1984).

Výsledky naznačujú, že pacienti pre zvládanie záťažovej situácie v najväčšej miere využívajú adaptívnu formu zvládania. Maladaptívne formy zvládania záťaže (Stiahnutie sa, Užívanie návykových látok) boli u pacientov zastúpené ako najmenej preferované. Autorky Gurková a Michnáčová (2008), ktoré rovnako skúmali zvládanie záťaže u pacientov s hemodialýzou (n = 45) zistili, že najčastejšie využívanou stratégiou bola tiež Akceptácia. Ďalej uvádzajú, že maladaptívne (neefektívne) stratégie boli využívané v menšej miere.

Podľa vyjadrenia autorov Livneh, Antonak a Gerhardt (2000) je typické, že pacienti s chronickým ochorením využívajú na zvládanie záťažových situácií adaptívne stratégie, a ich zvládanie je efektívne, nakoľko sa dostávajú do viac špecifických situácií v dôsledku samotného ochorenia.

Zvládanie záťaže v skupine pacientov s hemodialýzou oproti bežnej verejnosti je iné. Najviac preferovanou stratégiou zvládania záťaže u vysokoškolských študentov bola podľa autora Baumgartnera (2010) Plánovanie, t.j. zvládanie zamerané na problém.

Naše zistenia podporujú aj tvrdenia autorov Yeh a Chou (2007), ktorí uvádzajú, že pacienti s hemodialýzou využívajú menej často stratégie zamerané na problém. Najviac preferovanými stratégiami boli podľa ich zistení najmä stratégie orientované na emócie a vyhýbavé správanie. Rovnako autor Cristóvão (1999) vyjadruje, že u pacientov s hemodialýzou prevláda zvládanie orientované na emócie. Všeobecne je pre dialyzovaných pacientov typické využívanie stratégií zvládania orientovaných na emócie (Parvan et al., 2015), pacienti s hemodialýzou dokonca využívajú všetky stratégie zvládania záťaže vo vyššej miere ako pacienti s peritoneálnou dialýzou.

Ďalšou oblasťou skúmania bolo zistiť rozdiely v preferovaných stratégiách zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou podľa pohlavia. Viacerí autori (Lazarus a Folkman, 1984; Výrost et al., 1995) popisujú rozdiely vo zvládaní záťaže u mužov a žien. Zistenia autorov Harwood, Wilson a Sontrop (2011) naznačujú, že u pacientov s chronickým ochorením obličiek je stres rovnako vnímaný mužmi aj ženami, ale ženy využívajú stratégie zvládania záťaže častejšie ako muži bez ohľadu na vek, či vzdelanie.

Zistili sme, že väčšina stratégií je vo vyššej miere zastúpená u žien, ale štatisticky významný rozdiel medzi mužmi a ženami sme zistili iba s využívaním stratégie Ventilovanie. Ženy túto stratégiu využívajú častejšie ako muži, pričom ide o stratégiu zameranú na únik, tzn. maladaptívne (neefektívne) zvládanie záťažovej situácie.

Sepešiová (2014) uvádza, že u dialyzovaných pacientov nie sú výrazné rozdiely medzi mužmi a ženami pri otázkach týkajúcich sa vyrovnania s chorobou. Podľa zistení Gurkovej a Michnáčovej (2008) z aspektu pohlavia boli zistené významné rozdiely v troch stratégiách – Viera, Ventilovanie a Sebaobviňovanie. Naše zistenia podporujú tieto tvrdenia. Ženy v porovnaní s mužmi častejšie ventilujú svoje emócie (napríklad otvorenejšie prejavujú svoje pocity).

Poslednou oblasťou skúmania bola problematika zvládania záťaže a preferovaných stratégií vo vzťahu s vekom a dĺžkou dialyzačnej liečby. Harwood, Wilson a Sontrop (2011) naznačujú v aspekte faktora veku, že u mladších pacientov (< 65 rokov) s hemodialýzou

je popisovaná vyššia miera stresu ako u starších pacientov, možno najviac z dôvodu prítomnosti iných existenčných stresorov (strata zamestnania, finančné problémy, problém so zabezpečením starostlivosti o deti).

Zistili sme, že stratégia Viera vykazovala s vekom vzťah na hranici štatistickej významnosti. Túto stratégiu využívajú najmä starší pacienti, pričom ide o stratégiu orientovanú na emócie (adaptívne zvládanie). Ostatné stratégie nevykazovali vzťah s vekom. Logan, Pelletier-Hibbert a Hodgins (2006) u pacientov s hemodialýzou uvádza, že neboli zistené štatisticky významné rozdiely podľa veku. Podľa zistení Gurkovej a Michnáčovej (2008) starší pacienti s hemodialýzou využívali viac stratégiu Sebaobviňovanie.

V aspekte dĺžky trvania dialyzačnej liečby je známe, že čím je ochorenie a liečba dlhšia, tým viac stratégií zvládania záťaže pacienti využívajú (Klang, Björvell a Cronqvist, 1996). Ohľadom dĺžky dialyzačnej liečby sme zistili, že iba jedna zo stratégií zvládania záťaže, stratégia Humor súvisí s dĺžkou dialyzačnej liečby. Humor je stratégia orientovaná na emócie (adaptívne zvládanie). Vzťah naznačuje na väčšie využívanie tejto stratégie u pacientov s kratšie trvajúcou dialyzačnou liečbou. Gurková a Michnáčová (2008) rovnako svojimi zisteniami nepotvrdili rozdiely vo využívaní stratégií zvládania záťaže vzhľadom na čas od zaradenia do dialyzačnej liečby. Znojová a Sulková (2001) uvádzajú, že pokiaľ ide o psychosociálny stres, neprejavujú sa rozdiely medzi krátko a dlhodobo dialyzovanými pacientmi. Dopad ochorenia na prežívanie pacienta a jeho sociálnu zaangažovanosť, má skôr univerzálny charakter a nerozlišuje dlhodobo a krátkodobo dialyzovaných.

ZÁVER

Naše zistenia celkovo naznačujú, že pacienti vo väčšej miere využívajú na zvládnutie stresovej situácie v kontexte s chorobou adaptívne formy stratégie pre efektívne zvládnutie stresovej situácie. Rozdiely v stratégiách zvládania podľa pohlavia a vzťahy s vekom a dĺžkou dialyzačnej liečby boli len minimálne, pričom poznanie týchto faktorov je dôležité pre vytvorenie a implementovanie edukačných a podporných aktivít ako základ pre intervenčné postupy pre využívanie adaptívnych stratégií. Za limity výskumu považujeme veľkosť súboru a hodnotenie stratégií bez kontextu hodnotenia úrovne stresu, čo odporúčame najmä pre budúce výskumy. Vhodné by bolo i posúdenie vplyvu iných demografických faktorov ako aj komorbidít na úroveň vnímaného stresu a voľbu preferovaných stratégií zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou. Špecifikovaním využívania stratégií z hľadiska rôznych faktorov by sme mohli prispieť k lepšiemu porozumeniu prežívania pacientov pri zvládaní ich náročnej situácie a tým k možnosti nastavenia efektívnejšej individualizácii starostlivosti.

Poděkování

Príspevok bol podporený projektom VEGA číslo 1/0438/16.

Literatúra

BAUMGARTNER, F. Stratégie zvládania vo vzťahu k psychologickej osobnej pohode v súbore vysokoškolákov. In: BLATNÝ, M. et al., eds. *Sociální procesy a osobnost 2009: sborník příspěvků*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 2010, s. 13–22. ISBN 978-80-86174-15-0.

BRATSKÁ, M. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Trade Leas, 2001. ISBN 80-7094-292-4.

CARVER, C. S. 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.

CRISTÓVÃO, F. Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. *Journal of Renal Care*. 1999, vol. 25, no. 4, p. 35–39. ISSN 1755-6678.

CUKOR, D., COHEN, S. D., PETERSON, R. A. and KIMMEL, P. L. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2007, vol. 18, no. 12, p. 3042–3055. ISSN 1046-6673.

GURKOVÁ, E. a MICHNÁČOVÁ, A. Zvládanie záťažových situácií u dialyzovaných pacientov. *Profese online*. 2008, roč. 1, č. 1, s. 45–55. ISSN 1803-4330.

HARWOOD, L., WILSON, B., LOCKING-CUSOLITO, H., SONTROP, J. and SPITTAL, J. Stressors and coping in individuals with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*. 2009, vol. 36, no. 3, p. 265–301. ISSN 1526-744X.

HARWOOD, L., WILSON, B. and SONTROP, J. Sociodemographic differences in stressful experience and coping amongst adults with chronic kidney disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2011, vol. 67, no. 8, p. 1779–1789. ISSN 1365-2648.

HERDMAN, T. H. and KAMITSURU, S., eds. *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015–2017*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014. ISBN 978-111-891493-9.

KALANTAR-ZADEH, K., KOPPLE, J. D., BLOCK, G. and HUMPHREYS, M. H. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in haemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2001, vol. 12, no. 12, p. 2797–2806. ISSN 1046-6673.

KLANG, B., BJÖRVELL, H. and CRONQVIST, A. Patients with chronic renal failure and their ability to cope. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1996, vol. 10, no. 2, p. 89–95. ISSN 1471-6712.

KNIGHT, E. L., OFSTHUN, N., TENG, M., LAZARUS, J. M. and CURHAN, G. C. The association between mental health, physical function, and haemodialysis mortality. *Kidney International*. 2003, vol. 63, no. 5, p. 1843–1851. ISSN 0085-2538.

LAZARUS, R. S. and FOLKMAN, S. Coping and adaptation. In: GENTRY, W. D., ed. *Handbook of Behavioral medicine*. New York: Springer, 1984, p. 282–305. ISBN 978-0-89862-636-0.

LIVNEH, H., ANTONAK, R. F. and GERHARDT, J. Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics*. 2000, vol. 41, no. 3, p. 235–244. ISSN 0033-3182.

LOGAN, S. M., PELLETIER-HIBBERT, M. and HODGINS, M. Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, vol. 56, no. 4, p. 382–391. ISSN 1365-2648.

PARVAN, K., AHANGAR, R., HOSSEINI, F. A., ABDOLLAHZADEH, F., GHOJAZADEH, M. and JASEMI, M. Coping methods to stress among patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2015, vol. 26, no. 2, p. 255–262. ISSN 1319-2442.

PASQUALI, E. A., ARNOLD, H. M. and DE BASIO, N. *Mental health nursing: a holistic approach*. St. Louis: Mosby, 1989. ISBN 0-8016-3578-0.

SEPEŠIOVÁ, J. Stres u dialyzovaných pacientů. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 3–4, s. 46–49. ISSN 1210-0404.

VÝROST, J., LOVAŠ, L., BAUMGARTNER, F., BOLFÍKOVÁ, E., FRANKOVSKÝ, M. and HADUŠOVSKÁ, S. Possibilities of empirical classifications of demanding life situations. *Studia Psychologica*. 1995, vol. 37, no. 2, p. 93–106. ISSN 0039-3320.

YEH, S. C. and CHOU, H. C. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*. 2007, vol. 69, no. 2, p. 182–190. ISSN 1534-7796.

ZNOJOVÁ, M. a SULKOVÁ, S. Hodnocení stresu u dialyzovaných pacientů. *Časopis lékařů českých*. 2001, roč. 4, č. 4, s. 108–111. ISSN 0008-7335.

	ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U DIALYZOVANÝCH PACIENTOV	ANDREA SOLGAJOVÁ, TOMÁŠ SOLLÁR, DANA ZRUBCOVÁ, GABRIELA VÖRÖSOVÁ, MIROSLAVA LÍŠKOVÁ	73
--	---------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Kontakt

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.
 Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
 Katedra ošetrovateľstva
 Kraskova 1, 949 74 Nitra, Slovenská republika
 asolgajova@ukf.sk