



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Zofia Skowrońska

Stacja Dializ Otrzewnowych, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku

Rola pielęgniarki w wyborze metody leczenia nerkozastępczego

The role of nurse in selection the method of renal replacement therapy

ABSTRACT

The constant development of nephrology led to an improvement in the qualifications of patients with chronic kidney disease to the renal replacement therapy. It is now believed that the introduction of multilevel patient education consisting of all stages of chronic kidney disease (CKD) plays an important role in preparing for a renal replacement therapy. This requires from the care team (nurses, doctors and nutritionist) commitment and close cooperation. Despite the compelling benefits of this kind of action up to now it was unable to introduce a uni-

form educational program in nephrological centers across the Poland. Still in majority of nephrological centers the dominant model of education is to train the patient right before or during dialysis. Renal Nurses take an active part in it as much as possible. This article is an attempt to clarify the real role of the nurse as an educator in the preparation of patients for the deliberate choice of renal replacement therapy including the innovative solutions carried out in selected centers in our country.

Forum Nefrologiczne 2012, vol. 5, no 2, 170–178

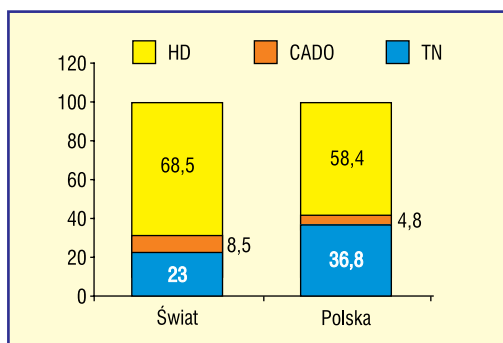
Key words: chronic kidney disease, health education, renal replacement therapy

WSTĘP

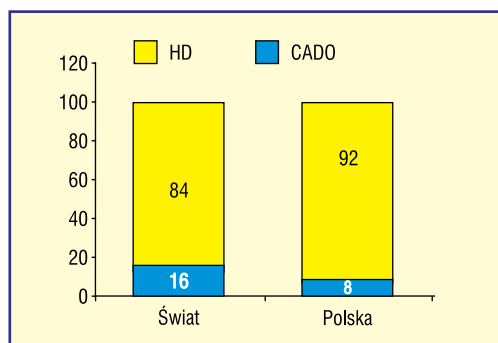
Jak wynika z piśmiennictwa, szacuje się, że przewlekła choroba nerek (CKD, *chronic kidney disease*) może dotyczyć nawet około 600 mln ludzi, w tym 4,3 mln Polaków [1]. Liczba ta stale wzrasta, a tym samym wzrasta zapotrzebowanie na rzetelną, profesjonalną edukację zdrowotną pacjentów z rozpoznaną CKD. Dzięki wysiłkom zespołów interdyscyplinarnych do chwili obecnej profesjonalną edukację zdrowotną w odniesieniu do pacjentów nefrologicznych udało się wprowadzić jedynie w dwóch ośrodkach w Polsce. Autorski program edukacji pacjentów z CKD jest prowadzony w Klinice Nefrologii i Transplantologii Gdańskiego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku oraz w Klinice Nefrologii, Chorób Wewnętrznych i Dializoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego [2–5]. Programy te różnią się między sobą, ale

są skupione wokół nefroprotekcji oraz pomocy pacjentom w świadomym wyborze odpowiedniej dla nich metody leczenia nerkozastępczego. Obydwa programy są oparte na pracy zespołowej ze szczególnym zaangażowaniem pielęgniarek nefrologicznych. Zakłada się, że edukacja zdrowotna pacjenta prowadzona w sposób uporządkowany i wieloetapowy powinna przynosić wymierne korzyści pacjentowi w postaci wydłużonego okresu leczenia klinicznego, opóźnienia rozpoczęcia dializoterapii i planowego rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego (wyprzedzającego przeszczepienia nerki, dializą otrzewnową, hemodializą). Aktualnie obowiązująca Karta Praw i Obowiązków pacjenta zapewnia choremu podmiotowość oraz inne niż do niedawna podejście oparte na partnerskim uczestnictwie w leczeniu, a także współodpowiedzialności za podejmowane decyzje. Jak wynika z nowoczesnych założeń programowych w realizowanych powyżej dzia-

Adres do korespondencji:
mgr piel. Zofia Skowrońska
Stacja Dializ Otrzewnowych,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Słupsku, ul. Hubalczyków 1
76–200 Słupsk
tel.: (59) 846 01 15
faks: (59) 846 01 44
e-mail: zofiaskowronska@wp.pl



Rycina 1. Stosowanie różnych form leczenia nerkozastępczego w Polsce i na świecie [7]



Rycina 2. Stosowanie różnych form dializoterapii w Polsce i na świecie [7]

łaniach edukacyjnych, rodzina pacjenta z CKD może czynnie uczestniczyć w prowadzonych zajęciach. Udział członków rodziny w edukacji ma pozytywny wpływ na zachowanie bezpieczeństwa emocjonalnego chorych oraz poprawę samopoczucia lub podtrzymanie potencjału ich zdrowia. Wsparcie rodziny jest niezwykle ważne. Pomaga bowiem pokonywać piętrzące się niespodziewane przeszkody, które dotyczą codziennych zmagania w życiu z chorobą.

REALNE MOŻLIWOŚCI LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO W POLSCE I NA ŚWIECIE

Opierając się na danych statystycznych dotyczących progresji CKD, każdego roku w naszym kraju stale wzrasta liczba osób, które wymagają leczenia nerkozastępczego [6].

W Polsce dominującą grupę wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo stanowią osoby hemodializowane (58,4%). Dializą otrzewnową jest objętych jedynie 4,8% pacjentów, natomiast dzięki przeszczepieniu nerki żyje 36,8%. Na świecie zdecydowana większość pacjentów (68%) jest leczona za pomocą hemodializy, ale dializą otrzewnową jest leczonych 8,5% pacjentów. Po przeszczepieniu nerki żyje 23% pacjentów z CKD (ryc. 1). Przy uwzględnieniu tylko metod dializacyjnych hemodializą na świecie jest leczonych 84%, w Polsce — 92%, dializą otrzewnową na świecie — 11%, w Polsce — 8% (ryc. 2) [7].

Wydaje się, że mimo wysiłku wielu specjalistów w dziedzinie nefrologii (lekarzy i pielęgniarek) w popularyzacji wiedzy na temat dializy otrzewnowej ta forma leczenia jest wciąż zbyt mało wykorzystana. Uważa się, że pacjent z CKD wcześniej zdiagnozowany, świadomy swojej choroby, współpracujący z nefrologiem ma szansę na długoterminowe leczenie kliniczne, pozwalające na oddalenie terminu

rozpoczęcia dializoterapii, która jest bardzo kosztowną formą leczenia nerkozastępczego [8, 9]. Ze względu na starzejące się społeczeństwo naszego kraju oraz choroby społeczne (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze) prowadzące do rozwoju CKD, istnieje stały potencjalny wzrost liczby pacjentów, którzy w krótkim czasie będą wymagali leczenia nerkozastępczego [10]. Determinuje to konieczność zapewnienia tym pacjentom odpowiedniej systemowej edukacji nefroprotektoryjnej ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek nefrologicznych jako profesjonalistów pomagających w podejmowaniu decyzji na temat zdrowia i dalszego leczenia. Zaobserwowano wyraźny związek między stanem wyedukowania tej grupy chorych w zakresie chorób nerek oraz ich leczenia, a stosowaniem przez pacjentów zaleceń lekarskich i liczbą powikłań. Wiąże się z tym mniejsza częstotliwość hospitalizacji z powodu narastających objawów CKD, lepszej kontroli niedokrwistości i stanu odżywienia oraz poprawy kontroli gospodarki wapniowo-fosforanowej w porównaniu z wciąż wysokim odsetkiem pacjentów zbyt późno zgłaszanych do leczenia nefrologicznego zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. Bardzo ważne jest zgłaszanie pacjenta z upośledzoną funkcją nerek do nefrologów już we wczesnym okresie choroby, ponieważ późne kierowanie pacjentów do nefrologa skutkuje nie tylko negatywnymi skutkami medycznymi, ale ma również wpływ na zwiększenie kosztów leczenia tych chorych [9, 11].

CHARAKTERYSTYKA CKD POD WZGLĘDEM NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH OBJAWÓW

Objawy w I stadium CKD mogą być związane z nawracającymi zakażeniami układu moczowego, kamica, dną moczanową, czy na przykład zespołem nerczycowym. Wówczas

▶▶ W Polsce dominującą grupę wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo stanowią osoby hemodializowane (58,4%) ◀◀

▶▶Zgodnie z zaleceniami Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Nefrologii każdy pacjent znajdujący się w V etapie PChN powinien być przeszkolony w zakresie możliwości świadomego wyboru trzech ogólnie dostępnych metod leczenia nerkozastępczego◀◀

w badaniach laboratoryjnych obserwuje się cechy uszkodzenia nerek, takie jak na przykład: albuminuria, białkomocz, krwinkomocz czy torbiele w USG w przypadku wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek. W II stadium CKD objawy kliniczne choroby stopniowo narastają i postępuje proces niszczenia mięszu nerek. Pacjent nadal może nie odczuwać żadnych dolegliwości. Zwykle CKD rozpoznaje się w tym stadium zupełnie przypadkowo. Już w tym stadium może występować niedokrwistość, zwłaszcza u pacjentów z nefropatią cukrzycową oraz pojawia się nykturia, czyli konieczność oddawania moczu w nocy. W III stadium CKD pojawia się wielomocz i związana z nim nykturia oraz zwiększone pragnienie. W tym stadium również może występować nadciśnienie tętnicze. U niektórych pacjentów obserwuje się zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, na przykład: nudności, wymioty, zaburzenia łaknienia. W badaniach laboratoryjnych obserwuje się podwyższone stężenia fosforanów w surowicy i kwasu moczowego oraz stopniowe podwyższenie stężenia kreatyniny i mocznika w surowicy. Towarzysząca niedokrwistość może powodować uczucie osłabienia [12]. W IV stadium CKD objawy kliniczne i biochemiczne postępują wraz z nasilającym się stopniem upośledzenia czynności nerek. Stadium V CKD charakteryzuje narastanie objawów klinicznych i biochemicznych opisanych powyżej. Jest to stadium, w którym występują objawy schyłkowej niewydolności nerek ze strony różnych układów. Najczęściej występują zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, takie jak: nudności, wymioty, uporczywa czkawka oraz brak łaknienia. Ponadto mogą się pojawić biegunki lub zaparcia. Zmiany zapalne występujące w przewodzie pokarmowym mogą doprowadzić do przewlekłych krwawień lub nawet krwotoków. Pojawiają się bóle spowodowane owrzodzeniami w przewodzie pokarmowym. Charakterystyczny jest też zapach amoniakalny z ust powstający na skutek rozkładanego przez bakterie w przewodzie pokarmowym mocznika (porównywany do zapachu nieświeżych ryb). Na skórze mogą się pojawiać szaro-żółte, często z brązowym odcieniem przebarwienia. Często występuje u pacjentów w tym stadium choroby świąd skóry (przyczyn powstawania do końca nie wyjaśniono). U niektórych pacjentów mogą występować obrzęki i płyn w jamach ciała. Występują także w różnym nasileniu (najczęściej dyskretne) objawy ze strony układu nerwowego. Zwykle objawia się to męczliwością, rozdrażnieniem, zaburze-

niami koncentracji, przygnębieniem i odwróceniem rytmu snu i czuwania. Mogą też wystąpić objawy polineuropatii obwodowej. Najczęściej pojawia się „zespół niespokojnych nóg”. Zmniejszenie intensywności wielu przemian metabolicznych może spowodować hipotermię. Objawy ze strony układu krążenia występujące w tym stadium choroby to: nadciśnienie tętnicze, przerost i rozstrzeń lewej komory serca oraz zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego. Najszybciej pojawiającym się objawem ze strony układu krwiotwórczego jest niedokrwistość, a następnie skaza krwotoczna. Pojawia się także większa skłonność do zakażeń oraz powstawania chorób nowotworowych. Mogą się pojawić zaburzenia odporności immunologicznej w postaci nieprawidłowej produkcji przeciwciał w odpowiedzi na szczepienie, na przykład przeciw WZW typu B. Na tym etapie choroby pacjenci odczuwają często bóle kostne i stawowe. Występuje także osłabienie mięśni, a niekiedy również ich zanik. Pacjent w V stadium CKD jest przygotowywany do leczenia nerkozastępczego. Jeżeli wcześniej nie odbył odpowiedniego szkolenia przygotowującego, jest to najbardziej optymalny czas na takie właśnie działania. Zgodnie z zaleceniami Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Nefrologii każdy pacjent znajdujący się w V etapie PChN powinien być przeszkolony w zakresie możliwości świadomego wyboru trzech ogólnie dostępnych metod leczenia nerkozastępczego. Konieczny jest również wpis do dokumentacji pacjenta o fakcie odbycia takiego szkolenia.

Po rozpoznaniu CKD pacjent znajduje się w nowej rzeczywistości życiowej, słyszy nowe określenia, jest zdezorientowany. Może się czuć zagubiony, przytłoczony informacją o swojej nieuleczalnej chorobie i konieczności dokonania wyboru metody leczenia nerkozastępczego w niedługim czasie. Aby mógł on podjąć świadomą i optymalną dla niego decyzję, jest wskazane, aby rozmowy przeprowadzane z nim były w sposób zaplanowany i odpowiedzialny.

PROFILAKTYKA CHOROÓB NEREK A OCENA ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBA NEREK

Z uwagi na to, że w początkowym okresie CKD nie pojawiają się u pacjenta wyraźne objawy tej choroby, często nie ma on świadomości toczącego się w jego organizmie procesu chorobowego. Na tym etapie ważną rolę odgrywa profilaktyka pierwotna, czyli zwalczanie

czynników ryzyka powstawania chorób nerek. Mimo że jest to najtańsza metoda, to w naszym kraju jest to najmniej popularny i najbardziej zaniedbywany sposób walki z chorobami cywilizacyjnymi. Dotyczy to promowania zdrowego stylu życia: zachowania dostosowanej do wieku i możliwości aktywności fizycznej, przestrzegania diety z ograniczeniem spożycia cukrów prostych, tłuszczów, soli i ze zwiększeniem spożycia warzyw i owoców (stosowania tzw. diety śródziemnomorskiej), utrzymania prawidłowej masy ciała (wskaźnik BMI 20–25 kg/m²), porzucenia palenia tytoniu i stosowania używek.

Pacjenci zagrożeni, czyli osoby z obciążonym wywiadem rodzinnym dotyczącym chorób nerek, cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego, często nie mają odpowiedniej wiedzy, jak sobie pomóc, aby choroby te nie rozwinęły się u nich i nie stanowiły zagrożenia dla ich życia. W Polsce nie istnieją jeszcze rozwiązania w postaci sieci poradni edukacyjnych, co powoduje, że nefrologi obciążeni dużą liczbą pacjentów nie mają już czasu na szczegółowe wyjaśnianie pacjentom metod leczenia nerkozastępczego, ich zalet i wad. Samo pojęcie dializa jest w naszym społeczeństwie najczęściej utożsamiane z hemodializą.

W badaniach PolNef przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie społeczeństwa województwa pomorskiego wykazano zatrażającą niską świadomość społeczeństwa na temat CKD. Z grupy 400 osób, u których rozpoznano CKD, przez kolejne 3 lata tylko 25 pacjentów korzystało regularnie ze stałej opieki nefrologicznej. Z pozostałej grupy pacjentów tylko 15 osób skorzystało z pojedynczych porad konsultacyjnych. U większości uczestników nigdy nie wykonano badania ogólnego moczu ani innych badań laboratoryjnych, jak również badania USG jamy brzusznej [13]. Niestety, u niektórych pacjentów już zakwalifikowanych do leczenia nerkozastępczego obserwuje się niechęć do aktywnego udziału w procesie leczenia. Tacy pacjenci najczęściej wybierają hemodializę jako metodę leczenia nerkozastępczego. Bierna postawa pacjenta może w przyszłości mieć negatywny wpływ na powodzenie metody.

ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ PIELĘGNIARSKĄ WŚRÓD PACJENTÓW Z ROZPOZNANĄ PRZEWLEKŁĄ CHOROBA NEREK

Opieka pielęgniarska nad pacjentem w poradniach nefrologicznych ma obecnie naj-

częściej zakres informacyjno-administracyjny i wymaga zdecydowanych zmian systemowych. Na etapie leczenia w poradni nefrologicznej brakuje profesjonalnych działań edukacyjnych o charakterze nefroptotekcyjnym. Aktualnie świadczone usługi pielęgniarskie na etapie poradni nefrologicznych nie odpowiadają współczesnym oczekiwaniom pacjentów. Dopiero w opiece szpitalnej istnieje realna szansa na adekwatną do potrzeb opiekę pielęgniarską. Każdy pacjent, u którego rozpoznano chorobę przewlekłą, przeżywa w sposób indywidualny poszczególne etapy psychologiczne, które towarzyszą jego chorobie. Zwykle taki proces rozpoczyna się zaprzeczeniem, w następnej kolejności pojawia się bunt, potem dochodzi do przystosowania się i w ostatnim etapie pogodzenia się z chorobą. Pacjent przeżywa to w sposób bardzo osobisty. Nie zawsze otoczenie (rodzina, przyjaciele) jest w to zaangażowane. Bywa nawet, że nikt z otoczenia nie zna aktualnie przeżywanego problemu tego człowieka. Dlatego należy wnikliwie obserwować pacjentów i starać się im pomóc w odpowiedni sposób. W przypadku CKD początek choroby przebiega zazwyczaj bezobjawowo. Choroba trwa zazwyczaj latami. Dlatego pacjent nie odczuwając na początku choroby żadnych jej symptomów, nie widzi potrzeby pójścia do lekarza. Po prostu nie odczuwa choroby. Jeżeli wcześniej nie interesował się przyczyną narastających objawów choroby nerek, nie rozumie sytuacji, w której się znajduje. Z czasem, kiedy pacjent już trafi do nefrologa (oddział szpitalny), zostaje objęty profesjonalną opieką lekarską i pielęgniarską. Potrzebuje wówczas wsparcia emocjonalnego i informacyjnego (edukacyjnego). Optymalna byłaby wówczas opieka psychologa, której zazwyczaj nie można otrzymać na oddziałach nefrologicznych. Wtedy pielęgniarki wyjaśniają, uspakajają i zapewniają pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. W dalszej kolejności świadczenia, których udzielają pielęgniarki pacjentom, mają na celu wzmocnienie i zachowanie potencjału zdrowia oraz jego poprawę lub przywrócenie zdrowia w stopniu umożliwiającym swobodne funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie. Poza standardowymi działaniami typowo instrumentalnymi pielęgnacja każdego pacjenta przebywającego na oddziale szpitalnym jest realizowana w oparciu o proces pielęgnowania. Jest to powszechny na całym świecie sposób planowania, realizowania i oceniania działań pielęgniarskich. Proces pielęgnowania służy również precyzyjnemu dokumentowaniu czyn-

▶▶ Na etapie leczenia w poradni nefrologicznej brakuje profesjonalnych działań edukacyjnych o charakterze nefroptotekcyjnym ◀◀

Tabela 1. Podział i organizacja działań edukacyjnych [2]

Etap przewlekłej choroby nerek (CKD)	Zakres działań edukacyjnych
Leczenie zachowawcze: CKD stadium I–IV CKD stadium IV–V	Szeroko pojęta nefroprotekcja Dodatkowe zajęcia z zakresu rodzajów metod leczenia nerkozastępczego (dializa otrzewnowa oraz hemodializa); nauka samoopieki w zakresie dostępu naczyniowego dla osób zdecydowanych/zakwalifikowanych do hemodializy
Leczenie nerkozastępcze	Uzyskanie lub utrzymanie optymalnej jakości życia w chorobie i profilaktyka powikłań wynikających ze stosowania metody leczenia. Wsparcie emocjonalne i informacyjne
Transplantacja nerki	Nauczenie życia z przeszczepionym narządem. Uzyskanie optymalnej jakości życia i profilaktyka powikłań wynikających z zastosowanego leczenia

►► Za szczególne ważne uważa się z punktu widzenia pielęgniarskiego przygotowanie pacjenta i/lub jego rodziny lub sąsiadów do sprawowania samoopieki lub opieki nieprofesjonalnej w warunkach domowych◄◄

ności pielęgnacyjnych zgodnie z aktualnym ustawodawstwem zawodowym. W tym celu pielęgniarki zbierają dokładny wywiad z pacjentem, który pozwala na postawienie odpowiedniej diagnozy i świadczenie usług dostosowanych do istniejących potrzeb związanych z przebiegiem tej choroby i pojawiającymi się objawami. Za szczególne ważne uważa się z punktu widzenia pielęgniarskiego przygotowanie pacjenta i/lub jego rodziny lub sąsiadów do sprawowania samoopieki lub opieki nieprofesjonalnej w warunkach domowych [14]. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską, w tym również edukację zdrowotną, jest ściśle uzależnione od etapu PChN oraz stanu klinicznego pacjenta. Wydaje się bardzo uzasadnione wprowadzenie niezależnie od etapu choroby edukacji zdrowotnej skupionej zwłaszcza na nefroprotekcji nefarmakologicznej. Ma to ścisły związek z przebiegiem choroby oraz występowaniem odległych jej skutków.

ZADANIA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO W EDUKACJI PACJENTA Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBA NEREK

Ze względu na wzrastającą liczbę pacjentów, którzy potrzebują informacji na temat swojej choroby i odpowiednio przeprowadzonej edukacji zdrowotnej, należy dążyć do wprowadzenia systemowej wieloetapowej edukacji zdrowotnej (tab. 1). Edukacja pacjentów powinna być przeprowadzona starannie przez specjalnie do tego przygotowany zespół interdyscyplinarny, w skład którego powinni wchodzić lekarze nefrologi, pielęgniarki nefrologiczne, dietetycy, psychologowie i pracownicy socjalni, gdzie koordynatorem tych działań powinna być pielęgniarka specjalistka pielęgniarstwa nefrologicznego. Umiejętne wykorzystanie przez pacjenta wiadomości pozyskanych podczas spotkań edukacyjnych skutecznym leczeniem farmakologicznym,

a w dalszej kolejności pomoże pacjentowi świadomie i odpowiedzialnie wybrać opcję leczenia nerkozastępczego i planowo przygotować się do rozpoczęcia dializoterapii lub wyprzedzającego przeszczepienia nerki (TR *pre-emptive*). Strukturalny program edukacji pacjentów funkcjonuje już w takich krajach, jak: Włochy, Hiszpania, Wielka Brytania, Belgia, Holandia, Kanada [15–19]. Realizacja dotychczas prowadzonych w Polsce Programów Edukacji Pacjentów (PEP) pozwala na osiągnięcie założonych celów [2–5]. Edukacja ta jest ściśle związana z Poradnią Nefrologiczną, ale nie stanowi jej integralnej części.

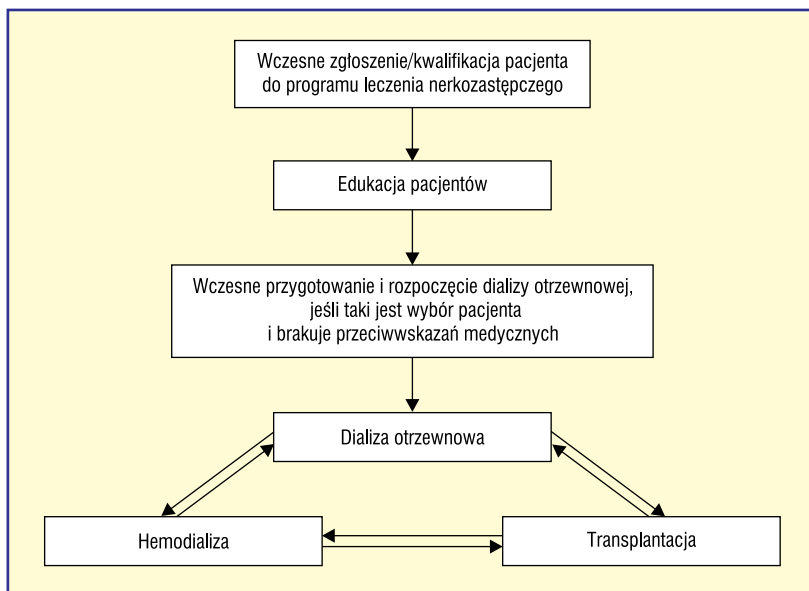
Osoby znajdujące się w **I stadium CKD** podczas szkolenia powinny zdobyć wiedzę na temat częstości występowania tej choroby w przeciętnej populacji oraz wynikających z tego tytułu zagrożeń. Edukacja pacjentów będących w **II i III stadium PChN** powinna zawierać wiedzę dotyczącą nefarmakologicznych i farmakologicznych metod nefroprotekcji. Pacjentom w **IV stadium CKD** należy przedstawić problem leczenia nerkozastępczego w celu przygotowania do dokonania świadomego wyboru w przyszłości odpowiedniej metody tej terapii. Dlatego tak ważne jest, aby pacjent mógł uczestniczyć w programie edukacyjnym przygotowującym do leczenia nerkozastępczego. Wybór metody leczenia nerkozastępczego powinien być dokonywany nie tylko na podstawie istniejących wskazań i przeciwwskazań medycznych do danej metody leczenia nerkozastępczego (tab. 2). Metodą przynoszącą najbardziej wymierne efekty dla pacjenta i systemu opieki zdrowotnej jest wyprzedzające przeszczepienie nerek (TR *pre-emptive*). Najlepszy efekt uzyskuje się, gdy nerka pochodzi od dawcy żywego, spokrewnionego [20]. Transplantacja nerki jest sposobem leczenia najbardziej akceptowanym przez większość chorych. Daje również najdłuższy okres przeżycia. Jakość życia oraz jego długość determinują wybór

Tabela 2. Przeciwwskazania do leczenia nerkozastępczego lub do określonych metod tej terapii [20]

Schorzenia i sytuacje kliniczne, w których należy rozważyć odstąpienie od leczenia nerkozastępczego	
Rozsiana choroba nowotworowa bez szansy uzyskania choćby czasowej remisji Cechy uogólnionej miażdżycy z zaawansowanym zespołem demencyjnym Ciężka nieodwracalna niewydolność serca (NYHA IV) bez szansy na przeszczepienie tego narządu Ciężka nieodwracalna niewydolność innych narządów (np. wątroba) i/lub układów (np. układ oddechowy) bez szansy na przeszczepienie Socjopatie, charakteropatie i inne stany uniemożliwiające współpracę z pacjentem Brak zgody pacjenta	
Przeciwwskazania do przeszczepienia nerki	
A. Bezwzględne <ol style="list-style-type: none"> 1. Czynna choroba nowotworowa 2. Zakażenia trudne do opanowania (np. AIDS, zapalenie kości, aktywne wirusowe zapalenie wątroby itp.) 3. Schyłkowa niewydolność innych narządów i układów bez szans na przeszczepienie wielonarządowe (np. serce + nerka itp.) 4. Uogólniona miażdżycza z zaawansowanymi zmianami naczyniowymi i narządowymi 5. Brak współpracy ze strony pacjenta (aktywna choroba psychiczna, narkomania, alkoholizm) 	B. Względne <ol style="list-style-type: none"> 1. Czynne zakażenie wymagające doraźnego leczenia 2. Uszkodzenie wątroby po przebyłym wirusowym i/lub toksycznym zapaleniu tego narządu 3. Nieskorygowane wady pierwotne i wtórne dolnego odcinka układu moczowego (np. choroba szyi pęcherza moczowego, zwężenie cewki, duży refluks pęcherzowo-moczowodowy itp.) 4. Przebyta choroba nowotworowa
Przeciwwskazania do leczenia hemodializami	
A. Bezwzględne <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak możliwości wytworzenia dostępu naczyniowego 	B. Względne <ol style="list-style-type: none"> 1. Trudny dostęp naczyniowy 2. Koagulopatie 3. Zaawansowana niewydolność serca
Przeciwwskazania do leczenia dializą otrzewnową	
A. Bezwzględne <ol style="list-style-type: none"> 1. Zrosty otrzewnowe uniemożliwiające przepływ dializatu 2. Przepuklina brzuszna bez możliwości korekcji chirurgicznej 3. Utrata funkcji otrzewnej jako błony dializacyjnej 4. Przeciek płynu przez przeponę 5. Niezdolność pacjenta lub opiekunów do prowadzenia terapii 	B. Względne <ol style="list-style-type: none"> 1. Otyłość lub duża masa mięśniowa 2. Nietolerancja płynu w jamie otrzewnej 3. Świeżo wykonana proteza naczyniowa aorty 4. Niedożywienie 5. Choroby jelit 6. Zakażenia skórne

tego leczenia. Pacjent musi mieć świadomość, że wyczerpały się możliwości leczenia klinicznego. Z podjęciem tej często dramatycznej decyzji nie można czekać na wystąpienie wyraźnych objawów mocznicy. Natomiast rodzina pacjenta powinna być poinformowana o możliwości rodzinnego dawstwa nerki oraz o bezpieczeństwie tego czynu. Kolejnym obowiązkiem spoczywającym na zespole terapeutycznym jest sprawne zorganizowanie i wykonanie badań pozwalających na zakwalifikowanie do przeszczepu zarówno biorcy, jak i ewentualnego potencjalnego dawcy rodzinnego nerki. W przypadku wyczerpania możliwości przeszczepienia wyprzedzającego i zgodnie z koncepcją zintegrowanego leczenia nerkozastępczego, sformułowaną przez Williama i Colesa pod koniec lat 90. XX wieku, pierwszoplanową opcją dializacyjną powinna być dializa otrzew-

nowa (ryc. 3) [21, 22]. Właśnie uczestnictwo pacjenta w przeddializacyjnym programie edukacyjnym powinno doprowadzić do podjęcia przez niego takiej decyzji, o ile wyraża on zgodę i nie istnieją medyczne przeciwwskazania do tej metody. Znane i opisywane wielokrotnie zalety leczenia dializą otrzewnową powodują, że ta metoda jest bardzo atrakcyjna dla większości pacjentów. Coraz częściej możliwe jest przeprowadzanie tego rodzaju terapii nawet wśród pacjentów samotnych przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej. Obecnie w niektórych ośrodkach są wprowadzane programy stosowania tego leczenia przez profesjonalny personel medyczny (pielęgniarki środowiskowe wspomagane przez personel stacji dializ otrzewnowych). Ten system organizacji leczenia dializą otrzewnową nosi nazwę asystowanej dializy otrzewnowej i może być



Rycina 3. Algorytm rozpoczynania leczenia dializacyjnego w modelu zintegrowanego leczenia nerkozastępczego (wg Colesa i Williama) [21]

prowadzony również na przykład w domu seniora, zakładzie opiekuńczo-leczniczym czy na przykład w hospicjum.

Hemodializa jest kolejną formą leczenia nerkozastępczego, najczęściej stosowaną w Polsce. Do tej formy terapii kwalifikuje się pacjentów, którzy z jakiegoś powodu nie mogą być zgłoszeni do wyprzedzającego przeszczepienia nerki lub zakwalifikowani do zabiegów dializy otrzewnowej (brak zgody pacjenta lub obecność przeciwwskazań medycznych). Podczas leczenia dializami (V stadium CKD) działania edukacyjne powinny dotyczyć przekazywania wiedzy na temat możliwości wystąpienia powikłań związanych z dializoterapią oraz zasad współdziałania pacjenta i jego bliskich z zespołem leczącym w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników leczenia i utrzymania możliwie jak najwyższej jakości życia. Zadaniem zespołu leczącego pacjentów dializowanych jest również przygotowanie pacjentów do przeszczepienia nerki, najszybciej jak to możliwe. Jedyne braki zgody pacjenta na ten rodzaj terapii i medyczne przeciwwskazania do jej przeprowadzenia wykluczają tę możliwość. Wówczas chory kontynuuje dializoterapię tak długo, jak to będzie możliwe.

Bezpośrednim zadaniem pielęgniarek nefrologicznych na etapie wyboru metody leczenia nerkozastępczego jest rzetelne przedstawienie

wszystkich ogólnie dostępnych możliwości (TR *pre-emptive*, dializa otrzewnowa, hemodializa). Nie należy przy tym ograniczać się jedynie do metody najbardziej dostępnej w danym ośrodku. Nie powinno się wywierać wpływu oraz odradzać pacjentowi którejkolwiek z metod. Pomoc pacjentowi polega na jasnym określeniu wymagań, które łączą się z konkretnym wyborem. Konieczne jest podarowanie pacjentowi tyle czasu na rozmowę, ile wymaga tego sytuacja. Wybór metody zależy tylko i wyłącznie od pacjenta.

PODSUMOWANIE

Jak wynika z powyższych analiz, rola pielęgniarki w wyborze optymalnej metody leczenia nerkozastępczego jest bardzo złożona i odpowiedzialna. Biorąc pod uwagę obecne niedobory w zatrudnianiu personelu pielęgniarskiego, nie jest łatwą sprawą prowadzenie profesjonalnej edukacji zdrowotnej oferowanej pacjentom na każdym etapie CKD. Natomiast prawie zawsze możliwe jest wyodrębnienie jednej pielęgniarki w zespole terapeutycznym, która będzie dbała o przekazywanie wiedzy pacjentom kwalifikowanym do leczenia nerkozastępczego, niezbędnej w podejmowaniu najlepszej decyzji w wyborze metody dalszego leczenia. Przynosi to wymierne korzyści dla pacjenta, powodując satysfakcję i poczucie bezpieczeństwa w trudnej sytuacji chorobowej. Opierając się na doświadczeniu własnym oraz dostępnej literaturze, autorka pracy uważa, że w edukacji pacjentów kwalifikowanych do leczenia dializami zbyt mało czasu poświęca się na zaprezentowanie pacjentowi oraz jego bliskim zalet dializy otrzewnowej w porównaniu z hemodializą (tab. 3, 4). Dla wielu pacjentów jest to alternatywna metoda uzyskania dobrej jakości życia, zwłaszcza gdy zależy choremu na aktywności zawodowej. Konieczne jest zatem zaangażowanie specjalnie przygotowanych pielęgniarek (specjalistów pielęgniarstwa nefrologicznego), które będą w pełni wykorzystywać posiadaną wiedzę w bezpośredniej edukacji pacjentów. Wiadomo bowiem, że pacjent dobrze wyedukowany staje się partnerem dla zespołu terapeutycznego. Wzrasta jego wiedza na temat swojej choroby, samokontroli, samopielęgnacji. Jest odpowiednio przygotowany do świadomego i odpowiedzialnego współuczestnictwa w leczeniu nerkozastępczym.

►► Konieczne jest zatem zaangażowanie specjalnie przygotowanych pielęgniarek (specjalistów pielęgniarstwa nefrologicznego), które będą w pełni wykorzystywać posiadaną wiedzę w bezpośredniej edukacji pacjentów ◀◀

Tabela 3. Pacjenci rozpoczynający leczenie nerkozastępcze (HD, CADO) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Słupsku w latach 2002–2011 (doświadczenia własne)

Rok	Ogólna liczba pacjentów rozpoczynających leczenie dializacyjne (100% w danym roku)	Liczba pacjentów rozpoczynających leczenie hemodializami	Liczba pacjentów rozpoczynających leczenie dializami otrzewnowymi
2002	21	17 (80,95%)	4 (19,05%)
2003	28	25 (89,29%)	3 (10,79%)
2004	22	20 (90,90%)	2 (9,10%)
2005	30	27 (90,00%)	3 (10,00%)
2006	33	22 (66,67%)	11 (33,33%)
2007	34	25 (73,53%)	9 (26,47%)
2008	32	20 (62,50%)	12 (37,50%)
2009	37	28 (75,68%)	9 (24,32%)
2010	30	28 (93,33%)	2 (6,67%)
2011	27	22 (81,48%)	5 (18,52%)

Tabela 4. Pacjenci Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku, którzy powrócili do leczenia dializacyjnego po przeszczepie nerki w latach 2002–2011 (doświadczenia własne)

Rok	Ogólna liczba pacjentów, którzy powrócili do leczenia dializacyjnego po przeszczepie nerki (100% w danym r.)	Liczba pacjentów, którzy wybrali leczenie hemodializami (HD)	Liczba pacjentów, którzy wybrali leczenie dializami otrzewnowymi (DO)
2002	0	0 (0,00%)	0 (0,00%)
2003	0	0 (0,00%)	0 (0,00%)
2004	3	2 (66,67%)	1 (33,33%)
2005	2	1 (50,00%)	1 (50,00%)
2006	1	1 (100,00%)	0 (0,00%)
2007	1	1 (100,00%)	0 (0,00%)
2008	2	1 (50,00%)	1 (50,00%)
2009	2	1 (50,00%)	1 (50,00%)
2010	3	3 (100,00%)	0 (0,00%)
2011	3	2 (66,67%)	1 (33,33%)

STRESZCZENIE

Stały rozwój nefrologii spowodował poprawę w zakresie kwalifikacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek do terapii nerkozastępczej. Obecnie uważa się, że istotną rolę w przygotowaniu do leczenia nerkozastępczego odgrywa wprowadzenie kilkustopniowej edukacji pacjenta obejmującej wszystkie etapy przewlekłej choroby nerek (CKD). Wymaga to od zespołu terapeutycznego (pielęgniarek, lekarzy i dietetyka) zaangażowania i ścisłej współpracy. Pomimo przekonujących korzyści wynikających z realizacji tego rodzaju działań, do chwili obecnej nie udało się wprowadzić jednolitego programu edukacyjnego w ośrodkach nefrologicznych całej Pol-

ski. Nadal w większości ośrodków nefrologicznych dominującym modelem edukacyjnym jest szkolenie pacjenta bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia nerkozastępczego lub w jego trakcie. Pielęgniarki nefrologiczne na miarę swoich możliwości biorą w tym czynny udział. Niniejszy artykuł jest próbą wyjaśnienia realnej roli pielęgniarki jako edukatora w przygotowaniu pacjentów w zakresie świadomego wyboru leczenia nerkozastępczego z uwzględnieniem nowoczesnych rozwiązań realizowanych w wybranych ośrodkach naszego kraju.

Forum Nefrologiczne 2012, tom 5, nr 2, 170–178

Słowa kluczowe: przewlekła choroba nerek, edukacja zdrowotna, leczenie nerkozastępcze

1. Rutkowski P, Rutkowski B. Podstawowe wiadomości na temat przewlekłej choroby nerek. W: Myśliwiec M. (red.). *Nefrologia. Medical Tribune Polska, Warszawa 2009–2010*: 344–345.
2. Białobrzaska B., Bielińska-Ogrodnik D. i wsp. Szczegółowy Program Edukacji Pacjentów z Przewlekłą Chorobą Nerek. Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Nefrologicznego i Transplantacyjnego z siedzibą w Gdańsku, Gdańsk 2008.
3. Białobrzaska B. Rola pielęgniarki w edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Forum Nefrol.* 2008;1: 45.
4. Wojtaszek E., Kacprzak M., Niemczyk S. i wsp. The short and long-term impact of predialysis education on patient outcomes: Polish perspective. Abstract: ISPD Congress, Istanbul 2008.
5. Wojtaszek E., Kacprzak M., Niemczyk S. i wsp. Wpływ edukacji przeddializacyjnej na wybór metody dializoterapii i planowe rozpoczęcie leczenia. Plakat: Konferencja PTN, Warszawa 2009.
6. Rutkowski B., Lichodziejewska-Niemierko M., Grenda R. Raport o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce — 2008, Gdańsk 2010.
7. Rutkowski B., Rutkowski P. Problemy epidemiologiczne i społeczne leczenia nerkozastępczego. W: Rutkowski B. (red.). *Leczenie nerkozastępcze*. Czelej, Lublin 2007: 11–17.
8. Czekalski S., Rutkowski B., Chrzanowski W. i wsp. Zalecenia Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące postępowania zachowawczego u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. *Nefrol. Dial. Pol.* 2002: 197–202.
9. Rutkowski B., Myśliwiec M., Stompór T., Czekalski S. Epidemiologiczne, społeczne i farmakoekonomiczne znaczenie postępowania nefroprotekcijnego. W: Rutkowski B., Czekalski S., Myśliwiec M. (red.). *Nefroprotekcja. Podstawy patofizjologiczne i standardy postępowania terapeutycznego*. Wyd. I. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006: 9–34.
10. Rutkowski B., Lichodziejewska-Niemierko M., Grenda R. i wsp. Raport o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce — 2006. Gdańsk 2007.
11. Rutkowski B. Aktualne problemy diagnostyki chorób nerek. *Forum Nefrol.* 2009; 2: 45.
12. Rutkowski B., Król E. Przewlekła niewydolność nerek. W: Rutkowski B. (red.). *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Wyd. I. Via Medica, Gdańsk 2008: 464.
13. Białobrzaska B., Bielińska-Ogrodnik D., Król E. Gdański model edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Forum Nefrol.* 2011; 4: 58–67.
14. Ciechaniewicz W. Dawca i biorca pielęgowania. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. *Podstawy pielęgniarstwa*. Wyd. I. Czelej, Lublin 2004: 293–338.
15. Curtis B.M., Ravani P., Malberti F. i wsp. The short and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2005; 20: 147.
16. Marron B., Ocana J.C.M., Salgueira M. i wsp. on behalf of the Spanish Group for CKD: Analysis of patient flow into dialysis: role of education in choice of dialysis modality. *Perit. Dial. Int.* 2005; 25 (supl. 3): S56.
17. Marron B., Ortiz A., de Sequera P. i wsp. on behalf of the Spanish Group for CKD: Impact of end-stage renal disease care in planned dialysis start and type of renal replacement therapy - a Spanish multicentre experience. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2006; 21 (supl. 2): ii51.
18. Mendelssohn D.C., Mujais S.K., Soroka S.D. i wsp. A prospective evaluation of renal replacement therapy modality eligibility. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2009; 24: 555.
19. Ravani P., Marinangeli G., Stacchiotti L., Malberti F. Structured pre-dialysis programs: More than just timely referral? *J. Nephrol.* 2003; 16: 862.
20. Rutkowski B., Dębska-Ślizień A. Kwalifikacja do leczenia nerkozastępczego. W: Rutkowski B. *Leczenie nerkozastępcze*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 19–25.
21. Coles G.A., Williams J.D. What is the place of peritoneal dialysis in the integrated treatment of renal failure. *Kidney Int.* 1998; 54: 2234–2240.
22. Liberek T. Rola dializy otrzewnowej w zintegrowanym modelu leczenia nerkozastępczego. *Forum Nefrol.* 2009; 2: 10–14.

REKLAMA

przed art. NOWICKI

REKLAMA

przed art. NOWICKI