



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Katarzyna Pałubicka¹, Małgorzata Kaczkan¹, Bolesław Rutkowski², Sylwia Małgorzewicz¹

¹Katedra Żywności Klinicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Edukacja żywieniowa pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w okresie leczenia zachowawczego

Nutrition education in patients with chronic kidney disease during conservative treatment

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is an important clinical, economic and social problem. It is becoming increasingly widespread in Poland and worldwide. The final stage of CKD — end-stage renal failure, requires one of the most expensive treatments — renal replacement therapy. Therefore it is important to use me-

thods of delaying progression of the disease already in its early stages. Nephroprotection allow extension of the period of conservative treatment and increase the chances for longer survival of the patient. One way to slow progression of kidney disease is diet.

Forum Nefrologiczne 2011, vol. 4, no 4, 306–312

Key words: education, chronic kidney disease (CKD), diet

WSTĘP

Przewlekła choroba nerek (CKD, *chronic kidney disease*) stanowi istotny problem kliniczny, ekonomiczny oraz socjalny. Jest coraz bardziej rozpowszechniona w Polsce i na świecie. Szacuje się, że może dotyczyć ponad 4 milionów Polaków. Ze względu na swój postępujący charakter CKD stanowi ogromny problem zdrowotny dla dotkniętych nią pacjentów. Ponadto końcowe jej stadium, schyłkowa niewydolność nerek, wymaga jednego z najbardziej kosztownych sposobów leczenia — terapii nerkozastępczej. Dlatego bardzo ważne jest zastosowanie metod opóźniających postęp choroby już w jej początkowym stadium. Działania nefroprotektoryjne pozwalają na wydłużenie okresu leczenia zachowawczego oraz zwiększają szanse na dłuższe przeżycie pacjenta [1, 2].

Jednym ze sposobów hamowania progresji chorób nerek jest leczenie dietetyczne.

Odpowiednio zaplanowane i konsekwentnie realizowane ma znaczący wpływ na przebieg choroby. Aby mogło ono spełniać swoje zadanie, wymaga nie tylko specjalistycznej wiedzy dietetyka, który w ułożonej diecie uwzględni zapotrzebowanie organizmu zależne od stanu odżywienia, wieku, płci, stanu zdrowia i aktywności fizycznej. Przede wszystkim wymaga współpracy pacjenta, który powinien wiedzieć, jakie są dozwolone i przeciwwskazane pokarmy oraz ściśle przestrzegać zaleconej diety [3].

Edukacja pacjentów chorych na CKD w zakresie żywienia wydaje się nieodzownym elementem terapii. Odpowiednia wiedza żywieniowa i umiejętność samodzielnego komponowania jadłospisów wywierają znaczący wpływ na przestrzeganie zaleceń dietetycznych przez pacjentów, a w konsekwencji pozwalają na opóźnienie postępu choroby, zapewnienie optymalnego stanu odżywienia oraz możliwie

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Sylwia Małgorzewicz
Katedra Żywności Klinicznej GUMed
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel./faks: (58) 349 27 23
e-mail: sylwia@tetra.pl

wysokiej jakości życia [4, 5]. Z opinii pacjentów korzystających z programu edukacji zdrowotnej w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku wynika, że najbardziej przydatne w szkoleniach nefrologicznych są wskazówki dietetyczne oraz informacje związane z czynnikami pozwalającymi na ograniczenie rozwoju choroby nerek [6]. Doświadczenia ośrodka warszawskiego pokazują również, że tego typu informacje są najczęściej powtarzane i uściślone podczas spotkań edukacyjnych, co wpływa zwłaszcza z inicjatywy pacjenta. Zainteresowanie pacjentów postępowaniem nefroprotektynym jest bardzo korzystnym zjawiskiem, które może się przyczynić do jeszcze większego zaangażowania personelu medycznego w działania edukacyjne. Jednym z elementów potrzebnych do zaplanowania procesu kształcenia jest zebranie posiadanych przez chorych informacji na temat ich choroby [7].

Podstawowe zalecenia w opiece nad pacjentem nefrologicznym w okresie leczenia zachowawczego obejmują przede wszystkim modyfikację czynników ryzyka postępu choroby. Są to działania nieinwazyjne, niewymagające pobytu pacjenta w szpitalu. Obejmują one między innymi:

- kontrolę ciśnienia tętniczego, która uwzględnia nefroprotekcję farmakologiczną;
- leczenie dyslipidemii;
- przeciwdziałanie zaburzeniom gospodarki wapniowo-fosforanowej;
- leczenie niedokrwistości w jej początkowym stadium;
- utrzymanie właściwego stężenia glikemii u chorych na cukrzycę;
- dietę niskobiałkową;
- unikanie zażywania leków i substancji toksycznych dla nerek;
- leczenie infekcji;
- modyfikację stylu życia (zwłaszcza zaprzestanie palenia tytoniu i redukcję nadmiaru masy ciała) [8, 9].

Opóźnienie rozwoju choroby nerek oraz zmniejszenie dolegliwości jest możliwe dzięki zastosowaniu odpowiedniej farmakoterapii oraz właściwego postępowania dietetycznego [10]. Ważnym elementem leczenia zachowawczego jest dobrze zbilansowana dieta, która uwzględnia stadium choroby, wyniki badań biochemicznych oraz choroby towarzyszące. Aby leczenie to przynosiło pacjentowi wymierne korzyści, powinno się wiązać z edukacją chorego obejmującą zagadnienie chorób nerek, metody ich leczenia, możliwości praktycznego stosowania diety oraz zmiany stylu życia [2].

Kompleksowe i odpowiednio wcześniej podjęte leczenie nefroprotektynne przyczynia się do poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz wpływa na przebieg choroby nerek, oddalając konieczność zastosowania terapii nerkozastępczej [2, 8, 9].

STANDARDY LECZENIA DIETETYCZNEGO W PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NEREK

Leczenie dietetyczne polega na zastosowaniu takiego sposobu odżywiania, który zapewni utrzymanie dobrego stanu zdrowia, w tym odpowiedniego stanu odżywienia, uniemożliwi lub ograniczy rozwój zaburzeń metabolicznych wynikających z choroby oraz zahamuje rozwój jej powikłań [10]. Zadania, jakie stoją przed dietą leczniczą w CKD, to między innymi:

- dostarczenie odpowiedniej ilości energii dostosowanej do aktywności fizycznej, co ma pomóc w pozbyciu się nadwagi lub otyłości oraz utrzymaniu optymalnej, stałej masy ciała;
- dostarczenie właściwych proporcji składników odżywczych zabezpieczających przed rozwojem niedożywienia białkowo-kalorycznego;
- ograniczenie ilości końcowych produktów przemiany materii zatrujących organizm, takich jak mocznik, kreatynina, kwas moczowy;
- zapobieganie zmianom miażdżycowym;
- zwolnienie postępu upośledzenia czynności nerek;
- zapewnienie pacjentowi poczucia swobody przez uwzględnienie jego upodobań kulinarnych;
- lepsza jakość życia [10–13].

Zalecenia żywieniowe dla pacjentów chorych na CKD obejmują podaż białka, energii, fosforu, sodu, potasu, wapnia, żelaza oraz witamin. W każdym okresie choroby należy zapewnić utrzymanie prawidłowego bilansu wodnego [11, 14].

BIAŁKO

Podstawą diety jest ograniczenie podaży białka [10]. W początkowym okresie choroby spożycie białka nie powinno odbiegać od ilości zalecanej dla zdrowych osób. Dla dorosłych powinno wynosić 0,8–1 g/kg mc./dobę [8, 14]. Ograniczenie spożywanej ilości powinno się wprowadzić wtedy, gdy wartość wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR, *glomerular filtration rate*) spada poniżej 70 ml/min/1,73 m²

►► Podstawowe zalecenia w opiece nad pacjentem nefrologicznym w okresie leczenia zachowawczego obejmują przede wszystkim modyfikację czynników ryzyka postępu choroby◀◀

►► Podstawą diety jest ograniczenie podaży białka◀◀

▶▶ Spożycie soli podczas choroby nerek jest zależne od wysokości ciśnienia tętniczego i strat sodu z moczem ◀◀

▶▶ Pogorszenie czynności nerek wymaga ograniczenia potasu w diecie nawet o 50% w stosunku do ilości przyjmowanej przez osoby zdrowe ◀◀

powierzchni ciała. Kiedy GFR spada poniżej 25 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała, spożycie białka powinno się mieścić w granicach 0,55–0,6 g/kg mc./dobę [11]. Nie zaleca się natomiast diety bardzo niskobiałkowej o dziennej podaży białka poniżej 0,3 g/kg mc./dobę, która grozi wystąpieniem niedożywienia. Dietą taką jest dieta ziemniaczana dostarczająca 20–25 g białka/dobę, którą można stosować dość krótko, na przykład w czasie przygotowywania pacjenta do dializoterapii [10, 14]. Zaleca się wtedy dodatkowo podawanie aminokwasów niezbędnych i/lub ich ketoanalogów [8, 11, 15]. Poza tym należy zwrócić uwagę, że w diecie niskobiałkowej co najmniej 50% (optymalnie 3/4) spożywanego białka powinno być pochodzenia zwierzęcego. Pełnowartościowe białko, dostarczające wszystkich niezbędnych aminokwasów, należy czerpać z produktów, takich jak: chude mięso, ryby, mleko, sery twarogowe, białko jaja. Restrykcje w ilości spożywanego białka zmniejszają przede wszystkim produkcję toksyn mocznicowych, co wiąże się ze zmniejszeniem nasilenia objawów oraz spowolnieniem niszczenia mięszu nerek [10, 11, 16].

ENERGIA

Dieta nie powinna być ubogokaloryczna, gdyż bez odpowiedniej ilości energii nie można bezpiecznie ograniczyć ilości białka w diecie. Zapotrzebowanie energetyczne wynosi około 35 kcal/kg należnej masy ciała/dobę, a więc znajduje się w granicach 2000–2500 kcal/dobę [10, 11, 17]. U pacjentów z nadwagą lub otyłością zaleca się dietę dostarczającą 30 kcal/kg należnej masy ciała oraz zwiększoną, ale umiarkowaną aktywność fizyczną [8, 9]. Podstawowe źródło energii powinny stanowić węglowodany złożone. Mają one pokrywać 55–60% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Zaleca się spożywanie produktów zbożowych niskoprzetworzonych, takich jak razowe pieczywo, razowe makarony, płatki pszenne czy owsiane. Tłuszcze w diecie nie powinny dostarczać więcej niż 35% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Powinny przeważać tłuszcze jedno- i wielonienasycone pochodzące z oliwy z oliwek, oleju rzepakowego, kukurydzianego oraz z ryb. Wywierają one korzystny wpływ na układ krążenia chorych na CKD, u których często obserwuje się zaburzenia przemiany lipidowej [10].

FOSFOR

Ograniczenie spożycia fosforu poprzez modyfikację diety jest niezwykle trudne, gdyż

produkty zawierające pełnowartościowe białko zawierają również fosfor [11]. Do produktów bogatych w ten pierwiastek należą: sery żółte i topione, mleko, żółtka jaja, mięso, podroby, rośliny strączkowe oraz kakao i czekolada. Aby obniżyć dowóz fosforanów do organizmu wraz z dietą, zaleca się przyjmowanie podczas posiłków preparatów wiążących je w przewodzie pokarmowym [10]. Ograniczenie stężenia fosforanów w organizmie pozwala na zmniejszenie nasilenia nadczynności przytarczyc i osteodystrofii nerkowej, a także może się przyczynić do zwolnienia postępu choroby.

SÓD

Spożycie soli podczas choroby nerek jest zależne od wysokości ciśnienia tętniczego i strat sodu z moczem [14, 17]. Zaleca się ograniczenie spożycia sodu do 1–3 g/dobę (< 7,2 g soli), czyli do jednej płaskiej łyżeczki [11]. W praktyce oznacza to rezygnację z dosalania potraw [10, 18]. Głównym źródłem sodu, którego powinny unikać osoby chorujące na CKD, są: konserwy mięsne, rybne oraz wędliny. Dość dużo sodu znajduje się też w serach żółtych i topionych, kiszonkach oraz koncentratkach spożywczych zawierających znaczne ilości glutaminianu sodu. W Polsce dość dużo sodu spożywamy również z chlebem, warto zatem poszukać pieczywa o niskiej zawartości tego pierwiastka [10, 11].

POTAS

W początkowym okresie choroby większość chorych powinna stosować dietę bogatą w potas ze względu na utratę tego pierwiastka w zwiększonej ilości moczu [14]. Pogorszenie czynności nerek wymaga ograniczenia potasu w diecie nawet o 50% w stosunku do ilości przyjmowanej przez osoby zdrowe [11]. Powinno go być zatem w przyjmowanych pokarmach nie więcej niż 1500–2000 mg/dobę [10]. Produktami, które zawierają szczególnie dużo potasu, są: świeże owoce, warzywa (zwłaszcza suche strączkowe), przeciery pomidorowe, ziemniaki, kasze, orzechy, czekolada. Zmniejszenie ilości potasu w diecie można osiągnąć poprzez rozdrabnianie, płukanie, moczenie, gotowanie potraw w dużej ilości nieosolonej wody, najlepiej z kilkukrotną wymianą wody w czasie gotowania [10, 11, 14].

WAPŃ

Ustalenie diety bogatej w wapń jest trudne, gdyż produkty z dużą zawartością tego pierwiastka są również źródłem fosforu. Ograniczenie spożycia produktów białkowych (mleka, sera) zmniejsza podaż wapnia. W celu

utrzymania optymalnego stanu gospodarki wapniowo-fosforanowej zaleca się suplementację preparatów wapnia oraz aktywnej postaci witaminy D [10].

ŻELAZO

Niedobory tego pierwiastka pojawiają się zwłaszcza w schyłkowym okresie choroby, ponieważ wtedy żelazo gorzej wchłania się z przewodu pokarmowego. Zaleca się wówczas spożywanie pokarmów zawierających lepiej przyswajalną formę żelaza — hemową. Znajduje się ona głównie w czerwonym mięsie, wątróbce, mięsie kurczym i rybach. Podczas CKD narządy te tracą zdolność do produkcji erytropoetyny, która umożliwia wykorzystanie żelaza w organizmie. Po wdrożeniu leczenia tym hormonem należy wyrównać niedobory żelaza oraz stosować odpowiednią suplementację [8, 10, 14].

WITAMINY

Znaczne zmniejszenie podaży białka w diecie może stać się powodem dostarczania mniejszej ilości witamin, zwłaszcza B1, B2, B6 oraz B12. Z kolei dieta ubogopotasowa może ograniczać dawkę tiaminy oraz witaminy C i kwasu foliowego do organizmu. Dopiero takie ograniczenia dietetyczne są wskazaniem do suplementacji niewielkimi dawkami tych witamin [12]. Poza witaminą D nie uzupełnia się witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, ponieważ choroba nerek przyczynia się do ich kumulacji w organizmie. Nadmiar witaminy A wykazuje działanie toksyczne, przyczyniając się między innymi do przyspieszenia rozwoju miażdżycy i retinopatii [10, 14].

PŁYNY

Ich dozwolona ilość zależy od wydalania moczu, obręzków i nadciśnienia tętniczego. W początkowym okresie choroby zaleca się, aby podaż płynów była dość wysoka ze względu na zwiększoną objętość oddawanego moczu. Zarówno w tym okresie, jak i podczas późniejszego stosowania restrykcji płynowych dozwoloną ilość oblicza się, dodając do dobowej diurezy około 500 ml, które są tracone wraz z potem, kałem i przez drogi oddechowe [10, 11].

EDUKACJA ŻYWIENIOWA W TERAPII PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NEREK

Edukacja żywieniowa jest jednym z podstawowych zadań dietetyka w procesie leczenia CKD i należy ją traktować jako niezbędny element postępowania terapeutycznego. Edukacja powinna odpowiadać na specyficzne pro-

blemy i potrzeby pacjentów nefrologicznych oraz powinna być prowadzona przez osoby doświadczone i wyspecjalizowane w tej dziedzinie [3, 19–21].

Celem edukacji jest przede wszystkim realizacja zaleceń lekarskich dotyczących żywienia. Należy ustalić zapotrzebowanie energetyczne oraz zapotrzebowanie na poszczególne składniki pokarmowe w zależności od stopnia niewydolności nerek i konieczności wprowadzenia ograniczeń dietetycznych. Ponieważ wraz z rozwojem choroby zmieniają się zalecenia żywieniowe, konieczna jest stała współpraca pacjenta oraz jego rodziny z dietetykiem [10, 11]. Chory powinien poznać produkty, których spożycie jest zalecane w danym okresie choroby, a także produkty, które powinien ograniczyć lub wyeliminować ze swojego jadłospisu. Bardzo ważne w procesie edukacji jest przedstawienie zasad prawidłowego planowania jadłospisów oraz nauczenie pacjenta samodzielnego ich komponowania. Powinien on posiadać umiejętność doboru potraw i ich podziału na poszczególne posiłki. Istotne jest wyrobienie u chorych motywacji do stosowania diety [5, 10]. Celem edukacji jest także zachowanie dobrego stanu odżywienia pacjentów, którzy z racji swojej choroby są narażeni na zwiększony katabolizm oraz nadmierny stres oksydacyjny [15]. Stan ten można utrzymać poprzez nauczenie chorego zasad stosowania pełnowartościowej diety.

ZAKRES I METODY EDUKACJI

Edukacja pacjentów chorych na CKD dotycząca prawidłowego żywienia jest bardzo istotna ze względu na zwiększone ryzyko niedożywienia białkowo-kalorycznego [22]. Czynniki, które znacznie przyczyniają się do pogorszenia stanu odżywienia tych chorych, to przede wszystkim mocznica i jej żołądkowo-jelitowe skutki uboczne, kwasica metaboliczna oraz współistniejące choroby. Znaczny wpływ wywiera zmniejszenie łaknienia, a w konsekwencji także ilości przyjmowanego pożywienia. Stan odżywienia może się pogarszać wskutek stosowania nieprawidłowej diety, leków, a także wskutek złego stanu psychicznego, depresji czy trudności finansowych [15, 23]. Niedożywienie jest czynnikiem pogarszającym rokowanie pacjentów chorych na CKD [24]. Obniżone stężenie albumin w surowicy krwi, które jest jednym z markerów złego stanu odżywienia, koreluje ze zwiększonym ryzykiem śmiertelności [25].

▶▶ Ponieważ wraz z rozwojem choroby zmieniają się zalecenia żywieniowe, konieczna jest stała współpraca pacjenta oraz jego rodziny z dietetykiem◀◀

▶▶ Poza witaminą D nie uzupełnia się witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, ponieważ choroba nerek przyczynia się do ich kumulacji w organizmie◀◀

▶▶ Postugiwanie się wymiennikami białkowymi umożliwia urozmaicenie diety, co jest korzystne także z psychologicznego punktu widzenia, ponieważ daje pacjentom większe poczucie swobody◀◀

W tym zakresie edukacja powinna być ukierunkowana na zapoznanie pacjenta z zasadami diety niskobiałkowej, która pozwala na zmniejszenie produkcji mocznika zatrującego organizm oraz opóźnienie postępu choroby [26]. Umożliwia także dobór odpowiednich proporcji składników pokarmowych, przede wszystkim białka zwierzęcego, które zmniejsza ryzyko rozwinięcia się niedożywienia białkowego. Dietetyk powinien dostarczyć chorym niezbędnych informacji na temat różnic między białkiem zwierzęcym i roślinnym, możliwości zastosowania produktów niskobiałkowych oraz roli odpowiedniej wartości energetycznej diety z ograniczeniem białka. Ważne jest także, by nauczyć pacjenta, jak zdobytą wiedzę stosować w praktyce. Można w tym celu posłużyć się metodą wymienników pokarmowych [5]. Są to porcje różnych produktów zawierające taką samą ilość białka [26]. Postugiwanie się wymiennikami białkowymi umożliwia urozmaicenie diety, co jest korzystne także z psychologicznego punktu widzenia, ponieważ daje pacjentom większe poczucie swobody. Dużym ułatwieniem w kontroli ilości spożywanego białka oraz w komponowaniu diety może być postugiwanie się specjalnie przygotowanym arkuszem programu Excel. Pacjentom, którym postugiwanie się tymi metodami sprawia trudność, należy przygotować całodzienne zestawy żywieniowe zawierające wyliczone ilości poszczególnych składników pokarmowych. Jednak, oprócz dostarczania gotowych rozwiązań, warto także zachęcać pacjentów do samodzielnego poszukiwania metod ułatwiających ocenę spożycia białka [5, 16].

Ze względu na częste diagnozowanie zaburzeń gospodarki lipidowej u pacjentów chorych na CKD ważnym zadaniem edukacyjnym jest szkolenie chorych w zakresie właściwego spożywania określonej ilości tłuszczów w diecie [5]. Dieta z ograniczeniem ilości tłuszczów nasyconych (< 10% energii), zwiększeniem ilości jedno- i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (ok. 10% energii) oraz ze zmniejszoną ilością cukrów prostych (< 10% energii) ma istotny wpływ na profilaktykę i leczenie tych zaburzeń [8, 9]. Pacjent powinien zostać pouczony na temat produktów, które są źródłami wyżej wymienionych składników pokarmowych. Należy zalecać zwiększenie spożycia tłuszczów roślinnych oraz ryb, które działają ochronnie na naczynia krwionośne. Należy unikać przede wszystkim smalcu, słoniny, solonego masła i śmietany. Z diety powinno się także wykluczyć produkty z dużą zawartością

tłuszczu (> 18%), takie jak: baranina, wieprzowina, wędliny typu salami oraz pasztety, parówki, salcesony [10, 26].

Nadmierna ilość cukrów prostych w diecie przyczynia się nie tylko do zwiększonego odkładania tłuszczu w organizmie, ale także do częstszego występowania powikłań związanych z gospodarką węglowodanową: hiperglikemii i hiperinsulinemii. Warto więc zachęcać pacjentów do wybierania razowego pieczywa, brązowego ryżu oraz razowego makaronu, które są cennym źródłem węglowodanów złożonych oraz błonnika. Polisacharydy są wolniej rozkładane i wchłaniane, co ma korzystny wpływ na stabilizację stężenia glukozy we krwi. Błonnik pokarmowy zaś jest szczególnie polecany w diecie pacjentów nefrologicznych ze względu na występujące u nich zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej i konieczność stosowania dużych ilości soli wapniowych. Przyczyniają się one do powstawania zapań. Należy wskazać pacjentowi, że z tym problemem może sobie skutecznie poradzić, spożywając wyżej wymienione produkty pełnoziarniste, a także surowe warzywa czy otręby pszenne [5, 8, 10, 11].

Postępujący charakter CKD wiąże się z koniecznością kolejnych ograniczeń dietetycznych. Dotyczą one nie tylko wymienionych powyżej makroskładników, ale także pierwiastków, takich jak fosfor, potas i sód. W związku z tym pacjent powinien zostać zapoznany z listą produktów zalecanych, wskazanych w umiarkowanych ilościach oraz tych, których należy unikać w diecie z ograniczeniem poszczególnych składników. Aby ułatwić choremu stosowanie tych restrykcji, dietetyk powinien przygotować spis produktów i potraw o niskiej, średniej i wysokiej zawartości poszczególnych pierwiastków, listę wymienników oraz przykładowe jadłospisy. Pomocne może się okazać zapoznanie pacjenta z wielkościami porcji poszczególnych produktów przez zorganizowanie odpowiedniego pokazu. Chorzy, którzy wymagają ograniczenia potasu w diecie, powinni wiedzieć, jakie techniki obróbki kulinarnej pozwalają na zmniejszenie zawartości tego pierwiastka w potrawach. Odpowiednie postępowanie powoduje straty soli mineralnych nawet do 60%. Rozdrabnianie i moczenie przed gotowaniem, a później gotowanie w dużej ilości wody, najlepiej z kilkukrotną wymianą wody w czasie gotowania, to metody, które taki pacjent powinien wprowadzić do swojej kuchni [11, 14, 26].

By pomoc dietetyka była efektywna, już na samym początku wizyty warto zalecić pacjentowi prowadzenie co najmniej 3–4-dniowego

bieżącego notowania spożywanych produktów i potraw, aby móc poznać jego zwyczaje żywieniowe, identyfikować popełniane błędy, które należy eliminować, oceniać sposób żywienia pod kątem wpływu na stan odżywienia oraz monitorować skuteczność prowadzonej edukacji żywieniowej. Prowadzenie takich zapisów może być pomocne także dla pacjenta, ponieważ ułatwia narzucenie dyscypliny w przestrzeganiu zaleceń oraz lepsze ich zrozumienie [10, 11, 27].

Zajęcia edukacyjne mogą być przeprowadzane w sposób indywidualny lub grupowy. W celu zapoznania pacjenta z wyżej wymienionymi zagadnieniami oraz ich praktycznym zastosowaniem można się posłużyć rozmową lub wykładem zakończonym dyskusją; można także przeprowadzić pokaz przygotowywania zdrowych posiłków. Dodatkową pomocą są ulotki, plakaty i filmy [2, 10, 19]. Niezbędne są wszelkie materiały pisemne przygotowane przez dietetyka wspierające zapamiętywanie przekazywanych informacji. Ważną częścią procesu edukacji jest ocena jej skuteczności. Można jej dokonać na podstawie ankiety sprawdzającej poziom zdobytej przez pacjentów wiedzy oraz prowadzonych przez nich zapisów szacunkowego spożycia [28].

Bardzo ważne jest wyrobienie motywacji u pacjenta do stosowania diety. Należy eksponować korzyści, które płyną z przestrzegania zaleceń dietetycznych, oraz unikać tak zwanych technik straszenia [29]. Prawidłowo zbilansowana dieta daje wiele korzyści, na które należy zwracać uwagę pacjenta. Duże znaczenie w motywowaniu chorego do zmian w sposobie żywienia ma jasne ukazanie związku pomiędzy stosowaną dietą a stanem zdrowia i samopoczuciem. A zatem należy uświadamiać mu odpowiedzialność za własne zdrowie, na które wpływa przez swoje wybory żywieniowe [3, 27]. Informowanie pacjenta o postępach, jakie daje się zauważyć w korzystnych wynikach badań, jest kolejnym czynnikiem mobilizującym [7]. Takie pozytywne nastawienie można uzyskać także poprzez dobór zindywidualizowanej die-

ty. Oprócz sygnalizowania korzyści ściśle medycznych, należy motywować pacjenta przez udzielane mu wsparcie emocjonalne [30].

Dobra i skuteczna komunikacja są również ważnymi elementami w szkoleniu i mobilizowaniu pacjentów chorych na CKD. Wymaga to od dietetyka zachęcania chorych do wyrażania własnego zdania oraz obaw związanych ze zmianami w diecie. Możliwość zadawania pytań umożliwia lepsze zrozumienie prezentowanych zagadnień. Należy być otwartym na wyjaśnianie wszelkich wątpliwości i ponowne omówienie niezrozumiałych treści. Uzyskanie aktywnego zaangażowania pacjenta w proces leczenia można osiągnąć poprzez inspirowanie go do poszukiwania własnych pomysłów i rozwiązań dotyczących żywienia. Istotą poprawnej komunikacji jest również przekazywanie informacji w sposób uporządkowany, precyzyjny i prosty. Zdecydowanie należy unikać skomplikowanych wyrażań i specjalistycznego języka [5, 7, 29].

PODSUMOWANIE

Skutecznie prowadzona edukacja żywieniowa prowadzi nie tylko do ograniczenia postępu CKD, zmniejszenia ryzyka niektórych powikłań oraz poprawy samopoczucia. Pozwala także na uzyskanie większej świadomości i współodpowiedzialności pacjentów za własne zdrowie, co przekłada się później na bardziej konsekwentne przestrzeganie zaleceń lekarskich i dietetycznych oraz bardziej aktywne uczestniczenie w procesie leczenia [31]. Edukacja wyposaża chorych w pewien zasób wiedzy, a możliwość podejmowania własnych wyborów w większe poczucie kontroli nad sytuacją. Umożliwia to łagodzenie lęku i niepewności związanych z chorobą i koniecznością zmian w żywieniu. Zwiększa także prawdopodobieństwo, że pacjent łatwiej zaakceptuje nawet rygorystyczne wymagania. Edukacja jest zatem niezbędna we wprowadzaniu i utrzymywaniu pozytywnych zmian w diecie chorego [7, 19].

►► Należy eksponować korzyści, które płyną z przestrzegania zaleceń dietetycznych, oraz unikać tak zwanych technik straszenia ◀◀

STRESZCZENIE

Przewlekła choroba nerek stanowi istotny problem kliniczny, ekonomiczny oraz socjalny. Jest coraz bardziej rozpowszechniona w Polsce i na świecie. Końcowe stadium tej choroby, wymaga jednego z najbardziej kosztownych sposobów leczenia — terapii nerkozastępczej. Dlatego bardzo ważne jest zastosowanie metod opóźniających postęp cho-

roby już w jej początkowym stadium. Działania nefroprotekcyjne pozwalają na wydłużenie okresu leczenia zachowawczego oraz zwiększają szanse na dłuższe przeżycie pacjenta. Jednym ze sposobów hamowania progresji chorób nerek jest leczenie dietetyczne.

Forum Nefrologiczne 2011, tom 4, nr 4, 306–312

Słowa kluczowe: edukacja, przewlekła choroba nerek (CKD), dieta

Piśmiennictwo

1. Rutkowski B., Matyszko J., Stompór T., Czekalski S. Epidemiologiczne, społeczne i farmakoekonomiczne znaczenie postępowania nefroprotekcijnego W: Rutkowski B., Czekalski B., Myśliwiec M. (red.). Nefroprotekcja. Podstawy patofizjologiczne i standardy postępowania terapeutycznego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006: 9–34.
2. Rutkowski B. z Zespołem Konsultanta Krajowego i Grupą Ekspertów: Stanowisko Zespołu Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Nefrologii w sprawie edukacji pacjentów nefrologicznych. *Nefrol. Dial. Pol.* 2009; 13: 116–118.
3. Hasik J., Gawęcki J. (red.). Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
4. Campbell K.L., Ash S., Bauer J.D. The impact of nutrition intervention on quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients. *Clin. Nutr.* 2008; 27: 537–544, doi: 10.1016/j.clnu.2008.05.002, pobrano dn. 17.05.2011.
5. Włodarek D., Głąbska D., Rojek-Trębicka J. Możliwość prowadzenia w okresie przeddializacyjnym skutecznej edukacji dietetycznej i dietoterapii u pacjenta z przewlekłą niewydolnością nerek — opis przypadku. *Nefrol. Dial. Pol.* 2010; 14: 39–42.
6. Białobrzaska B., Bielińska-Ogrodnik D., Król E. Gdański model edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *For. Nefrol.* 2011; 4 (1): 58–67.
7. Wojtaszek E., Matuszkiewicz-Rowińska J. Sformalizowany program edukacji przeddializacyjnej — osiągnięcia ośrodka warszawskiego. *Forum Nefrol.* 2011; 4 (1): 51–57.
8. Czekalski S., Rutkowski B. i wsp. Zalecenia Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące postępowania zachowawczego u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. *Nefrol. Dial. Pol.* 2002; 6 (4): 197–202.
9. Czekalski S., Oko A., Pawlaczyk K., Idasiak-Piechocka I. Przewlekła niewydolność nerek (część II) — aktualne metody hamowania progresji. *Pol. Arch. Med. Wew.* 2004; 111, 1 (1): 97–103.
10. Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka: żywienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 218–221, 326–332, 388–408.
11. Łysiak-Szydłowska W. Standardy żywieniowe w przewlekłych chorobach nerek. *Pediatr. Prakt.* 2000; 8: 241–248.
12. Czekalski S., Gellert R., Rutkowski B., Bidas K. Leczenie dietetyczne w chorobach nerek — dlaczego, komu, kiedy, jak? W: Rutkowski B., Czekalski B., Myśliwiec M. (red.). Nefroprotekcja. Podstawy patofizjologiczne i standardy postępowania terapeutycznego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006: 35–56.
13. Żalaska W. Woda jako toksyna mocznicowa? *Forum Nefrol.* 2010; 3 (1): 12–17.
14. Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
15. Sobotka L. (red.). Podstawy żywienia klinicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
16. Łysiak-Szydłowska W., Lichodziejewska-Niemierko M. Żywnienie w chorobach nerek. W: Łysiak-Szydłowska W. (red.). Żywnienie kliniczne — wybrane zagadnienia. Via Medica, Gdańsk 2000: 137–146.
17. Wieczorek-Chelmińska Z. Żywnienie w chorobach nerek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
18. Steciwko A., Mastalerz-Migas A., Muszyńska A. Przewlekła choroba nerek — profilaktyka i hamowanie progresji. *Terapia* 2006; 9: 81–85.
19. Białobrzaska B. Rola pielęgniarki w edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Forum Nefrol.* 2008; 1 (1): 45–51.
20. Białobrzaska B., Magrian G. Pacjenci z przewlekłą chorobą nerek. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2009a; 10: 26.
21. Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek — problem nie tylko medyczny, ale także socjoekonomiczny. *Post. Nauk Med.* 2009; 22 (10): 817–822.
22. Rutkowski B., Małgorzewicz S., Łysiak-Szydłowska W. z Grupą Ekspertów: Stanowisko dotyczące rozpoznawania oraz postępowania w przypadku niedożywienia dorosłych chorych z przewlekłą chorobą nerek. *Forum Nefrol.* 2010; 3 (2): 138–142.
23. Myśliwiec M., Drabczyk R. Przewlekła choroba nerek i przewlekła niewydolność nerek. W: Szczeklik A., Gajewski P. (red.). Choroby wewnętrzne. Kompendium medycyny praktycznej. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2010: 672–730.
24. Myśliwiec M. (red.). Choroby nerek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
25. Goldwasser P., Feldman J. Association of serum albumin and mortality risk. *J. Clin. Epidemiol.* 1997; 50 (6): 693–703.
26. Łysiak-Szydłowska W., Lichodziejewska-Niemierko M. Zasady żywienia w chorobach nerek. W: Rutkowski B. (red.). Dializoterapia: przewodnik dla pacjentów. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2002: 546–567.
27. Białobrzaska B., Magrian G. Program edukacji zdrowotnej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2009b; 11: 20–21.
28. Ciok J., Kamińska M., Dzieniszewski J. Przegląd metod prowadzenia edukacji żywieniowej wśród pacjentów szpitalnych. *Pol. Merk. Lek.* 1999; 7 (41): 236–241.
29. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
30. Lange J., Wojtaszek E. Program edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *For. Nefrol.* 2011; 4 (1): 47–50.
31. Kłatkiewicz A. Proces komunikacji w edukacji pacjenta i jego rodziny. *Pielęg. Pol.* 2007; 2–3 (24–25): 211–216.