



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Beata Białobrzaska

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

Pacjent z wtórną nadczynnością przytarczyc — podsumowanie wielośrodkowego programu edukacyjnego

Patients with secondary hyperparathyroidism — multicenter summary of the educational program

ABSTRACT

Disorders of calcium and phosphorus are the major problems in patients with advanced chronic kidney disease. Can lead to very serious diseases mainly skeletal and cardio vascular cause discomfort or even being permanent disability. The key objectives of the treatment is undoubtedly the protection of patients from the negative consequences of mental

disorders. This article describes and analyzes the results of the author's program of health education of patients with secondary hyperparathyroidism implemented by selected nursing staff in 29 centers of our country nephrology.

Forum Nefrologiczne 2012, vol. 5, no 4, 325–332

Key words: secondary hyperparathyroidism, dialysis, hyperphosphatemia, patient education, nursing nephrology

WSTĘP

U większości pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (CKD, *chronic kidney disease*) obserwuje się rozwój zaburzeń gospodarki mineralnej i metabolizmu kostnego, w wyniku których dochodzi do zwapnień pozakostnych (CKD-MBD, *CKD-mineral and bone disorders*). Zaburzenia te rozpoczynają się najczęściej już w 3. stadium CKD, kiedy dochodzi do nadmiernej retencji fosforu w organizmie wskutek zaburzeń jego wydalania drogą nerek. Proces ten jest ściśle powiązany ze zmniejszającą się czynną masą nerek i zmniejszenia zdolności do 1α -hydroksylacji witaminy D, co w konsekwencji upośledza powstawanie jej aktywnej postaci $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ i w dalszej kolejności doprowadza do nadmiernego wydzielania parathormonu (PTH). W powstawaniu tych zaburzeń uczestniczy także nowopoznany czynnik wzrostu fibroblastów 23 (FGF-23, *fi-*

broblast growth factor 23), wydzielany głównie przez osteocyty. Jego stężenie w surowicy zwiększa się wraz z postępującym upośledzeniem czynności wydalniczej nerek [1–3]. W kolejnych stadiach choroby, zwłaszcza u pacjentów dializowanych, procesy te nasilają się, doprowadzając do pogorszenia jakości życia i do kalectwa. Zaburzenia te są także jedną z głównych przyczyn chorobowości i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych w CKD [4]. Pomimo stałego i łatwego dostępu do różnych źródeł informacji medycznej większość pacjentów z CKD nie posiada wystarczającej wiedzy na temat problemu zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej, który ściśle powiązany jest z CKD-MBD. Niezbędna jest w tej sytuacji profesjonalna pomoc ze strony pielęgniarki–edukatora. W niniejszym artykule uwzględniono wyniki wielośrodkowego programu edukacyjnego skierowanego do pacjentów hemodializowanych, zatytułowanego

Adres do korespondencji:

mgr Beata Białobrzaska
specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego
Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
e-mail: b.bialobrzaska@gmail.com

▶▶ Udowodniono, że zarówno hiperfosfatemia, jak i podwyższony iloczyn wapniowo-fosforanowy ($\text{Ca} \times \text{P}$) stanowią niezależne czynniki ryzyka zgonu pacjentów dializowanych ◀◀

▶▶ Ze względu na różnorodność zaangażowania ze strony pacjentów preferowano indywidualne podejście do odbiorcy z wykorzystaniem zasad komunikacji interpersonalnej ◀◀

„Chroniąc kości i serce, poprawisz jakość oraz długość życia”. Autorami niniejszego programu są profesjonalści w edukacji pacjentów pochodzący z Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych oraz Katedry Żywienia Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (mgr Beata Białobrzeska, dr n. med. Małgorzata Kaczkan, dr hab. n. med. Przemysław Rutkowski).

WTÓRNA NADCZYNNOŚĆ PRZYTARCZYC JAKO PROBLEM ZDROWOTNY

Pomimo wyraźnych postępów w leczeniu CKD-MBD ograniczającym skutki wtórnej nadczynności przytarczyc u ponad połowy pacjentów dializowanych stale obserwuje się hiperfosfatemię, nieprawidłowe stężenie wapnia we krwi oraz wzrost PTH. W wyniku tych zaburzeń pojawiają się groźne powikłania skupione wokół układu sercowo-naczyniowego oraz układu kostnego [2]. Do głównych objawów świadczących o nadczynności przytarczyc należą: **świąd skóry** (gromadzenie się fosforu na powierzchni skóry), **bóle kostne i stawowe** (związane z stopniowym odwapnianiem kości), **łamliwość kości** (jako następstwo odwapniania kości i stopniowy ubytek masy kostnej), **efekt czerwonych oczu** (gromadzenie się wapnia w spojówkach i białkówkach) oraz **kalcyfikacja (uwapnianie) naczyń krwionośnych** (tętnic) i **tkanek miękkich** (mięśni, serca). Dane statystyczne informują, że w porównaniu z ogólną populacją pacjenci dializowani wielokrotnie częściej umierają z powodu chorób sercowo-naczyniowych związanych z nasileniem miażdżycy korelowanej zaburzeniami CKD-MBD. Bezpośrednią przyczyną jest zarówno hiperfosfatemia, jak i podwyższony iloczyn wapniowo-fosforanowy ($\text{Ca} \times \text{P}$), które stanowią niezależne czynniki ryzyka zgonu pacjentów dializowanych. Jest to ściśle powiązane z kalcyfikacją błony wewnętrznej tętnic (w tym również naczyń wieńcowych) oraz zastawek serca [5]. Hiperfosfatemia wpływa także na występowanie wtórnej nadczynności przytarczyc, a tym samym na stopniowy wzrost stężenia PTH. Warto podkreślić, że zwiększone stężenie PTH skutkuje także wzrostem ciśnienia tętniczego i opornością na stosowane środki stymulujące erytropoezę, bólem kości, stawów, a nawet całego ciała oraz samoistnymi złamaniami kości. Wśród rodzajów osteodystrofii nerkowej zaliczanych do najbardziej niebezpiecznych związanych z zaburzeniami CKD-MBD jest adynamiczna choroba kości. Schorzenie to

obserwowane jest u 40–50% pacjentów dializowanych (częściej otrzewnowo). Predysponowani do jej rozwoju są pacjenci niedożywieni, chorzy na cukrzycę typu 2, a także osoby w starszym wieku [6]. Brakuje konkretnych dowodów na wyraźny związek pomiędzy osteoporozą a adynamiczną chorobą kości. Wspólne są jednak czynniki predysponujące i niskie stężenie PTH. Objawami klinicznymi adynamicznej choroby kości są złamania lub mikro-złamania kości będące przyczyną uporczywych bólów kostnych. Charakterystyczną cechą tego powikłania jest zbyt niskie stężenie PTH przy równoczesnym wysokim stężeniu wapnia we krwi, które nie jest wychwytywane i wbudowywane do kości. Niebezpieczeństwo tej choroby prowadzi do ustania metabolizmu w kościach. W przypadku złamania kości nie ma możliwości uzyskania zrostu ponieważ kość „nie pracuje”. Brak wbudowywania wapnia do kości stwarza ryzyko hiperkalcemii i odkładanie się soli wapnia w tkankach miękkich, zwłaszcza w tętnicach w sytuacji podaży preparatów wapnia drogą doustną. W opisywanej grupie pacjentów jest to jeden z głównych czynników zasilonej kalcyfikacji z jednoczesnym wzrostem powikłań sercowo-naczyniowych.

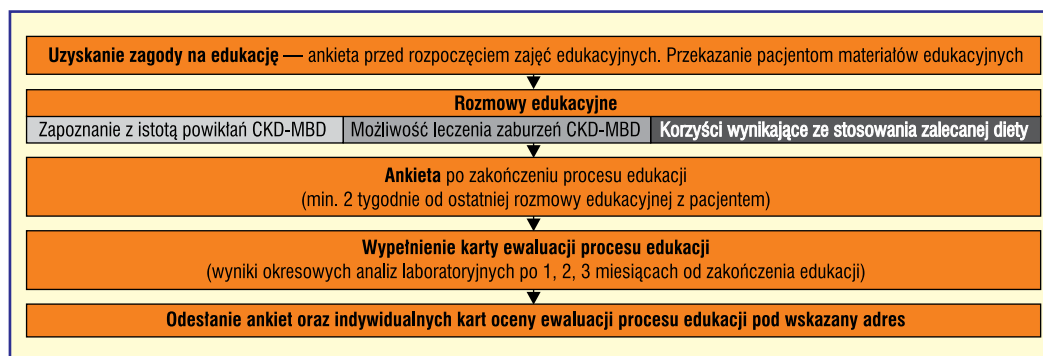
Doświadczenie pielęgniarskie w pracy z pacjentami przekonuje, że uzyskanie zadowalających wyników laboratoryjnych oraz dobrostanu samopoczucia pacjenta w aspekcie ograniczania rozwoju CKD-MBD nie jest wcale sprawą łatwą, ale możliwą do uzyskania. Istotne elementy leczenia zdecydowanie mogą pomóc pacjentowi pod warunkiem przestrzegania pewnych zasad. Oczekiwany rezultat działań wymaga zaufania i rzetelnej współpracy wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego (tj. pacjenta, pielęgniarki, lekarza i dietetyka), a także szerokiego wykorzystania aktualnych możliwości terapeutycznych oferowanych przez współczesną medycynę (adekwatna dializa, stosowanie niskowapniowego płynu dializacyjnego, zalecanie odpowiedniej diety oraz stosowanie drogich, nowoczesnych leków wiążących fosforany z przewodu pokarmowego, kalcyminetyków lub leków syntetycznych pochodnych witaminy D_3). Dominującymi czynnikami jedynie ze strony pacjenta, prowadzącymi do celu, są przede wszystkim akceptacja choroby, wysoki poziom świadomości zdrowotnej i samodyscyplina w regularnym przyjmowaniu zalecanych leków, a także przestrzeganie zalecanej diety zgodnie z możliwościami finansowymi (wybór tańszych produktów o niskiej zawartości fosforu).

ORGANIZACJA PROGRAMU EDUKACYJNEGO

Inicjatywa wprowadzenia opisywanego autorskiego programu edukacyjnego przeznaczonego dla pacjentów dializowanych z wtórną nadczynnością przytarczyc została zaprezentowana w Warszawie w kwietniu 2012 roku podczas konferencji naukowo-szkoleniowej połączonej z cyklem warsztatów psychologicznych dotyczących skutecznej komunikacji interpersonalnej. W konferencji uczestniczyło około 80 zaproszonych do współpracy pielęgniarek pochodzących z 58 ośrodków nefrologicznych w Polsce. W czasie trwania konferencji szeroko omawiano zagadnienia dotyczące wtórnej nadczynności przytarczyc, jako problemu klinicznego, procesu edukacji zdrowotnej pacjentów, szkolenia dietetycznego w aspekcie hiperfosfatemii. Przedstawiono również zadania pielęgniarek–edukatorów zdrowia w skutecznym porozumiewaniu się z pacjentem. Głównym założeniem wynikającym z realizacji niniejszego programu była ochrona jak najszerszej grupy pacjentów przed bliższymi i dalszymi powikłaniami wynikającymi z obecności zaburzeń CKD-MBD. Do szczegółowych celów wynikających z interaktywnej pracy z pacjentami należała pomoc w zrozumieniu istoty zaburzeń w gospodarce wapniowo-fosforanowej, przekazanie wiedzy pacjentom i/lub ich bliskim oraz pomoc w jej zrozumieniu na temat zasad stosowania odpowiedniej diety, a także uskutecznienie leczenia ograniczającego rozwój powikłań wynikających z obecności wtórnej nadczynności przytarczyc. Zaplanowano ukierunkowaną (tematyczną) edukację zdrowotną prowadzoną przez doświadczony personel pielęgniarski (uczestników konferencji) chętny do współpracy z pacjentami dializowanymi, posiadający doświadczenie w edukacji zdrowotnej.

Do dyspozycji pielęgniarki–edukatora pozostawała broszura informacyjna związana z opi-

sem działań i planem (konspekt) pomocnym w realizacji programu. Po uzyskaniu zgody ze strony pacjenta na edukację na pierwszym spotkaniu, pielęgniarka–edukator na podstawie rozmowy z chorym wypełniała specjalnie przygotowaną ankietę wstępną przed rozpoczęciem działań edukacyjnych stanowiącą materiał badawczy. Następnie osoba zainteresowana (pacjent) otrzymywała pakiet materiałów edukacyjnych (ulotkę tematyczną, poradnik dietetyczny oraz urządzenie do przypominania o regularnym przyjmowaniu leków wraz z sygnalizatorem dźwiękowym), po czym rozpoczynano interaktywne działania w ramach założeń programowych. Proces edukacji zakładał przeprowadzenie 3 indywidualnych rozmów edukacyjnych z pacjentem (lub w bardzo małych grupach — 1–2-osobowych) przed zabiegiem hemodializy lub podczas pierwszych 40 minut zabiegu. Po upływie przynajmniej 2 tygodni od zakończenia procesu edukacji pacjent (w razie konieczności przy pomocy pielęgniarki–edukatora) był zobowiązany do wypełnienia specjalnie skonstruowanej ankiety satysfakcji z przeprowadzonych zajęć, która stanowiła materiał badawczy. Dodatkowym elementem (narzędziem) kontroli skuteczności działań edukatorów w odniesieniu do opisywanej grupy pacjentów była karta ewaluacji procesu edukacji. Ze względu na różnorodność zaangażowania ze strony pacjentów preferowano indywidualne podejście do odbiorcy z wykorzystaniem zasad komunikacji interpersonalnej. Zarówno udział edukatorów zdrowia oraz pacjentów w niniejszym projekcie miał charakter całkowicie dobrowolny. Na przeprowadzenie zaplanowanych działań uzyskano pisemną zgodę ze strony dyrekcji wszystkich placówek medycznych, w których realizowano program. Harmonogram działań edukatorów przedstawia rycina 1. Kryterium włączenia pacjenta do programu edukacyjnego było uzyskanie ustnej zgody oraz potwierdzone laboratoryjnie zaburzenia CKD-MBD.



Rycina 1. Harmonogram działań edukatorów

WYNIKI PROGRAMU EDUKACYJNEGO DLA PACJENTÓW Z WTÓRNĄ NADCZYNNIĄ PRZYTARCZYC

MATERIAŁ

Badanie podmiotowe (ankietowe) skuteczności procesu edukacji zdrowotnej pacjentów z wtórną nadczynnością przytarczyc przeprowadzono na podstawie 2-miesięcznych działań pielęgniarek — edukatorów zdrowia (01.05.2012–30.06.2012) w odniesieniu do 310 pacjentów pochodzących z 29 ośrodków nefrologicznych w Polsce (23 publicznych i 6 niepublicznych ZOZ; tab. 1). Poddana badaniu grupa składała się z 151 kobiet i 159 mężczyzn (wiek 20–90 lat, średnia wieku — 55,78 roku)

leczonych nerkozastępczo z wykorzystaniem hemodializy. W badanej grupie 45 pacjentów (14,7%) było leczonych za pomocą przewlekłej dializoterapii krócej niż rok, 86 pacjentów (26,8%) — 1–3 lat, a 179 pacjentów (58,5%) dłużej niż 3 lata.

Podjęte badanie podmiotowe miało na celu:

- ocenę indywidualnego wykorzystania możliwości terapeutycznych pod kątem dawki oraz rodzaju stosowanego zabiegu hemodializy;
- ocenę sytuacji materialnej w opinii pacjenta w odniesieniu do możliwości przestrzegania preferowanej diety oraz przyjmowania zalecanych leków;

Tabela 1. Wykaz ośrodków biorących udział w projekcie

Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkiem Dializ, Szpital św. Łukasza w Tarnowie
Specjalistyczne Centrum Medyczne, Stacja Dializ w Polanicy Zdroju
Stacja Dializ, Szpital Wojewódzki w Koszalinie
Oddział Nefrologiczny, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku
Oddział Nefrologii i Stacji Dializ, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Ośrodek Dializ SPSK nr 2, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Oddział Nefrologii ze Stacją Dializ Szpital, Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze
Oddział Kliniczny Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
Klinika Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Transplantologii, Stacja Dializ, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Stacja Dializ, Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie
Niepubliczny ZOZ Centrum Medyczne „Medyk”, Stacja Dializ w Rzeszowie
Międzynarodowe Centrum Dializ w Wieluniu
Stacja Dializ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
Ośrodek Dializ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie
Stacja Dializ, Szpital Kliniczny im. Barlickiego w Łodzi
Stacja Dializ SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
Stacja Dializ, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
Klinika Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii, Stacja Dializ, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach
Klinika Nefrologii, Oddział Hemodializ, Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Stacja Dializ, NZOZ Diaverum w Olsztynie
Stacja Dializ, Mazowiecki Szpital Wojewódzki Sp. z o.o., Siedlecki Szpital Specjalistyczny
Oddział Nefrologiczny, Stacja Dializ, Szpital Wojewódzki im. Dr. L. Rydygiera w Suwałkach
Oddział Dializ, Radomski Szpital Specjalistyczny im. Dr. T. Chałubińskiego SPZOZ
Oddział Nefrologiczny ze Stacją Dializ i Pododdziałem Onkologii, Szpital Wojewódzki im. Kard. S. Wyszyńskiego w Łomży
Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy
Stacja Dializ w Leżajsku, Centrum Medyczne „Medyk” w Rzeszowie
Oddział Dializ z Pododdziałem Nefrologicznym, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr. W. Ł. Biegańskiego w Grudziądzu
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Oddział Hemodializy i Medycyny Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku
Stacja B. Braun Avitum Poland, NZSOZ AVITUM, Stacja Dializ w Kutnie

- ocenę możliwości percepcyjnych ze strony pacjenta pod względem poznawczym;
- ocenę samopoczucia pacjenta w odniesieniu do obecności zaburzeń CKD-MBD;
- poznanie preferencji dietetycznych pacjentów;
- poznanie zwyczajów przyjmowania zalecanych leków;
- próbę oceny motywacji pacjenta do współpracy z pielęgniarką–edukatorem w uzyskaniu poprawy potencjału własnego zdrowia;
- zrozumienie przez pacjenta istoty problemu zaburzeń CKD-MBD;
- ocenę satysfakcji pacjenta z przeprowadzonych zajęć.

Kryterium oceny edukacji była kompletnie wypełniona ankieta o charakterze poufnym przeprowadzona przed rozpoczęciem i po odbytej edukacji zdrowotnej.

METODY

Ocena procesu edukacji pacjentów z zaburzeniami CKD-MBD została poddana analizie przy użyciu:

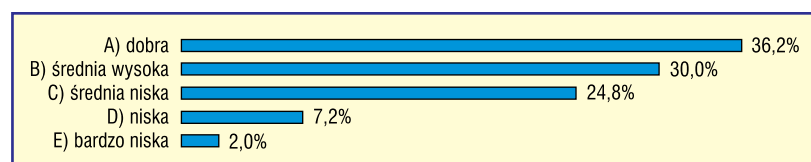
- ankiety dla pacjenta przed rozpoczęciem edukacji, zawierającej 20 pytań zamkniętych, które wypełniała pielęgniarka–edukator podczas zbierania wywiadu z pacjentem. Pytania były ukierunkowane pod względem aktualnego samopoczucia, zachowań dietetycznych, zwyczaju i regularności przyjmowania leków oraz motywacji do współpracy;
- ankiety dla pacjenta po odbytej edukacji zawierającej 17 pytań zamkniętych, na które odpowiadał pacjent (w razie konieczności przy pomocy pielęgniarki). Pytania były ukierunkowane pod kątem zrozumienia istoty problemu zaburzeń CKD-MBD, motywacji do współpracy oraz satysfakcji z przeprowadzonych rozmów edukacyjnych.

Dodatkowym elementem oceny skuteczności działań edukatorów była indywidualna karta oceny ewaluacji procesu edukacji wypełniana przez pielęgniarki. Poddano analizie wyniki badań laboratoryjnych u indywidualnego pacjenta (P, Ca, stężenie albuminy, mocznik przed i po HD oraz PTH) po 1., 2., 3. miesiącu od początku realizacji projektu. Jednak ze względu na brak kompletności wyników u wszystkich pacjentów biorących udział w projekcie nie mogą być poddane szerszej analizie.

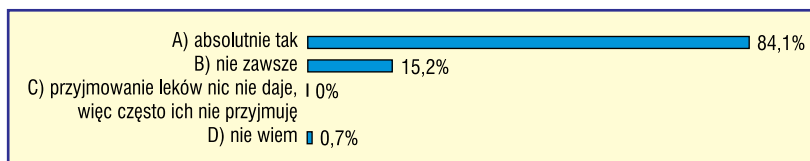
WYNIKI

Edukowana (badana) grupa pacjentów (n = 310) składała się w połowie z kobiet (49%)

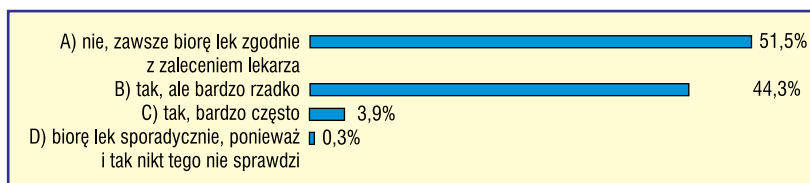
oraz mężczyzn (51%). Aż 276/310 (89%) pacjentów korzystało z dializy klasycznej przy pomocy dializatora polisulfonowego. Wykorzystanie dializatora wysokoprzepływowego oraz dializy klasycznej zastosowano u 26/310 (8,3%) pacjentów. Tylko 8/310 (2,5%) osobowa grupa pacjentów była dializowana przy pomocy hemodiafiltracji (HDF, *hemodiafiltration*). W badanej grupie 111/310 (35,8%) osób posiadało dobrą sytuację materialną pozwalającą na zakup wszystkiego, co jest potrzebne do życia i leczenia. Pozostała część respondentów (199/310; 63,8%) uznała swoją sytuację ekonomiczną za niewystarczającą pod względem realizacji przepisywanych recept na leki i/lub stosowania preferowanej diety (ryc. 2). Analiza odpowiedzi udzielonych w ankiecie przed rozpoczęciem działań edukacyjnych wykazała, że w badanej grupie pacjentów — u 141/310 (45,5%) osób zaobserwowano deformację kości długich i kręgosłupa (35/310; 11,3%) oraz pochyłą postawę ciała (106/310; 34,2%). Natomiast 49/310 (15,9%) pacjentów w opisywanej grupie przeszło w swoim życiu podczas leczenia hemodializą co najmniej 1 incydent złamania kości. Badani pacjenci prezentowali liczne dolegliwości bólowe kości (84/310; 27%), stawów (93/310; 30%), mięśni (72/310; 23%), całego ciała (27/310; 8,6%) oraz inne dotyczące świądu skóry (często — 77/310; 24,7%, od czasu do czasu — 110/310; 35,4%), gojenia się zmian skórnych (często — 24/310; 7,7%, od czasu do czasu — 54/310; 17,4%), świądu oczu oraz zaczerwienienia spojówek (często — 40/310; 13%, od czasu do czasu — 84/310; 27,1%). Pomimo tych dolegliwości zdecydowana większość pacjentów oceniła swoje samopoczucie jako dobre (107/310; 34,5%) lub średnie (178/310; 57,4%). Należy zwrócić uwagę, że u 31/310 (10,1%) pacjentów zaobserwowano co najmniej 1 incydent sercowo-naczyniowy (zawał serca lub udar mózgu). Jak wynika z relacji osób ankietowanych przed edukacją zdecydowana większość



Rycina 2. Ocena sytuacji materialnej w opinii pacjentów: **A.** Dobra — wystarcza na wszystko, co jest mi potrzebne do życia i leczenia; **B.** Średnia wysoka — wystarcza na wszystko, co jest mi potrzebne do życia, ale nie zawsze wystarcza na wykupienie wszystkich leków; **C.** Średnia niska — nie wystarcza na wszystko, co jest mi potrzebne do życia i nie zawsze wystarcza na wykupienie wszystkich leków; **D.** Niska — nie wystarcza na nic, co jest niezbędne do życia i leczenia, muszę liczyć na pomoc najbliższych; **E.** Bardzo niska — nie wystarcza na nic, co jest niezbędne do życia i leczenia, nie mogę liczyć na pomoc najbliższych



Rycina 3. Skuteczność przyjmowania leków w opinii pacjentów



Rycina 4. Czy zdarza się Pani/Panu zapominać o regularnym przyjmowaniu leków przepisanych przez lekarza?

(297/310; 95,8%) słyszała o konieczności stosowania specjalnej diety z ograniczeniem fosforu podczas leczenia dializami. Znaczna grupa pacjentów (241/310; 77,7%) twierdziła przed rozpoczęciem edukacji, że posiadała wiedzę na temat produktów bogatych w fosfor. Pomimo domniemanej wiedzy tylko 12/310 (3,8%) osób w badanej grupie nie spożywała produktów zawierających dużo fosforu (ser topiony, ser żółty, paszтетową, ryby, mleko, jogurty, grzyby, orzechy, fasolę, groch, coca colę), natomiast 143 (46,1%) osoby starały się przestrzegać określonej diety. Przekonanie co do sensowności w regularnym przyjmowaniu leków posiadało 260/310 (83,8%) pacjentów, natomiast w praktyce ten rodzaj wiedzy stosowało 159/310 (52%) badanych. Aż 137/310 (44,3%) pacjentów zapominała czasem, a 13/310 (3,9%) często o regularnym przyjmowaniu leków, a 47/310 (15,2%) chorych uważało, że nie zawsze jest to skuteczne (ryc. 3, 4). Aż 289/310 (96,1%) pacjentów bardzo chętnie lub umiarkowanie chętnie wyrażała wolę uczestnictwa w proponowanej edukacji zdrowotnej, której oczekiwany celem było zdobycie wiedzy niezbędnej dla poprawy samopoczucia ukierunkowanej na brak dolegliwości bólowych (124/310; 39,8%) i możliwości swobodnego poruszania się (93/310; 30%). Pozostała część edukowanych pacjentów (21/310; 3,9%), pomimo wyrażenia zgody na udział w projekcie, nie wiązała z tym żadnych konkretnych planów. Analiza ankiety wypełnianej przez pacjenta (lub przez pielęgniarkę) po odbyciu działań edukatorów zdecydowanie wykazała skuteczność procesu zaplanowanej edukacji. Jak wynika z udzielanych odpowiedzi umieszczonych we wspomnianej ankiecie, znaczna

część edukowanych pacjentów poznała przyczyny istnienia zaburzeń CKD-MBD (nadmierne spożywanie fosforu w diecie (238/310; 78%), brak regularności przyjmowania określonych leków (103/310; 33,3%). Większość pacjentów (269/310; 86,5%) była zadowolona z przeprowadzonych zajęć oferowanych przez edukatorów, chociaż część ankietowanych (128/310; 42,1%) uważała, że zakres edukacji na temat ochrony przed skutkami powikłań zaburzeń wapniowo-fosforanowych powinien być poszerzony. Ponadto, 59/310 pacjentów (19%) uznała, że rozmowy edukacyjne były prowadzone w niezbyt komfortowych warunkach (brak wyodrębnionego pomieszczenia na potrzeby edukacji). Znaczna część edukowanej grupy pacjentów (269/310; 86,5%) uznała, że przeprowadzona edukacja zdrowotna pomogła w zrozumieniu istoty problemu i stosowania się do zaleceń lekarskich w celu zapobiegania rozwoju wtórnej nadczynności przytarczyc. Prawie wszyscy pacjenci (305/310; 98,6%) w badanej grupie prawidłowo odpowiadali na temat przyczyn problemów związanych ze złym samopoczuciem w odniesieniu do opisywanego problemu oraz zawartości fosforu w produktach spożywczych (ryc. 5–7). Zdecydowana większość chorych (288/310; 95,8%) udzieliła poprawnych odpowiedzi na temat braku istnienia diety bezfosforanowej oraz możliwości pozbycia się fosforu w codziennej diecie. Pomimo zdobytej wiedzy podczas prowadzonych zajęć edukacyjnych, część ankietowanych (52/310; 16,6%) nadal nie była wystarczająco przekonana co do skuteczności leków ograniczających rozwój zaburzeń CKD-MBD. Ponad połowa ankietowanych (178/302 (59,9%) uznała, że pudełko z sygnalizatorem dźwiękowym, przydzielone wybranym pacjentom przypominającym o zażyciu leku, okazało się wystarczająco pomocne w stosowaniu się do zaleceń lekarskich. Analiza ankiety przed i po odbyciu edukacji zdrowotnej wykazała bardzo dobrą (93/310; 30%) lub dobrą (146/310; 47%) percepcję ze strony pacjentów. Jedynie u 56 (18%) pacjentów oceniono możliwości percepcji jako średnią.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Na podstawie 2-miesięcznych ukierunkowanych działań edukacyjnych oraz wnikliwej analizy badań ankietowych przeprowadzonych przez specjalnie przygotowany do tego celu personel pielęgniarski w 29 ośrodkach nefrologicznych w Polsce możliwe jest sformułowanie następujących wniosków:

1. Edukowana grupa pacjentów hemodializowanych wykazała znaczne zainteresowanie proponowanym projektem zwróconym na ochronę powikłań wynikających z obecności CKD-MBD. Realizacja programu wpłynęła pozytywnie na relacje interpersonalne w zespole terapeutycznym, w którym pacjent zajmuje centralne miejsce.

2. W wyniku działań edukatorów zdrowia (pielęgniarek nefrologicznych) wobec edukowanych pacjentów hemodializowanych osiągnięto sukces poznawczy w zrozumieniu istoty zaburzeń w gospodarce wapniowo-fosforanowej. Zdobyta wiedza pozwoli w przyszłości na świadome uczestnictwo w procesie leczenia i samoopieki w aspekcie długoterminowym. Edukowana grupa pacjentów posiadała wysoki potencjał intelektualny oraz bardzo dobre i dobre zdolności percepcyjne przydatne w poznawaniu nowych treści;

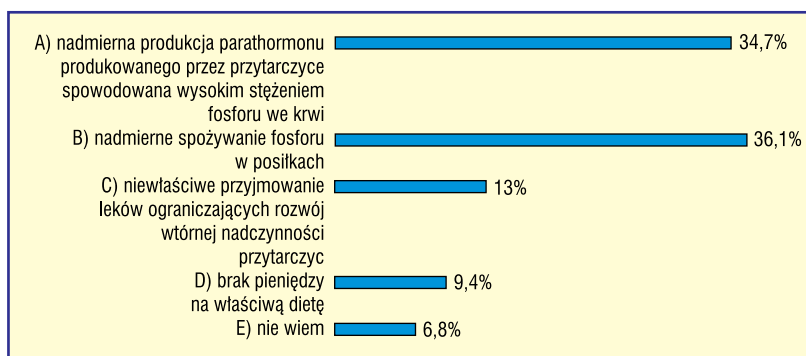
3. Zarówno dobór odpowiednich technik komunikacji interpersonalnej oraz treści pozwolił na przekazanie szerokiej wiedzy pacjentowi hemodializowanemu i/lub jego rodzinie dotyczącej zasad stosowania diety z ograniczeniem fosforu. W wyniku skuteczności doboru technik komunikacji interpersonalnej oraz formy przekazu pacjenci doskonale opanowali ważne informacje związane z preferencjami dietetycznymi.

4. Prawdopodobnymi przyczynami stosowania u części pacjentów hemodializowanych diety bogatofosforanowej są niski status ekonomiczny oraz dolegliwości bólowe powodujące dyskomfort fizyczny utrudniający przygotowanie posiłków zgodnie z preferowanymi zasadami.

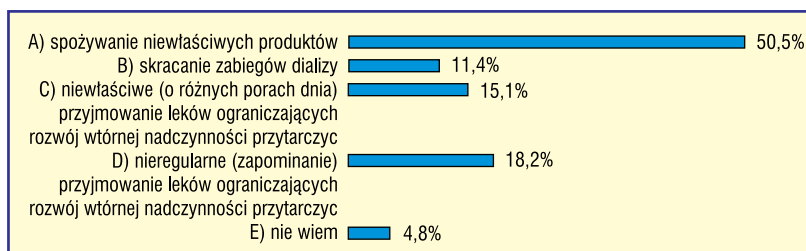
5. Edukowana grupa pacjentów hemodializowanych nie została w pełni przekonana, co do regularnego przyjmowania leków, a tym samym skuteczności postępowania farmakologicznego w odniesieniu do omawianego problemu. Wiedza na temat korzyści z regularnego przyjmowania leków w połączeniu z przestrzeganiem zalecanej diety może uchronić pacjentów przed groźnymi w skutkach zaburzeniami CKD-MBD.

6. Należy zwrócić szczególną uwagę na skutecznienie działań edukacyjnych związanych z uświadamianiem zwłaszcza tej grupy pacjentów hemodializowanych, którzy zapominają o regularnym przyjmowaniu zalecanych leków, a także wskazywanie pozytywnych stron prawidłowego przygotowywania pełnowartościowych posiłków.

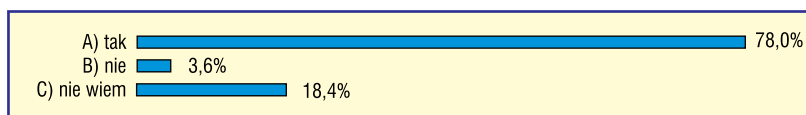
Wobec powyższego wydaje się, że specjalnie przygotowani i profesjonalnie reali-



Rycina 5. Przyczyny problemów zdrowotnych związanych z bólami kości, stawów, świadem w opinii pacjentów



Rycina 6. Przyczyna podwyższonego stężenia fosforu we krwi w opinii pacjentów



Rycina 7. Czy nadmierne spożywanie fosforu w diecie wpływa na produkcję parathormonu u człowieka?

zowany program edukacyjny zatytułowany „Chronić kości i serce, poprawisz jakość oraz długość życia” przeznaczony dla pacjentów z wtórną nadczynnością przysadczycy spełnił zamierzone cele. Autorka niniejszego artykułu pragnie podziękować za poświęcony czas i zaangażowanie wszystkim **pielęgniarkom nefrologicznym** (edukatorkom zdrowia) biorącym udział w niniejszym projekcie. Bez bezinteresownego wysiłku ponad 30-osobowego grona pielęgniarek — edukatorów zdrowia nie byłoby możliwe przeszkolenie tak licznej grupy pacjentów w zakresie problemów zaburzeń CKD-MBD, a jednocześnie przedstawienie powyższych wyników. Należy mieć również nadzieję, że wiedza przekazana pacjentom zostanie przez nich odpowiednio wykorzystana i przyniesie praktyczne korzyści w ochronie przed skutkami długotrwałej dializoterapii. Wiadomo bowiem, że edukacja zdrowotna jest wpisana w zadania zawodo-

▶▶Pielęgniarki, skuteczniejsząc swoje umiejętności porozumiewania się z pacjentem, potrafią w sposób profesjonalny wykorzystać możliwości poznawcze chorego◀◀

we współczesnego pielęgniarstwa od ponad 20 lat, a interaktywny sposób pracy z pacjentem jest zasadniczym elementem działań edukatorów. Nic więc dziwnego, że to właśnie pielęgniarki, skuteczniejsząc swoje umiejętno-

ści porozumiewania się z pacjentem, potrafią w sposób profesjonalny wykorzystać możliwości poznawcze chorego. Jest to swoisty sposób ochrony pacjentów przed skutkami powikłań długotrwałej dializoterapii.

STRESZCZENIE

Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej należą do istotnych problemów pacjentów z zaawansowaną przewlekłą chorobą nerek (CKD). Mogą prowadzić do bardzo poważnych chorób, głównie układu kostnego i sercowo-naczyniowego, powodujących dyskomfort samopoczucia, a nawet trwale inwalidztwo. Do najważniejszych celów stosowanego leczenia jest niewątpliwie ochrona pacjentów przed negatywnymi

następstwami obserwowanych zaburzeń. Niniejszy artykuł opisuje i analizuje wyniki autorskiego programu edukacji zdrowotnej pacjentów z wtórną nadczynnością przytarczyc realizowanego przez wybrany personel pielęgniarski w 29 ośrodkach nefrologicznych w Polsce.

Forum Nefrologiczne 2012, tom 5, nr 4, 325–332

Słowa kluczowe: wtórna nadczynność przytarczyc, dializoterapia, hiperfosfatemia, edukacja pacjenta, pielęgniarstwo nefrologiczne

Piśmiennictwo

1. Nowicki M. Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej w przewlekłej chorobie nerek. W: Rutkowski B., Durlik M. (red.). Praktyczny poradnik rozpoznawania i leczenia zaburzeń Ca-P u pacjentów z niewydolnością nerek. Przewlekła choroba nerek od rozpoznania do transplantacji. Konsultant Krajowy w Dziedzinie Nefrologii, Gdańsk 2009: 33–48.
2. Nowicki M., Rutkowski B., Czekalski S. Zalecenia Grupy Roboczej Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące rozpoznawania i leczenia zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek — uaktualnienie 2007. Nefrol. Dial. Pol. 2007; 11: 6
3. Nowicki M., Rutkowski B., Czekalski S. Zalecenia Grupy Roboczej Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące rozpoznawania i leczenia zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Praktyczne wskazówki do realizacji procedur zgodnych z charakterystyką grup jednorodnych (JGP). Nefrol. Dial. Pol. 2008; 12: 1.
4. Block G.A., Klassen P.S., Lazarus J.M. i wsp. Mineral metabolism, mortality, and morbidity in maintenance hemodialysis. J. Am. Soc. Nephrol. 2004; 15: 2208.
5. Nowicki M., Rutkowski B., Myśliwiec M. i wsp. Stanowisko Grupy Roboczej Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące rozpoznawania i leczenia powikłań mineralnych i kostnych przewlekłej choroby nerek. Nefrol. Dial. Pol. 2010; 14, 1–5.
6. Chudek J., Czerwińska B., Więcek A., Zaburzenia mineralne i kostne u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek — patofizjologia i leczenie. Nefrol. Dial. Pol. 2008; 12, 47–52.