



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Agnieszka Bach<sup>1</sup>, Grażyna Janicka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

<sup>2</sup>Stacja Dializ SPZOZ w Działdowie

# Ocena wiedzy pacjentów hemodializowanych na temat preferowanej diety

## Assessment of knowledge of patients on hemodialysis preferred diet

### ABSTRACT

The chronic kidney disease may become in the near future a disease of civilization. The systematic increasing in the number of cases of chronic kidney disease, is connected with longer lifetime and the complications of diabetes and hypertension. Diet of patients is inseparable element on kidneys ill, helping treatment. For this reason, the vast majority of people qualified for renal replacement therapy which

does not have adequate knowledge about nutrition, a field of action for educators diet. This article is an attempt to assess patients' knowledge of the impact of current diet on their health and well-being and preferences in nutrition education. The work is also checking on the real needs of the educational activity for patients treated by hemodialysis.

Forum Nefrologiczne 2014, vol. 7, no 1, 54–60

**Key words:** chronic renal failure, dialysis, diet, health education, nursing nephrology

### WSTĘP

Jedzenie stanowi bardzo ważny element życia każdego człowieka. W przewlekłej chorobie nerek (CKD, *chronic kidney disease*) w miarę upływu czasu pojawiają się coraz bardziej restrykcyjne ograniczenia w spożywaniu wybranych produktów, które często zaburzają autonomię pacjenta, powodując frustrację. Bywa nawet, że z powodu stałych zakazów i nakazów oraz deficytu wiedzy na temat diety wielu pacjentów nie jest zainteresowanych jej stosowaniem — przez co efekty terapeutyczne są umiarkowane i jednocześnie pogarsza się samopoczucie pacjentów. W schyłkowej niewydolności nerek samo leczenie hemodializą (HD) nie wystarcza. Należy uwzględnić odpowiednie leczenie farmakologiczne wspomagane dietą. Pacjent hemodializowany ma specyficzne zalecenia dotyczące żywienia. Od

znajomości tych zaleceń oraz umiejętności ich przestrzegania, zastosowania w codziennym życiu z chorobą, zależy jakość życia chorego. Nieprzestrzeganie zasad może prowadzić do nadmiernego gromadzenia płynów, a także groźnych dla życia pierwiastków (potas, fosfor). Nadmierne nagromadzenie potasu w organizmie pacjenta powoduje zaburzenia pracy serca, zaś nieograniczone spożycie fosforu jest przyczyną zaburzeń układu sercowo-naczyniowego oraz układu kostnego. Dodatkowo, a jednocześnie poważnym problemem wynikającym z braku przestrzegania zaleceń dietetycznych wśród pacjentów dializowanych jest niedożywienie. Niskie stężenie albumin w surowicy krwi wynikające z niedożywienia skutkuje nasiloną skłonnością do infekcji i znacznym osłabieniem. Takie sytuacje powodują stany zagrożenia nie tylko zdrowia, ale i życia pacjenta.

**Adres do korespondencji:**  
mgr piel. Agnieszka Bach  
Klinika Nefrologii, Transplantologii  
i Chorób Wewnętrznych  
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne  
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk  
e-mail: agnesbach@wp.pl  
mgr piel. Grażyna Janicka  
SPZOZ w Działdowie Stacja Dializ  
ul. Leśna 1, 13–200 Działdowo  
e-mail: grace64@o2.pl

## DIETA PACJENTA DIALIZOWANEGO JAKO ELEMENT LECZENIA

Zaburzenia odżywiania wiążą się nie tylko z samą chorobą podstawową, ale również z reakcją psychiczną na wprowadzane wymogi żywieniowe. W wyniku postępu CKD obserwuje się stopniowe narastanie wskaźników mocznicowych z jednoczesnym odczuwalnym pojawianiem się zaburzeń smaku, nudności i wymiotów. Objawy te powodują u pacjenta samoistne ograniczanie spożywanych pokarmów. Dodatkowo dołącza się obrzęk kosmków jelitowych, co zmniejsza wchłanianie niezbędnych składników odżywczych ze spożytych pokarmów. Stan ten zaczyna się już w 2., 3. stadium CKD i nasila się wraz z jej postępowaniem. Końcowy okres choroby wiąże się z jeszcze bardziej nasilonymi zaburzeniami smaku i upośledzeniem perystaltyki przewodu pokarmowego. Proces ten może doprowadzić do rozwoju anoreksji, określanej jako jadłowstręt psychiczny. Dodatkowy wpływ na rozwój jadłowstrętu mają zaburzenia hormonalne, wzrost ilości metabolitów przemiany energii. Następstwem jest utrata masy ciała, wraz ze spalaniem endogennego białka organizmu powodująca stopniowe wyniszczenie [1]. Cukrzyca, będąca jedną z podstawowych przyczyn nefropatii, również niesie za sobą ryzyko rozwoju psychogennych zaburzeń odżywiania. Rozwój żarłoczości, a także jadłowstrętu psychicznego może powodować niewyrównanie metaboliczne, przyspieszające rozwój powikłań cukrzycowych [2].

Otyłość obserwowana u wielu pacjentów z CKD stanowi ewidentną konsekwencję złego stylu życia i powoduje utrudnioną prawidłową kontrolę glikemii. Problem ten jest rozpowszechniony, gdyż otyłość lub nadwaga dotyczy niemal połowy polskiego społeczeństwa. Utrzymanie nadmiernego spożycia pokarmów z brakiem aktywności fizycznej nasila objawy zespołu metabolicznego. Otyłość wpływa na zwiększony przepływ kłębuszkowy (hiperfiltrację), dyslipidemię, następnie sklerotyzację kłębuszków i hiperinsulinemię. Powstała tkanka tłuszczowa powinna być jednocześnie traktowana jako gruczoł endokrynnny wydzielający np. leptynę. Otyłość jest łatwa do zmodyfikowania poprzez wprowadzenie odpowiedniej diety sprzyjającej poprawieniu funkcji nerek [3, 4].

Leczenie dietetyczne opiera się na odpowiednim zastosowaniu diety jako sposobu zapobiegania powikłaniom oraz zapewniania zdrowia. Utrzymanie odpowiedniego stanu

odżywienia stanowi część złożonego procesu terapeutycznego [5]. Dieta lecznicza w definicji zakłada celową modyfikację w zależności od choroby, ilości spożywanych składników, sposobu ich przyrządzenia i podawania. Wskazuje również składniki, które należy wyeliminować lub ograniczyć [6]. W opinii wielu badaczy dotyczącej opisywanej grupy pacjentów istnieje bardzo cienka granica pomiędzy stanem niedożywienia a pojawieniem się powikłań wynikających ze złego odżywiania. Dieta w CKD powinna być zindywidualizowana, aby zapobiegać rozwojowi niedożywienia białkowo-kalorycznego, a jednocześnie zapewniać choremu poczucie komfortu, poprawiając jakość życia [7–9].

### ZALECENIA DIETETYCZNE DLA PACJENTÓW DIALIZOWANYCH

Do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowiek potrzebuje wszystkich składników odżywczych. Składniki te są związkami chemicznymi, które organizm ludzki wykorzystuje do budowy, jako źródło energii lub do prawidłowego utrzymania procesów życiowych. Należy pamiętać, że wśród składników pokarmowych znajdują się składniki odżywcze, jak i składniki balastowe, nadające barwę, smak i zapach, a także składniki szkodliwe [6]. Każdy składnik odgrywa określoną rolę w organizmie, stąd tak ważna jest ich odpowiednia podaż. Spośród 60 składników potrzebnych do poprawnego funkcjonowania aż 40 uznaje się za niezbędne. Należą do nich substancje, które muszą zostać dostarczone z zewnątrz, gdyż nie są wytwarzane przez organizm człowieka. Substancjami egzogennymi są nienasycone kwasy tłuszczowe, 8 aminokwasów, witaminy oraz mikro- i makroelementy. Podstawowe składniki można podzielić ze względu na funkcję, które pełnią w organizmie. Do składników energetycznych należą węglowodany, tłuszcze oraz białka. Kolejną grupą są składniki budulcowe, do których zalicza się również białko oraz wapń, fosfor, żelazo, jod, siarkę, lipidy i cholesterol. Ostatnią grupę stanowią składniki regulujące, jak witaminy, mikro- i makroelementy oraz błonnik pokarmowy [10]. W tabeli 1 przedstawiono zalecane dzienne spożycie poszczególnych składników pokarmowych. Zalecenia te pochodzą od różnych towarzystw naukowych, a przedstawiono najbardziej liberalne.

Zalecana podaż energii u chorych hemodializowanych, również z cukrzycą, w wysoko-

▶▶Zaburzenia odżywiania wiążą się nie tylko z samą chorobą podstawową, ale również z reakcją psychiczną na wprowadzane wymogi żywieniowe◀◀

▶▶Dieta w CKD powinna być zindywidualizowana, aby zapobiegać rozwojowi niedożywienia białkowo-kalorycznego, a jednocześnie zapewniać choremu poczucie komfortu, poprawiając jakość życia◀◀

**Tabela 1.** Zalecenia żywieniowe dla hemodializowanych (za [11])

Zalecane spożycie na dobę	Składniki energetyczne		Składniki budulcowe			Makroelementy			Mikropierwiastki	Płyny
	Energia	Tłuszcze	Białka	Fosfor	Wapń	Potas	Sód	Magnez	Żelazo	Ml + objętość moczu
35 kcal/kg mc.	30% spożytej energii	1–1,4 g/kg mc.	1–1,4 g/dobę	1–1,5 g/dobę	2–2,5 g/dobę	1,8–3 g/dobę	0,2–0,3 g/dobę	Indywidualnie	500–1000 ml/dobę	

ści 35 kcal/kg/dobę, przeciętnie wynosi około 2000–2500 kcal na dobę. Podaż składników energetycznych można zredukować u osób starszych, otyłych i z obniżoną aktywnością do 30 kcal/kg/dobę [12, 13]. Zapotrzebowanie na tłuszcze zależy od potrzeb energetycznych organizmu. Określenie ilości spożywanych lipidów jest trudne, jednak ogólne zalecenia mówią, że podaż nie powinna przekraczać około 30% dziennego zapotrzebowania na energię. W diecie ograniczyć należy tłuszcze nasycone i cholesterol [9]. Zapotrzebowanie na białko jest różne w zależności od stanu klinicznego chorego hemodializowanego i wynosi 1–1,4 g/kg/dobę. Zaleca się białko pełnowartościowe, pochodzenia zwierzęcego. Białko pochodzenia roślinnego, jak kasze, rośliny strączkowe, jest niepełnowartościowe i powinno stanowić jedynie uzupełnienie diety [13]. Chorzy na cukrzycę mają takie same zalecenia jak pozostali, z ograniczeniem picia mleka w większych ilościach z powodu obecności cukru mlecznego [12]. Chorzy leczeni za pomocą HD powinni przyjmować wapń powyżej 1 g/dobę, jednak z powodu ograniczenia spożycia fosforu część powinna być suplementowana. Ograniczenie spożycia potasu wiąże się ze spożywaniem dwóch małych lub jednej dużej porcji warzyw i owoców [11]. Dozwolone są wszystkie gatunki chleba, ryż, makarony, przetwory mączne. Pomimo dużej zawartości potasu należy spożywać mięso, ryby, mleko i jego przetwory. Pacjentów hemodializowanych dotyczy znaczne ograniczenie w spożyciu sodu (do 2000 mg/d.). Skuteczność zastosowania diety niskosodowej potwierdzają badania przeprowadzone w ośrodku w Tassin, których wyniki wykazały dłuższe przeżycie osób konsekwentnie przestrzegających tej diety [11]. Zaleca się, aby chorzy z dietą ubogosodową spożywali dania niesolone, w zamian używali ziół [14]. Chory hemodializowany ma ograniczoną podaż płynów, dlatego każda objętość ponad 500 ml na dobę (przy istniejącym u chorego bezmoczem) powoduje przewodnienie, które

przy przekroczeniu 2000 ml między dializami zdecydowanie częściej powoduje wystąpienie hipotensji śródodializacyjnej, spowodowanej koniecznością zastosowania wysokiej ultrafiltracji [13, 15].

### ZADANIA EDUKATORA W ZAKRESIE EDUKACJI DIETETYCZNEJ

Edukacja żywieniowa jest częścią edukacji zdrowotnej. Jej celem jest nabycie prozdrowotnych zachowań żywieniowych. Uczy rozpoznawania potrzeb organizmu związanych z żywieniem, takich jak apetyt i pragnienie, ale również objawów związanych z przyrostem czy spadkiem masy ciała. Pozwala rozróżnić substancję dozwoloną, uczy sprawdzania etykiet w poszukiwaniu informacji o składzie i wartości energetycznej produktu [14]. Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące edukacji pacjentów z CKD informują o konieczności objęcia nią wszystkich pacjentów, na każdym etapie choroby. Środowisko nefrologiczne powinno się w pełni zaangażować w proces edukacji. Problem polega na braku specjalnie przygotowanych osób (dietetyków i pielęgniarek posiadających odpowiednie przygotowanie zawodowe zaangażowanych w proces edukacji) do oferowania fachowej pomocy pacjentom hemodializowanym. Obecnie w Polsce istnieje jednolity program edukacji pacjentów na każdym etapie CKD, z którego warto korzystać. Program ten od wielu lat jest realizowany w gdańskim ośrodku nefrologicznym i może zostać wykorzystany również w innych ośrodkach [17, 18]. Niezbędne jest przy tym wypracowanie pewnych standardów postępowania edukacyjnego i pełnego przekonania w zespole terapeutycznym o sensowności działań edukacyjnych. Każdy z członków ma do spełnienia określone zadanie, ale ściśle ze sobą powiązane mogą zwiastować osiągnięcie sukcesu. Współpraca powinna być płynna i dawać chorym poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie [19, 20]. Dietetyk powinien posiadać odpowiednie narzędzia w postaci

►►Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące edukacji pacjentów z CKD informują o konieczności objęcia nią wszystkich pacjentów, na każdym etapie choroby◄◄

tabel i wykresów dla lepszego zobrazowania przedstawianych treści oraz posługiwać się prostymi zaleceniami w połączeniu z praktycznymi poradami i przykładowym jadłospisem. Do jego zadań należy również ocena stanu odżywienia chorego na określonym etapie choroby.

## KORZYŚCI W REALIZACJI DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH

Widoczne efekty edukacji dietetycznej u indywidualnych pacjentów odczuwalne są w perspektywie długoterminowej, zwłaszcza gdy oczekiwanym efektem ma być skuteczna nefroprotekcja. Realizacja zaleceń dietetycznych stanowi jeden z jej elementów i pozwala na oddalenie wizji leczenia nerkozastępczego nawet o kilka lat. Edukacja żywieniowa wymaga zaangażowania personelu i samego pacjenta, zwłaszcza że daje ona choremu znaczne korzyści (poprawa samopoczucia i wyników laboratoryjnych, mniej incydentów hospitalizacji). Takie postępowanie jest zgodne z zasadą: lepiej zapobiegać niż leczyć. Tylko pacjent mający świadomość konsekwencji swoich działań rzetelniej przestrzega zrozumiałych zaleceń przekazywanych przez personel [17, 18].

## ANALIZA PROBLEMU NA PODSTAWIE BADAŃ WŁASNYCH

### MATERIAŁ I METODY

Na potrzeby niniejszej pracy autorki artykułu przeprowadziły badanie ankietowe (własnego projektu) wśród pacjentów hemodializowanych. Badania zostały przeprowadzone w terminie od 1 maja do 30 sierpnia 2013 roku w ośrodkach z Trójmiasta (Stacja Dializ UCK Gdańsk, NZOZ Centrum Dializa Sopot) oraz SPZOZ w Działdowie. Poddana badaniu grupa (n = 93) składała się z 43 (46%) kobiet i 50 (54%) mężczyzn. Ankietowani byli w wieku 21–90 lat, średnia wieku 59,67 lat (tab. 2). Osoby objęte badaniem ankietowym dobrowolnie i samodzielnie wypełniały kwestionariusz zawierający 31 pytań. Ankieta była podzielona na dwie części: pierwsza zawierała pytania dotyczące oceny wiedzy na temat preferowanej diety u pacjentów dializowanych, druga — pytania dotyczące sposobu i metod edukacji (tab. 3).

Głównym celem badania było poznanie poziomu wiedzy pacjentów na temat wpływu dotychczasowego sposobu odżywiania na ich zdrowie oraz preferencji w edukacji żywieniowej.

**Tabela 2.** Charakterystyka badanej grupy

Wiek	n = 93	Odsetek
< 30	4	4%
30–39	11	12%
40–49	7	8%
50–59	18	19%
60–69	29	31%
≥ 70	24	26%
Płeć		
M	50	54%
K	43	46%
Lata hemodializy		
> 1 rok	18	19%
1,1–5 lat	39	42%
5,1–10 lat	19	20%
10,1–15 lat	5	5%
> 15 lat	8	9%
Brak odpowiedzi	4	4,00%

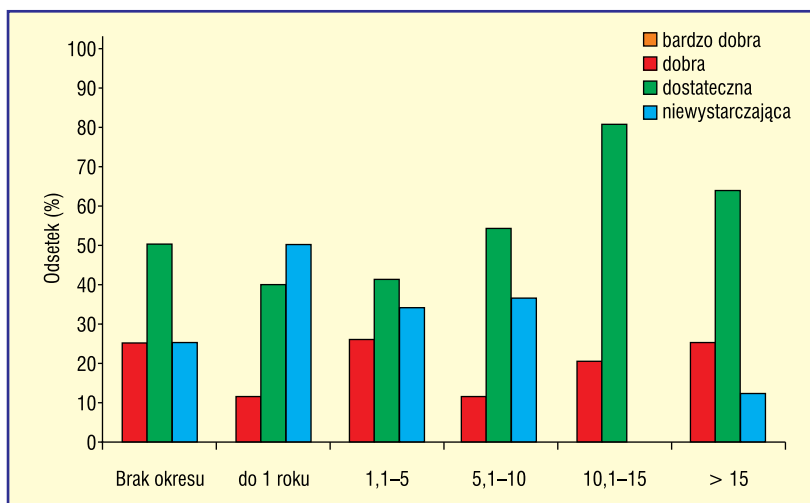
## WYNIKI

Analiza przedstawionej ankiety miała na celu określenie poziomu wiedzy pacjenta o podstawowych składnikach odżywczych (białko, fosfor, potas, wapń czy woda), które wpływają na samopoczucie i zdrowie człowieka dializowanego. Liczba punktów uzyskanych z poprawnych odpowiedzi wskazywała na poziom wiedzy badanych. Przyjęto skalę oceny od 0 do 24 punktów. Posługując się tym kryterium, 44 osoby (47%) z badanej populacji uzyskały ocenę dostateczną i było to niezależne od długości okresu leczenia HD (ryc. 1). Wynik ten był bardzo zbliżony do subiektywnej oceny samych pacjentów (poddanych badaniu) dotyczącej zasobu wiedzy na temat sposobu odżywiania się. Aż 41 osób (44%) oceniło swój poziom wiedzy jako średni. Dalsza analiza ankiety wykazała, że znacząca liczba pacjentów (66; 71%) deklarowała regularność spożywania posiłków. Prawie wszyscy badani pacjenci (89; 96%) mieli świadomość wpływu stosowanej diety na stan organizmu. Odpowiedzi na pytania dotyczące znajomości skutków spożycia produktów wysokopotasowych oraz prawidłowych sposobów przyrządzania produktów (ograniczających zawartość potasu) wykazały umiarkowanie dobrą znajomość opisywanego tematu. Wśród produktów wysokopotasowych pacjenci najczęściej wymieniali suszone owoce, banany i ziemniaki. Ponad połowa (61; 66%) ankietowanych wskazała prawidłową wartość potasu w surowicy

▶▶ Edukacja żywieniowa wymaga zaangażowania personelu i samego pacjenta ◀◀

**Tabela 3.** Kategorie pytań użytych w badaniu ankietowym w badanej grupie pacjentów (n = 93)

Zakres pytania	Liczba poprawnie udzielonych odpowiedzi	Liczba niewłaściwych odpowiedzi	Komentarz
Świadomość wpływu diety na stan zdrowia	89 (96%)	4 (4%)	
Przestrzeganie regularności przyjmowania posiłków	66 (71%)	27 (29%)	
Ocena wiedzy nt. szkodliwego wpływu potasu na organizm człowieka	362 (64,6%)	198 (35,4%)	Zastosowano pytania wielokrotnego wyboru
Ocena wiedzy nt. możliwości ograniczenia zawartości potasu w spożywanych posiłkach	93 (79,5%)	39 (29,5%)	Zastosowano pytania wielokrotnego wyboru
Ocena wiedzy nt. szkodliwego wpływu fosforu na organizm człowieka	216 (74,5%)	74 (25,5%)	Zastosowano pytania wielokrotnego wyboru
Ocena wiedzy nt. szkodliwego wpływu sodu na organizm człowieka	153 (77%)	44 (23%)	Zastosowano pytania wielokrotnego wyboru
Ocena wiedzy nt. spożywania odpowiedniej ilości białka w diecie człowieka	131 (55,5%)	105 (44,5%)	Zastosowano pytania wielokrotnego wyboru
Ocena wiedzy nt. szkodliwego wpływu nadmiernej ilości wody (przewodnienia) na organizm człowieka	125 (67,2%)	61 (32,8%)	Zastosowano pytania wielokrotnego wyboru
Poszukiwanie informacji nt. zasad żywienia w okresie hemodializ			
Nigdy	14	15,00%	
Sporadycznie	61	66%	
Ciągle	18	19%	
Źródła informacji			
Internet	29	31%	
Lekarz	29	31%	
Pielęgniarka	62	67%	
Dietetyk	12	13%	
Książki	33	35%	
Czasopisma	26	28%	
Radio i TV	8	9%	
Stowarzyszenia	4	4%	
Brak odpowiedzi	9	10%	



**Rycina 1.** Ocena pacjenta na temat jego wiedzy dotyczącej zasad preferowanej diety w zależności od długości leczenia hemodializą

krwi. Podobna grupa ankietowanych wykazała się wiedzą na temat objawów zbyt wysokiego stężenia potasu we krwi (zaburzenia rytmu serca — 58; 62%, drętwienie kończyn — 51; 55%). Około połowy (52; 56%) badanej grupy prawidłowo wskazało produkty żywnościowe zawierające najwięcej fosforanów. Ankietowani wyodrębnili więcej niż jeden produkt, który należy ograniczać w diecie, aby uchronić się przed dyskomfortem fizycznym. Wśród objawów niepożądanych związanych z podwyższonym fosforem we krwi wymieniali: świąd skóry (43; 46%) i ból stawów (59; 63%). Kolejnym analizowanym składnikiem w ankiecie było białko uznane przez 81 (87%) respondentów za istotny element odżywczy warunkujący dobre samopoczucie i ochronę przed infekcjami. Aż

79 (85%) ankietowanych prawidłowo wskazało produkty (konserwy) zawierające duży ładunek sodu i określiło negatywny skutek nadmiernego spożycia sodu warunkujący retencję wody oraz podwyższone wartości ciśnienia tętniczego. Prawie 90% (84) badanych przyznało, że powinno ograniczać spożycie płynów w diecie, ale tylko 44% (41) badanych odpowiedziało prawidłowo, że osoba nieoddająca moczu może wypić tylko 0,5 l/dobę. Ponadto około 50% ankietowanych nie potrafiło określić prawidłowej ilości płynów do spożycia w codziennym jadłospisie.

Zastosowane w kwestionariuszu pytania dotyczące preferencji edukacyjnych wniosły ciekawe sugestie. Niemal połowa ankietowanych (41; 44%) pacjentów uznała swój poziom wiedzy za średni, a kolejnych 18 (19%) za niski. Jednocześnie 61 (66%) respondentów zadeklarowało, że sporadycznie poszukuje jakichkolwiek informacji na temat diety. Najczęstszym źródłem poza personelem medycznym jest internet (29; 31%) oraz czasopisma medyczne i pozamedyczne. W poddanych badaniu ośrodkach HD edukatorami najczęściej są pielęgniarki (88%) i lekarze (32%). Tylko 1 ośrodek zatrudnia dietetyka. Dlatego tylko 11 (12%) badanych odpowiedziało, że korzystało okazjonalnie z porad specjalisty. W większości ośrodków nefrologicznych w Polsce zadania edukatora w zakresie diety przypisuje się pielęgniarkom. Jest to poważne zadanie wymagające stale aktualizowanej wiedzy i zaangażowania zarówno pod względem merytorycznym, jak i metodologicznym. Pozostaje więc pytanie, kiedy prowadzić tak zorganizowaną edukację, żeby była bardziej skuteczna. Proces edukacji żywieniowej w opinii 37 (40%) ankietowanych pacjentów powinien być prowadzony w okresie leczenia zachowawczego, a według 50 (54%) osób — w trakcie przygotowań do leczenia nerkozastępczego, czyli już po zakwalifikowaniu do dializ. Niewątpliwie pytanie to pozostanie otwarte, gdyż na każdym etapie zalecenia dietetyczne różnią się zasadniczo. Wydaje się, że edukacja dietetyczna powinna być co pewien czas powtarzana i potwierdzana odpowiednimi materiałami edukacyjnymi. Istnieje wówczas szansa pomocy pacjentom zgodnie z ich oczekiwaniami. W trakcie prowadzenia edukacji można wykorzystywać materiały w postaci książek i broszur czy czasopism, z których chorzy chętnie korzystają.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Zarówno edukacja zdrowotna, jak i sposób jej prowadzenia są ważnymi tematami

w przekonaniu pacjentów hemodializowanych. Żeby skutecznie edukować, należy wiedzieć, kto powinien to robić, a także kiedy i jak przekazywać niezbędne informacje. Pomimo znaczącego wysiłku pielęgniarek nefrologicznych zajmujących się edukacją dietetyczną wiedza chorych hemodializowanych jest niewystarczająca. Chorzy na ogół potrafią wskazać produkty, które powinni ograniczać, lecz problem stanowi przestrzeganie zaleceń żywieniowych. Przyczyn nieprzestrzegania wskazówek może być wiele. Doświadczenie edukacyjne autorek niniejszej pracy przekonuje, że znaczącym czynnikiem utrudniającym skuteczność działań jest zaawansowany wiek chorych oraz związany z tym niski status ekonomiczny (emerytura/renta). Zaawansowany wiek przekłada się również na zdolności manualne w przygotowaniu posiłków. Kolejną przyczyną nieprzestrzegania zaleceń są wieloletnie nawyki i przyzwyczajenia żywieniowe trudne do zmiany. Niezależnie jednak od tego, czy nieprzestrzeganie zaleceń wynika z braku wiedzy czy z niechęci do ich przestrzegania, należy systematycznie przeprowadzać edukację z uwzględnieniem indywidualnego podejścia do pacjenta. Wiedza powinna być przekazywana w sposób zrozumiały i łatwo przyswajalny. Przedstawione wyniki uzyskane z własnego materiału badawczego potwierdziły efekt działań edukatorów. W porównaniu z pracami innych badaczy analizy te nie wykazały większych różnic w skuteczności edukacji [20–22]. Znaczący jest fakt, że nadal największym zaufaniem cieszy się personel znany choremu (pielęgniarki/lekarze), mogący mieć wpływ na zachowania prozdrowotne, do których należy również edukacja dietetyczna.

Zaprezentowana w niniejszym artykule analiza skłania do następujących wniosków:

- poziom ogólnej wiedzy o zasadach żywieniowych wśród pacjentów hemodializowanych nie jest wystarczający i pozostawia pole do działań edukacyjnych;
- edukacja powinna być prowadzona już od czasu leczenia zachowawczego (klinicznego) i kontynuowana w trakcie leczenia nerkozastępczego;
- edukację powinien prowadzić zespół składający się z osób budzących zaufanie wśród pacjentów (pielęgniarek i lekarzy, wspomaganych przez dietetyka);
- do prowadzenia edukacji należy wykorzystywać pomoce w postaci łatwych i czytelnych broszur, które otrzyma każdy pacjent.

►►Wiedza powinna być przekazywana w sposób zrozumiały i łatwo przyswajalny◀◀

## STRESZCZENIE

Przewlekła choroba nerek może stać się w niedalekiej przyszłości chorobą cywilizacyjną. Stały systematyczny wzrost liczby zachorowań częściowo wiąże się ze wzrostem długości życia oraz z rozwojem powikłań chorób cywilizacyjnych, do których należą cukrzyca oraz nadciśnienie tętnicze. Dieta osób chorych na nerki jest nierozłącznym elementem wspomagającym leczenie. Z tego powodu zdecydowana większość osób zakwalifikowanych do leczenia nerkozastępczego nieposiadająca odpowiedniej wiedzy na temat

żywienia stanowi pole do działania dla osób zajmujących się edukacją dietetyczną. Artykuł stanowi próbę oceny wiedzy pacjentów na temat wpływu dotychczasowego sposobu odżywiania na ich zdrowie i samopoczucie oraz preferencji w edukacji żywieniowej. Praca jest również sprawdzeniem zapotrzebowania na realną działalność edukacyjną w odniesieniu do pacjentów leczonych metodą hemodializy.

**Forum Nefrologiczne 2014, tom 7, nr 1, 54–60**

**Słowa kluczowe: przewlekła niewydolność nerek, dializa, dieta, edukacja zdrowotna, pielęgniarstwo nefrologiczne**

## Piśmiennictwo

1. Romejko-Ciepielewska K., Niemczyk S. Anoreksja u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, wpływ czynników hormonalnych. *Nefrologia Dializoterapia Polska* 2009; 13 (2): 79–85.
2. Krzymień J., Kryńska Ł. Psychogenne zaburzenia odżywiania u osób z cukrzycą. *Przewodnik Lekarski* 2005; 3: 32–35.
3. Dytfeld J., Bogdański P., Pupek-Musialik D. Nefropatia związana z otyłością. *Nefrol. i Dial. Pol.* 2008; 12: 253–257.
4. Wyzgał J., Senatorski G. Cukrzyca. W: Pączek L., Mucha K. (red.). *Choroby wewnętrzne*. PZWL, Warszawa 2004: 500–514.
5. Czekalski S., Gellert R., Rutkowski B., Bidos 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*. Czelaj, Lublin 2006: 9–34.
6. Gawęcki J. Człowiek i jego pokarm. W: Gawęcki J., Hryniewicz L. (red.). *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywności*. PWN, Warszawa 2000: 5–30.
7. Rutkowski B., Król E. Przewlekła niewydolność nerek. W: Rutkowski B. (red.). *Dializoterapia w praktyce lekarskiej*. MAKmed, Gdańsk 2004: 56–76.
8. Mikłowski A., Szczypkowska M., Smoleński O. Zasady żywienia u pacjentów leczonych przy pomocy dializoterapii. W: Rutkowski B. (red.). *Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej*. MAKmed, Gdańsk 2002: 364–377.
9. Jankowska M., Małgorzewicz S., Kaczkaczan M., Łysiak-Szydłowska W., Czekalski S. Zaburzenia odżywiania oraz zasady racjonalnego żywienia u pacjentów leczonych nerkozastępczo. W: Rutkowski B. (red.). *Leczenie nerkozastępcze*. Czelaj, Lublin 2007: 561–570.
10. Ciborowska H. Składniki odżywcze i ich znaczenie w żywieniu. W: Ciborowska H., Rudnicka A. *Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka*. PZWL, Warszawa 2007.
11. Małgorzewicz S., Łysiak-Szydłowska W., Lichodziejewska-Niemierko M. Zasady żywienia w okresie dializoterapii. W: Rutkowski B. (red.). *Dializoterapia w praktyce lekarskiej*. Wyd. 3, MAKmedia, Gdańsk 2004: 733–746.
12. Ciborowska H. Żywienia dietetyczne w chorobach układu moczowego. W: Ciborowska H., Rudnicka A. *Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka*. PZWL, Warszawa 2007: 379–420.
13. Pietrzyk J. Żywność chorych z niewydolnością nerek. *Autorska Agencja Reklamowa Vi, Toruń* 1999.
14. Małgorzewicz S., Kicińska A., Kaczkaczan M. *Przewodnik dietetyczny dla pacjentów dializowanych*. Czelaj, Lublin 2008.
15. Książek A., Załuska W. Rola wolemii w przewlekłej chorobie nerek. W: Więcek A. (red.). *Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym*. T VII, *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2008: 95–95.
16. Wojnarowska B. Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa 2007: 127, 295–297.
17. Białobrzęska B., Bielińska-Ogrodnik D., Jankowska M. i wsp. Szczegółowy program edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. W: Białobrzęska B., Dębska Śliżień A. *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. PZWL, Warszawa 2013: 386–422.
18. Rutkowski B. Stanowisko Zespołu Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Nefrologii w sprawie edukacji pacjentów nefrologicznych. *Forum Nefrologiczne* 2009; 2 (3): 137–140.
19. Babska K., Nowicki M., Tkaczyk M. Samodzielność pielęgniarek w zespole terapeutycznym na przykładzie stacji dializ województwa łódzkiego. *Pol. Merk. Lek.* 2009; XXVI (154): 306–310.
20. Wojtaszek E., Matuszkiewicz-Rowińska J. Rola pielęgniarki w multidyscyplinarnym zespole terapeutycznym w leczeniu pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2008; 12: 44–46.
21. Wyszomirska A., Narojek L., Myszowska-Rygiak J. i wsp. Wpływ rytmu i pory dializ na spożycie wybranych składników pokarmowych przez pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. *Rocznik PZH* 2007; 58 (1): 159–163.
22. Kucharska E., Bober J., Bogacka A. i wsp. Ocena żywienia pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek leczonych hemodializą. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna* 2008; XLI (2): 161–167.