EDUKACJA PACJENTÓW JAKO PODSTAWOWY ELEMENT W OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ NAD OSOBAMI ZE SCHYŁKOWĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK

PATIENTS' EDUCATION AS A BASIC TASK IN THE NURSING CARE OF PATIENTS WITH THE END-STAGE RENAL DISEASE

Tomasz Jarosław Niewiadomski[1], Dorota Talarska[2]

[1] Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Według szacunków niektórych epidemiologów różny stopień uszkodzenia nerek może występować nawet u 4 mln osób w Polsce. Ludzie z przewlekłą chorobą nerek w jej schyłkowym stadium każdego dnia są zmuszeni do radzenia sobie z chorobą i wyzwaniami z nią związanymi. Muszą utrzymywać zdolność do wykonywania prostych, codziennych czynności, których wykonanie większość ludzi (zdrowych i chorych) bierze za pewnik. Edukacja pacjenta ze schyłkową niewydolnością nerek wychodzi naprzeciw jego zmaganiom z przewlekłą chorobą. Pielęgniarki, położne i lekarze mają obowiązek aktywnego uczestnictwa w edukacyjnych wysiłkach ukierunkowanych na pacjentów, szczególnie tych przewlekle chorych.
Celem pracy jest przedstawienie znaczenia i zakresu działań edukacyjnych realizowanych przez pielęgniarkę podczas opieki nad pacjentami ze schyłkową niewydolnością nerek.
Prezentowana praca została zrealizowana z wykorzystaniem nieinterakcyjnej metody badań. Techniką badawczą była analiza treści wybranego piśmiennictwa z zakresu epidemiologii, diagnostyki, leczenia i pielęgnowania pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek.
Edukacja pacjentów w opiece pielęgniarskiej nad pacjentami z niewydolnością nerek jest procesem złożonym, wieloetapowym, międzydyscyplinarnym i ukierunkowanym na przygotowanie pacjenta do aktywnego i świadomego udziału w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym, dietetycznym, rehabilitacyjnym i pielęgnacyjnym. Edukacja pacjentów w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek od samego początku rozwoju przewlekłej choroby nerek daje wiele potencjalnych korzyści pacjentom i pracownikom służby zdrowia, w tym poprawę wyników leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE: edukacja pacjentów, przewlekła choroba nerek (PChN), schyłkowa niewydolność nerek (SNN).

ABSTRACT

According to estimates by epidemiologists, the renal damage of varying degrees may occur in up to four million people in Poland. People with the end-stage renal disease are forced to cope with the disease and the challenges associated with it on a daily basis. They must work to maintain the ability to perform simple, everyday activities that most people (healthy and ill alike) take for granted. Patients' education in the end-stage renal disease responds to this struggle with chronic illness. Nurses, midwives and doctors are obliged to actively participate in educational efforts aimed at patients, especially those with chronic illnesses.
This paper presents the meaning and scope of educational activities carried out by nurses when caring for patients with the end-stage renal disease.
The research was carried out using a non-interactive method. The technique was a content analysis of selected literature on the epidemiology, diagnosis, treatment and care of patients with the end stage renal disease.
Patients' education during the nursing care of patients with ESRD is a complex, multi-staged process directed toward the preparation of patients for active, conscious participation in diagnostic, therapeutic, dietary and nursing procedures. The education of patients with chronic renal failure from the very beginning of the development of chronic kidney disease has many potential benefits for both patients and health professionals, including better treatment results.

KEYWORDS: patients' education, chronic kidney disease (CKD), end-stage renal disease (ESRD).

Wstęp

Ludzie z przewlekłą chorobą nerek w jej schyłkowym stadium każdego dnia są zmuszeni do radzenia sobie z chorobą i wyzwaniami z nią związanymi. Muszą utrzymywać zdolność do wykonywania prostych, codziennych czynności, których wykonanie większość

ludzi (zdrowych i chorych) bierze za pewnik. Jednocześnie ludzie z przewlekłą chorobą nerek często zmagają się z frustracją, gniewem czy depresją, które mogą towarzyszyć przewlekłym problemom zdrowotnym. Edukacja pacjenta ze schyłkową niewydolnością nerek wychodzi naprzeciw jego zmaganiom z przewlekłą chorobą. Według zasad opracowanych przez Światowe Stowarzyszenie Medyczne w Deklaracji Praw Pacjenta, przyjętych w 1981 roku przez 34 Światowe Zgromadzenie Medyczne w Lizbonie, Portugalia (zmienione w 1995 roku przez 47 Walne Zgromadzenie Światowego Stowarzyszenia Medycznego w Bali, Indonezja, następnie w 2005 roku w Santiago, Chile), każda osoba ma prawo do edukacji zdrowotnej, która może pomóc w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących własnego zdrowia oraz w uzyskaniu informacji o dostępnych usługach zdrowotnych. Zasada dziewiąta Deklaracji Lizbońskiej stanowi, że edukacja powinna zawierać informacje na temat zdrowego stylu życia oraz o metodach zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób. Pielęgniarki, położne i lekarze mają obowiązek aktywnego uczestnictwa w edukacyjnych wysiłkach ukierunkowanych na pacjentów, szczególnie tych przewlekle chorych [1, 2]. W związku z narastającą na całym świecie, w tym także w Polsce, liczbą pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN) rola, jaką winna spełnić edukacja pacjentów w każdym stadium rozwoju PChN, jest nie do przecenienia [3].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie znaczenia i zakresu działań edukacyjnych realizowanych przez pielęgniarkę podczas opieki nad pacjentami ze schyłkową niewydolnością nerek.

Metodyka badań

Prezentowana praca została zrealizowana z wykorzystaniem nieinterakcyjnej metody badań. Techniką badawczą była analiza treści wybranego piśmiennictwa z zakresu epidemiologii, diagnostyki, leczenia i pielęgnowania pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek.

Przewlekła choroba nerek (PChN)

Według szacunków niektórych epidemiologów różny stopień uszkodzenia nerek może występować nawet u 4 mln osób w Polsce [3–6]. Przewlekła choroba nerek to złożony zespół chorobowy, który charakteryzuje się często powolnym, ale nieodwracalnym i przeważnie postępującym pogorszeniem funkcji nerek [3–6]. W PChN występuje obniżenie przesączania kłębuszkowego (ang. *glomerular filtration rate*, GFR) poniżej 60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała, trwające co najmniej trzy miesiące, niezależnie od przyczyny. Uszkodzenie nerek w wielu chorobach charakteryzuje się występowaniem albuminurii, określonej stosunkiem stężenia albumin do stężenia kreatyniny > 30 mg/g w dwóch z trzech próbek moczu [5]. W schyłkowym stadium PChN dochodzi do mocznicy, która jest zespołem systemowego zatrucia organizmu, do którego dochodzi w wyniku niewydolności nerek dającej w efekcie szereg zaburzeń, powodujących wystąpienie objawów klinicznych mocznicy. Częściej występujące objawy mocznicy [3–11]:

- ogólne, np.: osłabienie, cechy niedożywienia, zmiany ilości oddawanego moczu;
- skórne, np.: suchość, bladość, świąd, zadrapania;
- ze strony przewodu pokarmowego, np.: niesmak w ustach, jadłowstręt, nudności, wymioty, „zapach mocznicowy" z ust, krwawienia z przewodu pokarmowego;
- psychiczne, np.: depresja;
- neurologiczne, np.: bóle głowy, zaburzenia snu, neuropatia obwodowa, kurcze mięśniowe;
- ze strony układu krążenia, np.: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu;
- hematologiczne, np.: niedokrwistość, skaza krwotoczna;
- ze strony układu ruchu, np.: bóle kostne i stawowe, osłabienie i zanik mięśni;
- ze strony narządów płciowych, np.: zmniejszenie popędu płciowego, zaburzenia miesiączkowania, niepłodność.

Leczenie zachowawcze może jedynie przedłużać życie chorego, przed śmiercią chorego może uchronić włączenie leczenia nerkozastępczego: dializoterapii lub transplantacji nerki [5–11].

Edukacja pacjentów w opiece pielęgniarskiej nad pacjentami z niewydolnością nerek jest procesem złożonym, wieloetapowym, międzydyscyplinarnym i ukierunkowanym na przygotowanie pacjenta do aktywnego i świadomego udziału w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym, dietetycznym, rehabilitacyjnym i pielęgnacyjnym [8].

Przeprowadzenie edukacji wymaga od pielęgniarek ciągłego doskonalenia zawodowego i zdobywania nowych umiejętności, w tym w zakresie metod i form edukacji stosowanych w nauczaniu osób dorosłych [13]. Podejmowane przez pielęgniarkę działania mają na celu przede wszystkim przygotowanie pacjenta do samokontroli w zakresie podstawowych parametrów życiowych oraz objawów wskazujących na występowanie powikłań. Pozyskanie pacjenta do współpracy w procesie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z PChN może uczynić pacjenta współodpowiedzialnym za wyniki świadczonej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, a tym sa-

mym może przyczynić się do zwiększenia efektywności tej opieki i zmniejszenia liczby powikłań wynikających z PChN [4, 13]. Działania edukacyjne w pracy pielęgniarki i całego wielozawodowego zespołu profesjonalistów zajmującego się pacjentem z PChN (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog), mimo potrzeby dużego zaangażowania czasowego wielu osób, powinny jednak być podejmowane, ponieważ oprócz wymiernych korzyści finansowych działania te mogą także poprawić jakość życia pacjentów z PChN. Niezbędne jest wprowadzenie w polskim systemie ochrony zdrowia powszechnej edukacji zdrowotnej przeznaczonej dla pacjentów będących na różnych etapach PChN [4] w celu zmniejszenia liczby pacjentów, u których występuje progresja choroby i konieczność rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego. Edukacja pacjenta stanowi integralną część opieki pielęgniarskiej [14–18] i jest określana jako świadome komunikowanie się z pacjentem, którego celem jest pomaganie w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem, rozwijanie pozytywnych postaw wobec zdrowia oraz inicjowanie i utrzymywanie prozdrowotnych zachowań [14]. Edukacja pacjenta stanowi składową szerszego zagadnienia, jakim jest edukacja zdrowotna, która jest rozumiana jako proces, w którym ludzie uczą się dbać o własne zdrowie i zdrowie społeczności, w której żyją [17].

Z powyższego określenia edukacji pacjenta wynika, że:

- wykracza ona poza proste informowanie i kładzie nacisk na postawy i zachowania,
- podstawą jej efektywności jest dobrowolna współpraca i udział pacjenta,
- dla właściwego jej prowadzenia konieczne jest rozumienie i stosowanie zasad efektywnego komunikowania się oraz prawidłowości związanych z procesem uczenia się, motywacji i zmiany zachowań [14, 17].

Jak już wcześniej zwrócono uwagę, edukacja pacjentów w opiece pielęgniarskiej nad pacjentami z niewydolnością nerek jest procesem złożonym, wieloetapowym i międzydyscyplinarnym, ukierunkowanym na przygotowanie pacjenta do aktywnego i świadomego udziału w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym, dietetycznym, rehabilitacyjnym i pielęgnacyjnym. Wskazówki edukacyjne dla pacjentów z niewydolnością nerek, przekazywane pacjentowi i ewentualnie jego bliskim w formie ustnej i/lub pisemnej informacji, powinny spełniać określony standard w zakresie treści oraz uwzględniać stan i sytuację pacjenta. Informacje przekazywane pacjentowi dotyczą między innymi budowy i funkcji układu moczowego, ze szczególnym uwzględnieniem funkcji nerek.

Podstawowe wskazówki edukacyjne dla pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek dotyczą postępowania diagnostycznego, leczniczego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego.

W zakresie postępowania leczniczego edukacja pacjentów obejmuje informacje o:

- stosowanych lekach, w tym o dawkowaniu i ewentualnych objawach ubocznych: leki moczopędne i inne leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi, antybiotyki, leki korygujące zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej oraz zaburzenia lipidowe, inne leki;
- konieczności przyjmowania leków przez cały zalecony okres;
- konieczności konsultowania z nefrologiem wszystkich przyjmowanych leków, szczególnie zleconych przez innych lekarzy;
- unikaniu infekcji oraz konieczności ich leczenia, kiedy wystąpią, nauczenie pacjenta rozpoznawania objawów infekcji, w tym infekcji górnych dróg oddechowych, infekcji dróg moczowych oraz zakażeń skóry;
- dodatkowych niepokojących objawach, które mogą być wynikiem zaburzeń elektrolitowych, a które wymagają konsultacji lekarskiej, tj.: hipo- i hiperkaliemia, hipo- i hiperkalcemia, hipo- i hipernatremia, hiperfosfatemia lub wynikiem zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej, tj. kwasica metaboliczna, inne;
- innych objawach i stanach, które wymagają konsultacji lekarskiej, tj.: infekcja dostępu naczyniowego, zakażenie miejscowe wokół cewnika do dializy otrzewnowej, dializacyjne zapalenie otrzewnej, niedożywienie, niedokrwistość, krwawienia z przewodu pokarmowego oraz innych stanach, które mogą pogorszyć funkcje nerek, tj. np.: ciąża, zabieg operacyjny, krwotok i inne choroby;
- samokontroli: nauczenie pacjenta i bliskich techniki dokonywania pomiarów: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi (zakaz pomiaru ciśnienia tętniczego krwi na kończynie z wykonaną przetoką tętniczo-żylną) oraz kontrolowania masy ciała (w tym określenie tzw. suchej masy ciała), obwodów ciała, w tym obrzęków, pH moczu i prowadzenia bilansu płynów, kontrolowanie ilości i wyglądu dializatu pozyskiwanego po dializie otrzewnowej oraz systematyczna kontrola ujścia cewnika otrzewnowego, pouczenie o konieczności natychmiastowego

kontaktu z oddziałem dializ w razie stwierdzenia nieprawidłowości;
- leczeniu zachowawczym stosowanym w niewydolności nerek, w tym o zasadach leczenia oraz zaletach i wadach poszczególnych metod leczenia nerkozastępczego (hemodializa i inne techniki dializacyjne, dializa otrzewnowa i jej modyfikacje, przeszczep nerki);
- włączeniu pacjenta w proces decyzyjny dotyczący leczenia nerkozastępczego, z uwagi na konieczność uzyskania świadomej zgody pacjenta i jej znaczenie oraz udział pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczącej wyboru odpowiedniej metody leczenia nerkozastępczego. Aktywny udział pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczącej wyboru odpowiedniej metody leczenia sprzyja współpracy pacjenta w procesie leczenia oraz pozwala na osiągnięcie sukcesu podczas leczenia, a także zapewnia odpowiednio wysoką jakość życia pacjenta w trakcie leczenia nerkozastępczego [6, 7, 9–12].

W zakresie postępowania dietetycznego edukacja pacjentów obejmuje informacje o:
- konieczności przestrzegania diety pod względem jakościowym i ilościowym oraz częstości spożywania posiłków. Pomocne jest prowadzenie dzienniczka spożycia, który pomaga narzucić dyscyplinę terapeutyczną, ułatwia zrozumienie procesu terapeutycznego oraz pozwala na korygowanie popełnianych błędów żywieniowych;
- liście pokarmów i przypraw, których pacjent powinien unikać lub które powinien wyeliminować, oraz o możliwości zmiany ograniczeń dietetycznych i płynowych wraz ze zmianami funkcji nerek występującymi w różnych stadiach zaawansowania niewydolności nerek (zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, hiperazotemia);
- przy obrzękach, nadciśnieniu tętniczym krwi, obniżonej diurezie – ograniczeniu przyjmowanych płynów i eliminacji pokarmów bogatych w sód;
- przy hiperkaliemii – eliminacji pokarmów bogatych w potas;
- przy hiperfosfatemii – eliminacji pokarmów bogatych w fosfor;
- podaży białka, która uzależniona jest od wielkości filtracji kłębuszkowej; przy wyrównanej niewydolności nerek zaleca się, aby ilość spożywanego białka wynosiła ok. 1 g/kg masy ciała/d, niewielkie ograniczenie przyjmowania białka zaleca się w przypadku GFR < 70 ml/min, kiedy GFR spada poniżej 55 ml/min zaleca się 0,55–0,6 g białka/kg masy ciała/d, przy GFR < 20 ml/min 0,4 g/kg masy ciała/d, jednak taką dietę można stosować tylko pod nadzorem lekarza (a najlepiej lekarza i dietetyka), gdyż istnieje ryzyko rozwoju niedożywienia lub niedoborów pokarmowych, w okresie leczenia hemodializą: 1,0–1,2 g białka/kg masy ciała/d, w okresie leczenia dializą otrzewnową: 1,2–1,3 g białka/kg masy ciała/d, zaleca się także, aby 50% spożywanego białka było bogate w egzogenne aminokwasy (białko o wysokiej wartości biologicznej: ryby, białko jaja, drób oraz mleko i jego przetwory), zaleca się zwiększenie > 1,5 g białka/kg masy ciała/d w razie dializacyjnego zapalenia otrzewnej;
- pokryciu zapotrzebowania energetycznego w 55–60% z węglowodanów złożonych (zalecane jest powyżej 35 kcal/kg masy ciała/d), u chorych dializowanych otrzewnowo konieczne jest uwzględnianie kaloryczności płynu dializacyjnego (np. przy stężeniu 4,5% glukozy w płynie dializacyjnym z jednego worka o objętości 2000 ml organizm wchłania 36 kcal);
- uzupełnianiu zawartości błonnika w diecie, zwiększeniu spożycia warzyw i owoców oraz płynów w celu zapobiegania zaparciom.

Nauką zasad dietetycznych powinny być objęte, oprócz pacjenta, przede wszystkim osoby odpowiedzialne w rodzinie za przygotowanie posiłków [6, 7, 9–12].

W zakresie postępowania pielęgnacyjnego edukacja pacjentów obejmuje informacje o:
- konieczności utrzymania czystości i odpowiedniego nawilżenia skóry, szczególnie w okolicach obrzęków, w okolicy moczowo-płciowej, dostępu naczyniowego do hemodializy i/lub ujścia cewnika otrzewnowego do dializy otrzewnowej;
- zasadach higieny ujścia cewnika otrzewnowego do dializy otrzewnowej;
- zakazie nakłuwania naczyń krwionośnych, pobierania krwi i dożylnego podawania leków na kończynie, na której została założona przetoka do dializy pozaustrojowej (oprócz sytuacji związanych z bezpośrednim zagrożeniem zdrowia i życia);
- obowiązku noszenia luźnej odzieży, która nie uciska przetoki tętniczo-żylnej do hemodializy;
- zakazie dźwigania ciężarów oraz noszenia zegarka i innej uciskającej biżuterii na kończynie, na której została założona przetoka tętniczo-żylna do hemodializy;
- zasadach prowadzenia i dokumentowania procedury wymian podczas dializy otrzewnowej (chory musi zademonstrować samodzielnie wymianę) oraz doboru płynów dializacyjnych o odpowiednim stężeniu i temperaturze.

W zakresie postępowania rehabilitacyjnego edukacja pacjentów obejmuje informacje o:

- zaletach podstawowej aktywności ruchowej pacjentów z niewydolnością nerek, tj. np. sprzątanie, gotowanie, robienie zakupów, spacery, która pozwala na lepszą kontrolę masy ciała, poprawia gospodarkę lipidową organizmu, zwiększa wrażliwość na insulinę, a również zmniejsza napięcie psychiczne;
- izometrycznych ćwiczeniach ruchowych, które poprawiają tolerancję wysiłku u pacjenta z niewydolnością nerek, także u pacjenta z niedokrwistością w przebiegu niewydolności nerek, utrzymując jego samodzielność w zakresie czynności codziennych oraz pozwalając na utrzymanie aktywności zawodowej;
- ćwiczeniach wzmacniających mięśnie brzucha oraz kręgosłupa dla chorych leczonych dializą otrzewnową;
- ćwiczeniach przetoki tętczniczo-żylnej, dzięki którym żyła się poszerza, staje się bardziej elastyczna oraz zdatna do nakłuwania [6, 7, 9–12].

Pacjentowi z PNN i ewentualnie jego bliskim powinny być przekazywane informacje dotyczące grup wsparcia oraz organizacji działających na rzecz i dla pacjentów z PNN oraz leczonych nerkozastępczo, tj. np.:

- Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych, 30-237 Kraków, ul. Wilczy Stok 12 (osod@osod.info; www.osod.info) [19];
- Ogólnopolskie Stowarzyszenie Dializowanych Otrzewnowo, 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 (pawilon E);
- Stowarzyszenie Osób Dializowanych i Po Przeszczepie Nerki „Nieśmiertelni" oraz Portal i Forum Osób Dializowanych i Po Przeszczepie Nerki „Nieśmiertelni" (remigiusz@niesmiertelni.pl; www.niesmiertelni.pl), a także: kwartalnik dla chorych z niewydolnością nerek pod patronatem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego „Dializa i Ty" [20].

Podsumowanie

Powszechna edukacja pacjentów z PChN w Polsce może znacznie ograniczyć rozwój tej choroby oraz przynieść wymierne korzyści finansowe [4], podobnie jak wskazuje się w programach prewencyjnych w zapobieganiu rozwojowi innych przewlekłych chorób – choroby sercowo-naczyniowej, udaru mózgu, choroby nowotworowej i nefropatii w przebiegu cukrzycy [5] – w których osiągnięto korzystne wyniki w Europie i USA. Jak donosi Golper, edukacja pacjentów w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek od samego początku rozwoju przewlekłej choroby nerek daje wiele potencjalnych korzyści pacjentom i pracownikom służby zdrowia, w tym poprawę wyników leczenia, zmniejsza lęk przed leczeniem nerkozastępczym, daje lepsze perspektywy utrzymania aktywności zawodowej i zatrudnienia oraz stwarza możliwości interwencji w celu opóźnienia postępu choroby i przesunięcia w czasie rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego [21]. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Ślusarską i wsp., standardy postępowania stosowane w edukacji pacjenta przeprowadzanej w stosunku do grupy pacjentów z przewlekłymi chorobami oraz u chorych leczonych metodami kompensacji zaburzeń lub braku funkcji organicznych (np. zastąpienie utraconej funkcji nerek leczeniem nerkozastępczym) dawały zwiększenie wiedzy i umiejętności proponowanych w programie edukacyjnym [16]. Potwierdza to słuszność wcześniejszych postulatów w zakresie wprowadzenia powszechnej edukacji pacjentów z PChN w Polsce [2, 3, 4, 8, 9, 13, 16], która może znacznie ograniczyć rozwój choroby oraz przynieść wiele wymiernych korzyści finansowych oraz korzyści związanych z subiektywną i obiektywną poprawą jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w różnych jej stadiach. Znaczenie edukacji pacjentów z PChN w Polsce potwierdził także Zespół Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii, który zaleca, aby w każdym regionie opracowany został kompleksowy program edukacji pacjentów z PChN [3].

Piśmiennictwo

1. Available from: http://www.wma.net [22.03.2012].
2. Niewiadomski TJ. Education of patients with chronic kidney disease – theoretical foundations and the need for practical application in Poland. W: Begier J (red.). Wellness as a goal for health promotion and health education. Lublin: Wydawnictwo Neurocentrum; 2008. 171–178.
3. Rutkowski B. Stanowisko Zespołu Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii w sprawie edukacji pacjentów nefrologicznych. Nefrol Dializoter Pol. 2009; 13(3): 116–118.
4. Białobrzeska B. Rola pielęgniarki w edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, Forum Nefrol. 2008; 1(1): 45–51.
5. Grzegorzewska A. Przewlekła choroba nerek jako narastający problem w ochronie zdrowia. Probl Hig Epidemiol. 2006; 87(4): 251–253.
6. Rutkowski B, Czekalski S (red.). Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed; 2001.
7. Levy J, Morgan J, Brown E. Oxford handbook of dialysis. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2004.
8. Niewiadomski TJ, Hornik B. Opieka pielęgniarska nad osobami z niewydolnością nerek. W: Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D (red.). Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2009. 219–235.
9. Rutkowski B (red.). Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed; 2002.
10. Swearingen PL (ed.). Manual of medical-surgical nursing care. Nursing interventions and collaborative managment. Third Editio. St. Louis: Mosty; 1994.

11. Szczeklik A (red.). Choroby wewnętrzne. Podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM. Tom II. Wyd. I. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2006.
12. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004. 500–507.
13. Niewiadomski TJ, Talarska D. Edukacja pacjenta w opiece pielęgniarskiej nad pacjentami z kłębuszkowymi zapaleniami nerek. Pielęg Pol. 2007; 2–3 (24–25): 199–201.
14. Płaszewska-Żywko L. Edukacja pacjenta. Pielęg 2000. 1996; 6(29): 20–22.
15. Ślusarska B, Wysokiński M, Sadurska A. Edukacja pacjenta w opiece pielęgniarskiej, przegląd literatury polskiej. Pielęg Pol. 2002, 2(14): 156–169.
16. Ślusarska B, Lorencowicz R, Wachowicz M, Wierzbicka A. The demand for health education on the example of selected groups of patients, Ann UMCS Sect D. 2000; Vol. LV, suppl. VII, 59: 298–303.
17. Charońska E. Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej; 1997.
18. Kochman D, Model D. Orem – system wspierająco-edukacyjny w opiece nad dzieckiem z infekcją układu moczowego. Pielęg Pol. 2006; 1(21): 58–60.
19. Available from: www.osod.info [22.03.2012].
20. Available from: www.niesmiertelni.pl [22.03.2012].
21. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy? Nephrol Dial Transplant. 2001; 16, suppl. 7: 20–24.

Praca przyjęta do redakcji: 27.04.2014
Praca przyjęta do druku: 27.08.2014

Adres do korespondencji:
Tomasz Jarosław Niewiadomski
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
e-mail: tniewiad@ump.edu.pl