

Aleksandra Grzelewska¹, Jacek Przybyła², Marzena Grzanek¹, Katarzyna Czyżewska¹

¹Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²I Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

A naliza wpływu poziomu wiedzy pacjentów z wytworzoną przetoką tętniczo-żylną leczonych metodą powtarzanych hemodializ na przestrzeganie zaleceń międzydializacyjnych

Analysis of the influence of the level of knowledge on respecting the inter-dialyses nursing care recommendations in patients with arterio-venous fistula treated with the method of repeated hemodialyses

STRESZCZENIE

Wstęp. Wraz z postępowaniem przewlekłej choroby nerek (PChN) u chorych zakwalifikowanych do leczenia powtarzanymi hemodializami pojawia się konieczność założenia stałego dostępu naczyniowego, który jest podstawowym zagadnieniem dializoterapii. Standardem dostępu naczyniowego dla celów przewlekłej hemodializy (HD) pozostaje przetoka tętniczo-żylna wytworzona z naczyń własnych chorego. Sprawny dostęp naczyniowy do hemodializy warunkuje wykonanie zabiegu i wpływa bezpośrednio na jakość życia pacjentów przewlekle hemodializowanych. Pacjent powinien poznać zasady samopielęgnacji przetoki i być w pełni świadomy, że od jego zaangażowania zależy możliwość wykonania skutecznych zabiegów hemodializy. W kręgach nefrologicznych uważa się, że przetoka to linia łącząca pacjenta z życiem.

Cel pracy. Głównym celem pracy była analiza wpływu poziomu wiedzy pacjentów z wytworzoną przetoką tętniczo-żylną leczonych metodą powtarzanych hemodializ na przestrzeganie zaleceń międzydializacyjnych.

Material i metody. Badaniem objęto 100 chorych leczonych w Pododdziale Dializ Oddziału Klinicznego Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Łodzi oraz Stacji Dializ NZOZ Avitum w Łodzi. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do października 2009 roku. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety opracowany przez autorów pracy. Kwestionariusz zawierał 20 pytań dotyczących tematyki pracy.

Wyniki i wnioski. Najczęściej wykorzystywanym dostępem naczyniowym w obecnym badaniu była przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych pacjenta. Informacje dotyczące pielęgnacji przetoki tętniczo-żytnej były wystarczające dla większości pacjentów leczonych metodą hemodializy. Źródłem informacji o pielęgnacji przetoki tętniczo-żytnej dla większości pacjentów były pielęgniarki oraz lekarze. Najczęściej przestrzeganymi zaleceniami dotyczącymi pielęgnacji przetoki tętniczo-żytnej wymienianymi przez pacjentów były: higiena i oszczędzanie ręki z przetoką oraz sprawdzanie „szumu” w przetoce. Najrzadziej przestrzeganym zaleceniem było nieuciskanie ręki z założoną przetoką w czasie snu. Najczęściej wymienianymi przez pacjentów dolegliwościami związanymi z założeniem przetoki tętniczo-żytnej były: ból, osłabienie i niesprawność ręki oraz drętwienie i obrzęk.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (1): 14–20

Słowa kluczowe: przetoka tętniczo-żylna, hemodializa, edukacja

ABSTRACT

Introduction. The necessity of implementing constant vascular access, which is the main problem of hemodialysis, begins together with progression of chronic kidney disease (CKD). Arterio-venous fistula performed from patient's own vasculi is a vascular access standard for chronic hemodialysis (HD) purposes. Effective hemodialysis vascular access is a main condition of performing dialysis procedure and has main influence on hemodialysis patients quality of life. Patient should possess knowledge regarding proper nursing care of fistula and be

Adres do korespondencji: mgr piel. Aleksandra Grzelewska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź, tel. 608 021 230, e-mail: aleksandra.grzelewska@gmail.com

fully aware of the fact that the possibility of performing effective hemodialysis procedures depends on his own attitude. The nephrologic specialists are convinced that arterio-venous fistula is the line that connects the patient with the life.

Aim of the study. The main aim of this study was to assess the dependence among the level of knowledge regarding compliance of the between-dialysis recommendations and employment of these recommendations by patients with fistula.

Material and methods. We studied 100 patients treated at the Dialysis Ward of the Clinical Department of Nephrology, Hypertensiology and Kidney Transplantology University Clinical Hospital No. 1 in Lodz and Avitum Dialysis Department in Lodz. Studies were performed between June and October 2009. We implemented the method of diagnostic survey using questionnaire developed by authors. Questionnaire consisted of 20 questions regarding the topic of this study.

Results and conclusions. The most frequent vascular access in the present study was arterio-venous fistula from the patient's own vasculi. Informations regarding nursing care of arterio-venous fistula were sufficient for most of the hemodialysed studied patients. The source of information regarding nursing care of arterio-venous fistula for most of the hemodialysed studied patients were nurses and physicians. The most prevalent recommendations respected by patients regarding nursing care of arterio-venous fistula were hygiene and saving of the arm with fistula and checking the presence of the fistula "noise". The most rare recommendation respected by patients regarding nursing care of arterio-venous fistula was fistula hand not pressing during sleeping. The most prevalent complaints connected with arterio-venous fistula were pain, weakness, inefficiency, numbness and swelling of the arm with fistula.

Nursing Topics 2012; 20 (1): 14–20

Key words: arterio-venous fistula, hemodialysis, education

Wstęp

Hemodializa (dializa pozaustrojowa) jest jedną z metod leczenia nerkozastępczego stosowanego u chorych z ostrą i przewlekłą niewydolnością nerek. Jest to proces polegający na kilkugodzinnym oddziaływaniu na osocze krwi pacjenta roztworu leczniczego, którym jest płyn dializacyjny o składzie elektrolitowym zbliżonym do składu osocza osoby zdrowej [1]. Wraz z postępem przewlekłej choroby nerek (PChN), a szczególnie w 4. stadium tej choroby, u chorych zakwalifikowanych do leczenia powtarzanymi hemodializami pojawia się konieczność założenia stałego dostępu naczyniowego. Złotym standardem dostępu naczyniowego dla celów przewlekłej hemodializy (HD) pozostaje przetoka tętniczo-żylna wytworzona z naczyń własnych chorego [1, 2]. Przetokę tętniczo-żylną powinno się wykonać w okresie 4–6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia dializami. Stanowi ona podskórne zespolenie tętnicy z przyległą do niej żyłą. Jest to najbardziej bezpieczny oraz długotrwały dostęp naczyniowy. Do zalet przetoki tętniczo-żylniej zalicza się: bardzo dobry przepływ krwi, niską chorobowość związaną z zabiegiem jej wytworzenia, niski wskaźnik powikłań (zakażenia, zwężenia) [2]. Do wad przetoki tętniczo-żylniej należą: długi czas oczekiwania na arterializację i możliwość rozpoczęcia użytkowania, uzyskiwanie niewystarczająco dużego przepływu krwi przez przetokę w stosunku do potrzeb w trakcie leczenia dializami, trudności z wytworzeniem (wymaga względnie dobrego stanu naczyń) [2]. Najczęściej wykonywanymi typami przetok tętniczo-żylnych są przetoki zlokalizowane powyżej nadgarstka w wyniku wytworzenia zespolenia między tętnicą promieniową i żyłą odpromieniową oraz ich warianty. Przetoka jest najczęściej wykonywana w obrębie ręki niedominującej [3]. W początkowym okresie

po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym ręka powinna być utrzymywana w odwiedzeniu. Zabronione jest wykonywanie ciasnych opatrunków obejmujących obwód ręki. Przepływ krwi przez przetokę należy codziennie sprawdzać przez wyczuwanie dotykiem wibracji w miejscu wytworzonej przetoki oraz przez wysłuchiwanie towarzyszącego mu szumu.

W procesie „dojrzwania” przetoki tętniczo-żylniej pomocne może być regularne wykonywanie ćwiczeń ręki [4]. Wykonywanie przetoki do hemodializy to poważny zabieg, po którym mogą się pojawić następujące powikłania: obrzęk kończyny z przetoką, zatrzymanie przepływu krwi w przetoce, zakażenie rany pooperacyjnej, objawy niedokrwienia kończyny. Podczas używania przetoki tętniczo-żylniej może dojść również do wielu groźnych powikłań, takich jak: krwiak po nieudanych wkłuciach, stan zapalny, tętniaki i zwężenia w okolicy przetoki, tętniak rzekomy [5]. Przed opuszczeniem szpitala pacjent powinien poznać zasady dbałości o swoją przetokę. Od chwili założenia przetoki niezbędne jest, aby pacjent zrozumiał, na czym polega jej pielęgnacja.

W kręgach nefrologicznych uważa się, że przetoka to linia łącząca pacjenta z życiem. Prawidłowe przygotowanie przetoki do pierwszego użycia pozwala uniknąć wielu problemów związanych z jej dalszym używaniem do celów dializacyjnych [4].

Cel pracy

Głównym celem pracy była analiza wpływu poziomu wiedzy pacjentów z wytworzoną przetoką tętniczo-żylną leczonych metodą powtarzanych hemodializ na przestrzeganie zaleceń międzydializacyjnych.

Szczegółowe problemy badawcze sformułowano w postaci następujących pytań:

1. Jakie były źródła informacji dotyczące pielęgnacji przetoki tętniczo-żylnnej?
2. Jak pacjenci oceniają informacje uzyskane na temat pielęgnacji przetoki tętniczo-żylnnej?
3. Czy pacjenci przestrzegają zaleceń dotyczących pielęgnacji przetoki?
4. Jakie dolegliwości pojawiają się u badanych w związku z założoną przetoką?

Material i metody

Badaniem objęto 100 chorych leczonych w Pododdziale Dializ Oddziału Klinicznego Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Łodzi oraz Stacji Dializ NZOZ Avitum w Łodzi. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do października 2009 roku. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety opracowany przez autorów pracy. Kwestionariusz zawierał 20 pytań dotyczących tematyki pracy. Każdy z respondentów wyraził zgodę na dobrowolne i anonimowe wypełnienie ankiety.

Metody statystyczne

Opracowując zebrane dane, zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Dla opisu badanych pacjentów obliczono dla wszystkich cech jakościowych wskaźniki struktury. Obliczone wskaźniki w całej grupie podano w %, a w podgrupach (płci, wieku, czasu hemodializy) pozostawiono w postaci frakcji ze względu na małe liczebności prób. Dla cech mierzalnych obliczono następujące charakterystyki: wartości przeciętne (średnia arytmetyczna, mediana, modalna), miary rozrzutu (odchylenie standardowe, współczynnik zmienności) i miarę skośności. Podano także wartość minimalną i maksymalną. Dla wieku i czasu hemodializy obliczono także współczynnik asymetrii (w_s) oceniający skośność rozkładów tych cech. Porównując częstość występowania poszczególnych odmian cech w wyodrębnionych podgrupach badanych i dla zbadania zależności pomiędzy cechami, skorzystano z testu niezależności χ^2 . Za istotne statystycznie uznano te różnice pomiędzy częstościami oraz te zależności między cechami, dla których obliczona wartość testu χ^2 była równa lub większa od wartości krytycznej odczytanej z tablic rozkładu χ^2 , przy właściwej liczbie stopni swobody i prawdopodobieństwie błędności $p < 0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto 100 chorych, w tym 38 kobiet i 62 mężczyzn (tab. 1). Analiza struktury badanych według wieku wykazała, że najczęściej były hemodializowane osoby w wieku 61–70 lat, co stanowiło 34% badanej populacji, osoby w wieku 51–60 lat stanowiły 25%. Należy dodać, że dużą część pacjentów stanowiły oso-

Tabela 1. Struktura badanych według płci

Table 1. Studied patients according to age

Płeć	Liczba badanych	%
Kobiety	38	38,0
Mężczyźni	62	62,0
Razem	100	100,0

Tabela 2. Struktura badanych według płci

Table 2. Studied patients according to sex

Wiek (lata)	Liczba badanych	%
20–40	4	4,0
41–50	9	9,0
51–60	25	25,0
61–70	34	34,0
71–80	21	21,0
≥ 81	7	7,0
Razem	100	100,0

by w wieku 71–80 lat (21%). Głównie hemodializowane osoby powyżej 50. roku życia (87%). Jedynie 13% badanych było młodszych (tab. 2). Wśród badanych przeważały osoby z wykształceniem zawodowym, stanowiły one niemal połowę wszystkich badanych (46%). Co trzeci chory miał wykształcenie średnie (36%), a tylko 12% miało wykształcenie wyższe. Czas dializowania pacjentów był bardzo zróżnicowany i wynosił od jednego dnia do 12 lat. Najwięcej chorych (22%) dializowano do 0,5 roku, powyżej 2 lat dializowano aż 41% badanych, powyżej 5 lat — 12%, 3% badanych nie odpowiedziało na pytanie dotyczące czasu trwania leczenia metodą hemodializy. Średni czas hemodializy wynosił $27,4 \pm 26$ miesięcy, połowa badanych była dializowana dłużej niż 18 miesięcy (tab. 3). Głównym czynnikiem warunkującym wykonanie hemodializy jest wytworzenie dostępu naczyniowego, najczęściej jest to przetoka tętniczo-żylna. Dla 95% pacjentów dostęp naczyniowy stanowiła przetoka tętniczo-żylna, tylko 1 osoba (1%) miała założony cewnik centralny do dializ, 4 osoby nie udzieliły odpowiedzi na temat posiadanego dostępu naczyniowego. Dla większości pacjentów była to pierwsza przetoka (65%), a dla co 5. badanego (21%) druga, 4% badanych nie udzieliło odpowiedzi (tab. 4). Jeśli uwzględnimy tylko osoby, które udzieliły odpowiedzi, to wśród nich 67,7% miało pierwszą przetokę, natomiast drugą — 21,9%. Bardzo istotną kwe-

Tabela 3. Badani według czasu leczenia metodą hemodializy**Table 3.** Studied patients according to time of introducing hemodialysis treatment

Czas trwania leczenia metodą hemodializy (lata)	Liczba badanych	%
≤ 0,5	22	22,0
>0,5–1	17	17,0
>1–2	17	17,0
> 2–3	16	16,0
>3–5	13	13,0
>5	12	12,0
Brak danych	3	3,0
Razem	100	100,0

Tabela 4. Informacja o tym, którą przetokę posiada pacjent**Table 4.** Fistula characteristics

Która przetoka	Liczba badanych	%
Pierwsza	65	65,0
Druga	21	21,0
Trzecia	2	2,0
Czwarta	4	4,0
Piąta	1	1,0
Szósta	1	1,0
Siódma	1	1,0
Cewnik	1	1,0
Brak danych	4	4,0
Razem	100	100,0

stia poddaną analizie był zasób posiadanej przez pacjentów wiedzy dotyczącej pielęgnacji przetoki tętniczo-żylniej. Dla zdecydowanej większości badanych (76%) informacje na temat pielęgnacji przetoki są wystarczające (tab. 5). Jeśli wziąć pod uwagę jedynie osoby, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie, to odsetek osób, dla których posiadane informacje są wystarczające, zwiększa się do 77,6%. Najczęstsze źródło informacji o pielęgnacji przetoki tętniczo-żylniej stanowiły dla pacjentów pielęgniarki (58%), w następnej kolejności lekarze (34%), literatura, czasopisma i internet były źródłem dla 19% badanych (tab. 6). Z informacji od innej osoby skorzystało 8% badanych. Tyl-

Tabela 5. Ocena informacji uzyskanych na temat pielęgnacji przetoki tętniczo-żylniej**Table 5.** Assessment of information regarding nursing care of arterio-venous fistula

Informacje o pielęgnacji przetoki	Liczba badanych	%
Wystarczające	76	76,0
Niewystarczające	20	20,0
Szuka dodatkowych	2	2,0
Brak danych	2	2,0
Razem	100	100,0

Tabela 6. Źródła informacji o pielęgnacji przetoki**Table 6.** Source of information regarding nursing care of fistula

Źródła informacji o pielęgnacji przetoki	Liczba badanych	%
Pielęgniarka	58	58,0
Lekarz	34	34,0
Literatura, czasopisma	16	16,0
Internet	3	3,0
Inna osoba	8	8,0
Nie uzyskał	1	1,0

ko jedna osoba nie uzyskała informacji na ten temat w ogóle (tab. 6). Dbłość o przetokę do hemodializy jest podstawowym obowiązkiem pacjenta. Przez dbłość o przetokę należy rozumieć takie działania, które nie tylko umożliwią wykonanie efektywnej dializy, ale również przyczynią się do przedłużenia życia przetoki. Najczęściej przestrzeganiem zaleceniem dotyczącym pielęgnacji przetoki była higiena okolicy przetoki (87%), 77% badanych przestrzegało zaleceń dotyczących oszczędzania ręki z założoną przetoką, 15% badanych nie zawsze oszczędzało rękę (tab. 7). Kolejnym elementem dotyczącym pielęgnacji jest sprawdzanie „szumu” w przetoce. Tęgo zalecenia przestrzega zawsze 76% badanych, natomiast 18% nie zawsze (tab. 7). Do tego zalecenia nie stosuje się 3% badanych. Bardzo ważnym elementem pielęgnacji jest zdejmowanie opatrunku z miejsca nakłucia po 12 godzinach — czyni to zawsze 73% badanych, 12% badanych nie zawsze przestrzega tej wskazówki, 12% w ogóle (tab. 7). Ważnym czynnikiem warunkującym prawidłowe funkcjonowanie przetoki jest zakaz pomiaru ciśnienia tętniczego na kończynie z przetoką; 69% pacjentów nie mierzy ciśnienia

Tabela 7. Przestrzeganie zaleceń pielęgnacji przetoki

Table 7. Respecting of recommendations regarding nursing care of fistula

Zalecenia	n (%)	Przestrzeganie zaleceń			Brak danych	Razem
		Tak	Nie	Nie zawsze		
Sprawdzanie „szumu” w przetoce tętniczo-żylniej	n (%)	76	3	18	3	100
Higiena osobista okolicy przetoki	n (%)	87	4	6	3	100
„Trening” przetoki tętniczo-żylniej	n (%)	50	19	28	3	100
Oszczędzanie ręki, na której jest założona przetoka	n (%)	77	5	15	3	100
Niespanie na ręce z przetoką	n (%)	54	17	26	3	100
Niemierzenie ciśnienia tętniczego na ręce z przetoką	n (%)	69	25	3	3	100
Zdejmowanie opatrunku z miejsca nakłucia przetoki po 12 godz.	n (%)	73	12	12	3	100

Tabela 8. Wiedza badanych na temat postępowania w przypadku ustania szumu w przetoce

Table 8. The knowledge of patients regarding dealing with the situation of stopping hearing of the fistula “noise”

Wiedza o postępowaniu, gdy ustanie szum w przetoce	Liczba badanych	%
Tak, posiada	65	65,0
Nie	32	32,0
Brak danych	3	3,0
Razem	100	100,0

na kończynie z przetoką, natomiast dość duży odsetek badanych nie przestrzega tego zalecenia (25%) (tab. 7). Najbardziej przestrzeganymi zaleceniami był „trening” przetoki i nieuciskanie ręki z przetoką w czasie snu. Pierwszego z powyższych zaleceń przestrzega 50% badanych, natomiast drugiego — 54% badanych (tab. 7). Najgroźniejszym powikłaniem w użytkowaniu przetoki jest zamknięcie przepływu krwi, co objawia się ustaniem szumu w przetoce. Większość pacjentów posiada wiedzę o postępowaniu w przypadku ustania szumu w przetoce (65%), ale co 3. badany nie wie, co robić w takim przypadku (tab. 8). Jeśli uwzględni się osoby, które odpowiedziały na to pytanie, to odsetek posiadających wiedzę wynosi 97%. Wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej jest związane z występowaniem wielu różnych dolegliwości. Najczęściej wymieniano niesprawność, którą powoduje osłabiona ręka, z tego powodu uskarżało się 14% badanych, 11% pacjentów zgłaszało ból ręki, jej drętwienie lub obrzęk (tab. 9). Kolejną dolegliwość to występowanie krwinków i skrzepów

Tabela 9. Dolegliwości/trudności pojawiające się u badanych w związku z założoną przetoką

Table 9. Complaints/troubles met in patients with fistula

Rodzaj dolegliwości/trudności	Liczba badanych	%
Ból ręki, drętwienie, obrzęk	11	11,0
Występowanie krwinków, skrzepy	9	9,0
Niesprawność	14	14,0
Świąd skóry	1	1,0
Różne	1	1,0
Brak dolegliwości	59	59,0

(9%). Jedna osoba skarżyła się na świąd skóry, jedna nie potrafiła sprecyzować, jakie one są. Niemal 60% pacjentów nie skarży się na żadne dolegliwości/trudności związane z założoną przetoką (tab. 9).

Dyskusja

Dbłość o dostęp naczyniowy do hemodializy to bardzo ważny aspekt pracy pielęgniarek w każdym ośrodku hemodializy wpływający na jakość dializ oraz długość i komfort życia pacjentów [4]. Sprawny dostęp naczyniowy do hemodializy warunkuje wykonanie zabiegu i wpływa bezpośrednio na jakość życia pacjentów przewlekle hemodializowanych [4]. W badaniu przeprowadzonym przez Ozga przebadano 117 osób hemodializowanych i wykazano, że 62% chorych z przetoką tętniczo-żylną uskarża się na trudności w codziennym funkcjonowaniu, stwarza sytuację obniżającą jakość życia pod względem zarówno fizycznym, jak i psychicznym.

nym oraz zwiększa konieczność częstych hospitalizacji związanych z powikłaniami, na przykład wykrzepiania przetoki [6].

Wytworzony dostęp, nawet sprawny, stanowi „konieczną patologię”, która może być przyczyną wielu zaburzeń i powikłań, ale jednocześnie jest „linią życia” decydującą o możliwości i jakości dializy [6]. W obecnym badaniu dla większości pacjentów dostęp naczyniowy stanowiła przetoka tętniczo-żylna, w tym dla prawie wszystkich pacjentów była to pierwsza przetoka. Zdecydowana większość badanych pacjentów wypowiedziała się, iż informacje posiadane przez nich dotyczące pielęgnacji przetoki były wystarczające. Najczęstsze źródło informacji o pielęgnacji przetoki tętniczo-żylny stanowiły dla badanych pacjentów pielęgniarki, w następnej kolejności lekarze, literatura, czasopisma i internet. Według obecnych poglądów, przed rozpoczęciem leczenia nerkozastępczego to właśnie do pielęgniarek ośrodka hemodializ należy całościowa edukacja pacjenta i/lub jego rodziny dotycząca ważnych zagadnień związanych z wyborem tej metody terapii [4]. Według gdańskiego modelu edukacji pacjentów z PChN, jednym z ważnych etapów szkolenia jest przybliżenie zasad, na których opiera się leczenie hemodializą, zapoznanie z różnymi metodami wytworzenia dostępu naczyniowego oraz z zasadami dalszego postępowania z przetoką dializacyjną [7]. Ponadto, w procesie edukacji szczególnie ważne jest przekazanie choremu istotnych informacji dotyczących nie tylko samoopieki nad przetoką tętniczo-żylną, ale też wyjaśnienie znaczenia przetoki w aspekcie długoterminowego leczenia metodą hemodializy [4]. Każdy pacjent, u którego założono przetokę tętniczo-żylną, jest objęty szczególną troską.

W jednym z dużych badań kanadyjskich wykazano, że im mniejszą wiedzą dotyczącą wszystkich aspektów hemodializy dysponują pacjenci, tym rzadziej są skłonni do wyrażenia zgody na wytworzenie przetoki tętniczo-żylny przed rozpoczęciem zabiegów i stosowania jej w celu hemodializy [8]. Celowość prowadzenia edukacji potwierdzają również wyniki badań przeprowadzonych przez personel pielęgniarski Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku w 2008 roku, które wykazały, że aż 95% ze 120 badanych pacjentów wykazuje zainteresowanie przebiegiem swojej choroby, a 70% aktywnie poszukuje informacji na jej temat. Zdecydowana większość — aż 92% widzi potrzebę organizowania specjalnych spotkań edukacyjnych [7]. W badaniu autorów niniejszego artykułu najczęściej przestrzegany zaleceniem dotyczącym pielęgnacji przetoki była higiena okolicy przetoki. Mniejsza liczba badanych przestrzegała w pełni zaleceń dotyczących oszczędzania ręki z założoną przetoką, a niewielki procent badanych nie zawsze oszczędzał rękę. Zalecenia sprawdzania „szumu” w przetoce i zalecenia zdej-

mowania opatrunku z miejsca nakłucia po 12 godzinach przestrzegała w badaniu duża grupa pacjentów. Większość badanych pacjentów nie mierzyła ciśnienia na kończynie z przetoką, ale dość duży odsetek badanych nie przestrzegał tego zalecenia. Najrzadziej przestrzegany zaleceniami był „trening” przetoki i nieuciskanie ręki z przetoką w czasie snu, których to zaleceń nie przestrzegała ponad połowa badanych pacjentów. Większość pacjentów posiadała wiedzę o postępowaniu w przypadku ustania szumu w przetoce, jednakże co trzeci badany nie wiedział, co robić w takiej sytuacji. Większość pacjentów w badaniu nie skarżyła się na żadne dolegliwości/trudności związane z założoną przetoką. Podobne wyniki wykazały w badaniu Pluta, Faleńczyk, gdzie wśród 60 chorych hemodializowanych 65% zgłaszało sporadyczne dolegliwości podczas dializy [9]. Wśród osób, które zgłaszały dolegliwości, najczęściej były wymieniane: niesprawność, którą powoduje osłabiona ręka, ból ręki, jej drętwienie lub obrzęk, oraz bardzo rzadko występowanie krwawek i skrzepów. To wydaje się ważne, ze względu na fakt, iż choroby naczyń obwodowych były najczęstszym przeciwwskazaniem do zakładania lub utrzymywania przetok tętniczo-żylnych u chorych poddawanych hemodializie i do zakładania pacjentom z tego powodu centralnych cewników żylnych, co wykazano w badaniu Graham i wsp. [10].

Własna przetoka tętniczo-żylna jest drogą naczyniową z wyboru dla pacjentów poddawanych przewlekłej hemodializie ze względu na większą trwałość oraz mniejszą częstość komplikacji w porównaniu z centralnym dostępem żylnym [10]. Jednakże ostatnie wyniki badań sugerują, iż w wielu krajach na świecie wykazano zwiększenie częstości zakładania centralnych dostępu żylnych i zmniejszenie częstości wytwarzania przetok [11]. Magrian i Białobrzaska również wskazują, że najlepszym dostępem do hemodializy jest przetoka z naczyń własnych, ale stan naczyń u pacjentów starszych oraz obecność dodatkowych schorzeń nie pozwalają na wytworzenie odpowiednio dobrego dostępu naczyniowego w postaci naturalnej przetoki [12]. Dlatego też po udanym wytworzeniu naturalnego dostępu z naczyń własnych pacjenta bardzo ważnym aspektem jest jak najdłuższe jego utrzymanie. Wyniki badań [13] skłaniają więc do wniosku, iż dbałość o poziom wiedzy pacjenta leczonego metodą powtarzanych hemodializ, dotyczący przestrzegania zaleceń pielęgnacyjnych wytworzonej przetoki tętniczo-żylny, jest szczególną wartością, do której należy dążyć za pomocą wielu sposobów. Wniosek ten wydaje się istotny, zwłaszcza w świetle ostatnich badań amerykańskich, w których podkreślano, iż należy dążyć do uzyskania liczby co najmniej 66% pacjentów hemodializowanych poprzez przetoki tętniczo-żylny [14], co jest wymieniane w Stanach Zjednoczonych jako „zdrowotny cel narodowy”.

Optymalny poziom wiedzy pacjenta można i należy osiągnąć poprzez starannie zaplanowaną edukację, dobraną do potrzeb chorych dializowanych, ideałem zaś jest odpowiednio wcześniej prowadzona edukacja przeddializacyjna. W niektórych krajach istnieją od kilku lat strukturalne programy edukacji pacjentów (Włochy, Hiszpania, Belgia, Holandia, Kanada, Wielka Brytania) [15–19], natomiast Rutkowski w stanowisku Zespołu Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii w sprawie edukacji pacjentów nefrologicznych zaleca opracowanie kompleksowego programu dla każdego regionu pod nadzorem właściwego Konsultanta w oparciu o wiedzą w tym zakresie udział ośrodków akademickich/lub ośrodków nefrologicznych [20]. W Polsce również funkcjonują autorskie programy edukacji (Gdańsk, Warszawa), co zwiększa szansę na poprawę rokowania chorego po rozpoczęciu dializoterapii [7, 21].

Wnioski

1. Najczęściej wykorzystywanym dostępem naczyniowym jest przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych pacjenta.
2. Informacje dotyczące pielęgnacji przetoki tętniczo-żylny były wystarczające dla większości pacjentów leczonych metodą hemodializy.
3. Źródłem informacji o pielęgnacji przetoki tętniczo-żylny dla większości pacjentów były pielęgniarki oraz lekarze.
4. Najczęściej przestrzeganymi zaleceniami dotyczącymi pielęgnacji przetoki tętniczo-żylny wymienianymi przez pacjentów były: higiena i oszczędzanie ręki z przetoką oraz sprawdzanie „szumu” w przetoce. Najbardziej przestrzeganym zaleceniem było nieuciskanie ręki z założoną przetoką w czasie snu.
5. Najczęściej wymieniane przez pacjentów dolegliwości związane z założeniem przetoki tętniczo-żylny to: ból, osłabienie i niesprawność ręki oraz drętwienie i obrzęk.

Piśmiennictwo

1. Rutkowski B. Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa. Via Medica, Gdańsk 2008.
2. Daugirdas J.T., Blake P.G., Ing T.S. [red. wyd. pol.] Książek A. i wsp. Podręcznik dializoterapii. Czelej, Lublin 2008.
3. Rutkowski B., Czekalski S. Rozpoznawanie i leczenie chorób nerek. Termedia, Poznań 2008.
4. Białobrzaska B. Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy, część 1. Forum Nefrol. 2009; 2 (3): 202–210.
5. Stanek-Piotrowska M. Zakażenie przetoki tętniczo-żylny. Prob. Lek. 2006; 45 (3): 175–177.

6. Ozga E. Rodzaj dostępu dializacyjnego a jakość życia chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 3 (12): 203–207.
7. Białobrzaska B., Bielińska-Ogrodnik D., Król E. Gdański model edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Forum Nefrol. 2011; 4 (1): 58–67.
8. Cavanaugh K.L., Wingard R.L., Hakim R.M. i wsp. Patient dialysis knowledge is associated with permanent arteriovenous Access use In chronic hemodialysis. Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2009; 4 (5): 950–956. Epub Apr.23.
9. Pluta A., Faleńczyk K. Wybrane czynniki determinujące jakość życia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Pielęgniarstwo XXI wieku 2007; 2 (19): 33–37.
10. Graham J., Hiremath S., Magner P.O. i wsp. Factors influencing the prevalence of central venous catheter use in a Canadian haemodialysis centre. Nephrol. Dial. Transplant. 2008; 23 (11): 3585–3591. Epub 2008 Jun 14.
11. Wilson B., Harwood L., Oudshoorn A. i wsp. The culture of vascular access cannulation among nurses in a chronic hemodialysis unit. CANNT J. 2010; 20 (3): 35–42.
12. Magrian G., Białobrzaska B. Praktyczne aspekty zastosowania urokinazy w długoterminowym utrzymaniu cewników dializacyjnych. Forum Nefrol. 2011; 4 (1): 68–74.
13. Nowicki M., Szklarek-Kubicka M. Ocena stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich przez chorych przewlekle hemodializowanych. XLVI Ogólnopolska, IV Międzynarodowa Konferencja Studenckich Towarzystw Naukowych i Młodych Lekarzy Juvenas Pro Medicina. 3.04–5.04. 2008 Łódź.
14. Lynch J.R., Wasse H., Armistead N.C. i wsp. Achieving the goal of the Fistula First breakthrough initiative for prevalent maintenance hemodialysis patients. Am. J. Kidney Dis. 2011; 57 (1): 78–89.
15. Curtis B.M., Ravani P., Malberti F. i wsp. The short- and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. Nephrol. Dial. Transplant. 2005; 20: 147–154.
16. Marron B., Ocana J.C.M., Salgueira M. i wsp. on behalf of the Spanish Group for CKD. Analysis of patient flow into dialysis: role of education in choice of dialysis modality. Perit. Dial. Int. 2005; 25 (S3): S56–S59.
17. Marron B., Ortiz A., de Sequera P. i wsp. on behalf of the Spanish Group for CKD. Impact of end-stage renal disease care in planned dialysis start and type of renal replacement therapy a Spanish multicentre experience. Nephrol. Dial. Transplant. 2006; 21 (supl. 2): 51–55.
18. Mendelssohn D.C., Mujais S.K., Soroka S.D. i wsp. A prospective evaluation of renal replacement therapy modality eligibility. Nephrol. Dial. Transplant. 2009; 24: 555–561.
19. Ravani P., Marinangeli G., Stacchiotti L., Malberti F. Structured pre-dialysis programs: More than just timely referral? J. Nephrol. 2003; 16: 862–869.
20. Rutkowski B., z Zespołem Konsultanta Krajowego i Grupą Ekspertów. Stanowisko Zespołu Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Nefrologii w sprawie edukacji pacjentów nefrologicznych. Forum Nefrol. 2009; 2 (3): 137–140.
21. Wojtaszek E., Matuszkiewicz-Rowińska J. Sformalizowany program edukacji przeddializacyjnej — osiągnięcia ośrodka warszawskiego. Forum Nefrol. 2011; 4 (1): 51–57.