

Ocena stanu odżywienia pacjentów hemodializowanych

Evaluation of the nutritional status of hemodialyzed patients

NATALIA STADNIK¹, ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA²

¹ Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku Wydział Nauk o Zdrowiu

² Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

Streszczenie

Wstęp. Częstość występowania przewlekłej choroby nerek (PChN) wzrasta wraz ze starzeniem się społeczeństwa na świecie. W Polsce jest około 16%. Najczęstszymi przyczynami PChN jest cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Bardzo duże znaczenie ma wczesne rozpoznanie tej choroby i wdrożenie działań.

Cel pracy. Ocena stanu odżywienia pacjentów hemodializowanych.

Materiał i metody. Metodą badawczą, którą zastosowano w tej pracy jest metoda sondażu diagnostycznego i metoda szacowania. W tej pracy jako techniki badawcze wykorzystano technikę ankietowania i korzystanie ze skali. Narzędzia jakie wykorzystano w tej pracy to Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA), skala NRS – Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia.

Wyniki. Wyniki badań wskazują zależność pomiędzy wieloma czynnikami na stan odżywienia pacjentów hemodializowanych.

Wnioski.

1. Stan odżywienia nie zależy istotnie od zmiennych socjodemograficznych.
2. Stan odżywienia zależy istotnie od apetytu, ilości i wielkości zjadanych posiłków. Osoby, u których apetyt jest bardzo słaby i ilość posiłków jest mała wykazują podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia. Osoby, które przyjmują prawidłową ilość posiłków wykazują prawidłowy stan odżywienia

3. Stan odżywienia zależy istotnie od wypijanych płynów. W grupie pacjentów przyjmujących mniej niż 3 szklanki dziennie wykazują podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie w średnim stopniu. W przypadku przyjmowania przez pacjentów większej ilości płynów, stan odżywienia jest prawidłowy.
4. Stan odżywienia zależy istotnie od występujących dolegliwości i nasilenia choroby. Występowanie dolegliwości takich jak utarta apetytu, nudności, biegunka, wymioty, jadłowstręt może skutkować złym stanem odżywienia. Taki wniosek można wysunąć dzięki przeprowadzonym badaniom własnym.
5. Stan odżywienia nie zależy istotnie od poziomu wiedzy na temat prawidłowego żywienia. Zależy natomiast istotnie od przestrzegania jego zasad. Osoby nieprzestrzegające zasad prawidłowego odżywiania wykazują nieprawidłowy stan odżywienia lub jego podejrzenie. Chorzy dializowani, którzy podali, że czasami przestrzegają zasad wykazują prawidłowy stan odżywienia.

Słowa kluczowe: stan odżywienia, dializa, przewlekła niewydolność nerek, dieta, hemodializa

Summary

Introduction: The incidence of kidney disease (CKD) increases with the aging of the world's population. In Poland, it is about 16%. The most common causes of CKD are diabetes and hypertension. Early diagnosis of this disease and implementation of actions are of great importance.

Aim of the study: Evaluation of the nutritional status of hemodialysis patients. **Material and methods:** The research method used in this work is the method of diagnostic examination and research methods. In this work, the survey technique and the use of a scale were used as research techniques. Tools used in this work for Self-assessment questionnaire, subjective global assessment of nutritional status (SGA), NRS scale - Risk assessment related to nutritional status.

Results: Results of a study of associations between multiple nutritional statuses in hemodialysis patients.

Conclusions:

1. Nutritional status does not significantly depend on sociodemographic variables.
2. The nutritional status depends significantly on the appetite, quantity and size of eaten meals. People whose appetite is very poor and the number of

- meals is small and suspected of malnutrition or moderate malnutrition. People who eat the right amount of meals show a good nutritional status.
3. Nutritional status depends significantly on the fluids you drink. In the group of patients taking less than 3 glasses a day, they are suspected of malnutrition or moderate malnutrition. If patients take more fluids, their nutritional status is normal.
 4. The nutritional status depends significantly on the symptoms and severity of the disease. The occurrence of ailments such as loss of appetite, nausea, diarrhoea, vomiting, anorexia may result in poor nutritional status. Such a conclusion can be drawn thanks to our own research.
 5. Nutritional status does not significantly depend on the level of knowledge about proper nutrition. It depends, however, on the observance of its rules. People who do not follow the rules of proper nutrition show abnormal or suspected nutritional status. Dialysis patients who report that they sometimes follow the rules show normal nutritional status.

Keywords: nutritional status, dialysis, chronic renal failure, diet, hemodialysis

Wstęp

Częstość występowania przewlekłej choroby nerek (PChN) wzrasta wraz ze starzeniem się społeczeństwa na świecie. W Polsce jest około 16%. Najczęstszymi przyczynami PChN jest cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Bardzo duże znaczenie ma wczesne rozpoznanie tej choroby i wdrożenie działań [1].

Bardzo ważnym działaniem nefarmakologicznym jest dobranie odpowiedniej diety do potrzeb chorego organizmu. Dzięki dopasowanej odpowiednio diecie możliwe jest utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia, spowolnienie rozwoju uszkodzenia nerek oraz zapobieganie zaburzeniom metabolicznym, które występują w przebiegu przewlekłej choroby nerek (hiperkaliemii, hiperfosfatemii, hipokalcemii) [1].

Prawidłowo dopasowana dieta ułatwić powinna kontrolę ciśnienia tętniczego, hiperglikemii oraz zaburzeń lipidowych, które przyspieszają postęp PChN. Taka dieta powinna być dopasowana indywidualnie do

sytuacji chorego oraz stopnia uszkodzenia nerek, wagi, a także chorób współistniejących. [1].

Błędy żywieniowe, które popełniane są przez pacjentów dializowanych mogą przyczynić się do pogorszenia ich stanu zdrowia. Dzięki monitorowaniu ich sposobu żywienia można wskazać nieprawidłowości, a następnie wykonać ich korektę, zarówno poprzez kształtowanie odpowiednich nawyków żywieniowych w tej grupie pacjentów, a także stworzyć programy edukacyjne [2].

Cel

Celem badań jest ocena wpływu poszczególnych czynników na stan odżywienia pacjentów hemodializowanych.

Materiał i metody

Metodą badawczą, którą zastosowano w badaniach jest metoda sondażu diagnostycznego i metoda szacowania.

Badanie polegało na wypełnieniu kwestionariusza NRS, który dotyczy oceny ryzyka związanego ze stanem odżywienia. Narzędzie to służy przesiewowej jak i pogłębionej analizie stopnia niedożywienia. Dzięki niej uwzględnić można nasilenie choroby oraz wiek badanej osoby. Narzędzie zawiera skalę punktową 0-9 pkt, suma już 3 punktów wskazuje na konieczność zastosowania terapii żywieniowej [3,4].

Kwestionariusz SGA to kolejny, który otrzymały badane osoby – jest to subiektywna globalna ocena stanu odżywienia. W narzędziu tym brane pod uwagę są elementy wywiadu lekarskiego, żywieniowego oraz badanie fizykalne. Dzięki temu narzędziu osoba badana zostaje przydzielona do jednej z trzech grup – osoba z prawidłowym stanem odżywienia, niedożywieniem w stopniu średnim lub z niedożywieniem w dużym stopniu [5].

Ostatnie narzędzie to autorska ankieta dotycząca stanu odżywienia pacjentów hemodializowanych składająca się z metryczki oraz pytań głównych dotyczących zagadnień związanych z tematem badań.

Populacją, która została poddana badaniu jest grupa pacjentów hemodializowanych licząca 100 osób w wieku powyżej 18 lat. Przebadani to pacjenci przebywający w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku w oddziale chorób wewnętrznych i nefrologii, którzy wyrazili chęć uczestnictwa w badaniu.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 100 osób, z czego 66% grupy stanowiły kobiety, a 34% mężczyźni. W przeprowadzonych badaniach wyodrębniono 4 grupy wiekowe: najliczniejszą grupę 36% stanowiły osoby powyżej 55 roku życia, 30% badanych stanowiły osoby w wieku 41-55 lat, kolejną grupę 22% osób stanowili badani w wieku 25-40 lat oraz respondenci w wieku 18-24 lat, którzy stanowili 12% badanej populacji. Pośród badanej grupy osób 52% z nich stanowią mieszkańcy miast, natomiast 48% osób mieszka na wsi. Wśród badanej grupy osób 40% z nich pracuje w gospodarstwie rolnym, 24% badanych w instytucji publicznej, kolejne 24% respondentów zatrudnionych jest w firmie prywatnej, a 12% respondentów posiada w własną firmę (jest właścicielem). Z obserwacji przeprowadzonych badań wynika, iż 49% respondentów posiada wykształcenie średnie, 24% badanych posiada wykształcenie wyższe, 16% niepełne średnie, a jedynie 11% respondentów posiada wykształcenie podstawowe.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Ogółem badanych osób		Częstość	Procent
		100	100
Płeć	Kobiety	66	66
	Mężczyźni	34	34
Wiek	18-24 lat	12	12
	25-40 lat	22	22
	41-55 lat	30	30
	Powyżej 55 lat	36	36

Miejsce zamieszkania	Miasto	52	52
	Wieś	48	48
Miejsce pracy	Instytucja publiczna	24	24
	Firma prywatna	24	24
	Właściciel firmy	12	12
	Gospodarstwo rolne	40	40
Wykształcenie	Podstawowe	11	11
	Niepełne średnie	16	16
	Średnie	49	49
	Wyższe	24	24

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i pracy oraz wykształceniem ankietowanych a oceną stanu odżywienia.

Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, iż 28% ankietowanych podało, iż swój apetyt oceniają jako słaby, 26% respondentów określają go jako dobry, natomiast 22% ankietowanych podaje, iż apetyt mają umiarkowany, natomiast 12% zadeklarowało, iż jest bardzo słaby, a kolejne 12%, iż jest bardzo dobry.

Tabela 2. Stan odżywienia ankietowanych w zależności od oceny własnego apetytu

		Obiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p	
		prawidłowy stan odżywienia	podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia					
1. Jak ocenia Pani/Pan swój apetyt?	Bardzo słaby	n	4	8	12	43,66	0,001	
		%	33,3%	66,7%	100,0%			
	Słaby	n	14	14	28			
		%	50,0%	50,0%	100,0%			
	Umiarkowany	n	22	0	22			
		%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Dobry	n	26	0	26			
		%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Bardzo dobry	n	12	0	12			
		%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Ogółem		n	78	22			100
			%	78,0%	22,0%			100,0%

Badania wykazały istotną zależność pomiędzy oceną przez ankietowanych swojego apetytu a oceną stanu odżywienia. Ponad 66% badanych bardzo słabo oceniających swój apetyt, wykazuje podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia. Natomiast 100% badanych dobrze lub bardzo dobrze oceniających swój apetyt wykazuje prawidłowy stan odżywienia.

W badaniach własnych 56% ankietowanych zadeklarowało, iż spożywa w ciągu dnia 3-4 posiłki, natomiast 28% badanych podało, iż spożywa 4 posiłki i więcej, a jedyne 16% stwierdziło, iż są to 1-2 posiłki dziennie.

Tabela 3. Stan odżywienia ankietowanych w zależności od ilości spożywanych posiłków w ciągu dnia

			Obiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			prawidłowy stan odżywienia	podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia			
Ile posiłków spożywa Pani/Pan w ciągu dnia?	1-2 posiłki	n	4	12	16	34,64	0,001
		%	25,0%	75,0%	100,0%		
	3-4 posiłki	n	46	10	56		
		%	82,1%	17,9%	100,0%		
	4 posiłki i więcej	n	28	0	28		
		%	100,0%	0,0%	100,0%		
Ogółem		n	78	22	100		
		%	78,0%	22,0%	100,0%		

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy ilością posiłków spożywanych przez ankietowanych w ciągu dnia a oceną stanu odżywienia. 75% badanych spożywających 1-2 posiłki dziennie wykazuje podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia. Natomiast 100% badanych spożywających 4 lub więcej posiłków dziennie wykazuje prawidłowy stan odżywienia.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 66% ankietowanych osób zadeklarowało, iż porcje zjadane są wystarczające, natomiast 28% respondentów zjada za mało, a jedyne 6% osób zjada za dużo niż powinni.

Tabela 4. Stan odżywienia ankietowanych w zależności od wielkości zjadanych porcji zjedanego posiłku

			Obiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			prawidłowy stan odżywienia	podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia			
Jak oceni Pani/Pan wielkość porcji zjedanego posiłku?	Za mało niż powinienam/powinienem	n	12	16	28	28,25	0,001
		%	42,9%	57,1%	100,0%		
	Wystarczająco	n	60	6	66		
		%	90,9%	9,1%	100,0%		
	Za dużo niż powinienam/powinienem	n	6	0	6		
		%	100,0%	0,0%	100,0%		
Ogółem		n	78	22	100		
		%	78,0%	22,0%	100,0%		

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wielkością spożywanych porcji posiłku przez ankietowanych a oceną stanu odżywienia. Ponad 57% badanych spożywających za mało niż powinni wykazuje podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia. Natomiast 90% badanych spożywających wystarczająco wykazuje prawidłowy stan odżywienia.

Własne badania wykazały, iż 54% ankietowanych wypija 3- 5 szklanek napojów dziennie, 26% wypija więcej niż 5 szklanek, natomiast 20% respondentów zadeklarowało, iż wypija mniej niż 3 szklanki dziennie.

Tabela 5. Stan odżywienia ankietowanych w zależności od ilości wypijanych dziennie płynów

			Obiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			prawidłowy stan odżywienia	podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia			
Ile wypija Pani/Pan dziennie napojów (woda, sok, kawa, herbata)?	Mniej niż 3 szklanki	n	8	12	20	24,54	0,001
		%	40,0%	60,0%	100,0%		
	3-5 szklanek	n	44	10	54		
		%	81,5%	18,5%	100,0%		
	Więcej niż 5 szklanek	n	26	0	26		
		%	100,0%	0,0%	100,0%		
Ogółem		n	78	22	100		
		%	78,0%	22,0%	100,0%		

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy ilością wypijanych dziennie napojów przez ankietowanych a oceną stanu odżywienia. 60% badanych wypijających mniej niż 3 szklanki dziennie, wykazuje podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia. Natomiast 100% badanych wypijających 5 lub więcej szklanek dziennie wykazuje prawidłowy stan odżywienia.

W przedstawionych badaniach 38% badanych osób podaje, iż w przeciągu ostatnich 3 miesięcy wystąpiły nudności, 28% ankietowanych zadeklarowało, iż wystąpiła biegunka, natomiast 26% respondentów stwierdziło, iż wystąpiły wymioty, a jedyne 8% osób podało, iż dolegliwości jakie wystąpiły to jadłowstręt.

Tabela 6. Stan odżywienia ankietowanych w zależności od występujących dolegliwości

			Obiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			prawidłowy stan odżywienia	podjężenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia			
Czy w przeciągu ostatnich 3 miesięcy wystąpiły u Pani/Pana dolegliwości wymienione poniżej?	Wymioty	n	16	10	26	43,28	0,001
		%	61,5%	38,5%	100,0%		
	Nudności	n	34	4	38		
		%	89,5%	10,5%	100,0%		
	Biegunka	n	28	0	28		
		%	100,0%	0,0%	100,0%		
	Jadłowstręt	n	0	8	8		
		%	0,0%	100,0%	100,0%		
Ogółem		n	78	22	100		
		%	78,0%	22,0%	100,0%		

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wystąpieniem dolegliwości a oceną stanu odżywienia. 100% badanych u których wystąpił jadłowstręt wykazuje podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia. Natomiast ponad 61% badanych u których wystąpiły wymioty wykazuje prawidłowy stan odżywienia.

Z obserwacji przeprowadzonej ankiety wynika, iż 64% badanych uważa, że nie nastąpiło nasilenie choroby, natomiast 36% zadeklarowało, iż nastąpiło lekkie nasilenie.

Tabela 7. Stan odżywienia ankietowanych w zależności od nasilenia choroby

			Obiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			prawidłowy stan odżywienia	podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia			
Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	Brak	n	64	0	64	50,14	0,001
		%	100,0%	0,0%	100,0%		
	Lekkie	n	14	22	36		
		%	38,9%	61,1%	100,0%		
Ogółem		n	78	22	100		
		%	78,0%	22,0%	100,0%		

Pośród badanej grupy osób 54% z nich podało, iż swoją wiedzę na temat prawidłowego odżywiania oceniają na umiarkowaną, 28% twierdzi, iż posiada małą wiedzę w tym temacie, natomiast 10% osób zadeklarowało, iż nie ma wiedzy, a jedyne 8% posiada dużą wiedzę w temacie odżywiania.

Tabela 8. Stan odżywienia ankietowanych w zależności od poziomu posiadanej wiedzy na temat prawidłowego odżywiania

		Obiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p	
		prawidłowy stan odżywienia	podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia				
9. Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę na temat prawidłowego odżywiania?	Duża wiedza	n	6	2	8	0,072	0,995
		%	75,0%	25,0%	100,0%		
	Umiarkowana	n	42	12	54		
		%	77,8%	22,2%	100,0%		
	Mała wiedza	n	22	6	28		
		%	78,6%	21,4%	100,0%		
	Brak wiedzy	n	8	2	10		
		%	80,0%	20,0%	100,0%		
Ogółem		n	78	22	100		
		%	78,0%	22,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy oceną przez ankietowanych swojej wiedzy na temat prawidłowego odżywiania a oceną stanu odżywienia.

Z obserwacji przeprowadzonej ankiety wynika, iż 54% badanych osób czasami przestrzega zasad prawidłowego odżywiania, natomiast 40% respondentów zadeklarowało, iż nie przestrzega, a jeden 6% zawsze przestrzega zasad odpowiedniego odżywiania.

Tabela 9. Stan odżywienia ankietowanych w zależności od stopnia przestrzegania zasad prawidłowego odżywiania

			Obiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			prawidłowy stan odżywienia	podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia			
Jak ocenia Pani/Pan stopień przestrzegania przez siebie zasad prawidłowego odżywiania?	Nie przestrzegam	n	30	10	40	8,81	0,012
		%	75,0%	25,0%	100,0%		
	Czasami przestrzegam	n	46	8	54		
		%	85,2%	14,8%	100,0%		
	Zawsze przestrzegam	n	2	4	6		
		%	33,3%	66,7%	100,0%		
Ogółem		n	78	22	100		
		%	78,0%	22,0%	100,0%		

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy oceną przez ankietowanych stopnia przestrzegania przez siebie zasad prawidłowego odżywiania a oceną stanu odżywienia. 25% badanych nieprzestrzegających zasad prawidłowego odżywiania wykazuje podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia. Natomiast 85% badanych czasami przestrzegającymi zasady prawidłowego odżywienia wykazuje prawidłowy stan odżywienia.

Dyskusja

W badaniu własnym udział wzięło 100 osób, z czego 66% grupy stanowiły kobiety, a 34% mężczyźni. W przeprowadzonych badaniach wyodrębniono 4 grupy wiekowe: najliczniejszą grupę 36% stanowiły osoby powyżej 55 roku życia, 30% badanych stanowiły osoby w wieku 41-55 lat, kolejną grupę 22% osób stanowili badani w wieku 25-40 lat oraz respondenci w wieku 18-24 lat, którzy stanowili 12% badanej populacji. Pośród badanej grupy osób 52% z nich stanowią mieszkańcy miast, natomiast 48% osób mieszka na wsi. Wśród badanej grupy osób 40% z nich pracuje w gospodarstwie rolnym, 24% badanych w instytucji publicznej, kolejne 24% respondentów zatrudnionych jest w firmie prywatnej, a 12% respondentów posiada w własną firmę (jest właścicielem). Z obserwacji przeprowadzonych badań wynika, iż 49% respondentów posiada wykształcenie średnie, 24% badanych posiada wykształcenie wyższe, 16% niepełne średnie, a jedynie 11% respondentów posiada wykształcenie podstawowe.

W badaniach Kardasz i Ostrowskiej przebadano 74 chorych hemodializowanych - 35 kobiet i 39 mężczyzn. Badane cechy poddano ocenie statystycznej pomiędzy grupami w obrębie danej płci [2].

Średni wiek w grupie kobiet z prawidłową masą ciała wynosił $61,2 \pm 13,1$ lat (17 osób, czyli 48,6%), a w grupie kobiet z nadmierną masą ciała $64,3 \pm 11,7$ lat (18 osób, czyli 51,4%) [2].

Średni wiek mężczyzn w grupie z prawidłową masą ciała wynosił $64,3 \pm 12,8$ lat (17 osób, czyli 43,6%), a w grupie mężczyzn z nadmierną masą ciała $66,0 \pm 12,8$ lat (22 osoby czyli 56,4%) [2].

W badaniu przeprowadzonym przez Pałubicką, Kaczkan i wsp. przebadano 62 pacjentów (37 kobiet i 25 mężczyzn). Kobiety w przedziale wiekowym od 28 do 86 lat, a mężczyźni w przedziale od 22 do 81 lat. Kobiety stanowiły prawie 60% badanych osób (59,7%), 40,3% to płeć męska. Średnia wieku kobiet wynosiła $55,5 \pm 14,6$ lat, a mężczyzn $51,3 \pm 17,3$ lat. Średnia wieku wszystkich badanych wynosiła 53,8 lat (w tym kobiet $55,5 \pm 14,6$ lat, a mężczyzn $51,3 \pm 17,3$ lat). Największa grupa osób obu płci to osoby w wieku 51 - 65 lat (38,7% wszystkich

badanych). Tylko niecałe 5 % badanych osób były w wieku powyżej 80 lat [6].

Z powyższych badań wynika, że 64,5% osób w badanej grupie miało nadmierną masę ciała (BMI powyżej 25). Grupa licząca 40,3% to osoby z nadwagą, natomiast ¼ wszystkich osób to osoby z otyłością. Płeć żeńska (73%) częściej niż męska (52%) miały nadmierną masę ciała [6].

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych wynika, iż 28% ankietowanych podało, iż swój apetyt oceniają jako słaby, 26% respondentów określają go jako dobry, natomiast 22% ankietowanych podaje, iż apetyt mają umiarkowany, natomiast 12% zadeklarowało, iż jest bardzo słaby, a kolejne 12%, iż jest bardzo dobry.

W odniesieniu do innego badania, jakim jest „Raport 2019. Ogólnopolskie Badanie Pacjentów Nefrologicznych” dolegliwości jakie najczęściej się pojawiają wśród chorych z przewlekłą niewydolnością nerek to te ze strony układu pokarmowego, a m.in. utrata apetytu. Badanie, które przeprowadzono podaje, że utrata apetytu występuje wśród 11% wszystkich badanych (badanie objęło 1168 pacjentów powyżej 18. roku życia). Z powodu pogarszającego się apetytu, zmian w odczuciach smakowych oraz podobnych dolegliwościach pacjenci samodzielnie decydowali się na ograniczenia. Jak podają badania 1/3 pacjentów w stadium 4 wyklucza niektóre produkty ze swoich posiłków. Pacjenci dializowani, których jest 34 % unika wybranych produktów, czego powodem jest pogarszający się apetyt [7].

W badaniach własnych 56% ankietowanych zadeklarowało, iż spożywa w ciągu dnia 3- 4 posiłki, natomiast 28% badanych podało, iż spożywa 4 posiłki i więcej, a jedyne 16% stwierdziło, iż są to 1- 2 posiłki dziennie.

Jak pokazuje „Raport 2019. Ogólnopolskie Badanie Pacjentów Nefrologicznych”, pogłębienie się stadium przewlekłej choroby nerek wiąże się ze zmniejszeniem ilości przyjmowanego pokarmu. U co czwartego pacjenta obserwuje się zmniejszenie masy ciała, a pacjenci w 5. stadium przewlekłej choroby nerek najczęściej są niedożywieni lub występuje niedożywienie w średnim stopniu [7].

Badania Kardasz i Ostrowskiej (przebadano 74 chorych hemodializowanych tj. 35 kobiet i 39 mężczyzn z województwa podlaskiego leczonych w Klinice Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ w Białymstoku) wykazują, że średnia wartość energetyczna dziennej racji pokarmowej (dzrp) we wszystkich grupach badanych kobiet była niższa od zaleceń żywieniowych pomimo występowania nadwagi i otyłości, i wynosiła kolejno: śr. $1595,7 \pm 820,7$ kcal/dobę w grupie 1 kobiet (72,5% realizacji normy), śr. $1427,0 \pm 314,9$ kcal/dobę w grupie 2 kobiet (64,7% realizacji normy). Średnia wartość energetyczna dziennej racji pokarmowej we wszystkich grupach badanych mężczyzn wynosiła: śr. $2488,7 \pm 648,7$ kcal/dobę w grupie 1 mężczyzn (108,2% realizacji normy), śr. $2099,8 \pm 884,1$ kcal/dobę w grupie 2 mężczyzn (91,3% realizacji normy) [7].

Badania Laville i Fouque podają, że osoby poddane hemodializie spożywali zaledwie 80% zaplanowanych posiłków, w skutek czego powstawały niedobory energetyczne w ilości 2800 kcal tygodniowo na każdą osobę. Jako przyczyny opuszczania posiłków chorzy podawali m.in. częste testy laboratoryjne wymagające pozostawania na czczo, zmiany dotyczące zaplanowanych dializ, zmęczenie po dializach, zbyt restrykcyjną dietę [8].

W badaniach Szpanowskiej - Wohn, Kolarzyk i wsp. również przedstawiono w wynikach nieodpowiednią wartość energii w posiłkach pacjentów hemodializowanych [9,10].

Własne badania wykazały, iż 54% ankietowanych wypija 3-5 szklanek napojów dziennie, 26% wypija więcej niż 5 szklanek, natomiast 20% respondentów zadeklarowało, iż wypija mniej niż 3 szklanki dziennie.

W badaniach Kucharskiej, Bober, Bogackiej i Woś gdzie przebadano 36 chorych leczonych hemodializą (19 kobiet oraz 17 mężczyzn) wykazano, że pacjenci średnio otrzymywali 1500 cm³ płynów dziennie (zalecenia 500 cm³). Mężczyźni w większym stopniu nie przestrzegali zasad i niezależnie od wieku spożywali płyny w większej ilości. Spożycie płynów u obu płci było wyższe niż zalecane normy [9].

W badaniu Kowala, Lasoty i wsp., w którym wzięto udział 74 chorych hemodializowanych (28 stanowiły kobiety, a 46 mężczyźni) wykazano przyjmowanie średnio 920 ml \pm 510 ml płynów w ciągu doby. Gdzie zalecana ilość przyjmowanych płynów u pacjentów w 5. okresie PChN wynosi 1000 ml plus objętość równa objętości moczu za poprzednią dobę [11].

Badanie przeprowadzone przez KonstadinaGriva, AldenYuanhongLai wykazało, że ograniczeń w spożyciu płynów nie przestrzegało 74% chorych hemodializowanych [12].

W przedstawionych badaniach 38% badanych osób podaje, iż w przeciągu ostatnich 3 miesięcy wystąpiły nudności, 28% ankietowanych zadeklarowało, iż wystąpiła biegunka, natomiast 26% respondentów stwierdziło, iż wystąpiły wymioty, a jedyne 8% osób podało, iż dolegliwości jakie wystąpiły to jadłowstręt.

Jak podaje „Raport 2019. Ogólnopolskie Badanie Pacjentów Nefrologicznych” najczęstsze dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego są wśród 11% wszystkich badanych utrata apetytu, u 8% – zaparcia, a u 7% – nudności, bóle brzucha i biegunka. U pacjentów nie korzystających z konsultacji dietetycznych, przy utracie apetytu występują uciążliwe dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Skutkiem takich nieprawidłowości doprowadzić można do wyniszczenia organizmu [7].

W badaniu przeprowadzonym przez Kapkę-Skrzypczak przebadano 40 osób leczonych technikami nerkozastępczymi, w tym 30 (75%) pacjentów leczonych hemodializą oraz 10 (25%) pacjentów dializowanych otrzewnowo. Badania wykazały, że 62,5% badanych deklaruje, że odczuwa ból po zabiegu dializoterapii. Zdecydowanie częściej powikłania tego typu dotyczą chorych hemodializowanych (80%), niż dializowanych otrzewnowo (10%). Brak apetytu zdecydowanie częściej występował u chorych hemodializowanych [13].

Pośród badanej grupy osób 54% z nich podało, iż swoją wiedzę na temat prawidłowego odżywiania oceniają na umiarkowaną, 28% twierdzi, iż posiada małą wiedzę w tym temacie, natomiast 10% osób zadeklarowało, iż nie ma wiedzy, a jedyne 8% posiada dużą wiedzę w tym temacie odżywiania.

Z obserwacji przeprowadzonej ankiety wynika, iż 54% badanych osób czasami przestrzega zasad prawidłowego odżywiania, natomiast 40% respondentów zadeklarowało, iż nie przestrzega, a jeden 6% zawsze przestrzega zasad odpowiedniego odżywiania.

„Raport 2019. Ogólnopolskie Badanie Pacjentów Nefrologicznych” podaje, że konieczna jest opieka ze strony dietetyka. Ponad 75% badanych w stadiach 3-4 nigdy nie korzystało z porady takiego specjalisty. Z dietetykiem współpracuje mniej niż 10% osób z przewlekłą chorobą nerek [7].

Badania te podają, że niezależnie od stadium choroby większość chorych nie zdecydowała się na skorzystanie z porad dietetyka. Są osoby, które chociaż raz skorzystały z porady, to pacjenci w stadium 5. – ok 20%. Osoby, które były w kontakcie z dietetykiem w trakcie leczenia to osoby z wcześniej wykrytą cukrzycą. Miały one kontakt dietetyka w poradni diabetologicznej. Większość badanych z przewlekłą chorobą nerek nie stosuje żadnej diety, jest to 70% w początkowych stadiach choroby. Badani, których choroba jest najbardziej zaawansowana – nie stosują diety, jest ich 60%. Tylko 14% badanych w 4. stadium choroby przestrzega diety niskobiałkowej. Niestosowanie się do diety cukrzycowej oraz nieograniczanie słodyczy podaje 2/3 pacjentów z cukrzycą [14].

Wyniki badań Kardasz i Ostrowskiej również wskazują na konieczność edukacji żywieniowej badanych osób hemodializowanych obu płci niezależnie od ich stanu odżywienia z uwagi na popełnianie wielu błędów żywieniowych [2].

Zalecenia dla praktyki zawodowej

W opiece nad pacjentem z PChN jednym z głównych zadań jest zapobieganie przed rozwojem niedożywienia i jego leczenie. Pielęgniarka aktywnie uczestniczy prowadząc edukację żywieniową oraz bierze udział w ocenie stanu odżywienia, przeprowadza wywiad żywieniowy kontrolując sposób odżywiania pacjenta. Ocenia wskaźniki odżywienia oraz wykonuje pomiary antropometryczne. Pielęgniarka uświadamia pacjenta jak ważne jest przestrzeganie odpowiedniej diety oraz wyja-

śnia konsekwencje w przypadku nieprzestrzegania jej. Do zadań pielęgniarki należy również monitorowanie żywienia enteralnego i parenteralnego [15,4].

Postępowanie lecznicze i pielęgnacyjne, które ma na celu zapewnić właściwy stan odżywienia pacjenta dializowanego może zmniejszyć ryzyko rozwoju chorób, śmiertelność oraz poprawić jakość życia pacjentów. Pielęgniarka odgrywa bardzo istotną rolę w tym procesie [15,16].

Bibliografia/Bibliography

1. Dąbrowski P, Olszanecka-Glinianowicz M, Chudek J. Żywienie w przewlekłej chorobie nerek. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2011;7;4:229-237.
2. Kardasz M, Ostrowska L. Ocena sposobu żywienia pacjentów hemodializowanych o zróżnicowanym stopniu odżywienia, *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*. 2012;63;4:463-468.
3. Szczygieł B. Niedożywienie związane z chorobą. Występowanie i rozpoznanie. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*. Warszawa 2011:33-36.
4. Szczygieł B, Ukleja A, Wójcik Z. Jak rozpoznać i leczyć niedożywienie związane z chorobą? *Podręcznik dla lekarzy, pielęgniarek, położnych i dietetyków*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2013:25-31.
5. Biernat J, Wyka J. Stan odżywienia w aspekcie stanu zdrowia. *Nowiny Lekarskie*. 2011:209-212.
6. Pałubicka K, Kaczkan M, Małgorzewicz S, Król E, Białoobrzaska B, Rutkowski B. Ocena wiedzy żywieniowej pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w okresie leczenia zachowawczego. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*. 2013;17:56-60.
7. Gellert R, Durlik M, Małgorzewicz S. Raport 2019. Ogólnopolskie Badanie Pacjentów Nefrologicznych. *Forum Nefrologiczne*. 2020;13;3:149-163.
8. Laville M, Fouque D. Nutritional aspect in hemodialysis. *Kidney International*. 2000;58;76:133-139.

9. Kucharska E., Bober J., Bogacka A., Woś M. Ocena żywienia pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek leczonych hemodializą. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*. 2008;41:161 - 167.
10. Szpanowska-Wohn A., Kolarzyk E., Lang-Młynarska D., Wójtowicz B. Ocena realizacji zaleceń dietetycznych przez pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych dializoterapią. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2006;87:221-227.
11. Kowal A., Lasota M., Trafalska E., Nowicki M. Niedostateczne przestrzeganie zaleceń dietetycznych wśród chorych dializowanych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*. 2018;22;2:56-60.
12. Griva K., Lai A.Y., Lim H.A., Yu Z., Foo M.W.Y., Newman S.P. Non-Adherence in Patients on Peritoneal Dialysis: A Systematic Review. *PLOS ONE*. 2014;9:e89001.
13. Kapka-Skrzypczak L. Subiektywna ocena jakości życia pacjentów dializowanych metodą dializy otrzewnowej oraz hemodializy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2012;93;4:790-797.
14. Małgorzewicz S., Ciechanowski K., Kozłowska L., Katarzyna Krzanowska, Krzanowski M., Kaczkan K., Borek P., Jankowska M., Rutkowski B., Dębska-Ślizień A. Zasady żywienia w przewlekłej chorobie nerek – stanowisko Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. *Forum Nefrologiczne* 2019;12;4:240–278.
15. Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. *Pielęgniarstwo Nefrologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2003:40-46,47-49.
16. Małgorzewicz S., Czajka Beata, Kaczkan M., Dębska-Ślizień A., Rutkowski B. Niedożywienie białkowo-kaloryczne – rozpoznawanie i monitorowanie. *Forum Nefrologiczne* 2013;6;2:77-83.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

ANNA ANT CZAK-KOMOTERSKA

Państwowa Akademia Nauk o Zdrowiu
we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25
87 800 Włocławek

e-mail: anna.antczak-komoterska@pans.wloclawek.pl

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

NATALIA STADNIK^{A-H}

ANNA ANT CZAK-KOMOTERSKA^{A-H}

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 05.05.2023

Data akceptacji: 10.06.2023