

Prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo vplivajo na kakovost življenja

Znanstveni članek

UDK 616.61+613.2

KLJUČNE BESEDE: prehranjevalne navade, kakovost življenja, kronična ledvična bolezen, zdravstvenovzgojno delo, medicinske sestre

POVZETEK - Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšne so prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo. Uporabili smo kvalitativno metodo, utemeljeno teorijo. Instrument raziskave je bil strukturiran intervju, v katerem je sodelovalo šest pacientov s kroničnim ledvičnim obolenjem, ki se zdravijo s hemodializo. Iz izkušenj pacientov izhaja, da prehranjevalne navade pomembno vplivajo na potek kronične ledvične bolezni. Vsi pacienti se strinjajo, da lahko z upoštevanjem dietnih priporočil odložijo zdravljenje s hemodializo, kar vpliva na kakovost njihovega življenja. Štirje od šestih pacientov so imeli zaradi neupoštevanja dietnih priporočil zdravstvene težave zaradi povišanega kalija v krvi, dva od šestih pacientov pa sta navedla zdravstvene težave zaradi zvišane vrednosti fosforja v krvi. Prehranjevalne navade in upoštevanje dietnih priporočil pomembno vplivajo na potek kronične ledvične bolezni ter na manj zdravstvenih težav in zapletov pri pacientu. Medicinska sestra z zdravstvenovzgojnim delom pomembno prispeva k informiranosti in motiviranosti pacientov o dietnem načinu prehranjevanja.

Scientific article

UDC 616.61+613.2

KEY WORDS: eating habits, quality of life, chronic kidney disease, health education, nurse

ABSTRACT - Conducting this research, we tried to discover how the patients with chronic kidney disease take care of their nutrition. We used the qualitative research method. The instrument we used in our research was a structured interview. In the sample we included six patients with chronic kidney disease, who had been conducting treatments like haemodialysis. From their experiences, we can determine that their eating habits have an important impact on the development of their disease. All patients have agreed that by following the specific dietary regime, the haemodialysis treatment can be postponed, which improves the patients' life quality. Four in six patients reported health problems because of the raised amounts of potassium in their blood, also, two in six patients reported health problems because of the raised amounts of phosphorus in their blood, all due to non-acceptable dietary regimes. Certain eating habits and following specific dietary requirements have a great impact on the development of the chronic kidney disease and, consequently, less health problems and complications. Nurses significantly contribute to better understanding of specific dietary regimes and greater motivation of the patients by combining health and educational practices.

1 Uvod

Odpoved delovanja ledvic ni enostavno stanje, s katerim se mora soočiti pacient (Buturovič-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010). Pomembno je, da je pacient dovolj zgodaj in dovolj natančno seznanjen s svojo boleznijo, njenim potekom in tudi z vsemi možnimi oblikami nadomestnega zdravljenja (Parapot, 2010). Poznavanje in spremljanje kronične ledvične bolezni je pomembno za uspešen potek zdravljenja (Simunič, 2014), zato je pomembno, da pacient sprejme svojo bolezen, se o njej pouči in se nauči z njo živeti (Buturovič-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010).

Ko se funkcija ledvic pacienta spremeni, ima pri zdravljenju patologije izredno pomembno vlogo prehrana. S prilagoditvijo prehrane se lahko ohrani stabilen me-

tabolizem in okvara ledvic se upočasni (Fouque, 2012). Glede na stopnjo slabšanja ledvične funkcije, se spreminja tudi vrsta diete. Začne se z varovalno dieto oz. z dieto z manj soli, sledi ji hipoproteinska dieta, dieta z omejitvijo holesterola, kasneje dieta z manj oz. več fosfatov, dieta z manj oz. več kalija in nazadnje omejitev tekočine. Velikokrat pride do prepletanja med posameznimi vrstami diete, kar je odvisno od vsakega posameznika (Podlesnik in Obrovnik, 2005). Pri omejitvi soli naj pridejo v ospredje začimbe, ki dajo jedem bolj poln okus (Lavrinec, 2011). Pri prehranskem svetovanju pacientu s kronično ledvično odpovedjo je zelo pomembna individualna obravnava. Naloga medicinske sestre je, da posameznika motivira in spodbuja ter pridobi njegovo zaupanje in sodelovanje. Velik pomen v procesu zdravljenja ima tudi vključevanje in psihična podpora pacientove družine (Putnik, 2015).

Prehrana je močno povezana z zdravstvenimi izidi pri kronični ledvični bolezni (Gutiérrez, Muntner, Rizk, McClellan, Warnock, Newby and Judd, 2014). Ob upoštevanju prehranskega načrta se število zapletov med dializo in po njej zmanjšuje, hkrati se podaljšuje čas preživetja z dializo. Omogočen je boljši prehod med metodami nadomestnega zdravljenja, s tem pa se povečuje kakovost pacientovega življenja na nadomestnem zdravljenju. Prehrana, ki jo uživa pacient na nadomestnem zdravljenju, mora biti kakovostna, uravnotežena, sestavljena iz ustreznega razmerja med ogljikovimi hidrati, maščobami in beljakovinami ter enakomerno razporejena v pet dnevni obrokov. Priporočen je zdrav način življenja – odsvetujejo se kajenje, pitje alkohola in kave (Rabuzza in Mesojedec, 2014). Pri pacientih, ki se zdravijo s hemodializo, obstaja povečano tveganje za izgubo mišične mase, zato je nadzor nad njihovo prehranjenostjo izredno pomembna. Z vnašanjem ustreznih živil v telo le-temu olajšamo nadzor nad kopičenjem škodljivih produktov metabolizma, ledvicam pa s tem olajšamo delovanje (Halovanić, 2014). Cilj zdravljenja in predializnega prehranskega svetovanja je predvsem upočasnitev slabšanja ledvične funkcije ter s tem povezanih presnovnih motenj in zmanjšanje možnosti okvar na drugih organih (Simunič, 2014). Pacient s kronično ledvično boleznijo je postavljen v drugačne življenjske okoliščine. Mnoge navade in prejšnje oblike vedenja lahko postanejo moteče in škodljive. Prav tako je pacientom treba predstaviti nujnost sprememb vedenja in utečenih navad. V ta namen se že v nefroloških ambulantah izvajajo skupinske in tudi individualne izobraževalne delavnice, ki jih vodijo za to usposobljene medicinske sestre (Rabuzza, 2011). Zavedati se je treba, da so omejitve pri dieti za pacienta s kronično ledvično boleznijo zelo restriktivne. Bolje je prilagoditi vnos hranil, kot pa pri pacientu povzročiti podhranjenost. Pri pacientih s kronično ledvično boleznijo se zaradi povečanja uremičnih toksinov in kronične presnovne acidoze poveča razgradnja beljakovin in izguba vodotopnih vitaminov in mineralov. Zmanjša se tvorba vitamina D, poleg tega pa se zmanjša tudi absorpcija kalcija v črevesju. Ob omejitvi vnosa fosfatov pride sočasno tudi do omejitve vnosa kalcija (Paljić, 2015). Ledvične diete so različne in odvisne od ledvičnega delovanja oziroma od stopnje kronične ledvične bolezni, zato se tudi ustreznna prehrana med potekom bolezni nenehno spreminja. Na potek kronične ledvične bolezni pomembno vpliva pravilna prehrana, ki lahko upočasni njeno napredovanje in tako dalj časa ohranja dobro počutje. Vsaka stopnja kronične ledvične bolezni zahteva različno vrsto prehrane, ki se s potekom bolezni nenehno spreminja. Prav tako morajo pacienti upoštevati režim

prehranjevanja, ki mora predstavljati uravnoteženo razmerje med ogljikovimi hidrati, beljakovinami in maščobami. Posebnega pomena pri njih je potreben vnos kalorij, vitaminov, mineralov in dovoljena količina tekočine (Obrovnik, 2010).

Dnevne potrebe po energiji pacienta s kronično ledvično boleznijo naj bodo zagotovljene z ogljikovimi hidrati in maščobami. Pri beljakovinah je treba biti bolj previden in izbrati kakovostne in tiste z visoko biološko vrednostjo. Vir beljakovin so tudi jajca ter mleko in mlečni izdelki, a vsebujejo veliko fosforja in jih je treba uživati zmerno (Buturović-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010). V telesu pacienta je porušeno tekočinsko, elektrolitsko in acidobazno ravnovesje, kar skupaj z visokimi metabolnimi vrednostmi povzroča podhranjenost, katero je treba zaznati, preprečiti in odpraviti. Nezdosten vnos energije in proteinov lahko privede do podhranjenosti in kaheksije, kar vodi k večji obolevnosti in umrljivosti (Paljič, 2015). Zavedati se moramo, da je prehranjevanje med boleznijo del terapije (Gašperič, 2005).

Pacienti, ki se zdravijo s hemodializo, svojega življenja ne morejo spremeniti, ampak ga morajo sprejeti in živeti, z veliko poguma, optimizma ter z zavestjo, da v tem niso sami (Hajdinjak, 2011). Pri pacientu, ki se zdravi s hemodializo, je prehrana ključnega pomena. Posebej je pomembna uporaba najpomembnejših sestavin, njihova energijska vrednost in zastopanost v vsakodnevni prehrani. Dializni pacienti imajo povečano tveganje za pojav podhranjenosti, kar pomembno vpliva na njihovo življenje in zdravje (Halovanić, 2014). Med dializo so prehranski cilji zastavljeni tako, da se s prehrano zmanjša vnos fosfatov, kar pomeni, da se s tem zmanjša tudi vnos beljakovin. Zaradi zmanjšane vnosa beljakovin pride pri pacientih, ki se zdravijo s hemodializo, do upada mišične mase, zato bi morale biti skrbno načrtovane telesne dejavnosti del rutinskega zdravljenja (Fouque, Pelletier, Mafra in Chauveau, 2011).

Pomembno vlogo pri tem ima medicinska sestra, ki pacienta pouči o omejitvah, s katerimi se bo srečeval in soočal v vsakdanjem življenju, pojasni vzroke za omejitve in pravila ter ga spodbuja in motivira na njegovi novi poti. Pacientu se nekatere omejitve zdijo nesprejemljive, zato je vloga medicinske sestre – svetovalke ključna (Buturović-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010). Pri pacientu s kronično boleznijo se poleg težav na telesni ravni, pojavljajo tudi težave pri sprejemanju samega sebe zaradi spremenjene telesne podobe. Posledica spremenjene samopodobe vpliva na pacientovo umikanje iz socialnega življenja. Za pacienta je v času prilagajanja na spremenjeno življenjsko situacijo s strani medicinske sestre pomembno medsebojno spoznavanje, saj vzpostavljata odnos zaupanja. Ključna pa je v tem odnosu komunikacija, upoštevati je treba tako čustveno obremenjenost pacienta kot tudi učinkovito posredovanje informacij v pravem trenutku (Štemberger Kolnik, 2011).

Poleg sodelovanja zdravstvenega tima in pacienta je nujno potrebno sodelovanje njegovih svojcev, s katerimi živi v skupnem gospodinjstvu. Vloga družine je izredno pomembna v procesu sprejemanja bolezni, v procesu spreminjanja načina življenja in ob odločanju o metodi nadomestnega zdravljenja, ki je za določenega pacienta najbolj primerna (Pirnat, 2011).

Namen raziskave je ugotoviti prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo.

Na podlagi izbranega raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalna vprašanja:

- Kakšne so prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo?
- Kako prehrana vpliva na kakovost življenja pacientov s kronično ledvično boleznijo?
- Koliko pacienti s kronično ledvično boleznijo upoštevajo smernice pravilnega prehranjevanja?

2 Metoda

Raziskovalna metoda in tehnika zbiranja podatkov: Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, metodo utemeljene teorije. Instrument raziskave je bil strukturiran intervju s pacienti, ki se zdravijo s hemodializo. Za iskanje literature smo uporabili bibliografski bazi COBISS in MEDLINE.

Opis instrumenta: Intervju smo oblikovali na podlagi pregleda literature (Buturović-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010; Lindič, 2014; Paljić, 2015; Putnik, 2015; Simunič, 2014; Obrovnik, 2011; Rabuza, 2011) in je obsegal 14 odprtih vprašanj.

Opis vzorca: V neslučajnostni, namenski vzorec smo vključili 6 pacientov s kronično ledvično boleznijo, ki so izpolnjevali vnaprej postavljene kriterije:

- vključeni so bili trije moški in tri ženske, od tega:
 - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo do 1 leta,
 - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo od 5 do 10 let,
 - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo od 15 do 20 let,
- nobeden od njih ni imel sladkorne bolezni,
- nobeden od njih ne živi v domu starejših občanov,
- vsi pacienti so bili starejši od 30 let.

Povprečna starost anketiranih je bila 61 let. V povprečju se pacienti, ki so bili vključeni v raziskavo, zdravijo s hemodializo 7 let in 11 mesecev.

Opis zbiranja in obdelave podatkov: za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuje smo izvedli po predhodnem dogovoru s pacienti na njihovem domu, ob vnaprej dogovorjenem času. Sodelujoče v intervjuju smo nagovorili s kratkim uvodnim nagovorom na začetku intervjuja, kjer so bila predstavljena tudi natančna navodila in namen ter potek obdelave prejetih informacij. Intervjuji so se snemali, na kar so bili intervjuvani opozorjeni pred začetkom intervjuja. Za snemanje intervjuja so dali informirani pristanek. Izvedba posameznih intervjujev je trajala različno dolgo, v povprečju 25 minut. Zaradi majhnega vzorca smo posebno pozornost namenili predstavitvi demografskih podatkov, iz katerih ni možno ugotoviti identitete intervjuvane osebe.

Po zaključku intervjujev je sledila njihova analiza, ki se je začela s transkripcijo. Intervjuje smo prepisali dobesedno, saj smo s tem zagotovili večjo sledljivost. Nato smo jih ponovno prepisali v čistopis, brez mašil in odvečnih, nepomembnih besed,

ki niso bistveni del intervjuja. Intervjuvani so prebrali svoje odgovore in potrdili, da so odgovori na vprašanja ustrezni. Nihče od njih ni nič pripomnil ali česa dodal. Na ta način smo lahko med obdelavo podatkov v vsakem trenutku preverili dobesečne odgovore intervjuvanega. Prepisani intervjuji so se za nadaljnjo analizo označili z zaporednimi števkami od 1 do 6 (brez osebnih podatkov). Sledil je proces kodiranja (*določevanje ključnih besed, pojmov, kod*). Besedila je bilo treba v ta namen večkrat prebrati. Analiza besedila je potekala v šestih korakih: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja - izjave, kodiranje, izbor in definiranje pomembnih pojmov in oblikovanje podkategorij, definiranje kategorij in oblikovanje končne teoretične formulacije (utemeljene teorije).

Sodba, ki jo prikazujemo v članku, je bila narejena v programu Microsoft Visio. V članku smo rezultate analize besedila predstavili slikovno in opisno.

Etični vidik raziskovanja: intervjuvanim osebam smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločanja, pravico do anonimnosti, zasebnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela in standarde Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), Oviedske konvencije in Helsinške deklaracije.

3 Rezultati

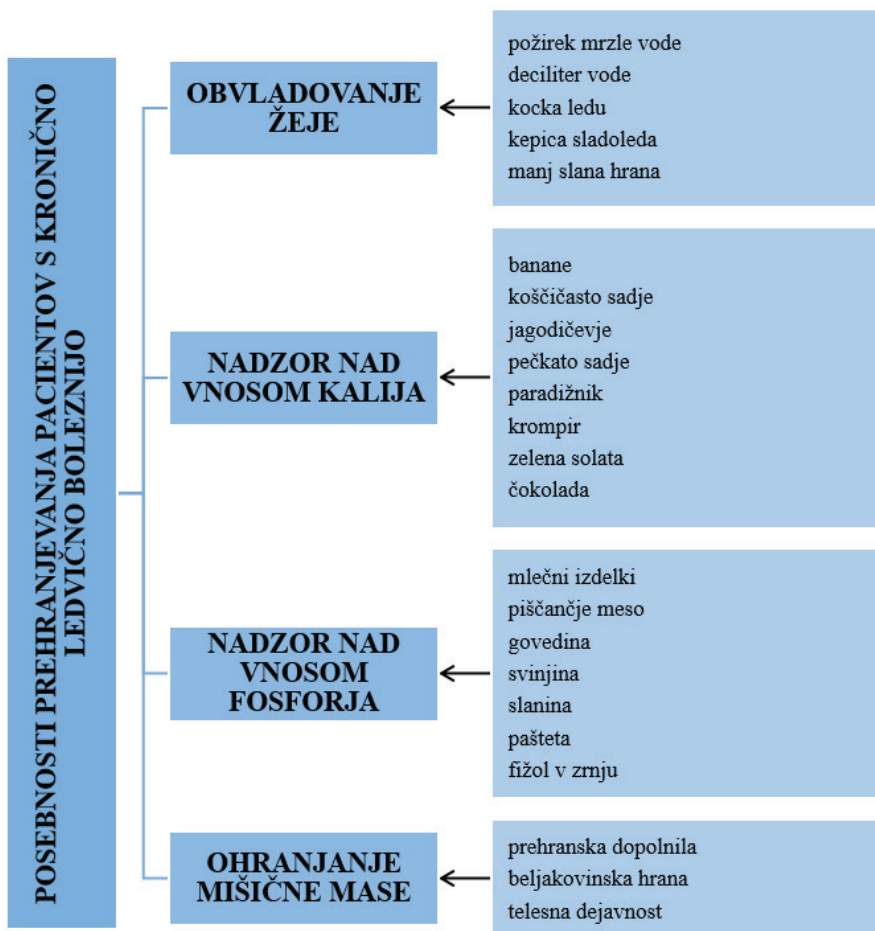
Izraze (kode) smo smiselno povezali v podkategorije. Posamezne podkategorije smo oblikovali v *osem glavnih kategorij*, in sicer:

- ☐ Prehranjevanje pred boleznijo
- ☐ Prve informacije o potrebni dieti
- ☐ Privajanje na dieto
- ☐ Kakovost življenja pacienta na začetku bolezni
- ☐ Posebnosti diete pacientov s kronično ledvično boleznijo
- ☐ Kontinuirano učenje in informiranje pacientov
- ☐ Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja
- ☐ Vpliv neupoštevanje dietnih priporočil na kakovost življenja

Iz slike 1 je razvidno, da smo kode iz intervjujev pacientov razvrstili v štiri podkategorije, in sicer »Obvladovanje žeje«, »Nadzor nad vnosom kalija«, »Nadzor nad vnosom fosforja« in »Ohranjanje mišične mase«, te pa povezali v glavno kategorijo »Posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav pacientov – intervjujev je razvidno, da si pacienti na različne načine lajšajo žejo. Pri prevelikem vnosu kalija v organizem jim največ preglavic povzročata sadje in zelenjava, predvsem pri tistih pacientih, ki imajo sezonsko sadje in zelenjavo doma na vrtu na dosegu rok. Problemi se pojavijo predvsem, ko je sezona regrata, paradižnika in sadja, predvsem koščičastega. Pacienti se težko uprejo tudi čokoladi. Vzrok za zvišano vrednost fosforja v krvi lahko pripišemo predvsem uživanju mlečnih izdelkov, mesa in mesnih izdelkov, konzerviranih živil in zrnatega fižola. Kljub temu je potrebno zmerno uživanje beljakovin za ohranjanje pacientove mišične mase, k čemur pripomore tudi vsakodnevna zmerna telesna dejavnost,

najbolj priporočljiva je hoja. Ob zaznanem upadu mišične mase na podlagi trenutno aktualnega in uporabnega obrazca za preverjanje morebitne podhranjenosti pacienta Malnutrition inflammation score (MIS) zdravnik posamezniku predpiše potrebna in zanj primerna prehranska dopolnila, da se prepreči nastanek kaheksije, ki lahko celo ogroža pacientovo življenje.

Slika 1: Prikaz kategorije Posebnosti diete pacientov s kronično ledvično boleznijo



Slika 2: Prikaz kategorije Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja



Iz slike 2 je razvidno, da smo kode iz intervjujev pacientov razvrstili v šest pod-kategorij, in sicer »Izbira živil«, »Priporočene tehnike priprave hrane«, »Odsvetovane tehnike priprave hrane«, »Prednosti prehranjevanja doma«, »Slabosti prehranjevanja drugje« in »Odnos do sebe«, te pa povezali v glavno kategorijo »Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav pacientov – intervjujev, je razvidno, da je izbira živil pri kronični ledvični bolezni izredno pomembna. Zelo pomembna jim je kakovostna izbira priporočenih živil in upoštevanje priporočenih tehnik priprave hrane, predvsem z namakanjem zelenjave, kuhanjem v večji količini vode, česar se vsi intervjuvani pacienti zavedajo in to tudi upoštevajo. Zavedajo se tudi, da sta dušenje in cvrtje odsvetovana. Kot pomembno so navedli, da je skoraj pomembnejše uživanje raznovrstne hrane v zmernih, manjših

količinah, kot pa namakanje živil, ki s tem tudi izgubijo na okusu. Navajali so, da je za polnejši okus jedi namesto soli bolje uporabljati začimbe. Vsem tem pogojem je zadoščeno, kadar gre za prehranjevanje doma, ko pa govorijo o prehrani drugje, na primer v restavracijah, navajajo, da je tam hrana preslana, velikokrat premastna, nimajo zagotovljene kakovosti živil in po navadi so tudi porcije prevelike, kar vpliva na njihovo slabo počutje in takrat komaj čakajo, da pridejo na dializo, kjer se rešijo teh tegob. S pripravo hrane doma in z upoštevanjem dietnih navodil ter z zmerno telesno dejavnostjo se dobro počutijo, kar pozitivno vpliva na kakovost njihovega življenja.

Jurhart (2016) ugotavlja, da je prehranjevanje pred boleznijo vezano na izbiro vrste hrane in tehnike priprave hrane, pri čemer imajo neposreden vpliv tudi svojci, saj imajo pacienti, skupaj z njimi, že utečen način prehranjevanja. Svojci lahko imajo na način prehranjevanja tako negativen kot pozitiven vpliv.

Ko nastopi kronična ledvična bolezen, je medicinska sestra tista, ki ima neposreden vpliv pri podajanju prvih informacij o potrebni dieti, vseh potrebnih omejitvah in prilagajanjih, pacientu in posredno njegovim svojcem. Prav je, da so o dieti posredno informirani tudi pacientovi svojci, ki so prav tako lahko vir informacij. Kako bo pacient sprejel prve informacije o dieti, je odvisno od neposrednega vpliva načina prehranjevanja pred boleznijo, saj bodo tisti, ki so se že pred boleznijo nezdravo prehranjevali, imeli s privajanjem na dieto veliko večje težave kot tisti, ki so se že prej zdravo prehranjevali in jih potrebne omejitve v prehrani ne bodo preveč prizadele.

Na privajanje na dieto imajo posreden vpliv tudi njihovi svojci, saj pomagajo pri pripravi hrane in večinoma tudi sami upoštevajo priporočene tehnike priprave hrane in omejitev soli. Prav zaradi tega imajo posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo posreden vpliv tudi na njihove svojce. Privajanje na dieto je posredno odvisno tudi od medicinske sestre, kako se uspe pacientu približati, si pridobiti njegovo zaupanje in pripravljenost na sodelovanje potem pa mu neposredno predstavi posebnosti dietnega prehranjevanja.

Privajanje na dieto je neposredno odvisno tudi od pacientove zmožnosti upoštevanja posebnosti prehranjevanja, od kontinuiranega učenja in informiranja, kar posredno vpliva na kakovost njegovega življenja na začetku bolezni.

Na kakovost pacientovega življenja na začetku bolezni ima neposreden vpliv prehranjevanje pred boleznijo, od prejetih prvih informacij o dieti in od zmožnosti privajanja na dieto, predvsem zaradi nujnosti upoštevanja določenih omejitev. Kakovost pacientovega življenja je prav tako neposredno odvisna od upoštevanja in sprejemanja informacij o posebnostih prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo, ki so vezane na obvladovanje žeje, nadzor nad vnosom kalija in fosforja, predvsem preko sadja, zelenjave, mlečnih izdelkov in mesa. Poleg tega je treba skrbeti za ohranjanje mišične mase. Na pacientovo kakovost življenja na začetku bolezni posredno vplivajo tudi njegovi svojci pri privajanju na dieto pri pripravi hrane ter medicinska sestra z zdravstvenovzgojnim delom in svetovanjem.

Na posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo ima neposreden vpliv kontinuirano učenje in informiranje, saj upoštevanje navodil izboljša

kakovost njegovega življenja. Pomembna je tudi kakovost pacientovega življenja na začetku bolezni. Medicinska sestra pa posredno vpliva na pacienta pri upoštevanju dietnih priporočil s tem, da ga pohvali in spodbudi, da še naprej vztraja ter skrbi za njegovo kontinuirano informiranje in učenje.

Ugotavljamo, da se kategorije med seboj prepletajo, vplivajo ena na drugo in so medsebojno odvisne. Pomembno je poznati »pacientove prehranjevalne navade pred boleznijo«; kdo, kje, kdaj in kakšen način jim posreduje »prve informacije o dieti«; kako je potekalo »privajanje na dieto«; kakšna je bila »kakovost pacientovega življenja na začetku bolezni«; kdo je bil tisti, ki je poskrbel za »kontinuirano učenje, informiranje«; poznavanje »posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo, »vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja« in tudi »vpliv neupoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja« pacientov. Pri vsem tem gre za pomembno prepletanje sodelovanja med medicinskimi sestrami, pacienti in njihovimi svojci v skrbi za čim bolj kakovostno življenje pacienta s kronično ledvično boleznijo.

4 Razprava

Namen raziskave je bil predstaviti pomen prehranjevalnih navad pri pacientih s kronično ledvično boleznijo, saj le-te močno vplivajo na kakovost njihovega življenja. Izbrali smo 6 pacientov z vnaprej določenimi karakteristikami, ki se zdravijo s hemodializo.

Sestavni del zdravljenja pacientov s kronično ledvično boleznijo predstavljajo njihove prehranjevalne navade, saj se (Fouque, 2012) s prilagoditvijo prehrane lahko ohrani stabilen metabolizem in se okvara ledvic upočasni.

Da bi lažje razumeli, kakšne spremembe oz. kakšna stopnja prilagoditve bo potrebna v pacientovem življenju na področju prehranjevanja, smo želeli ugotoviti, kakšen je bil njihov način prehranjevanja pred boleznijo. Z raziskavo smo ugotovili, da so pacienti večinoma uživali raznoliko, mešano prehrano, uporabljali različne tehnike priprave hrane, nekateri izmed njih so že pred boleznijo omejevali uporabo soli v prehrani. Glede na stopnjo slabšanja ledvične funkcije se spreminja tudi vrsta diete. Velikokrat pride do prepletanja med posameznimi vrstami diete, kar je odvisno od vsakega posameznika (Podlesnik in Obrovnik, 2005). Pacienti so ob nastopu ledvične bolezni za vzpostavitev spremenjenih, tj. dietnih prehranjevalnih navad, potrebovali informacije. Le-te so večinoma pridobili od zdravstvenega osebja, v splošni in nefrološki ambulantni ter na internetu. V ta namen se že v nefroloških ambulantah izvajajo skupinske in tudi individualne izobraževalne delavnice, ki jih vodijo za to usposobljene medicinske sestre (Rabuz, 2011). Z raziskavo smo ugotovili, da so bile informacije, ki so jih pacienti pridobili, informacije o omejenem vnosu določenih živil, o vsebnosti fosforja in kalija v živilih ter o omejitvi soli v prehrani.

Raziskava je pokazala tudi, da so se na dieto morali privaditi tako pacienti kot tudi njihovi svojci. Pacienti so zelo različno sprejeli prehranjevalne spremembe. Večina s privajanjem na dieto ni imela nobenih težav, posamezniki pa so se privadili zelo tež-

ko, predvsem na zmanjšano uživanje zelenjave, nekaterim je predstavljala težavo tudi omejitev tekočine. Buturovič-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič (2010) ugotavljajo, da je pomembno, da pacient svojo bolezen sprejme, se o njej čim bolj pouči in se z njo nauči živeti. Medicinska sestra ga pouči o omejitvah, s katerimi se bo srečeval in soočal v vsakdanjem življenju, mu pojasni vzroke za omejitve in pravila ter ga spodbuja in motivira na njegovi novi poti. Pacientom se nekatere omejitve zdijo nesprijemljive, zato je vloga medicinske sestre –svetovalke tu ključnega pomena. Obrovnik (2010) poudarja, da mora ustrezno prehrano glede na stopnjo ledvične bolezni načrtovati zdravnik ali dietetik, Rabuza (2011) pa opozarja na pomen dobrega sodelovanja med pacientom in prehranskim svetovalcem pri skupinskem ali individualnem izobraževanju, ki se začne že takoj ob postavitvi diagnoze kronična ledvična bolezen. Rezultati raziskave potrjujejo, da so se svojci večinoma brez težav privadili na pacientov spremenjen način prehranjevanja, ki je postal tudi njihov način prehranjevanja. Pirnat in Zavolovšek (2011) ugotavljata, da je poleg sodelovanja zdravstvenega tima in pacienta nujno potrebno sodelovanje njegovih svojcev, s katerimi živi v skupnem gospodinjstvu. Vloga družine je izredno pomembna pri sprejemanju njegove bolezni, spreminjanju načina življenja in ob odločanju o metodi nadomestnega zdravljenja, ki je za določenega pacienta najbolj primerna.

Z raziskavo ugotavljamo, da se pacienti zavedajo, da prehrana, v smislu omejitev in prilagajanj, pomembno vpliva na njihovo počutje že na samem začetku kronične ledvične bolezni. Prekrške v prehrani večinoma povezujejo s slabim počutjem, napihnjenostjo in povečanim občutkom žeje. Opažajo tudi ostale simptome, ki so povezani s slabšim delovanjem ledvic. Prekomerno zadrževanje vode v telesu, zaradi česar imajo pogosto otečene predvsem spodnje okončine, kar navaja tudi Kveder (2014), in k temu dodaja, da so otekline večinoma simetrične in neboleče in nastanejo kot posledica nefrotskega sindroma. Pacienti z ledvično boleznijo se morajo redno tehtati, da nadzorujejo morebiten prehiter porast telesne teže. Rabuza in Mesojedec (2014) navajata, da lahko dializni pacienti zaužijejo toliko tekočine, kolikor dnevno izločijo urina, anurični pacienti pa od 0,5 do 1 litra tekočine, pri čemer se ne sme pozabiti, da tudi hrana vsebuje tekočino. Izsledki raziskave kažejo, da se pacienti zavedajo, da je upoštevanje dietnih navodil zelo pomembno za odlaganje začetka dializnega zdravljenja, pomembna je izbira živil in način priprave hrane. Prepoznajo prednost priprave hrane doma, kjer imajo nadzor nad uporabo in kakovostjo živil, količino soli in načinom priprave.

Za paciente je pomembna tudi omejitev tekočine, ki pa tistim, ki upoštevajo načela dietnega prehranjevanja (predvsem omejitev soli), ne predstavlja prevelikih težav. Nekateri pacienti večinoma upoštevajo dietna priporočila, pri njih se zdravstvene težave redkeje pojavljajo. Izogibajo se prehranjevanju v restavracijah, ne hodijo na praznovanja, kadar gredo na daljšo pot, si hrano pripravijo že doma ali si naročijo takšno hrano, ki jim ne škodi. Pacienti se zavedajo, da upoštevanje dietnih priporočil pozitivno vpliva na njihovo zdravje in počutje, kar vpliva tudi na boljšo kakovost njihovega življenja. Neupoštevanje dietnih priporočil lahko privede do blagih ali hudih težav, ki resno vplivajo na zdravstveno stanje pacienta. Špalir Kujavec (2015) ugot-

vlja, da pacienti s kronično ledvično boleznijo potrebujejo posebno psihično podporo, saj kronična odpoved ledvic močno vpliva na njihov način življenja. Lahko privede do občutka nekoristnosti, pesimizma, žalosti, nespečnosti in samomorilnih misli, tj. v depresivno stanje. Rezultati raziskave kažejo, da pacienti neupoštevanje dietnih priporočil v večini povezujejo s slabim počutjem, napihnenostjo in povečanim občutkom žeje. Pri nekaterih so se zaradi neupoštevanja dietnih priporočil pojavile hude težave: visok nivo kalija v krvi in posledična hospitalizacija, bolečine in mravljinčenje v nogah, prav tako zaradi visokega nivoja kalija v krvi in srbeča koža kot posledica visokega nivoja fosforja v krvi. Rabuza in Mesojedec (2014) navajata, da je kalij pomemben za mišično aktivnost in krčenje srca, zato lahko hitre spremembe kalija, kot so hiper- in hipokaliemija, povzročijo motnje srčnega ritma. Po mnenju Obrovnik (2011) vsebujejo beljakovine veliko fosfatov in soli, zato naj bi bilo meso na jedilniku enkrat dnevno kot sveže pripravljeno pusto meso. Mesni izdelki, kot so salame, paštete, klobase, hrenovke in drugo, vsebujejo veliko soli in niso primerne za vsakodnevno uporabo. Hude težave zahtevajo zdravstveno oskrbo in celo hospitalizacijo, kar slabo vpliva na kakovost pacientovega življenja.

Z raziskavo smo ugotovili, da se pacienti zavedajo, da je upoštevanje posebnosti prehranjevanja, kot so: omejitev soli, omejitev tekočine, pazljivost pri uživanju sadja in zelenjave, predvsem zaradi visoke vsebnosti kalija, ter nadzor nad uživanjem živil, ki vsebujejo večje količine fosforja, pri kronični ledvični bolezni izredno pomembno pri nadzoru bolezni, saj lahko neupoštevanje privede do resnih zdravstvenih zapletov, kar potrjujeta Krel in Smolinger (2015). Posamezni pacienti se tega zavedajo in se priporočil držijo, drugi žal ne. Nekateri pacienti menijo, da mora biti učenje in informiranje kontinuirano in ju prepoznajo kot dejavnika za njihovo lastno opolnomočenje pri obvladovanju bolezni in ob tem poročajo tudi o večjem zadovoljstvu v življenju. Krel in Smolinger (2015) menita, da je izobraževanje pacientov pomemben segment njihove obravnave in mora biti osredotočeno predvsem na živila, ki vsebujejo veliko natrija, kalija, fosforja in beljakovin, na spremljanje morebitne izgube telesne teže, nastanek edemov in na količino zaužite tekočine. Rezultati raziskave so pokazali, da je za paciente zelo pomembno, kdaj, kje, kdo in na kakšen način jim daje potrebne informacije glede diete in bolezni nasploh. Raje imajo ustno prejete informacije, ki jih želijo večkrat slišati, veliko dajo tudi na lastne izkušnje in na mnenje ter nasvete sopicentov in članov društva. Pacienti dobijo vse potrebne informacije od zdravstvenega osebja, večinoma od medicinskih sester. Dobijo tudi odgovore na vsa morebitna vprašanja, ki se jim med zdravljenjem porajajo.

5 Zaključek

Kronične bolezni so zaradi nezdravega načina življenja (nepravilno prehranjevanje, telesna nedejavnost), hitrega tempa življenja, preobremenjenosti, izgorelosti in stresa v svetu močno porasle, zato jim je treba nameniti posebno pozornost. Vsaka

kronična bolezen, še posebej kronična ledvična bolezen, zahteva poglobljeno in kontinuirano spremljanje, saj močno vpliva na kakovost pacientovega življenja.

Na podlagi raziskave smo ugotovili, kako pomembno je kontinuirano delo s pacienti s kronično ledvično boleznijo, konkretno s tistimi, ki se zdravijo s hemodializo, in kako zelo to vpliva na kakovost njihovega življenja oz. zadovoljstvo z njim. Nenehno se morajo izobraževati, nečemu odpovedovati, prilagajati in upoštevati navodila, ki jih dobijo predvsem od medicinskih sester, pa tudi od zdravnikov. Če je pacient pravilno in pravočasno informiran, lahko začne upoštevati dietna priporočila že ob pojavu ledvične bolezni, o tem pa je pomembno informirati in izobraževati tudi njegove svojce, ki mu lahko pri tem veliko pomagajo. Ugotavljamo, da upoštevanje dietnih priporočil pozitivno vpliva na zdravje pacientov in njihovo počutje.

Učenje in informiranje pacientov mora biti kontinuirano, saj ju tudi pacienti sami prepoznajo kot dejavnika za njihovo lastno opolnomočenje pri obvladovanju bolezni. Pacienti, ki so opolnomočeni, bodo svojo kronično bolezen lažje obvladovali, s tem pa se bo zagotovo izboljšala tudi kakovost njihovega življenja in zvišala zdravstvena pismenost, pri čemer ima pomembno vlogo diplomirana medicinska sestra. Ona je tista, ki jih spremlja dneve, tedne, mesece in celo leta ter ob tem zazna njihove potrebe, skrbi, težave, morda tudi strah. Z longitudinalno raziskavo bi obenem spremljala še vnaprej določene parametre kakovosti njihovega življenja ob pojavu kronične ledvične bolezni, na začetku zdravljenja s hemodializo ter v dogovorjenih intervalih med zdravljenjem s hemodializo. Takšna raziskava bi zagotovo veliko prispevala na področju preučevanja kakovosti življenja pacientov, ki se zdravijo s hemodializo, in vplivala na razvoj zdravstvene nege. Za poglobljeno raziskovanje v tej smeri predlagamo izvedbo kvantitativne raziskave na večjem vzorcu pacientov.

Nataša Juhart, mag. Boris Miha Kaučič, Nataša Leskovšek

Impact of Eating Habits of Patients with Chronic Kidney Disease on the Quality of Life

The diet is strongly associated with the health outcomes in chronic kidney disease (Gutiérrez, Muntner, Rizk, McClellan, Warnock, Newby and Judd, 2014). In the case of a substitution therapy, the patient's diet must be high-quality, balanced, consisting of an appropriate relationship between carbohydrates, fats and proteins, and evenly distributed into five daily meals. Recommended is a healthy way of life - without smoking, alcohol and coffee (Rabuzá and Mesojedec, 2014).

For data collection, we used a qualitative research approach. To search the literature, bibliographic database COBISS and MEDLINE were used. As a measuring instrument, we used the structured interview with 14 open questions prepared in advance. Questions were formed on the basis of a literature review (Buturović-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010; Lindič, 2014; Paljić, 2015; Putnik, 2015; Simunić,

2014; Obrovnik, 2011; Rabuza, 2011). The non-random sample included six patients with chronic kidney disease, who had been undergoing hemodialysis and who met the pre-set criteria. The average age of the respondents was 61 years. On average, patients, who were included in the study, had been undergoing hemodialysis for 7 years and 11 months.

The text analysis was performed in six stages: material editing, determining the coding units - coding statements, selection and definition of important concepts and design of sub-categories, defining and designing (grounded theory) final theoretical formulations. Only the causal links between the main categories, and their impact in terms of adjustments and restrictions, show that eating habits before the disease are linked to the choice of food and food preparation techniques, whereby relatives have a direct impact, because patients already have a routine method of eating with them. Relatives may have negative and positive impact on a diet. When chronic kidney disease occurs, the nurse is the one who has a direct impact on delivering primary information about the required diet, as well as necessary limitations and adaptation of the patient and, indirectly, their relatives. It is useful that the patient's relatives are indirectly informed about the patient's diet. How the patient receives the first information about the diet, depends on the direct effect of a diet against the disease, since patients who have already had an unhealthy diet, are going to have much greater problems than those who previously used to have a healthy diet, whom the necessary restrictions in the diet will not affect as much. Patients' relatives have an indirect influence on getting used to the diet, as they help in the preparation of food. Mostly, patients themselves follow the recommended techniques of food preparation and restriction of salt. That is why peculiarities of nutrition of the patients with chronic kidney disease also have an indirect impact on their families. Getting used to a diet also indirectly depends on nurses; how close relationships they establish with patients to gain their trust and willingness to cooperate, so they can directly present the specifics of nutrition. Getting used to the diet directly depends on the patient's ability to take into account the particularities of nutrition, continuous education and information, which indirectly affects the quality of life at the beginning of the disease. The quality of the patient's life at the beginning of the disease is directly influenced by the eating habits before the disease, by the first received information about the diet, and the ability of adaptation to the diet, mainly because of the certain restrictions. The quality of life of patients with chronic kidney disease directly depends on the respect and acceptance of the specific diet, control of thirst, control of the potassium and phosphorus intake mainly through fruits, vegetables, dairy products and meat. In addition, patients need to worry about maintaining muscle mass. Quality of life also depends on the continuous education through a variety of sources, locations and methods of information, and compliance and non-compliance with their dietary recommendations. At the beginning of the disease, the patient's quality of life is indirectly affected by their families and how they are getting used to the diet and food preparation, as well as by their nurses offering health education and counseling work. Patients with chronic kidney disease have to be informed about peculiarities of nutrition which directly affect their quality of life. Therefore, they have to learn continually. Nurses, with their professional knowledge, have a direct impact on

continuous learning and providing necessary information especially when the patients are ignoring the peculiarities of eating which badly affects their quality of life. Non-compliance with dietary recommendations is directly affected by continuous learning and information acquisition, which directly influence a better quality of life. Consideration of the nutrition particularities of patients with chronic kidney disease is a direct reflection of how well they were educated and informed at the beginning of the disease, having a positive influence on their quality of life. We must not forget that nurses also have an indirect impact regarding dietary recommendations; they should praise and encourage patients to continue following the specificities of nutrition in chronic kidney disease, and continuously learn to achieve a better quality of life. We found out that the categories are interrelated; affecting each other and all of them are also in a dependent relationship with the research questions. It is important to know “the patients’ eating habits before the disease”; from who, where, when and how they received the “first information about diet”; how they were “getting used to the diet”, what was the “quality of life of patients at the onset of the disease”; who was the one who took care of “continuous learning, information acquiring”; knowledge about “the particularities of nutrition of patients with chronic kidney disease”; “the impact of compliance with dietary recommendations on the quality of life”, and “the impact of non-compliance with dietary recommendations on the quality of life” of the patients. Considering all this, cooperation between nurses, patients and their relatives is of great importance to maximize the quality of life of the patients with chronic kidney disease (Juhart, 2016).

Research shows that patients generally enjoy a varied mixed diet against the disease, using various techniques of food preparation; some of them had already restricted the use of salt in the diet. Depending on the degree of deterioration of renal function, the type of diet is changed. It starts with a protective diet, i.e. diet with less salt, followed by hypoproteic diets, diet limiting cholesterol, later diets with more or less phosphate, more or less potassium and lastly, liquid restriction. Often there is an interference between the various types of diets, depending on each individual (Podlesnik and Obrovnik, 2005).

Patients diagnosed with kidney disease needed information to set up the modified diet, i.e. dietary habits. In general, they mostly obtained information from the medical staff in the outpatients clinic, nephrology clinic or on the Internet. For this purpose, nephrology clinics carry out group and individual educational workshops conducted by specially trained nurses, states Rabuza (2011). Our research proved that the information provided to the patients was on a limited intake of certain foods, the content of phosphorus and potassium in foods and the dietary salt restriction.

The survey also showed that both patients and their relatives had to get used to the diet. Patients adopted dietary changes very differently. Most of them did not have any problems getting used to the diet, some individuals had difficulties, especially regarding reduced intake of vegetables, and some of them had a problem with restriction of liquids. Buturović-Ponikvar, Ponikvar and Chwatal Lakic (2010) note that it is important that the patient accepts the disease, learn about it as much as possible, and get used to living with it. The nurse instructs the patient about restrictions they

will encounter and deal with in everyday life. The nurse explains the reasons for the restrictions and rules, encouraging and motivating them on their new path.

Some restrictions appear to be unacceptable to the patients, so the role of the nurse as an educator is of the outmost importance. Obrovnik (2010) points out that it is necessary to design an appropriate diet according to the degree of renal disease by the doctor or dietitian. Rabuza (2011) recalls the importance of good cooperation between the patient and nutritional advisor regarding education, which begins as soon as the diagnosis of chronic kidney disease is established. The survey results confirm that relatives had no difficulties with adopting the patient's diet, which has also become their way of eating.

Pirnat and Zavolovšek (2011) note that, in addition to cooperation between the healthcare team and the patient, the cooperation of the patient's relatives, with whom they live in a common household, is indispensable.

Teaching and informing patients must be continuous, as they also identify that learning is a factor of their own empowerment in disease management. The patient, who is empowered, will cope with a chronic disease easier. Increased health literacy will definitely improve their quality of life and, in this segment of treatment, the nurse plays a very important role.

LITERATURA

1. Buturović – Ponikvar, J., Ponikvar, R. in Chwatal Lakič, N. (2010). To je le del mojega življenja. Ljubljana: Janssen AB skupina, d. o. o.
2. Fouque, D. (2012). Nutrition and kidney disease. V: Chauveau, P. and Fouque, D. (ur.). Renal disease: A practical Nutrition guide. Shire AG, str. 5–19.
3. Fouque, D., Pelletier, S., Mafra, D. and Chauveau, P. (2011). Nutrition and chronic kidney disease. Kidney International, 80, št. 4, str. 348–357.
4. Gašperič, T. (2005). Jem, torej sem. V: Lavrinec, J. (ur.). Načrtovanje prehrane za ledvične bolnike. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov.
5. Gutiérrez, O. M., Muntner, P., Rizk, D. V., McClellan, W. M., Warnock, D. G., Newby, P. K. and Judd, S. E. (2014). Dietary patterns of risk of death and progression to ESRD in individuals with CKD: a cohort study. Am J Kidney Dis, 64, št. 2, str. 204–213.
6. Hajdinjak, L. (2011). Spoštovani. V: Lavrinec, J. (ur.) Zbirka receptov primernih za ledvične in dializne bolnike. Ljubljana: Društvo ledvičnih bolnikov.
7. Halovanič, G. (2014). Prehrana bolnika na lječenju dializom. Sestrinski glasnik, 19, št. 2, str. 127–130.
8. Juhart, N. (2016). Prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
9. Krel, C. in Smolinger, M. (2015). Vloga medicinske sestre v obravnavi bolnika s kronično ledvično boleznijo (KLB). V: Rep, M. (ur.). Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznijo z učnimi delavnicami. Maribor, 23. april, 2015. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, str. 5–11.
10. Kveder, R. (2014). Pristop k bolniku z ledvično boleznijo. V: Lindič, J. (ur.) in Kovač, D. (ur.). Bolezni ledvic. 3. izdaja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo in Univerzitetni klinični center Ljubljana – Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, str. 21–27.

11. Lavrinec, J. (2011). Zbirka receptov primernih za ledvične in dializne. Ljubljana: Društvo ledvičnih bolnikov.
12. Lindič, J. (2014). Ocena ledvičnega delovanja. V: Lindič, J. et al. (ur.). Bolezni ledvic. 3. izdaja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo - Slovensko nefrološko društvo in Univerzitetni klinični center Ljubljana – Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, str. 31–43.
13. Obrovnik, M. (2010). Prehrana pacienta s kronično ledvično boleznijo. V: Lindič, J. in Kovač, D. (ur.). Za dobro ledvic. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih pacientov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo.
14. Obrovnik, M. (2011). Prehrana in življenjski slog ledvičnega pacienta. Vita, 76, št. 18, str. 9–11.
15. Paljič, M. (2015). Prehransko stanje pacientov v DC SBG in izvajanje prehranskega svetovanja. V: Slovensko nefrološko društvo, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije. Strokovni simpozij ob 40. obletnici zdravljenja s hemodializo v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, Dobrovo v Goriških brdih, 9. in 10. 10. 2015. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije, str. 58–61.
16. Parapot, M. (2010). Predstavitve predializne edukacije v centru za dializo v splošni bolnišnici Novo mesto. V: Kramar, Z. in Kraigher, A. (ur.). 3. Dnevi Angele Boškin – Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks. Zbornik predavanj. Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, str. 36–45.
17. Pirnat, P. (2011). Rezultati raziskave o poteku predializne edukacije bolnikov s kronično ledvično boleznijo v dializnih centrih Slovenije. V: Rep, M. in Rabuza, B. (ur.). Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, str. 59–62.
18. Pirnat, P. in Zavolovšek, M. (2011). Evropska prehranska priporočila bolnikov na peritonealni dializi. V: Rep, M. (ur.) in Rabuza, B. (ur.). Prehransko rizični pacienti na dializi. Zbornik, Rogaška Slatina, 24. november, 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, str. 53–57.
19. Podlesnik, A. in Obrovnik, M. (2005). Prehransko svetovanje v predializnem obdobju. V: Parapot, M. (ur.). Strokovno srečanje ob 25. obletnici hemodialize in 10. obletnici zdravljenja s peritonealno dializo v dializnem centru v Novem mestu. Novo mesto, 4.–5. november 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, str. 39–43.
20. Putnik, H. (2015). Prehransko osveščen pacient na hemodializi. V: Slovensko nefrološko društvo, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije. Strokovni simpozij ob 40. obletnici zdravljenja s hemodializo v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, Dobrovo v Goriških brdih, 9. in 10. 10. 2015. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije, str. 68–75.
21. Rabuza, B. (2011). Zdravstvena nega pacienta s kronično boleznijo v ambulantni sekundarni obravnavi. V: Rep, M. in Rabuza, B. (ur.). Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, str. 49–57.
22. Rabuza, B. in Mesojedec, M. (2014). Prehrana pri dializnih bolnikih. V: Rep, M. (ur.). Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic: zbornik prispevkov. Ljubljana, 15. 6. 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, str. 15–30.
23. Simunič, N. (2014). Pomen prehranskega svetovanja v predializnem obdobju. V: Rep, M. (ur.). Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic: zbornik prispevkov. Ljubljana, 15. 6. 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, str. 6–15.

24. Špalir Kujavec, B. (2015). Vloga medicinske sestre v preddializni edukaciji. V: Rep, M. (ur.). Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznijo z učnimi delavnicami. Maribor, 23. april, 2015. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, str. 58–66.
25. Štemberger Kolnik, T. (2011). Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. V: Kvas, A. (ur.). Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, str. 119–127.

Nataša Juhart, diplomirana medicinska sestra v Splošni bolnišnici Celje.

E-naslov: natasa.juhart@gmail.com

Mag. Boris Miha Kaučič višji predavatelj za zdravstveno nego na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

E-naslov: miha.kaucic@vzsce.si

Nataša Leskovšek, mag. zdr. nege, zaposlena v Thermana Laško d. d. in strokovna sodelavka za zdravstveno nego na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

E-naslov: natasa.leskovsek@thermana.si