

Agnieszka Pluta, Alicja Marzec, Maria Budnik-Szymoniuk, Kamila Faleńczyk, Marta Lewicka
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Ludwik Rydygier Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSPÓŁPRACA PIEŁĘGNIARKI Z RODZINĄ PACJENTA DIALIZOWANEGO JAKO WAŻNY ELEMENT TERAPII

Cooperation of a nurse with dialysis patient's family as an important
component of therapy

Streszczenie

Wstęp

Dializoterapia (hemodializa, dializa otrzewnowa) wymaga od chorego dostosowania się do pewnych ograniczeń o różnym nasileniu, często zmiany planów życiowych i zawodowych, a od opiekunów zaangażowania i sprawności organizacyjnej.

Cel

Celem niniejszej pracy jest omówienie ogólnych założeń współpracy pielęgniarki z pacjentem dializowanym i jego rodziną.

Przeгляд

Współpraca będzie realizowana na różnych etapach terapii: predializacyjnym i właściwym. Opracowywany jest indywidualny program współpracy całego zespołu terapeutycznego (pielęgniarka, lekarz, psycholog, dietetyk, fizjoterapeuta, pacjent, rodzina). Współpraca jest skoncentrowana na udzielaniu profesjonalnego wsparcia i realizacji programu edukacyjnego obejmującego między innymi aspekty stylu życia, pielęgnacji i ochrony przed infekcjami dostępów dializacyjnych oraz stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych.

Wnioski

Priorytetem pracy pielęgniarki jest przygotowanie pacjenta dializowanego do samodzielnego funkcjonowania w chorobie przy współpracy z jego rodziną. Przyczynia się to do polepszenia jakości życia pacjenta.

Słowa kluczowe: dializoterapia, pielęgniarka, pacjent, rodzina

Abstract

Introduction

Dialysis (hemodialysis, peritoneal dialysis) requires the patient to adapt to certain restrictions of varying severity, often to change his/her life and professional plans. It also requires caregivers with commitment and organizational skills.

Aim

The aim of this study is to discuss general assumptions of a nurse's co-operation with a dialysis patient and his family.

Overview

The cooperation will be analysed at various stages of therapy: pre- and during dialysis. This study develops an individual cooperation programme of the entire therapeutic team (nurse, doctor, psychologist, dietitian, physiotherapist, patient, family). Cooperation is focused on providing professional support and implemen-

tation of the educational programme covering, among others, aspects of lifestyle, care and protection against infections of vascular access and patients' compliance with therapeutic recommendations.

Conclusion

The nurse's priority is to prepare the dialyzed patient to function independently in cooperation with his family. This helps to improve the patient's quality of life.

Key words: dialysis, nurse, patient, family

Wstęp

Przewlekła choroba nerek (CKD, *chronic kidney disease*) to zespół chorobowy o niejednorodnej, złożonej etiologii. Jest wymieniany obok chorób sercowo-naczyniowych, nadciśnienia tętniczego, otyłości i cukrzycy wśród chorób cywilizacyjnych [Król i Rutkowski, 2008]. Schyłkowe stadium przewlekłej choroby nerek wymaga leczenia nerkozastępczego, które może odbywać się w formie dializoterapii lub transplantacji nerek. Dializoterapia jest prowadzona za pomocą dwóch metod: hemodializy oraz dializy otrzewnowej. Zgodnie z danymi zawartymi w Raporcie o aktualnym stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce w 2017 roku gwałtownie zwiększa się liczba chorych wymagających dializoterapii – nawet o 10% rocznie [Dębska-Ślizień i in., 2018]. Związane jest to między innymi z coraz częściej występującym nadciśnieniem czy też cukrzycą, które są jednocześnie najważniejszymi czynnikami ryzyka CKD [Szczeklik i Gajewski (red.), 2015]. Niezależnie od etiologii i czasu trwania CKD dializoterapia jest etapem leczenia, w którym jakość życia pacjenta diametralnie się zmienia w stosunku do okresu przed dializami [Ostrzyżek, 2008; Grochowska, Kurzawska i Bodys-Cupak, 2016; Kim, Kang i Woo, 2018]. Włączenie pacjenta do programu dializoterapii niesie dla niego konieczność przyjęcia ograniczeń, zmiany stylu życia, zmian planów prywatnych, życiowych i zawodowych. Wynika to z faktu, iż dializoterapia jest długotrwałą, często wieloletnią formą leczenia. Niezależnie od wieku, płci, wykształcenia, świadomości choroby i typu osobowości każdy pacjent poddany takiemu leczeniu nerkozastępczemu zdaje sobie sprawę, że zabieg dializy ratuje mu życie [Paczkowska, 2011]. Zarówno pacjent jak i jego rodzina, która jest naturalnym układem wspierającym powinni być otoczeni profesjonalną opieką i pełnym wsparciem społecznym [Grochowska, Kurzawska i Bodys-Cupak, 2016]. Do tej roli przygotowana i predystynowana jest pielęgniarka.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest omówienie ogólnych założeń współpracy pielęgniarki z rodziną pacjenta dializowanego.

Przegląd

Dializoterapia w Polsce jest realizowana w wyspecjalizowanych ośrodkach dializ, gdzie jest prowadzona diagnostyka i leczenie. Każdy pacjent w schyłkowym stadium CKD ma możliwość skorzystania z tego rodzaju terapii. Nie wszystkie ośrodki dializ realizują dializy otrzewnowe. Kwalifikacja do leczenia nerkozastępczego odbywa się w najbliższym ośrodku dializ. Pacjent przed włączeniem do programu leczenia nerkozastępczego zostaje zapoznany zarówno z zasadami, korzyściami jak i z zagrożeniami wynikającymi z proponowanego sposobu leczenia. Dopiero po zakończeniu szkolenia chory powinien mieć prawo wyboru metody leczenia (hemodializa czy dializa otrzewnowa), o ile nie ma ku temu obiektywnych klinicznych przeciwwskazań [Renke i Szyszka, 2013]. Decyzję o zakwalifikowaniu do leczenia nerkozastępczego podejmuje komisja kwalifikacyjna, składająca się z ordynatora i lekarzy prowadzących pacjenta [Rutkowski i Białobrzaska, 2013]. Uzyskana świadoma zgoda na proponowane leczenie powinna być potwierdzona własnoręcznym podpisem w dokumentacji medycznej pacjenta. Opieka nad pacjentem leczonym nerkozastępczo metodą hemodializy oraz dializy otrzewnowej realizowana jest w oparciu o opracowane w danym ośrodku standardy opieki.

W chorobie przewlekłej, jaką jest CKD, a szczególnie w jej okresie schyłkowym, wymagającym dializoterapii konieczne staje się wypracowanie wszechstronnego modelu współpracy pacjent-personel. Obejmuje on ustalenie stanu wyjściowego, identyfikację problemów subiektywnych i obiektywnych, edukację zdrowotną o zakresie ustalonym indywidualnie, wsparcie i rehabilitację w szeroko zakrojonym kontekście. Ten model angażowałby samego pacjenta, jego rodzinę i zespół terapeutyczny. Przewiduje on wspólne rozwiązy-

wanie pojawiających się problemów, wspieranie aktywne i ciągłość do końca terapii. W modelu współpracy z chorym kluczowa jest edukacja, która obejmuje prozdrowotny styl życia w CKD: rezygnacja z palenia tytoniu, spożycia alkoholu, świadome przyjmowanie niezbędnych leków, zapobieganie infekcjom i korzystanie z profilaktyki aktywnej w postaci szczepień ochronnych np. przeciwko grypie, właściwy wypoczynek, dbałość o masę ciała i ogólną dobrą kondycję fizyczną i psychiczną. W edukacji chorego szczególne miejsce zajmuje troska o dostęp dializacyjny. U pacjentów hemodializowanych treści edukacji dotyczą postępowania i pielęgnacji cewnika naczyniowego, przetoki tętniczo-żylniej, a u chorych dializowanych otrzewnowo dotyczą postępowania i pielęgnacji cewnika Tenckhoffa, prowadzenie zabiegu dializy otrzewnowej (ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa – CADO, automatyczna dializa otrzewnowa – ADO) [Basińska, Waraksa-Wiśniewska i Andruszkiewicz, 2014].

Decyzje i określone cele dotyczące terapii są podejmowane i realizowane w efekcie współpracy pacjenta i jego rodziny z zespołem terapeutycznym, w którym pielęgniarka zajmuje bardzo ważne miejsce. Wraz z czasem trwania i postępem procesu chorobowego cele opieki mogą ulegać modyfikacji i aktualizacji. W ich realizacji powinna towarzyszyć pacjentowi i jego najbliższym świadomość wpływu choroby przewlekłej i jej skutków, jak również ograniczeń związanych z wybraną metodą dializoterapii. Świadomość nieodwracalnie utraconego zdrowia i niezależności, oraz konieczność powierzenia swojego zdrowia i życia aparaturze i personelowi medycznemu, znacząco wpływają na sposób postrzegania siebie i swojej sytuacji [Czekalski i Więcek, 2010].

Niezależnie od zastosowanej metody terapii nerkozastępczej konieczne jest stałe, wieloczynnikowe leczenie uzupełniające, które ma na celu wyrównywanie zaburzeń metabolicznych i hormonalnych spowodowanych niewydolnością nerek, zapobieganie rozwojowi powikłań, szczególnie ze strony układu sercowo-naczyniowego, które są główną przyczyną zgonów pacjentów leczonych nerkozastępczo jak również zapewnienie choremu jak najlepszej jakości życia [Ostrzyżek, 2008; Ferringi in., 2011].

Leczenie hemodializami jest możliwe dzięki podłączeniu pacjenta do sztucznej nerki. Wymaga to zapewnienia odpowiedniego dostępu naczyniowego. Jest on możliwy dzięki wytworzeniu przetoki tętniczo-żylniej z naczyń własnych chorego, przetoki tętniczo-żylniej z wykorzystaniem naczyń sztucznych z poli(tetrafluoroetyleny) (PTFE – poly(tetrafluoroethylene)) lub implantacja cewnika dializacyjnego (czasowego lub permanentnego) [Kraczowska, 2010]. Wytworzenie przetoki naczyniowej powinno być zrealizowane z odpowiednim wyprzedzeniem w czasie.

Warunkiem rozpoczęcia leczenia za pomocą dializ otrzewnych jest uzyskanie dostępu do jamy otrzewnowej dzięki założeniu specjalnego cewnika. Najczęściej jest używany klasyczny, prosty cewnik Tenckhoffa z dwiema mufkami [Rutkowski (red.), 2007]. Cewnik do dializ otrzewnowych jest zakładany przez zespół złożony z chirurga i nefrologa, w ramach sali operacyjnej, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. Przygotowanie do implantacji cewnika do dializ otrzewnowych jest realizowane przez pielęgniarkę z oddziału dializ otrzewnowych. Pacjent po założeniu cewnika jeśli nie ma krwawienia czy wycieku z rany ma zmieniany opatrunek po 7 dniach. Większość ośrodków preferuje noszenie na stałe opatrunków przy ujściu zewnętrznym cewnika, które zazwyczaj zmieniane są co 2 dni lub częściej w przypadku obecności strupa lub stanu zapalnego. Zazwyczaj w 14 dobie po zabiegu usuwa się szwy i rozpatruje termin przyjęcia pacjenta w oddział nefrologii celem przeprowadzenia niezbędnego szkolenia pacjenta w zakresie leczenia dializą otrzewnową [Wajdlich i in., 2014].

Współpraca pielęgniarki z pacjentem dializowanym i jego rodziną

Konieczność stosowania kompleksowego podejścia do pacjenta z CKD leczonego dializami wynika ze złożoności i długotrwałości problemów związanych z tą metodą leczenia. Opieka nad takim chorym wymaga zaangażowania całego zespołu interdyscyplinarnego, składającego się z lekarza, pielęgniarki, dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty, rehabilitanta oraz rodziny i samego pacjenta [Rodak, 2013]. Pielęgniarka w ramach opieki nad pacjentem realizuje zadania zawodowe wynikające z funkcji zawodowych współczesnego pielęgniarstwa (opiekuńczej, wychowawczej, profilaktycznej, promowania zdrowia, terapeutycznej i rehabilitacyjnej) [Pluta, Felsmann i Faleńczyk, 2014]. Dotyczy to również pielęgniarstwa dializacyjnego, ze szczególnym zaakcentowaniem funkcji profilaktycznej, promowania zdrowia i terapeutycznej. Personel medyczny, a w szczególności pielęgniarski odgrywa kluczową rolę w procesie akceptacji choroby. Pacjent dia-

lizowany obarczony jest wieloma problemami zdrowotnymi [Czajka i in., 2012], a w wielu przypadkach ma ograniczone lub utrudnione zaspokojenie potrzeb psychospołecznych. Istotą opieki pielęgniarskiej na tym etapie leczenia nerkozastępczego, niezależnie od wybranej przez pacjenta metody jest nauczenie go dbałości o własne zdrowie, poprzez samodzielny i jednocześnie świadomy udział w podejmowaniu decyzji dotyczących poszczególnych terapii [Renke i Szyszka, 2013]. Leczenie hemodializą zmusza do zdyscyplinowania ze strony pacjentów i ich rodzin. Zabieg hemodializy i transport zajmują około 6-8 godzin, średnio 3 razy w tygodniu. Wymaga to zmian stylu życia, zmian w aktywności społecznej i zawodowej co przyczynia się do obniżenia jakości życia [Ostrzyżek, 2008; Grochowska, Kurzawska i Bodys-Cupak, 2016]. Dializoterapia znacznie obciąża codzienne życie pacjentów pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym. Związane jest to z ich wiekiem. Zgodnie z Raportem o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce w 2017 roku 32% stanowili chorzy powyżej 65 lat a 29 % powyżej 75 lat [Dębska-Ślizień i in., 2018]. Sam zabieg hemodializy może powodować różnego rodzaju powikłania, jak np.: spadek ciśnienia tętniczego krwi, kurcze mięśni, świąd skóry, odczyny gorączkowe [Wajdlich i in., 2014]. Istotną kwestią są zakażenia wśród chorych dializowanych. Pacjenci poddawani hemodializom są narażeni na zakażenia szpitalne w następstwie regularnego przebywania w placówkach ochrony zdrowia, stosowania u nich cewników naczyniowych oraz użytkowania aparatury i sprzętu dializacyjnego. Zabiegi te związane są z przerwaniem ciągłości tkanek, a tym samym zwiększonym ryzykiem zakażeń krwiopochodnych wywołanych przez wirusy [Rodak, 2013; Czajka i in., 2012]. Zadaniem pielęgniarki dializacyjnej jest kształtowanie odpowiedzialności pacjenta w zakresie samodzielnej opieki nad dostępem naczyniowym wykorzystywanym w hemodializie [Czajka i in., 2012]. Troskę o dostęp naczyniowy powinni wykazywać nie tylko chorzy ale również ich opiekun, i członkowie rodziny. Obok zabiegów hemodializ należy uwzględnić leczenie farmakologiczne wspomagane dietą. Zalecenia dotyczące żywienia powinny być znane zarówno pacjentowi jak i jego najbliższym. Od znajomości tych zaleceń oraz umiejętności ich przestrzegania, zastosowania w codziennym życiu z chorobą, zależy jakość życia chorego. Nieprzestrzeganie zasad może prowadzić do nadmiernego gromadzenia płynów, a także groźnych dla życia pierwiastków takich jak potas czy fosfor. Nadmierne nagromadzenie potasu w organizmie pacjenta zaburza pracę jego serca, zaś nieograniczone spożycie fosforu jest przyczyną zaburzeń układu sercowo-naczyniowego oraz układu kostnego [Czekalski i Więcek, 2010]. Bardzo ważnym problemem jest niedożywienie. Niskie stężenie albumin w surowicy krwi wynikające z niedożywienia zwiększa ryzyko infekcji. Edukacja jest szczególnie istotna w przypadku pacjentów dializowanych otrzewnowo. To właśnie ona ma za zadanie przygotować pacjenta i/lub jego opiekuna do sprawowania samoopieki/opieki oraz wykonywania zabiegów dializ otrzewnowych w warunkach domowych aby wyeliminować błędy w jej wykonywaniu, a tym samym zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań.

Zadaniem profesjonalnym pielęgniarki jest ułatwienie pacjentowi zaakceptowania swojej sytuacji zdrowotnej, życiowej. Jest to realizowane poprzez świadczenie racjonalnego wsparcia społecznego. Wsparcie, którego oczekuje pacjent powinno być poprzedzone sporządzeniem pewnego rodzaju bilansu strat i zachowanych jego możliwości. Umożliwia to podejmowanie pewnych decyzji dotyczących funkcjonowania. Dla osoby dorosłej może znaczyć konieczność rezygnacji z pracy lub modyfikacji warunków zatrudnienia, a dla osoby uczącej się HD może przyczynić się do zmiany toku nauki lub studiów czy wręcz rezygnację (czasową lub definitywną z planów rozwoju/ nauki w dotychczasowej formie). Wybór aktywności fizycznej jest dostosowany do wydolności, samopoczucia pacjenta oraz rodzaju dostępu naczyniowego. Każda osoba dializowana jest członkiem rodziny, pewnej społeczności w której zajmuje określoną pozycję i wypełnia konkretne role społeczne, takie jak rola matki, rola opiekuna. Życie codzienne chorego dializowanego wymaga sprawności i elastyczności organizacyjnej członków jego rodziny, którzy często czują się zagubieni. Dializoterapia wymaga niekiedy zmiany pełnionych ról i odpowiedzialności [Kurowska i Weselska, 2015]. W życiu rodzinnym terapia HD wymusza modyfikacje, zmiany na takie, które uwzględniają czasową ale regularną nieobecność w domu członka HD i jego mniejszą wydolność psycho-fizyczną. To reguły HD wyznaczają zmiany w rodzinnym życiu i jego utartych zwyczajach, chociażby zwyczaje żywieniowe (ograniczenia płynowe, sód, białko), spędzanie czasu wolnego (bez możliwości częstych, krótkich wyjazdów), uprawianie sportów ze wskazaniem na bezpieczne fizycznie, nie forsujące, bezpieczne dla dostępu naczyniowego. Rodzina ma wpływ na styl życia czyli zachowania zdrowotne swojego członka, zwłaszcza wpierając go w utrzymywaniu zachowań prozdrowotnych [Kowalik, 2012]. Rolą rodziny jest wspieranie emocjonalne

członka rodziny w trudnej, pełnej ograniczeń (zwłaszcza w początkowej fazie) terapii HD. Wsparcie emocjonalne dla osoby HD może być też potrzebne w sferach życia bardzo prywatnych, intymnych, z uwagi na występujące zaburzenia w sferze seksualnej. Właściwe omówienie problemu i wskazanie partnerom możliwych rozwiązań zastępczych (przytulanie, czułości, czułe słowa) może być też satysfakcjonujące. Rodzina musi mieć poczucie pewnej kontroli sytuacji poprzez możliwość odprowadzania członka rodziny na HD, pomoc w transporcie, uczestnictwa w wizytach kontrolnych u lekarza. Do roli osoby koordynującej i kompetentnej do współpracy pomiędzy pacjentem i jego rodziną a ośrodkiem dializacyjnym powinna być powołana pielęgniarka, która zajmuje się chorym, ona zna jego stan i jego możliwości. Jest profesjonalistką, jest bardzo dobrym źródłem informacji, przewodnikiem po systemie opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznym.

Pielęgniarka może zachęcić pacjenta do kontaktu ze stowarzyszeniami i organizacjami działającymi na rzecz osób dializowanych. Wspomniane organizacje zrzeszają pacjentów z CKD, dializowanych, po transplantacji nerek. Wśród zadań statutowych mają między innymi

współpracę z organizacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych, integrację ze środowiskami dializowanych w całym kraju czy też występowanie w imieniu osób dializowanych do Ministerstwa Zdrowia i władz Polski na rzecz profilaktyki chorób nerek [www1].

Wnioski

Pielęgniarki sprawujące opiekę nad pacjentami dializowanymi stanowią kluczowe ogniwo w zespole terapeutycznym. Priorytetem ich pracy jest przygotowanie pacjenta dializowanego do samodzielnego funkcjonowania w chorobie przy współpracy z jego rodziną. Odpowiednie przygotowanie chorego poprzez edukację i wsparcie może przyczynić się do polepszenia jego jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Basińska Małgorzata Anna, Waraksa-Wiśniewska Małgorzata, Andruszkiewicz Anna 2014. Mood as acceptance of illness determinant of dialysis patients. *Nefrol. Dial. Pol.* vol. 18, nr 1: 27-31.
2. Czajka Anna, Leszczyński Piotr, Sokół-Leszczynska Beata, Wróblewska Marta 2012. Role of nursing care in prevention of infections in patients undergoing haemodialysis. *Probl Hig Epidemiol.* vol. 93, nr 3: 484-492.
3. Czekalski Stanisław, Więcek Andrzej 2010. Complementary treatment as a part of standard hemodialysis therapy. *Forum Nefrologiczne.* vol. 3, nr 3: 193-200.
4. Dębska-Ślizień Alicja, Rutkowski Bolesław, Rutkowski Przemysław, Korejwo Grzegorz, Gellert Ryszard 2018. Actual condition of renal replacement therapy in Poland in year 2017. *Nefrol. Dial. Pol.* vol. 22, nr 4: 133-140.
5. Ferring Martin, Claridge Martin, Smith A. Steven, Wilmink Teun 2010. Routine Preoperative Vascular Ultrasound Improves Patency and Use of Arteriovenous Fistulas for Hemodialysis: A Randomized Trial. *Clin J Am Soc Nephrol.* vol. 5, nr 12: 2236-2244.
6. Grochowska Aneta, Kurzawska Magdalena, Bodys-Cupak Iwona 2016. Support and the quality of life of patients on dialysis in Tarnow. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu.* vol. 2, nr 47: 156-162.
7. Kim Kyungmin, Kang Gun Woo, Woo Jungmin 2018. The Quality of Life of Hemodialysis Patients Is Affected Not Only by Medical but also Psychosocial Factors: a Canonical Correlation Study. *J Korean Med Sci.* vol. 33, nr 14: e111. doi:10.3346/jkms.2018.33.e111.
8. Kowalik Grażyna 2012. Praktyczne zastosowanie modelu pielęgnowania Dorothy Orem. *Studia Medyczne.* vol. 26, nr 2: 107-111.
9. Kraczowska Halina 2010. Emotional problems of peritoneal dialysis patients. *Forum Nefrologiczne.* vol. 3, nr 3: 212-216.
10. Król Ewa, Rutkowski Bolesław 2008. Przewlekła choroba nerek – klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka. *Forum Nefrologiczne.* vol. 1, nr 1: 1-6.
11. Książek Andrzej, Mierzicki Piotr 2007. Dostęp do jamy otrzewnowej i opieka nad cewnikiem. [w:] Rutkowski Bolesław (red.) *Leczenie nerkozastępcze.* Lublin: Wydawnictwo Czelej: 189-203.

12. Kurowska Krystyna, Weselska Magdalena 2015. Role of the support versus life adaptation in dialyzed patients. *Nefrol. Dial. Pol.* vol. 19, nr 4: 161-165.
13. Myśliwiec Michał. 2015. Przewlekła choroba nerek. [w:] Szczeklik Andrzej, Gajewski Piotr (red.) *Interna Szczeklika*. Kraków: Medycyna Praktyczna: 1498–1508.
14. Ostrzyżek Artur 2008. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. vol. 89, nr 4: 467-470.
15. Paczkowska Beata 2011. Rights and obligations of the patients dialysis center. *Forum Nefrologiczne*. vol. 4, nr 4: 383-388.
16. Pluta Agnieszka, Felsmann Anna, Faleńczyk Kamila 2014. Some health problems in the dialysis patient population and the share of nurses in solving them. *Medycyna Rodzinna*. vol. 3: 128-132.
17. Renke Marcin, Szyszka Grażyna. 2013. Dostęp dializacyjny i przygotowanie pacjenta do leczenia metodą dializy otrzewnowej. [w:] Białobrzaska Beata, Dębska-Ślizień Alicja (red.) *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL: 179-184.
18. Rodak Sylwia 2013. Oureveryday dialysis as seen through the eyes of dialysis nurse. *Forum Nefrologiczne*. vol. 6, nr 3: 186-194.
19. Rutkowski Bolesław, Białobrzaska Beata. 2013. Kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do leczenia nerkozastępczego. [w:] Białobrzaska Beata, Dębska-Ślizień Alicja (red.) *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL: 64-68.
20. Wajdllich Małgorzata, Górczewska Bogumiła, Jesionowska Kinga, Masajtis-Zagajewska Anna, Wyroślak Janusz, Handzelewicz Beata, Nowicki Michał 2014. Ocena obaw pacjentów z przewlekłą chorobą nerek związanych z leczeniem nerkozastępczym. *Nefrol. Dial. Pol.* vol. 18, nr 1: 12-17.
21. [www1] Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych <https://osod.info/o-nas/> (dostęp: 10.10.2019).