

Marzena Bojanowska¹, Marta Hreńczuk², Renata Sowińska¹, Maurycy Jonas³, Bartłomiej Matłosz¹, Piotr Małkowski²

¹Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wiedza na temat przeszczepiania nerki u pacjentów oczekujących na transplantację

The knowledge concerning kidney transplantation in the group
of patients on the waiting list

STRESZCZENIE

Wstęp. Przeszczepianie nerki stanowi standardową metodę leczenia nerkozastępczego, dającą długoletnie przeżycie biorców. Ma na to wpływ postępowanie okołoooperacyjne, ale również wiedza i doświadczenia jakie posiada potencjalny biorca.

Cel pracy. Celem pracy była ocena wiedzy na temat przeszczepiania nerki u pacjentów oczekujących na transplantację.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 14 ośrodkach dializ województwa mazowieckiego w oparciu o kwestionariusz ankiety. Grupę badaną stanowiło 74 hemodializowanych pacjentów zgłoszonych do Krajowej Listy Oczekujących. Dwadzieścia cztery procent stanowiły osoby po przeszczepieniu, zgłoszone po raz drugi lub trzeci.

Wyniki. Dziewięćdziesiąt procent ankietowanych podało jako dawcę narządu osobę zmarłą. O przeszczepieniu wyprzedzającym słyszało 32%, 73% znało lokalizację przeszczepu, 36% podało jako średni czas przeżycia graftu 10 lat. Osiemdziesiąt sześć procent wiedziało, że transplantacja jest poważnym zabiegiem z możliwością powikłań. Większość o tej metodzie leczenia dowiedziała się od lekarza. Pięćdziesiąt trzy procent badanych miało wiedzę na temat leczenia immunosupresyjnego, 50% wiedziało o potrzebie regularnej kontroli pooperacyjnej. Połowa ankietowanych rozumie potrzebę zmiany stylu życia.

Wnioski. Wiedza ankietowanych na temat kwalifikacji, pochodzenia organów, przebiegu leczenia i możliwych powikłań jest ogólna i niewystarczająca. Wiedza na temat leczenia immunosupresyjnego, wizyt kontrolnych i stylu życia jest niedostateczna. Wdrożenie programów edukacyjnych dla tej grupy chorych wpłynie na zwiększenie wiedzy i poprawę wyników leczenia.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 420–425

Słowa kluczowe: wiedza; przeszczepienie nerki; hemodializa

ABSTRACT

Introduction. Kidney transplantation (KTx) is the best treatment of end stage renal failure, assuring long patient survival. Its outcome is affected not only by surgical technique, but also by the information on the topic and personal experience of recipients, as factors influencing patients behavior after KTx.

Aim. The goal of this work was to assess the knowledge of the patients on the waiting list, on the matter of KTx.

Material and methods. The information was gathered in 14 dialysis centers in Mazowieckie district, with the use of questionnaire. 74 hemodialysed patients were included to the study. Twenty-four percent of them were submitted for the second transplantation.

Results. Ninety percent of patients announced that organ for KTx is harvested from the deceased donor. Thirty-two percent had knowledge of possible preemptive transplantation, 73% knew the localization of the kidney graft after the operation. Thirty-six percent informed of 10 years mean time of graft survival. Eighty six percent were aware that KTx is a large operation and may concern treatment complications. The majority of respondents received their knowledge from physicians.

Adres do korespondencji: dr n. o zdrowiu Marta Hreńczuk, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Oczki 4, 02-007 Warszawa, tel.: 22 502 19 20, faks: 22 502 19 21, e-mail: marta.hrenczuk@wum.edu.pl

Fifty three percent had some knowledge concerning immunosuppression, 50% is aware of the need of systematic medical control. About 50% knows and introduces changes in lifestyle.

Conclusions. The knowledge of qualification process, organ origin, treatment and possible complications is general and insufficient. The awareness of immunosuppressive therapy, posttransplant control and changes in everyday life is insufficient. Introduction of educational program for those patients would improve knowledge as well as transplantation results.

Nursing Topics 2014; 22 (4): 420–425

Key words: knowledge; kidney transplantation; hemodialysis

Wstęp

Od ponad 50 lat na całym świecie są prowadzone z sukcesami transplantacje narządów [1, 2]. Przeszczepienie nerki stanowi obecnie najlepszą metodę leczenia nerkozastępczego. Jest ona „konkurencyjna” w porównaniu z innymi formami leczenia, ponieważ znacznie poprawia jakość i przedłuża życie pacjenta. Biorąc pod uwagę kwestię ekonomiczną, jest tańsza niż przewlekła dializoterapia.

W proces kwalifikacji i transplantacji narządów zaangażowanych jest wielu specjalistów z różnych dziedzin. By zapewnić dobre wyniki i dłuższe przeżycie przeszczepionego narządu jest potrzebna współpraca pacjenta z zespołem czuwającym nad przygotowaniem chorego do przeszczepienia. Potencjalny biorca zgłaszany do transplantacji, posiada pewną wiedzę na ten temat. Człowiek uczy się w sposób świadomy (zamierzony) i mimowolny (niezamierzony) [3]. Zebrane informacje i doświadczenia mają wpływ na całokształt postępowania chorego po zabiegu i prawidłową funkcję przeszczepu. Należy dążyć do osiągnięcia wysokiego poziomu wiedzy na temat transplantacji, wprowadzać programy edukacji dla pacjentów, by mogli w pełni wykorzystać daną szansę.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny wiedzy hemodializowanych i oczekujących na transplantację pacjentów na temat przeszczepiania nerki oraz sprawdzenie, czy wiedza pacjentów z doświadczeniem przebytej transplantacji różni się od wiedzy biorców zgłoszonych do przeszczepienia nerki po raz pierwszy.

Materiał i metoda

Grupę badaną stanowiło 74 hemodializowanych pacjentów z 14 ośrodków dializ województwa mazowieckiego, zakwalifikowanych do przeszczepienia nerki, którzy znajdowali się na Liście Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego (ROK) w Warszawie. Były to osoby o statusie: zakwalifikowany do transplantacji nerki, karta do poprawy, dyskwalifikacja okresowa (spełniają kryteria badania). Nie brano pod uwagę osób ze statusem: edycja karty, przeszczepienie nerki, zgon, wycofanie zgody na przeszczepienie.

Dla realizacji założonego celu pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego zrealizowanego za pomocą techniki wywiadu. Narzędziem pomiaru był kwestionariusz zawierający 58 pytań. Każdy pacjent odpowiadał na identyczny zestaw pytań. Uzyskane dane z ankiet zostały wprowadzone do programu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel w celu oceny i analizy porównawczej uzyskanych wyników metodą statystyki opisowej.

Ankiety przeprowadzono na dwa sposoby: za pomocą techniki wywiadu — tak przebadano 77%, zaś 23% pacjentów samodzielnie wypełniło kwestionariusz. Badanie przeprowadzono w ten sposób by rozwiązać nieprzewidziane problemy z wypełnianiem kwestionariusza (lokalizacja przetoki, kłopoty ze wzrokiem). Ankieta była anonimowa i dobrowolna. Ponieważ nie naruszała godności pacjenta i nie stanowiła żadnego zagrożenia względem jego zdrowia, nie ubiegano się o zgodę Komisji Bioetycznej. Badanie przeprowadzono po uzyskaniu ustnej zgody respondenta.

W pytaniach otwartych i z możliwością wielokrotnego wyboru, z powodu swobody wypowiedzi zastosowano wyliczenia wartości procentowych, jednak suma będzie przekraczać 100.

Wyniki

W grupie badanych 61% to mężczyźni stanowiący większość, a 39% to kobiety. Najmłodszy uczestnik badania miał 21 lat, najstarszy 77 ($x = 49,9$ lat, $SD = 14,3$). Osoby ankietowane posiadają różne wykształcenie, najwięcej, bo 42% ukończyło szkołę zawodową, najmniej posiadało wykształcenie wyższe (9,5%).

W opisie odpowiedzi pytań zastosowano podział na grupy. Grupa I — 18 badanych — to osoby po przeszczepieniu nerki, obecnie zgłoszone po raz drugi lub trzeci jako potencjalni biorcy, stanowią 24% badanych. Grupa II — 56 badanych — to osoby po raz pierwszy zgłoszone do transplantacji, stanowią 76% badanych. Grupa I + II — są to wszyscy pacjenci uczestniczący w badaniu.

Pierwsza grupa pytań dotyczyła etapu kwalifikacji. Osiemdziesiąt dwa procent badanych wskazało, że to lekarz stacji dializ zgłosił go do transplantacji, 10%

Tabela 1. Lokalizacja nerki przeszczepionej według ankietowanych**Table 1.** Location transplant by respondents

	Odpowiedzi	Grupa I	Grupa II	Grupa I + II
Koniczność usunięcia własnych nerek przed transplantacją	Nie	n	28 (50%)	38 (51,3%)
	W szczególnej sytuacji	6 (33,3%)	19 (34%)	25 (33,8%)
	Tak, zawsze	1 (5,5%)	3 (5,4%)	4 (5,4%)
	Nie wiem	1 (5,5%)	6 (10,8%)	7 (9,5%)
Nerkę przeszczepioną umieszcza się	Z przodu jamy brzusznej	18 (100%)	36 (64,3%)	54 (73%)
	W miejscu własnej	0	8	8 (10,8%)
	Inne miejsce	0	2	2 (2,7%)
	Nie wiem	0	10	10 (13,5%)

wskazało lekarza z oddziałów nefrologii. Na 74 badanych pacjentów 3 nie potrafiło określić czasu, jaki upłynął od momentu zgłoszenia. Wyliczając średni czas, w którym znajdują się badani pacjenci na Krajowej Liście Oczekujących, wynosił on około 1,5 roku. Grupa 20% badanych nie potrafiła wskazać, gdzie są przesłane dane dotyczące kwalifikacji do przeszczepienia. Centralna Lista Biorców (CLB) znana jest 22 chorym, a nazwę instytucji — Regionalny Ośrodek Kwalifikacyjny, kojarzy 14 badanych.

Osoby dializowane zgłoszone do przeszczepienia powinny znać określenie dawca nerki. Ankietowani wskazywali w pierwszej kolejności dawcę zmarłego (90%) później osobę zdrową spokrewnioną (85%), ponad połowa wskazała na osobę zdrową niespokrewnioną.

Kolejne pytanie dotyczyło wiedzy respondentów w zakresie dylematu usunięcia lub pozostawienia własnej nerki (tab. 1). Pokazało to problem dotyczący położenia przeszczepionej nerki, zwłaszcza wśród osób z grupy II, co przedstawiono w tabeli 1.

Coraz częściej mówi się o przeszczepieniu wyprzedzającym, kiedy pacjent zostaje zgłoszony do ROK na listę oczekujących zanim rozpocznie dializoterapię. Tę formę leczenia nerkozastępczego znało tylko 32% ankietowanych.

Najwięcej (36%) ankietowanych jako „średni czas życia” nerki przeszczepionej podaje 10 lat, odpowiedzi nie udzieliło 13% respondentów.

W drugiej części pytania odnosili się do samego zabiegu transplantacji i wczesnego okresu po nim. Pytani pacjenci w 86% uznali, że zabieg przeszczepienia nerki jest poważną operacją z możliwością wystąpienia powikłań. Jako średnie ryzyko wystąpienia powikłań, określiła połowa ankietowanych (tab. 2).

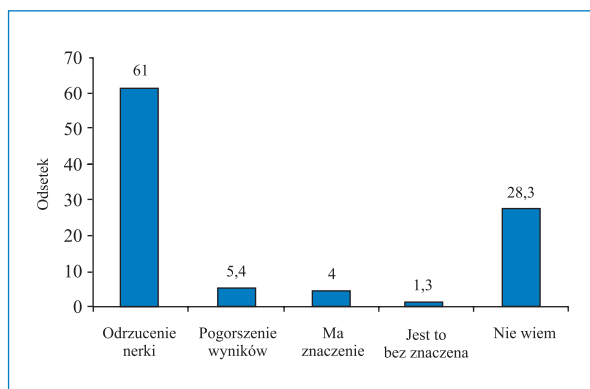
Na pytanie o konieczność przyjmowania na stałe nowych leków po przeszczepieniu respondenci od-

powiadali następująco: 92% ma świadomość takiej konieczności, pozostałe 8% badanych nie posiada takiej wiedzy, są to zupełnie nowe informacje, choć podstawowe w przypadku przeszczepienia narządu. Poproszono ankietowanych o wyjaśnienie pojęcia leki immunosupresyjne (IMS). Badani pacjenci w 53% udzielili prawidłowej odpowiedzi, jednak 35% badanych nie znało tego określenia, zaś 12% pacjentów źle definiowało pojęcie.

Mając na uwadze swoiste działanie IMS, zapytano, co będzie konsekwencją ich odstawienia. Na pytanie w formie półotwartej odpowiedziało 76% badanych, pozostali stanowiący 24% nie znali odpowiedzi na to pytanie. Sześćdziesiąt jeden procent ankietowanych ma świadomość, że niesubordynacja może skutkować odrzucaniem nerki; źle wyniki i negatywny wpływ na organizm sugeruje 9% ankietowanych, jednak 21 respondentów nie umie odpowiedzieć na to pytanie (ryc. 1).

Wszyscy pacjenci jednogłośnie potwierdzili konieczność odbywania wizyt kontrolnych po transplantacji, jednak sprawiło im problem określenie, jak często należy zgłaszać się na wizyty w pierwszym roku po transplantacji. Bezpośrednio po przeszczepieniu nerki 24% badanych na wizyty zgłaszałyby się częściej, niż co 4 tygodnie, 58% raz w miesiącu, co 3 miesiące zgłosiłoby się 3 pacjentów, a 12% badanych tego nie wie. Inaczej wygląda kwestia wizyt kontrolnych po upływie roku od transplantacji. Prawidłową odpowiedź, czyli co 3 miesiące wybrało 65% pacjentów, zaś 22% nie wie jak często kontrole będą potrzebne (tab. 3). Zauważalna jest różnica w odpowiedzi przez pacjentów w poszczególnych grupach.

Tylko połowa badanych na pewno po przeszczepieniu zmieni swoją dietę: 15% nie widzi takiej potrzeby, 35% ankietowanych się nad tym nie zastanawiało. Zmiana ta będzie polegała na spożywaniu więcej



Rycina 1. Skutki nieregularnej immunosupresji
Figure 1. The effects of irregular immunosuppression

owoców i warzyw (62%), a 58% postanowiło przyjmować więcej płynów, które obecnie są ograniczane.

Badani w 78% są pewni, że będą mieć możliwość na zwiększenie aktywności fizycznej po transplantacji. Dziewięćdziesiąt sześć procent badanych stwierdziło, że transplantacja jest lepszą formą leczenia niż hemodializa. Argumenty za transplantacją podało 90% badanych.

Ankietowani w większości podawali jako źródło czerpania informacji o transplantacji lekarzy (63,5%), innego pacjenta (49,6%) i pielęgniarki (43,2%). Piętnaście procent określa swój poziom wiedzy o transplantacji jako wystarczający, łącząc opinie pacjentów z 1 i 2 pozycji w tabeli 4, 76% badanych chciałoby wiedzieć więcej, mało o tej metodzie leczenia wie 7% (nie chcą oni poszerzać swojej wiedzy), a 2 osoby nie miały

zdania. Ankietowani przedstawili swoje stanowisko wobec pracowników ochrony zdrowia i ich udziału w przekazywaniu wiedzy na temat przeszczepiania narządów (tab. 4).

Dyskusja

Odnotowane w 2000 roku najdłuższe przeżycie biorcy z nerką przeszczepioną od żywego, genetycznie spokrewnionego dawcy wynosi 40 lat, a od dawcy niespokrewnionego 28 lat [4]. Średnia wieku nerki przeszczepionej wśród osób, które udzieliły odpowiedzi na pytanie o czas życia nerki przeszczepionej to 9 lat i 4 miesiące. Publikacje prof. Rutkowskiego i Czekalskiego [6], donoszą, że „(...) biorca nerki z założenia otrzymuje narząd o ograniczonym okresie przeżycia — wynoszącym 10 lat”.

Dla 86% badanych przeszczepienie nerki jest poważną operacją, a 90% uważa, że zabieg wiąże się z wystąpieniem różnych powikłań. Ryzyko powikłań jako średnie określiło 50% ankietowanych. W polskich opracowaniach spotyka się informację, że u około 50% chorych nie obserwuje się żadnych powikłań związanych z transplantacją nerki [1, 5–7].

Respondenci stanowiący prawie 60% grupy, choć znajdują się na liście osób oczekujących na transplantację, nie spotkali się z określeniem „przeszczepienie wyprzedzające”. W opracowaniach wielu autorów można przeczytać, że przeszczepienie wyprzedzające jest optymalną metodą leczenia nerkozastępczego i powinno być zalecone każdemu pacjentowi ze schyłkową niewydolnością nerek, który może otrzymać przeszczep od dawcy żywego [5, 8–11]. W badaniach przeprowadzonych w grupie 81 pacjentów hemodia-

Tabela 2. Transplantacja, poważny zabieg obarczony ryzykiem

Table 2. Transplantation, major surgery risk-bearing

	Odpowiedzi	Grupa I	Grupa II	Grupa I + II
Przeszczepienie to poważna operacja	Tak	17 (94,4%)	47 (84%)	64 (86,4%)
	Nie	1 (5,5%)	6 (10,7%)	7 (9,5%)
	Nie wiem	0	3 (5,3%)	3 (4,1%)
Powikłania po przeszczepieniu	Tak	18 (100%)	49 (87,5%)	67 (90,6%)
	Nie	0	2 (3,5%)	2 (2,7%)
	Nie wiem	0	5 (9%)	5 (6,7%)
Powikłania po przeszczepieniu — częstość ryzyka	Średnie	10 (55,5%)	27 (48,2%)	37 (50%)
	Małe	3 (16,7%)	8 (14,2%)	11 (14,9%)
	Duże	5 (27,8%)	5 (9%)	10 (13,5%)
	Bardzo małe	0	5 (9%)	5 (6,7%)
	Bardzo duże	0	0	0
	Nie wiem	0	11 (19,6%)	11 (14,9%)

Tabela 3. Wizyty kontrolne po transplantacji**Table 3.** Medical appointments after transplantation

	Odpowiedzi	Grupa I	Grupa II	Grupa I + II
Kontrole w pierwszych miesiącach po transplantacji	Częściej niż co 4 tyg.	10 (55,5%)	8 (14,3%)	18 (24,3%)
	Co 4 tyg.	8 (44,4%)	35 (62,5%)	43 (58,1%)
	Co 6 tyg.	0	1 (1,8%)	1 (1,3%)
	Co 3 miesiące	0	3 (5,4%)	3 (4,1%)
	Nie wiem	0	9 (16%)	9 (12,2%)
Wizyty kontrolne po upływie roku po transplantacji	Co 3 miesiące	16 (88,9%)	32 (57,1%)	48 (64,9%)
	Co 6 miesięcy	2 (11,1%)	4 (7,1%)	6 (8,1%)
	Co 12 miesięcy	0	4 (7,1%)	4 (5,4%)
	Nie wiem	0	16 (28,7%)	16 (21,6%)

Tabela 4. Poziom wiedzy i edukacja w transplantacji**Table 4.** The level of knowledge and education in transplantation

	Odpowiedzi	Grupa I	Grupa II	Grupa I + II
Poziom wiedzy na temat transplantacji w opinii badanych	Niewystarczająca	0	31 (53,4%)	31 (41,9%)
	Duża, chcę wiedzieć więcej	12 (66,7%)	13 (23,2%)	25 (33,8%)
	Wystarczająca	6 (33,3%)	5 (9%)	11 (14,9%)
	Mała, nie chcę wiedzieć więcej	0	5 (9%)	5 (6,7%)
	Nie potrafię określić	0	2 (3,5%)	2 (2,7%)
Średnia		1,63 (SD 0,49)	2,75 (SD 0,87)	2,48 (SD 0,94)
Personel medyczny a edukacja pacjentów	Tak	9 (50%)	29 (52%)	38 (51,5%)
	Wystarczająca	6 (33,3%)	17 (30%)	23 (31%)
	Nie	2 (11,1%)	5 (9%)	7 (9,4%)
	Nie wiem	1 (5,6%)	5 (9%)	6 (8,1%)
Średnia		1,91 (SD 1,07)	2 (SD1,05)	1,95 (SD1,07)

lizowanych w wybranych stacjach dializ województwa kujawsko-pomorskiego, 47% otrzymuje od swoich lekarzy pełne informacje na temat rodzinnego przeszczepienia nerki, w tym wyprzedzającego [12].

Transplantacja łączy się z długotrwałą farmakoterapią immunosupresyjną zmniejszająca odporność organizmu, zapobiegają odrzuceniu przez organizm narządu, który mimo badań zgodności traktuje przeszczep jako obcy. Konieczność przyjmowania leków potwierdziło 92%, ale 8% nie miało o tym pojęcia (badanie przeprowadzono wśród osób zgłoszonych na CLB). Wyjaśnienie pojęcia „leki immunosupresyjne”, pomimo licznych źródeł informacji o przeszczepach i określeniu swojej wiedzy (przez ankietowanych) na temat transplantacji jako dużej, było problemem. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 53% badanych,

47% nie znało tego określenia. Jeśli pacjent przestanie przyjmować leki immunosupresyjne, dojdzie do utraty funkcji przeszczepionego narządu, co w efekcie doprowadzi do jego odrzucenia [7, 13, 14]. Respondenci w 60% mieli tego świadomość. Ogromny problem stanowi brak współpracy pacjenta, dotyczący przyjmowania leków immunosupresyjnych (opisywane w literaturze ponad 20% biorców przyjmuje je nieregularnie) [12, 14]. W miarę upływu czasu od transplantacji u części chorych maleje przekonanie, co do konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych. Na problem ten zwróciły również uwagę Laederach-Hofmann i Bunzel [15]. U dorosłych ten problem pojawia się około 9 miesiąca po przeszczepieniu. Identyfikacja tych pacjentów może ich uchronić przed utratą nerki [2]. Można założyć, że pacjenci

po transplantacji są mocno zmotywowaną grupą i powinni skrupulatnie przestrzegać zaleceń lekarzy. Niestety, całkowity odsetek biorców niestosujących się do zaleceń waha się w przedziale 20–50% [15]. Zasadniczy wpływ na poprawę odległych wyników ma prawidłowo prowadzona i trwająca całe życie chorego opieka ambulatoryjna. Z badań wynika, że około 25% pacjentów traci nerkę z powodu braku współpracy [1]. W opracowaniach Manitiusa i wsp. opisywano, że w ponad 20% przypadków przyczyną utraty przeszczepionych nerek jest niesubordynacja chorych, polegająca na nieregularnym przyjmowaniu leków immunosupresyjnych i unikaniu wizyt kontrolnych [12, 17]. Przesadne poczucie wolności po udanym przeszczepieniu może doprowadzić do ponownego leczenia dializami [8]. W przeprowadzonym badaniu 100% ankietowanych potwierdziło konieczność kontroli w Poradni Transplantacyjnej, jednak około 30% badanych nie wie jak często się one odbywają.

Zapytano ankietowanych o źródła wiedzy na temat transplantacji. Znamiennym jest fakt, że po analizie odpowiedzi, 63% badanych uważa lekarza za najlepsze źródło informacji, jedynie 32% wskazało na pielęgniarkę, która to grupa znalazła się za współpacjentem. Niepokojące są dane z badań przeprowadzonych przez Orzeł-Nowak i wsp. [17] wśród 136 pielęgniarek, gdzie stwierdzono, że badane pielęgniarki posiadają niepełną wiedzę na tematy związane z transplantacją, co może budzić obawy wśród personelu pielęgniarskiego przed udzielaniem informacji. Pięćdziesiąt procent ankietowanych widzi potrzebę większego zaangażowania personelu medycznego w proces przekazywania informacji na temat transplantacji, 76% twierdzi, że ich wiedza jest niewystarczająca. Badania przeprowadzone w Szczecinie wśród pielęgniarek oddziału nefrologii i stacji dializ wskazały na konieczność wprowadzenia szkoleń przed i podyplomowych w zakresie wiedzy transplantacyjnej [18]. Edukacja zespołu jest tak ważna, ponieważ to pielęgniarka jest osobą stojącą najbliżej łóżka chorego, staje się często jego przyjacielem, uczestniczy czynnie w rozwiązywaniu problemów związanych z chorobą i zaczyna też często odgrywać rolę autorytetu medycznego, zastępując w tej funkcji lekarza.

Wnioski

- Wiedza ankietowanych na temat kwalifikacji, pochodzenia organów, przebiegu leczenia i możliwych powikłaniach jest ogólna i niewystarczająca.
- Wiedza na temat leczenia immunosupresyjnego, wizyt kontrolnych i stylu życia jest niedostateczna.

- Wiedza na temat transplantacji wśród pacjentów zgłoszonych po raz kolejny do przeszczepienia nerki jest zdecydowanie większa niż pozostałych pacjentów uczestniczących w badaniu (zgłoszonych po raz pierwszy) jednak cały czas niezadowalająca.
- Wdrożenie programów edukacyjnych dla tej grupy chorych (jeszcze przed przeszczepieniem) wpłynie na zwiększenie wiedzy i poprawę wyników leczenia.

Piśmiennictwo

1. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. *Transplantologia Kliniczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
2. Wasak A. *Transplantacje*. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen, Radom 2007.
3. <http://www.wikipedia.org/wiki/wiedza>; data pobrania: 17.05.2009.
4. Rutkowski B., Czekalski S. *Rozpoznawanie i leczenie chorób nerek — wytyczne, zalecenia i standardy postępowania*. Wydawnictwo Medyczne TerMedia, Poznań 2008.
5. Dębska-Ślizeń A., Król E. *Przewlekła choroba nerek, poradnik dla pacjentów i ich rodzin*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
6. Hruby Z. *Nefrologia praktyczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
7. Dębska-Ślizeń A., Śledziński B., Rutkowski B. *Jak żyć z przeszczepioną nerką? Poradnik dla pacjentów i ich bliskich*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
8. Rutkowski B. *Leczenie nerkozastępcze*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
9. Rutkowski B. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2008.
10. Pączek L., Cizek M. *Przeszczepienie nerek od dawców żywych*. *Standardy Medyczne* 2004; 3: 274–278.
11. Krajewska M., Mazanowska O. *Komu i dlaczego przeszczepić nerkę? Problemy Lekarskie* 2006; 45: 242–243.
12. Manitius J., Włodarczyk Z., Trafny R., Bymora A. *Przeszczepienie nerek od dawców żywych*. *Polska Medycyna Rodzinna* 2003; 5: 285–288.
13. Danovitch G.M. *Podręcznik transplantacji nerek*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
14. Durlik M., Rowiński W. *Zalecenia dotyczące leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu narządów unaczynionych*. Fundacja Zjednoczeni dla Transplantacji, Warszawa 2012.
15. Laederach-Hofman K., Bunzel B. *Nieprzestrzeganie zaleceń przez biorców narządów unaczynionych, przegląd literatury*. *General Hospital Psychiatry* 2000; 6: 412–424.
16. Durlik M. *Aktualne problemy przeszczepiania nerek*. *Terapia i Leki* 2007; 56 (4): 9–13.
17. Orzeł-Nowak A., Radzik T., Prażmowska B. *Postawy pielęgniarek wobec przeszczepiania narządów*. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 4 (13): 117–124.
18. Jarmolińska E., Jarmoliński T. *Postawy pielęgniarek wobec przeszczepiania narządów*. *Przegląd Lekarski* 2006; 63: 189–193.