



Ewa Wojtaszek, Mirosława Kacprzak, Joanna Matuszkiewicz-Rowińska

Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

# Szkolenie pacjentów i opiekunów w dializoterapii otrzewnowej — rekomendacje i nowe możliwości

## Training of patients and caregivers in peritoneal dialysis — recommendations and new opportunities

*Dobrze jest pomagać innym, ale lepiej jest nauczyć ich, jak mogą pomóc sobie sami.  
G. Orwell*

### ABSTRACT

Training for the patients is widely recognized as one of the important elements of efficient peritoneal dialysis program, but also the one of the biggest challenges, especially that the majority of medical teams have limited expertise to conduct adult education. Recommendations of the International Society for Peritoneal Dialysis, including published last year Syllabus, provide general principles and practical tips

on how to conduct training in accordance with the concept of therapeutic patient education using the principles of adult education. Its essence is to help patients and their caregivers to become experts in their own peritoneal dialysis care, building the basis for good cooperation with the treatment team and a sense of independence.

Forum Nefrol 2017, vol 10, no 1, 34–38

**Key words:** peritoneal dialysis, patient, education, adults learning

▶▶Szkolenie pacjentów stanowi klucz do dobrej współpracy i zmniejszenia liczby powikłań, przede wszystkim infekcyjnych◀◀

**Adres do korespondencji:**  
dr n. med. Ewa Wojtaszek  
Katedra i Klinika Nefrologii,  
Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Banacha 1a, 02–097 Warszawa  
tel. 22 599 26 58, faks: 22 599 16 58  
e-mail: wojtaszek.ewa@gmail.com

### WSTĘP

Szkolenie pacjentów jest powszechnie uznawane za jeden z istotniejszych elementów skutecznie funkcjonującego programu dializy otrzewnowej. Uważa się, że stanowi ono klucz do dobrej współpracy i zmniejszenia liczby powikłań, przede wszystkim infekcyjnych [1, 2]. Jednocześnie rzadko zdajemy sobie sprawę, że efektywne szkolenie może być jednym z większych wyzwań dla zespołu leczącego. Po pierwsze, dlatego że niewiele wiadomo o tym, jak chorzy ze schyłkową niewydolnością nerek przyswajają nowe informacje, i że istnieje wie-

le barier utrudniających edukację (mocznicą, choroby współistniejące), po drugie zaś, dlatego że niewielu edukatorów, przede wszystkim pielęgniarek, ma do tego formalne przygotowanie [1, 3].

### REKOMENDACJE DOTYCZĄCE SZKOLENIA PACJENTÓW I ICH OPIEKUNÓW W DIALIZIE OTRZEWNOWEJ

Międzynarodowe Towarzystwo Dializy Otrzewnowej (ISPD, *International Society for Peritoneal Dialysis*) wydało dwa dokumenty, w których zawarto ogólne zasady oraz użytecz-

**Tabela 1.** Zasady szkolenia pacjentów poddawanych dializie otrzewnowej według rekomendacji Międzynarodowego Towarzystwa Dializy Otrzewnowej (ISPD) z lat 2006 i 2011

<p><b>Kto powinien prowadzić szkolenie?</b></p> <p>Szkolenie powinna prowadzić pielęgniarka. Jej niezbędne cechy to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• umiejętność dobrej komunikacji z pacjentem</li> <li>• formalne przygotowanie do szkolenia dorosłych</li> <li>• doświadczenie w pielęgniarstwie ogólnym i chirurgicznym</li> <li>• chęć poszerzania swojej wiedzy i umiejętności, innowacyjność</li> <li>• asertywność i konsekwencja</li> </ul> <p><i>Nie każda pielęgniarka doświadczona w dializie otrzewnowej będzie dobrym edukatorem!</i></p>
<p><b>Jak należy prowadzić szkolenie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Szkolenie powinno być indywidualne (pielęgniarka–pacjent/opiekun 1:1); wskazane jest też, aby całe szkolenie prowadziła jedna pielęgniarka</li> <li>• Ośrodek powinien prowadzić szkolenie według sformalizowanego, szczegółowo opracowanego programu edukacji. obejmującego trening w zakresie wykonywania procedur, umiejętności rozwiązywania problemów, wsparcia emocjonalnego i motywacji do zmiany stylu życia</li> <li>• Sposób szkolenia należy dostosować do indywidualnych możliwości percepcyjnych i ograniczeń chorego wynikających z obecności mocznicy, chorób współistniejących, depresji itp.</li> <li>• Ośrodek powinien dysponować zróżnicowanymi „pomocami naukowymi”, takimi jak: fartuch ćwiczebny, przejrzyste ulotki, broszury, materiały audio-wideo itp.</li> <li>• Każde szkolenie powinno być zakończone testem oceniającym jego skuteczność</li> </ul>
<p><b>Jak długo należy prowadzić szkolenie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Szkolenie należy prowadzić dopóty, dopóki pacjent nie nauczy się bezpiecznie wykonywać wszystkich procedur oraz rozpoznawać kontaminacji płynu i infekcji</li> </ul>
<p><b>Gdzie należy prowadzić szkolenie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Szkolenie może być prowadzone w szpitalu lub domu pacjenta</li> <li>• Powinno się odbywać w miejscu zapewniającym choremu prywatność, spokój, możliwość odpoczynku, dostęp do materiałów szkoleniowych</li> </ul>
<p><b>Kiedy należy przeprowadzić reedukację?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponowne szkolenie należy przeprowadzić po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a potem przynajmniej raz w roku</li> <li>• Ponadto ponowne szkolenie powinno się przeprowadzić w przypadku zapalenia otrzewnej, zakażenia cewnika, długotrwałej hospitalizacji lub jakiegokolwiek dłuższej przerwy w dializie czy zmiany sprawności fizycznej bądź umysłowej</li> </ul> <p><i>Reedukacja odgrywa ważną rolę w powodzeniu szkolenia!</i></p>

ne praktyczne wskazówki dotyczące prowadzenia szkolenia chorych. Pierwsze rekomendacje opublikowano już ponad dekadę temu, w 2006 roku, a kilka lat później ukazało się stanowisko Towarzystwa odnoszące się do metod zapobiegania powikłaniom infekcyjnym, w którym sporo miejsca poświęcono także edukacji [4, 5]. Zaproponowane zasady szkolenia zebrano w tabeli 1.

Okazuje się jednak, że czas trwania, programy i metody szkolenia są bardzo zróżnicowane, a efekty konkretnych interwencji edukacyjnych rzadko poddawano formalnej ocenie [1, 2]. Dlatego po dekadzie, na podstawie przeglądu programów szkoleniowych z całego świata, w odniesieniu do zasad zawartych w rekomendacjach ISPD z 2006 roku, opublikowano swoisty sylabus — podręcznik mający stanowić praktyczną pomoc w prowadzeniu edukacji dotyczącej dializy otrzewnowej [6]. Jego intencją jest przedstawienie metod szkolenia pacjenta w zakresie umiejętności samodzielnego zarządzania chorobą i jej leczeniem, a nie tylko umiejętności psychomotorycznych związanych z wykonywaniem wymian dializacyjnych, na podstawie doświadczeń terapeutycznej edu-

kacji pacjenta stosowanej w przypadku innych chorób przewlekłych [7, 8].

Zgodnie z tą koncepcją celem szkolenia jest udzielenie pomocy pacjentom i osobom, które ich wspierają, tak aby mogli się stać ekspertami w samodzielnym prowadzeniu leczenia dializą otrzewnową. Daje im to poczucie dużej dozy niezależności, stanowi podstawę bezpiecznej i efektywnej terapii oraz nawiązania partnerskich relacji z zespołem leczącym. Oznacza to opracowanie programu i przeprowadzenie szkolenia w taki sposób, aby wyegzekwować od chorego jak najpełniejsze zrozumienie istoty dializy, jej monitorowania i rozpoznawania powikłań oraz wytrenowanie niezbędnych umiejętności manualnych. Jednocześnie od początku szkolenia zasadą jest jasne przedstawienie celów, oczekiwań i jego przebiegu oraz otwarta dyskusja i dokonana wspólnie z chorym ocena barier i postępów edukacji, przy zapewnieniu pełnego wsparcia na każdym jej etapie.

## CO ZAWIERA SYLABUS?

Sylabus to swoisty konspekt podstawowego kursu szkolenia trwającego 15 godzin

▶▶Celem szkolenia jest udzielenie takiej pomocy pacjentom i ich bliskim, aby mogli stać się ekspertami w samodzielnym leczeniu dializą otrzewnową◀◀

▶▶Sylabus ma stanowić praktyczną pomoc w prowadzeniu szkolenia pacjenta w zakresie samodzielnego zarządzania chorobą, a nie tylko umiejętności wykonywania wymian dializacyjnych◀◀

**Tabela 2.** Założenia i zasady szkolenia dorosłych według Knowlesa i wsp. [10]

Założenia szkolenia dorosłych	Zasady szkolenia dorosłych
Mają wewnętrzną motywację do nauki	Dorośli powinni mieć wpływ na planowanie i ocenę swojej edukacji
Wnoszą do edukacji własną wiedzę i doświadczenie życiowe	Kształcenie dorosłych powinno być skoncentrowane na rozwiązywaniu problemów, a nie treści
Są zorientowani na określony cel szkolenia	Podstawę edukacji powinno stanowić doświadczenie
Chcą bezpośrednio stosować wiedzę, dlatego bardziej są skupieni na problemach, które ta wiedza może rozwiązać	Dorośli są bardziej zainteresowani uczeniem się tego, co ma bezpośredni wpływ na ich życie
Są zorientowani na rozwój	
Mają większe poczucie niezależności i samokontroli	

▶▶ Wstępne szkolenie nie powinno być krótsze niż 15 godzin ◀◀

(ok. 3 godzin przez 5 dni). Może być on modyfikowany zależnie od możliwości percepcyjnych pacjenta bądź w celu omówienia dodatkowych problemów, ale może też stanowić podstawę dalszego szkolenia oraz zaplanowania reedukacji. Niezależnie od wybranego planu, wstępne szkolenie raczej nie powinno być krótsze niż 15 godzin, ponieważ, jak wykazano w dużym wielośrodkowym badaniu, może się to wiązać z większą częstością zapaleń otrzewnej [9].

Sylabus zawiera opis zagadnień, które należy omówić w trakcie szkolenia: obowiązkowych (niezbędnych do przeżycia i zapobiegania najgroźniejszym powikłaniom), pożądanych (wpływających na poprawę jakości leczenia) i możliwych (istotnych, ale niewpływających na bezpieczeństwo terapii). Plan każdego dnia szkolenia jest ułożony tak, aby omawianie kwestii teoretycznych czy dyskusowanie sposobów monitorowania leczenia i rozpoznawania powikłań następowało naprzemiennie z nauką i doskonaleniem umiejętności praktycznych oraz przerwami w każdej z tych aktywności, dostosowanymi do tempa nauki chorego. Należy pamiętać, że pacjenci są w stanie przyswoić tylko 25% informacji przekazanych w ciągu 20-minutowej konsultacji! Dlatego należy się starać przekazywać nie więcej niż 3–4 nowe wiadomości w ciągu godziny, unikać długich wykładów, powtarzać informacje i upewniać się, że przekazane kwestie zostały przez chorego zrozumiane i przyswojone. Warto pamiętać, że po 65. roku życia, nawet przy braku dodatkowych patologii, dochodzi do pogorszenia funkcji poznawczych w zakresie przetwarzania informacji, pamięci i rozumienia abstrakcji.

Wybór kolejności omawiania tematów może być dowolny, ale zasadę powinno stanowić przechodzenie od mniej do bardziej skomplikowanych problemów i umiejętności. „Minimum programowe” wstępnego szkolenia

obejmuje pięć umiejętności, które muszą opanować pacjent i/lub jego opiekun:

- bezpieczne wykonanie procedury dializy przy wykorzystaniu zasad aseptyki;
- rozpoznanie kontaminacji i podjęcie odpowiednich kroków w przypadku jej wystąpienia;
- prowadzenie i modyfikowanie bilansu płynów oraz rozumienie jego związku z nadciśnieniem tętniczym i hipotensją;
- rozpoznanie i podjęcie odpowiednich działań w przypadku potencjalnych powikłań dializy;
- świadomość, kiedy i jak należy się komunikować z ośrodkiem dializy otrzewnowej.

### JAK SZKOLIĆ?

Przedstawiony w sylabusie program szkolenia został opracowany zgodnie z metodyką edukacji dorosłych. W tabeli 2 podsumowano założenia i zasady edukacji dorosłych (andragogiki).

Trzeba jednak podkreślić, że szkolenie chorych z niewydolnością nerek różni się od edukacji zdrowych dorosłych. Uczący się chory ma poczucie zależności (jak dziecko) od zespołu leczącego i wkracza w zupełnie nową rzeczywistość, z nowymi problemami i wyzwaniem, często cechującą się nieznanym i niezrozumiałym dla niego językiem, a jego doświadczenie życiowe staje się mało przydatne, bo dotychczasowe nawyki, relacje czy praca zwykle muszą się zmienić. Pomimo poczucia niepewności i lęku pacjent w naturalny sposób dąży jednak do niezależności. Dlatego pielęgniarka szkoląca powinna nie tylko pomóc choremu w przyswojeniu wiedzy i wypracowaniu umiejętności niezbędnych do bezpiecznego prowadzenia leczenia, ale także okazać zainteresowanie jego problemami, być dobrym słuchaczem i moty-

▶▶ Należy przekazywać nie więcej niż 3–4 wiadomości w ciągu godziny, powtarzać informacje i upewniać się, że zostały one przez chorego przyswojone ◀◀

**Tabela 3.** Cechy charakterystyczne różnych stylów uczenia się oraz wskazówki dla edukatora zależnie od stylu uczenia się pacjenta [13]

Styl uczenia się	Wskazówki dla edukatora
<b>Wzrokowiec:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>woli myśleć obrazami niż słowami</li> <li>szybciej zapamiętuje informację przekazaną za pomocą rysunków lub wykresów</li> </ul>	Skupienie uwagi na celu szkolenia (dlaczego temat jest ważny, do czego można wykorzystać zdobytą wiedzę) Utrzymanie kontaktu wzrokowego (skupienie uwagi, kontrolowanie, czy zagadnienie jest zrozumiałe) Stałe, uporządkowane miejsce nauki
<b>Sluchowiec:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>uczy się, słuchając i mówiąc</li> <li>preferuje wykłady, dyskusje i ćwiczenia</li> </ul>	Sprawdzenie, czy pacjent właściwie rozumiał przekazywane treści Wielokrotne powtarzanie kluczowych kwestii w różny sposób i w różnych kontekstach Zachęcanie do dyskusji (pomagają skupić uwagę i więcej zapamiętać)
<b>Kinestetyk:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>uczy się najsukuteczniej, wykonując czynności</li> <li>najlepiej przyswajają wiedzę przez przykłady i ćwiczenia (demonstracja, filmy wideo, zdjęcia, fiszki)</li> <li>z trudnością utrzymuje przez dłuższy czas uwagę na jednym zadaniu</li> </ul>	Istotne znaczenie ma częstsza zmiana sposobu aktywności Pomocne jest robienie na bieżąco notatek lub rysowanie obrazków

wować go w dążeniu do samoopieki i jak największej niezależności [6, 11].

Drugim ważnym założeniem zawartym w sylabusie, dotyczącym ustalenia optymalnej metody szkolenia jest określenie indywidualnego stylu uczenia się pacjenta i dostosowanie do niego sposobu przekazywania wiedzy. Styl uczenia się zależy od zmysłów, dzięki którym informacja jest odbierana i przekazywana do mózgu. Większość ludzi charakteryzuje się bi- (41%) lub unimodalnym (39%) stylem uczenia się, co można łatwo ustalić, zadając choremu proste pytania dotyczące codziennych aktywności, np. czym się kieruje, kupując sprzęt elektroniczny czy chcąc nauczyć się jego obsługi [12]. W tabeli 3 zestawiono cechy charakterystyczne dla różnych stylów uczenia się oraz wskazówki ważne w optymalizacji szkolenia.

Ocena stylu uczenia się i określenie potencjalnych barier w edukacji pozwalają na wybór indywidualnej strategii szkolenia oraz najbardziej przydatnych aktywności i materiałów edukacyjnych. Zasadniczo instrukcje i demonstracje powinny być proste i zwięzłe, materiały szkoleniowe i ulotki należy pisać dużą czcionką, ilustrując je obrazkami i niewielką ilością tekstu. Do dyspozycji powinny być także materiały wideo czy możliwość korzystania z komputera. Można korzystać z materiałów komercyjnych, ale coraz bardziej popularne jest tworzenie własnych materiałów szkoleniowych czy umożliwienie nagrywania przez chorego niektórych aktywności.

Podstawową zasadę stanowi indywidualny kontakt z pacjentem, którego nie mogą zastąpić materiały szkoleniowe. Okazywanie empatii, budzenie poczucia bezpieczeństwa, bieżące reagowanie na potencjalne błędy i problemy — wszystko to poprawia efektywność interwencji edukacyjnej [3, 6]. Otwarta dyskusja z chorym na temat postępów szkolenia, upewnianie go i pomaganie mu w pokonywaniu trudności oraz motywowanie do podejmowania wysiłku w zakresie samodzielnego zarządzania chorobą i przyjmowania współodpowiedzialności za wynik leczenia są z jednej strony metodą budowania poczucia niezależności chorego, z drugiej zaś — poprawy wyników i satysfakcji z leczenia [3, 13, 14].

## PODSUMOWANIE

Około połowa pacjentów z przewlekłą chorobą nerek jest zainteresowana uczestnictwem w podejmowaniu decyzji medycznych i przyjmowaniem współodpowiedzialności za swoje leczenie [15]. Satysfakcję z takiej możliwości podkreślają chorzy poddawani edukacji przeddializacyjnej, zwłaszcza ci, którzy wybrali leczenie dializą otrzewnową [15, 16]. Wymaga to ze strony zespołu leczącego gotowości do rozpoznawania potrzeb pacjenta, a także umiejętności komunikowania się i szkolenia oraz opracowania pomocy dydaktycznych i decyzyjnych. Sylabus może i powinien stanowić pomoc i narzędzie przydatne pie-

►► Podstawową zasadą jest indywidualny kontakt z pacjentem, okazywanie empatii, budzenie poczucia bezpieczeństwa, bieżące reagowanie na błędy; nie mogą tego zastąpić materiały szkoleniowe ◀◀

lęgniarkom-edukatorkom w wypracowaniu umiejętności edukacji terapeutycznej chorych rozpoczynających leczenie dializą otrzewnową, co pozwoli pacjentom na jak najbardziej podmiotowe uczestniczenie w terapii. Ocena,

czy zastosowanie zaproponowanych w sylabusie interwencji edukacyjnych poprawi wyniki i satysfakcję z leczenia, będzie możliwa po wdrożeniu zawartych w nim zaleceń do praktyki ośrodków.

## STRESZCZENIE

Szkolenie pacjentów jest powszechnie uznawane za jeden z istotniejszych elementów skutecznego funkcjonującego programu dializy otrzewnowej, ale także za jedno z większych wyzwań, zwłaszcza że zespoły leczące rzadko mają przygotowanie do prowadzenia edukacji dorosłych. Rekomendacje Międzynarodowego Towarzystwa Dializy Otrzewnowej, w tym opublikowany w ostatnim roku sylabus, podają ogólne zasady i dostarczają praktycznych wskazówek, jak

prowadzić szkolenie zgodnie z koncepcją edukacji terapeutycznej pacjenta z wykorzystaniem zasad edukacji dorosłych. Istotą takich działań jest udzielenie pomocy chorym i osobom, które ich wspierają, tak by mogli się stać ekspertami w zakresie samodzielnego prowadzenia leczenia dializą otrzewnową, budowania podstaw dobrej współpracy z zespołem leczącym oraz poczucia niezależności.

**Forum Nefrol 2017, tom 10, nr 1, 34–38**

**Słowa kluczowe: dializa otrzewnowa, pacjent, edukacja, szkolenie dorosłych**

## Piśmiennictwo

1. Schaepe C., Bergjan M. Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *Int. J. Nurs. Stud.* 2015; 52: 882–898.
2. Zhang L., Hawley C.M., Johnson D.W. Focus on peritoneal dialysis training: working to decrease peritonitis rates. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2016; 31: 214–222.
3. Bergjan M., Schaepe C. Educational strategies and challenges in peritoneal dialysis: a qualitative study of renal nurses' experiences. *J. Clin. Nurs.* 2016; 25: 1729–1739.
4. Bernardini J., Price V., Figueiredo A. Peritoneal dialysis patient training, 2006. *Perit. Dial. Int.* 2006; 26: 625–632.
5. Piraino B., Bernardini J., Brown E. i wsp. ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. *Perit. Dial. Int.* 2011; 31: 614–630.
6. Figueiredo A.E., Bernardini J., Bowes E. i wsp. A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Perit. Dial. Int.* 2016; 36: 592–605.
7. Lagger G., Pataky Z., Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic disease and obesity. *Patient Educ. Couns.* 2010; 79: 283–286.
8. Therapeutic Patient Education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Regional Office for Europe, 1998. [www.euro.who.int/document/e63674.pdf](http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf).
9. Figueiredo A.E., de Moraes T.P., Bernardini J. i wsp. Impact of patients training patterns of peritonitis rates in a large national cohort study. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2015; 30: 137–142.
10. Knowles M.S., Holton E.F., Swanson R.A. Edukacja dorosłych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
11. Ballerini L., Paris V. Nosogogy: When the learner is a patient with chronic renal failure. *Kidney Int.* 2006; 70: S122–S126.
12. VARK, a guide to learning. [www.vark-learn.com](http://www.vark-learn.com).
13. Su C.Y., Lu X.H., Chen W. i wsp. Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. *J. Adv. Nurs.* 2009; 65: 1381–1389.
14. Gadola L., Poggi C., Poggio M. i wsp. Using a multidisciplinary training program to reduce peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Perit. Dial. Int.* 2013; 33: 38–45.
15. Robinski M., Wilfried M., Wienke A. i wsp. Shared decision-making in chronic kidney disease: A retrospective of recently initiated dialysis patients in Germany. *Patient Educ. Couns.* 2016; 99: 562–570.
16. Winterbottom A.E., Gavaruzzi T., Mooney A. i wsp. Patient acceptability of the Yorkshire dialysis decision aid (YODDA) booklet: A prospective non-randomized comparison study across 6 predialysis services. *Perit. Dial. Int.* 2016; 36: 374–381.