

Ewa Wojtaszek, Joanna Matuszkiewicz-Rowińska

Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

# Sformalizowany program edukacji przeddializacyjnej — osiągnięcia ośrodka warszawskiego

## Formalized predialysis education program — the Warsaw center achievements

### ABSTRACT

The importance of providing education to patients with chronic kidney disease to enable them making informed choices of renal replacement modality has been emphasized in several recent publications. Particularly important are the observations, that education can increase the time to dialysis start, elective treatment beginning and the choice of peritoneal dialysis as the first treatment option. It can also increase the opportunity for greater access to

kidney transplantation and improving outcome of patients with end-stage renal disease.

The paper presents the objectives, principles and selected results of the structured Predialysis Education program functioning since 2005 in the Department of Nephrology, Dialysis and Internal Diseases, Warsaw Medical University.

**Forum Nefrologiczne 2011, vol. 4, no 1, 51–57**

**Key words: chronic kidney disease, predialysis education program, kidney transplantation, peritoneal dialysis, hemodialysis**

### WSTĘP

Od wielu lat wiadomo, że odpowiednio wczesne rozpoznanie przewlekłej choroby nerek i zgłoszenie do nefrologa ma podstawowe znaczenie dla zmniejszania chorobowości i śmiertelności w tej populacji [1, 2]. Istotną częścią opieki nefrologicznej, oprócz prowadzenia działań nefroprotekcyjnych i leczenia powikłań przewlekłej niewydolności nerek, jest edukacja pacjentów w zakresie metod leczenia nerkozastępczego oraz przygotowanie i planowe rozpoczęcie tego leczenia. Starannie przeprowadzona edukacja zwiększa szansę na wczesne zgłoszenie do przeszczepienia nerki, opóźnienie rozpoczęcia dializ, wybór dializy otrzewnowej jako pierwszej opcji leczenia oraz poprawę roko-

wania chorego po rozpoczęciu dializoterapii [3–10].

Rzeczywistość jednak jest taka, że większość pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, mimo wieloletniej opieki w poradni nefrologicznej, ma jedynie bardzo ograniczoną wiedzę o swojej chorobie i możliwościach terapeutycznych, a aż 30% z nich rozpoczyna dializoterapię nieplanowo, bez docelowego dostępu do dializ i bez możliwości wyboru metody leczenia [4, 5, 11, 12]. Jedną z niewątpliwych barier zmniejszających możliwość przekazania choremu przez nefrologa niezbędnej wiedzy są ograniczenia czasowe i brak efektywnych programów edukacyjnych. Nie powinno to oznaczać rezygnacji z podejmowania wysiłku edukacji, ponieważ podniesienie świadomości chorego i zaangażowanie

**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

▶▶ Na całym świecie coraz powszechniej realizuje się koncepcję uzupełniania i rozszerzania standardowej opieki nefrologicznej o zespoły wielodyscyplinarnej opieki przeddializacyjnej ◀◀

go do współuczestniczenia w procesie leczenia może zwiększyć szansę na osiągnięcie celów terapeutycznych i w efekcie poprawę rokowania. Dlatego na całym świecie coraz powszechniej realizuje się koncepcję uzupełniania i rozszerzania standardowej opieki nefrologicznej o zespoły wielodyscyplinarnej opieki przeddializacyjnej [4–10]. W zależności od potrzeb i możliwości organizacyjnych w skład takich zespołów wchodzi lekarze nefrologi, pielęgniarki nefrologiczne, dietetycy, psychologowie i pracownicy socjalni. Realizowane przez nie programy są skierowane przede wszystkim do chorych z zaawansowaną niewydolnością nerek. Mają one na celu edukację pacjentów, tak by świadomie i odpowiedzialnie mogli wybrać opcję leczenia nerkozastępczego i planowo przygotować się do rozpoczęcia dializoterapii lub wyprzedzającego przeszczepienia nerki. Jednocześnie ważne jest wsparcie emocjonalne, a w razie potrzeby także socjalne pacjentów w zaawansowanych stadiach niewydolności nerek oraz ich rodzin. Taki ściśle sformalizowany program opieki przeddializacyjnej składa się zwykle z kilku indywidualnych, a niekiedy także grupowych spotkań i obejmuje między innymi rozmowy z pacjentami już dializowanymi oraz prezentację sprzętu do dializy i ośrodka dializ.

### **SFORMALIZOWANY PROGRAM EDUKACJI PRZEDDIALIZACYJNEJ W KLINICE NEFROLOGII, DIALIZOTERAPII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

W oparciu o ogólne zasady funkcjonowania i doświadczenie wielodyscyplinarnych zespołów opieki przeddializacyjnej z innych krajów, w 2005 roku wprowadzono w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego autorski Program Edukacji Przeddializacyjnej. Podstawą jego konstruowania było przyjęcie filozofii jak najbardziej świadomego udziału pacjenta na wszystkich etapach leczenia przewlekłej niewydolności nerek, zwłaszcza przy wyborze opcji leczenia nerkozastępczego.

Założono, że efekty systematycznej edukacji będą przynosić korzyści zarówno w okresie przeddializacyjnym, jak i po rozpoczęciu dializoterapii, ponieważ:

— pacjent rozumiejący istotę choroby nerek będzie aktywnie uczestniczył w spowalnianiu progresji ich niewydolności i zapobie-

ganiu powikłaniom przez stosowanie się do zaleceń dietetycznych i leczenia farmakologicznego;

— zaznajomienie pacjenta z objawami choroby pozwoli na odpowiednio wczesne wytworzenie dostępu do dializ i planowe rozpoczęcie leczenia lub przygotowanie do wyprzedzającego przeszczepienia nerki;

— pacjent zachęcony do podejmowania własnych wyborów będzie miał większe poczucie kontrolowania tego, co się z nim dzieje, oraz mniej obaw związanych ze swoją chorobą i jej leczeniem, a także prawdopodobnie łatwiej zaakceptuje reżim terapeutyczny.

Beneficjentem takiego podejścia mógłby być nie tylko pacjent, ale także zespół leczący (np. mniej postaw roszczeniowych w razie powikłań lub niepowodzenia leczenia), a nawet szpital (np. mniej kosztownych, długich hospitalizacji związanych z mocnicą i rozpoczęciem dializoterapii na ostro).

Kluczowym elementem konstruowania programu było jak największe jego sformalizowanie — wyznaczenie celów i jasne sformułowanie sposobów ich realizacji. Za cel nadrzędny przyjęto poprawę przeżycia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Ustalono też cele pośrednie podporządkowane celowi nadrzędnemu, stanowiące swoiste działania operacyjne w bieżącej realizacji programu (tab. 1).

Do udziału w sformalizowanym Programie Edukacji Przeddializacyjnej zaproszono

**Tabela 1.** Cele edukacji w sformalizowanym Programie Edukacji Przeddializacyjnej (sfPEP)

Wsparcie emocjonalne chorego i jego rodziny
Oswojenie chorego z myślą o obecnym i następnym etapie choroby
Edukacja chorego i jego rodziny w zakresie diety
Edukacja chorego i jego rodziny w zakresie metod leczenia nerkozastępczego
Wzajemne poznanie się i nawiązanie współpracy między chorym i jego rodziną a całym zespołem leczącym (lekarz, pielęgniarka); jasne przedstawienie zasad tej współpracy
Zaznajomienie chorego z wyglądem i funkcjonowaniem ośrodka dializ
Ustalenie planu leczenia

przede wszystkim pacjentów z zaawansowaną niewydolnością nerek, ze współczynnikiem filtracji kłębuszkowej (eGFR, *estimated glomerular filtration rate*)  $\leq 20$  ml/min lub eGFR  $\leq 30$  ml/min u chorych z cukrzycą. Szkolenia mają formę indywidualnych spotkań z zespołem edukacyjnym — lekarzem i pielęgniarką. W podstawowym schemacie są przewidziane 3, trwające 60–90 minut, spotkania, ale z inicjatywy pacjenta lub zespołu edukacyjnego możliwe są dodatkowe wizyty. Rozmowy odbywają się w wydzielonych pomieszczeniach w Klinice Nefrologii, a ich uzupełnieniem są wizyty na Oddziale Hemodializ oraz na Oddziale Dializy Otrzewnowej, z możliwością prezentacji sprzętu do dializy oraz rozmów z pacjentami dializowanymi każdą z metod. Do dyspozycji zespołu edukacyjnego i pacjentów są także materiały edukacyjne ułatwiające omawianie poszczególnych problemów. Cykl spotkań kończy się wydaniem zaświadczenia o odbyciu szkolenia ze wskazaniem preferowanej przez pacjenta metody leczenia nerkozastępczego, a w niektórych sytuacjach także podjęciem działań przygotowujących chorego do tego leczenia.

Podstawą skutecznego programu edukacyjnego jest dobre komunikowanie się z pacjentem. Jest to niezwykle ważne, ponieważ dla większości pacjentów informacja o rozpoznaniu schyłkowej niewydolności nerek jest wiadomością wręcz traumatyczną. Stąd bardzo częsta reakcja wypierania, ucieczki, gniewu, typowa dla świadomości utraty zdrowia czy zagrożenia śmiercią. Dlatego wsparcie emocjonalne oraz stworzenie atmosfery zaufania mają pierwszorzędne znaczenie w przełamaniu barier i nawiązaniu z chorym kontaktu w celu przekazania mu niezbędnej wiedzy. Równie ważne w efektywnym komunikowaniu się jest poznanie i poszanowanie poglądów pacjenta. Oznacza to niełatwe uwolnienie się od chęci podejmowania za pacjenta decyzji na rzecz zaoferowania mu takiej ilości informacji i okazania takiej pomocy, aby on sam mógł podjąć najwłaściwsze dla niego decyzje. Takie umacnianie roli pacjenta w procesie terapeutycznym i respektowanie jego prawa do podejmowania decyzji musi iść w parze z przekonaniem, że otrzymał on jak najbardziej wyczerpującą, a jednocześnie jak najbardziej przystępnie przedstawioną informację na temat choroby i jej leczenia. Ważna jest nie tylko jakość, ale także sposób przekazywania wiedzy. Składa się na to poświęcenie choremu czasu i uwagi oraz wykazanie cierpliwości w odpowiadaniu na pytania, słuchaniu

opinii czy analizowaniu wątpliwości. Wzmacnia to jego poczucie zaangażowania oraz jak najbardziej obiektywne podejście do problemu i dokonywanie decyzji zgodnych ze stanem zdrowia, osobowością czy stylem życia. Informacje należy przekazywać w uporządkowany sposób, precyzyjnie, powoli i jak najprościej, unikając „profesjonalnego” języka. Najważniejsze informacje należy powtarzać kilkakrotnie, a każdą z przekazanych partii wiedzy podsumować (najlepiej, zadając pacjentowi pytania), aby zorientować się, na ile pacjent pamięta i rozumie omawiane problemy.

Każde spotkanie z pacjentem jest dokumentowane w postaci krótkich formularzy odnotowujących najważniejsze informacje dotyczące chorego, ocenę stopnia przyswojenia przez niego informacji przekazanych podczas poprzedniej wizyty oraz potwierdzających omówienie problemów w czasie bieżącej rozmowy. Pozwala to na poprawę komunikacji między członkami zespołu edukacyjnego, ze zwróceniem uwagi na najważniejsze dla danego pacjenta problemy po to, aby móc poświęcić więcej czasu na ich omówienie podczas kolejnego spotkania czy też zaplanować dodatkową wizytę.

### SPOTKANIE 1.

Podczas pierwszego spotkania ważne jest poświęcenie czasu na poznanie chorego i stworzenie tak zwanego „profilu pacjenta”. Składa się na to zebranie wywiadu dotyczące przebiegu choroby nerek, chorób współistniejących oraz objawów niewydolności nerek. Jest to także okazja do zebrania informacji na temat aktualnej sytuacji życiowej chorego, stopnia jego niezależności, dotychczasowego stylu życia i zatrudnienia, wiedzy na temat choroby, zdolności do radzenia sobie z problemami medycznymi i motywacji do współuczestniczenia w procesie leczenia. Dane te pozwalają na: zaplanowanie indywidualnej edukacji dostosowanej do potrzeb i możliwości poznawczych chorego, rozpoznanie przeciwwskazań do którejkolwiek metody leczenia czy stwierdzenie ewentualnych uprzedzeń chorego dotyczących dializy.

Niezależnie od stopnia zaawansowania niewydolności nerek podstawą edukacji jest przekazanie informacji niezbędnych do zrozumienia istoty choroby, kontroli i samokontroli oraz przekazanie praktycznych sposobów działania w celu optymalizacji terapii. Kluczowe jest wyjaśnienie postępującego i nieodwracalnego charakteru przewlekłej choroby ne-

►► Podstawą skutecznego programu edukacyjnego jest dobre komunikowanie się z pacjentem ◀◀

rek, z zanikaniem ich funkcji wydalniczej, hormonalnej i metabolicznej, oraz niekorzystnego wpływu na funkcjonowanie innych narządów. Wspólna z chorym analiza wyników badań (stężenia mocznika, kreatyniny, potasu, wapnia, fosforanów itd.) pozwala na pokazanie zależności między zmieniającymi się wynikami badań laboratoryjnych a pogarszającą się czynnością nerek i obserwowanymi przez pacjenta zmianami w samopoczuciu. Stanowi to dobrą podstawę do omówienia sposobów spowalniania progresji niewydolności nerek i zapobiegania jej powikłaniom oraz podkreślenia znaczenia podejmowania przez chorego wysiłku w prowadzeniu działań mających na celu ich realizację. Omawiane jest znaczenie dobrej kontroli ciśnienia tętniczego krwi, konieczność systematycznego przyjmowania leków, utrzymywania optymalnego stanu nawodnienia oraz przestrzegania diety. Ważne jest podanie praktycznych wskazówek dotyczących ograniczenia białka, fosforanów, sodu, potasu, tłuszczów nasyconych i jednocześnie dostarczania organizmowi odpowiedniej liczby kalorii, a także prowadzenia bilansu płynów i sposobów oceny adekwatnego stanu nawodnienia. Wyjaśnia się także znaczenie jak najdłuższego zachowania diurezy resztkowej z podkreśleniem jej roli w utrzymaniu lepszej jakości życia i jej wpływu na przeżycie także po rozpoczęciu dializoterapii. Przedstawienie i omówienie objawów niewydolności nerek łączy się z zachęcaniem chorego do codziennej obserwacji i samokontroli oraz do zgłoszenia się do lekarza w sytuacji wystąpienia objawów pogorszenia czynności nerek. Oznacza to zaangażowanie chorego we wspólne z prowadzącym nefrologiem, odpowiednio wcześniej podjęcie decyzji o przygotowaniu do leczenia nerkozastępczego i planowe, we właściwym momencie rozpoczęcie tego leczenia.

## SPOTKANIE 2.

Kolejna wizyta (lub wizyty) jest poświęcona przedstawieniu i omówieniu poszczególnych metod leczenia nerkozastępczego. Niezależnie od wstępnych preferencji pacjenta czy potencjalnych wskazań i przeciwwskazań do którejkolwiek metody leczenia są prezentowane wszystkie możliwości terapii. Ma to na celu pokazanie ich komplementarności i uzmysłowienie choremu, że zmiana metody leczenia nie jest porażką terapii i że nie zagraża jego zdrowiu czy życiu, ale może zwiększyć efektywność leczenia.

Przedstawione i omówione są kolejno:

- transplantacja nerki
  - przeszczepienie wyprzedzające i przeszczepienie od dawcy rodzinnego;
  - zasady przygotowania i kwalifikacji do zabiegu przeszczepienia;
  - zasady postępowania po przeszczepieniu nerki;
  - korzyści i wady przeszczepienia w odniesieniu do indywidualnej sytuacji zdrowotnej pacjenta.
- dializa otrzewnowa
  - podstawy dializy otrzewnowej i przeciwwskazania do jej zastosowania;
  - sposoby prowadzenia dializy otrzewnowej (CADO, ADO);
  - dostęp do dializy, sposób wszczęcia cewnika do jamy otrzewnowej oraz przebieg okresu po jego implantacji;
  - odpowiedzialność chorego lub partnera za prowadzenie leczenia oraz konieczność odbycia odpowiedniego szkolenia, a następnie systematyczne i zgodne z zasadami przestrzeganie wszystkich procedur;
  - zalety (dłużej zachowana czynność resztkowa nerek, mniejsze ograniczenia dietetyczne i płynowe, możliwość kontynuowania dotychczasowej pracy i nauki, swoboda podróżowania) i wady (ryzyko infekcji, konieczność zachowania samodyscypliny w wykonywaniu procedur);
  - prezentacja sprzętu do dializy otrzewnowej (cewnik, worki z płynem dializacyjnym, cykler) i Oddziału Dializy Otrzewnowej;
- hemodializa
  - podstawowe zasady hemodializy;
  - typy dostępu do dializy: przetoka tętniczo-żylna i cewnik permanentny, z ich zaletami, wadami w odniesieniu do danego pacjenta, powikłaniami i sposobem wytwarzania;
  - przebieg zabiegu hemodializy, częstość wykonywania i długość każdego zabiegu (wpływ dawki dializy na jakość życia, zmniejszanie ryzyka powikłań, wydłużenie życia);
  - zalety (skuteczne usuwanie toksyn mocznicowych i nadmiaru wody, zabiegi tylko 3 razy w tygodniu, możliwość częstych kontaktów z personelem medycznym oraz z innymi pacjentami, brak konieczności posiadania specjalnego sprzętu i zaangażowania w lecze-

nie w domu) i wady (konieczność częstych przyjazdów do szpitala, przerywany charakter leczenia i związane z tym wahania wolemii, ciśnienia tętniczego oraz stężenia toksyn mocznicowych, możliwość „zespołu wyczerpania” po zabiegu, niezbędne wklucie igieł do wykonania każdego zabiegu, ograniczenia dietetyczne oraz w ilości spożywanych płynów);

- prezentacja sprzętu do hemodializy (igły do dializy, dializator, maszyny) i Ośrodka Dializ.

W czasie wizyty na Oddziale Hemodializ i Oddziale Dializy Otrzewnowej odbywają się spotkania z chorymi dializowanymi. Jest to okazja do zaprezentowania zalet i wad każdej z metod oraz możliwych powikłań z punktu widzenia pacjenta.

### SPOTKANIE 3.

Trzecia wizyta (a niekiedy jeszcze kolejne) jest poświęcona ocenie stopnia zrozumienia i przyswojenia przez pacjenta informacji przekazanych w czasie poprzednich spotkań. Służy wyjaśnieniu wątpliwości i ponownemu omówieniu niezrozumianych problemów. Jest też okazją do rozszerzenia wiedzy na temat wybranej przez chorego metody dializy. Często też, zwykle z inicjatywy chorego, są powtarzane i uściślane informacje na temat sposobów spowalniania progresji choroby nerek, przede wszystkim przestrzegania diety. Po zakończeniu szkolenia większość pacjentów kontynuuje leczenie w poradni nefrologicznej, ale w niektórych przypadkach już podczas tego spotkania są planowane dalsze kroki w celu przygotowania do rozpoczęcia leczenia.

### KORZYŚCI Z PROGRAMU EDUKACJI PRZEDDIALIZACYJNEJ

Ważną częścią funkcjonowania sformalizowanego Programu Edukacji Przeddializacyjnej jest systematyczna analiza jego efektywności. Służy ona ocenie skuteczności zastosowanych metod i sposobów działania oraz gromadzeniu doświadczeń w celu bieżącej modyfikacji i poprawy jakości szkolenia. Wykazanie skuteczności programu stanowi czynnik motywujący dla członków zespołu edukacyjnego. Mogłoby też stanowić argument za uznaniem edukacji za integralną część opieki nefrologicznej, co znalazłoby odbicie w refundacji kosztów takiej działalności.

Poniżej przedstawiono wybrane wyniki funkcjonowania sformalizowanego Programu Edukacji Przeddializacyjnej w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2005–2009. Do analizy włączono 147 pacjentów w wieku  $59 \pm 16$  lat, którzy rozpoczęli dializoterapię w ośrodku autorów niniejszego artykułu. Spośród nich 49% uczestniczyło w szkoleniu przeddializacyjnym, 63% pozostawało pod opieką nefrologa przed rozpoczęciem dializ przez co najmniej 6 miesięcy. W zależności od rodzaju opieki w okresie przeddializacyjnym wyodrębniono 4 grupy:

- opieka w poradni nefrologicznej i udział w sformalizowanym Programie Edukacji Przeddializacyjnej — 37% chorych;
- opieka w poradni nefrologicznej — 26% chorych;
- bez opieki specjalisty — 26% chorych;
- tylko udział w sformalizowanym Programie Edukacji Przeddializacyjnej — 11% chorych.

W 5-letniej obserwacji 57% chorych rozpoczęło dializoterapię planowo, z docelowym dostępem do dializ. Największą szansę na planowe rozpoczęcie leczenia mieli pacjenci, którzy byli pod opieką nefrologa i uczestniczyli w sformalizowanym Programie Edukacji Przeddializacyjnej (98%) w porównaniu z tymi, którzy pozostawali tylko pod opieką poradni nefrologicznej (42%) ( $p < 0,000001$ ).

Dializa otrzewnowa była pierwszą opcją leczenia dla 50% chorych rozpoczynających leczenie w ośrodku autorów niniejszego artykułu. Udział w szkoleniu przeddializacyjnym istotnie zwiększał prawdopodobieństwo wyboru tej metody dializoterapii. Aż 67% chorych będących pod opieką poradni nefrologicznej i biorących udział w sformalizowanym Programie Edukacji Przeddializacyjnej rozpoczęło leczenie od dializy otrzewnowej w porównaniu z 26% pacjentów leczonych tylko w poradni nefrologicznej ( $p < 0,0001$ ).

Chorzy uczestniczący w sformalizowanym Programie Edukacji Przeddializacyjnej rozpoczęli dializoterapię w dobrym stanie klinicznym, z lepiej zachowaną czynnością resztkową nerek, lepiej wyrównaną niedokrwistością i wyższym stężeniem albuminy w surowicy. Wyniki te przedstawiono w tabeli 2.

Pacjenci byli obserwowani przez 3223 pacjentomiesiące, a mediana obserwacji wyniosła 20 miesięcy. W czasie obserwacji zmarło 45 chorych (31%). Najwyższą śmiertelność odnotowano w grupie bez opieki specjalisty

►►Przewidywany czas przeżycia u osób po transplantacji jest około 10 lat dłuższy w porównaniu z osobami dializowanymi◄◄

**Tabela 2.** Wybrane wyniki badań laboratoryjnych chorych rozpoczynających dializoterapię w zależności od rodzaju opieki w okresie przeddializacyjnym

	Poradnia nefrologiczna i sformalizowany Program Edukacji Przeddializacyjnej	Poradnia nefrologiczna	Bez opieki specjalisty	Sformalizowany Program Edukacji Przeddializacyjnej	P
eGFR [ml/min]	8,88 ± 2,73	7,58 ± 3,75	4,1 ± 3,46	7,64 ± 4,83	< 0,000001
Albuminy [g/dl]	3,58 ± 0,44	3,47 ± 0,5	3,08 ± 0,49	3,48 ± 0,53	< 0,0001
Hemoglobina [g/dl]	10,68 ± 1,22	10,1 ± 1,65	9,23 ± 1,49	10,39 ± 1,69	< 0,0001

eGFR (*estimated glomerular filtration rate*) — współczynnik filtracji kłębuszkowej

(54% chorych). W grupie pacjentów leczonych w poradni nefrologicznej i uczestniczących w sformalizowanym Programie Edukacji Przeddializacyjnej w ocenianym okresie zmarło 15% chorych w porównaniu z 37% z grupy pacjentów leczonych tylko w poradni nefrologicznej ( $p < 0,05$ ). Jednocześnie 22% pacjentów pozostających pod opieką nefrologa i edukowanych zostało poddanych transplantacji w porównaniu z 5% pacjentów, którzy byli leczeni tylko w poradni nefrologicznej ( $p < 0,01$ ).

Przedstawione wyniki wskazują, że rozszerzenie standardowej opieki nefrologicz-

nej o sformalizowany Program Edukacji Przeddializacyjnej może zwiększyć szansę planowego rozpoczęcia dializoterapii i wyboru dializy otrzewnowej jako pierwszej metody leczenia oraz przyczynić się do zwiększenia liczby transplantacji i poprawy przeżycia w tej grupie pacjentów. Wdrożenie programu edukacji przeddializacyjnej do szerokiej praktyki klinicznej w Polsce może przyczynić się do poprawy opieki nad chorymi z przewlekłą chorobą nerek i realizacji koncepcji zintegrowanej opieki nerkozastępczej.

## STRESZCZENIE

W ostatnich latach coraz większą uwagę przywiązuje się do edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w celu umożliwienia im udziału w podejmowaniu świadomych decyzji w zakresie wyboru metody leczenia nerkozastępczego. Wykazano, że edukacja może wydłużyć czas do rozpoczęcia dializoterapii, umożliwić planowe rozpoczęcie leczenia i wybór dializy otrzewnowej jako pierwszej opcji leczenia. Może także zwiększać szansę na wcześniejsze zgłoszenie do przeszczepienia nerki

i poprawić rokowanie chorych ze schyłkową niewydolnością nerek.

W artykule przedstawiono cele, zasady i wybrane wyniki sformalizowanego Programu Edukacji Przeddializacyjnej funkcjonującego od 2005 roku w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

**Forum Nefrologiczne 2011, tom 4, nr 1, 51–57**

**Słowa kluczowe:** przewlekła choroba nerek, program edukacji przeddializacyjnej, przeszczepienie nerki, dializa otrzewnowa, hemodializa

## Piśmiennictwo

- Jungers P., Massy Z.A., Nguyen-Khoa T. i wsp. Longer duration of predialysis nephrological care is associated with improved long-term survival of dialysis patients. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2001; 16: 2357.
- Stack A.G. Impact of timing of nephrology referral and pre-ESRD care on mortality risk among new ESRD patients in the United States. *Am. J. Kidney Dis.* 2003; 41: 310.
- Winkelmayer W.C., Mehta J., Chandraker A. i wsp. Predialysis nephrologist care and access to kidney transplantation in the United States. *Am. J. Transpl.* 2007; 7: 872.
- Devins G.M., Mendelssohn D.C., Barre P.E. i wsp. Predialysis psychoeducational intervention and coping styles influence time to dialysis in chronic kidney disease. *Am. J. Kidney Dis.* 2003; 42 (4): 693.
- Marron B., Ortiz A., de Sequera P. i wsp. Impact of end-stage renal disease care in planned dialysis start and type of renal replacement therapy — a Spanish multicentre experience. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2006; 21 (supl. 2): 51.
- Goovartes T., Jadoul M., Goffin E. Influence of a pre-dialysis education programme (PDEP) on the mode of renal replacement therapy. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2005; 20: 1842.
- Ravani P., Marinangeli G., Stacchiotti L., Malberti F. Structured pre-dialysis programs: more than just timely referral? *J. Nephrol.* 2003; 16: 862.
- Curtis B.M., Ravani P., Malberti F. i wsp. The short and long term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcome. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2005; 20: 147.

9. Ravani P., Marinangeli G., Tancredi M., Malberti F. Multidisciplinary chronic kidney disease management improves survival on dialysis. *J. Nephrol.* 2003; 16: 870.
10. Devins G.M., Mendelssohn D.C., Barre P.E. i wsp. Predialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: a 20-year follow-up. *Am. J. Kidney Dis.* 2005; 46 (6): 1088.
11. Finkelstein F.O., Story K., Firanek C. i wsp. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney Int.* 2008; 74: 1178.
12. Mehrotra R., Marsh D., Vonesh E. i wsp. Patient education and access of ESRD patients to renal replacement therapies beyond in-center hemodialysis. *Kidney Int.* 2005, 68: 378.