

## Ocena chęci i możliwości chorych hemodializowanych do współudziału w przygotowaniu i prowadzeniu zabiegu hemodializy

**Wstęp:** Uczestnictwo pacjentów w czynnościach związanych z hemodializą jest rzadkością. Pacjenci nie są przeszkoleni w zakresie samoopieki. Dotychczas prowadzony w Wielkiej Brytanii program Współdzielonej Opieki Dializacyjnej (Shared Hemodialysis Care - SHC), w którym pacjenci i personel medyczny ściśle współpracują przy przygotowaniu i prowadzeniu procesu hemodializy, dał efekt w postaci znaczącej poprawy jakości życia pacjentów hemodializowanych.

**Cel:** Ocena chęci i zdolności pacjentów poddawanych hemodializie do udziału w przygotowaniu i prowadzeniu własnej hemodializy.

**Materiał i metody:** Do badania zakwalifikowano 55 pełnoletnich pacjentów z jednej stacji dializ, dializowanych przewlekle przez co najmniej 4 tygodnie, zdolnych psychicznie i fizycznie do wzięcia udziału w projekcie. Poproszeni zostali o rozmowę i wypełnienie autorskich ankiet umożliwiających ocenę chęci do udziału w projekcie Współdzielonej Opieki Dializacyjnej, określenie działań, w które chcieliby się zaangażować chorzy oraz wskazanie przyczyn braku chęci do udziału w Programie. 21 pacjentów (11 kobiet i 10 mężczyzn, średni wiek 67,3±14,3 lat, średni czas dializoterapii 3,5±2,8 lat) zgodziło się wziąć udział w badaniu i odpowiedziało na wszystkie pytania.

**Wyniki:** Spośród ankietowanych 47,6% zadeklarowało chęć udziału w projekcie; 38% odpowiedziało, że nie wyraża takiej chęci; 14,3% stwierdziło, że chcieliby uczestniczyć w projekcie, ale nie czują się na siłach. 71,4% pacjentów nigdy nie słyszało o włączaniu chorych w prowadzenie hemodializy. Spośród proponowanych pacjentom czynności, najwięcej osób (54% wszystkich odpowiedzi) deklarowało chęć dokonywania pomiarów ciśnienia tętniczego, częstości tętna oraz masy ciała. Najczęstszym powodem niechęci do współudziału w prowadzeniu własnej hemodializy było przekonanie o niemożności poradzenia sobie z wykonywaniem wymienionych czynności (33% wszystkich odpowiedzi). Nasze badanie wykazało, że zaawansowane czynności podejmowane z powodzeniem przez pacjentów w brytyjskim projekcie SHC zostały uznane za niemożliwe do wykonania przez większość badanych (52% odpowiedzi) i żaden z ankietowanych nie zadeklarował chęci podjęcia się ich, nawet ze wsparciem personelu medycznego.

**Wnioski:** Badanie wykazało, że wśród polskich pacjentów wiedza na temat Współdzielonej Opieki Dializacyjnej jest bardzo słabo rozpowszechniona. Świadczy to o tym, że w Polsce wciąż najpopularniejszy jest model opieki, w którym to personel jest w pełni odpowiedzialny za przeprowadzenie zabiegu hemodializy. Występuje pilna potrzeba edukacji pacjentów w zakresie zarówno medycznego jak i technicznego aspektu hemodializy.

(NEFROL DIAL POL. 2020; 24: 26-29)

## Willingness and ability of the hemodialysis patients to take part in the shared hemodialysis care program

**Introduction:** Patients' participation in the tasks related to the hemodialysis treatment is uncommon and the patients are not trained to manage their own care. The recent Shared Hemodialysis Care (SHC) program in the United Kingdom in which both the patients and medical personnel cooperated closely on the preparation and conducting of hemodialysis sessions showed a significant improvement in the quality of life of the hemodialysis patients.

**Aim of the study:** Assessment of the willingness and ability of the hemodialysis patients to participate in the preparation and conducting of hemodialysis therapy.

**Materials and methods:** 55 adult hemodialysis patients from a single dialysis center with at least 4 week history of chronic hemodialysis therapy, phy-

Joanna FORYCKA\*  
Natalia CEGIELSKA\*  
Karolina HARENDARZ\*  
Michał NOWICKI

Klinika Nefrologii, Hipertensjologii  
i Transplantologii Nerek Uniwersytetu  
Medycznego w Łodzi

**Słowa kluczowe:**

- hemodializa
- współdzielona opieka dializacyjna
- edukacja zdrowotna

**Key words:**

- hemodialysis
- shared hemodialysis care
- health education

\*autorki przyczyniły się w równym stopniu do powstania publikacji

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów.

Otrzymano: 03.11.2020  
Zaakceptowano: 18.11.2020

**Adres do korespondencji:**

Prof. n. med. Michał Nowicki  
Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego  
w Łodzi  
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251  
tel. 42 201 44 00, fax 42 201 44 01  
e-mail: nefro@wp.pl

sically and mentally capable of participation in the program were qualified for the study. They were asked to take part in a self-designed survey assessing willingness to participate in the SHC program, tasks they want to partake in and indicating reasons for lack of interest in the program. 21 patients (11F, 10M, age 67.3 ±14.3 years, time of dialysis therapy 3.5±2.8 years) agreed to take part in the survey and answered all questions.

**Results:** 47.6% of the patients declared their willingness to participate in the SHC, 38% reported that they were unwilling and 14.3% claimed that they would like to participate, but do not feel qualified enough. 71.4% of the patients included in the study claimed that they have never heard about the involvement of patients in the management of the hemodialysis treatment. Among the proposed procedures, most patients (54% of all responses) declared their willingness to measure blood pressure, heart rate and body mass. The most common cause of the lack of interest to participate in their own hemodialysis treatment was the belief that the patients are unable to perform listed procedures (33% of all responses). Our study revealed that the advanced procedures, undertaken successfully by the patients in the UK SHC study are considered to be impossible to perform by most of the patients (52% of answers) since none of the surveyed patients was eager to perform them even with the guidance and supervision of medical staff.

**Conclusions:** The study revealed that there is lack of awareness about the SHC concept among Polish patients. This indicates that in Poland the most popular model of care is when the personnel is fully responsible for the conducting of the hemodialysis treatment. There is a compelling need for the hemodialysis patients' education on the medical and technical aspects of their treatment.

(NEPROL DIAL POL. 2020; 24: 26-29)

### Wstęp

Obecnie w stacjach dializ w Polsce i na świecie dominuje model opieki zakładający, że wszystkie czynności związane z hemodializą takie jak mierzenie częstości rytmu serca, masy ciała, temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, konfiguracja aparatu do dializy czy wkluwanie oraz usuwanie igieł, a także dobór leczenia należą do obowiązków personelu. W Wielkiej Brytanii powstała niedawno alternatywna koncepcja tzw. „dzielonej opieki dializacyjnej” (ang. Shared Hemodialysis Care – SHC) zakładająca ściśle współdziałanie personelu medycznego i pacjentów zarówno w przygotowaniu, jak i prowadzeniu zabiegu hemodializy [1].

Koncepcja SHC polega na tym, że przy wsparciu personelu i po uzgodnieniu przygotowaniu i przeszkoleniu, pacjent zostaje zaangażowany w wykonywanie prostych czynności i podejmowanie decyzji związanych z własną hemodializą. Stopień zaangażowania pacjenta jest uzależniony od jego fizycznej i intelektualnej sprawności oraz jest indywidualnie ustalany. Kluczowe jest stopniowe wdrażanie chorego we współpracę z personelem tak, aby pacjent nie czuł się przytłoczony i nadmiernie obciążony. Możliwości pacjenta oceniane są na podstawie rozmowy oraz przeprowadzenia z nim ankiety. Pacjenci mogą uczyć się różnych czynności we własnym tempie, przy pomocy personelu. Zaczynając od najprostszych takich jak mierzenie częstości rytmu serca, masy ciała, temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, poprzez udział w podejmowaniu decyzji związanych z własnym leczeniem, aż do najbardziej skomplikowanych czynności jakimi są ustawienie konfiguracji aparatu do dializy czy samodzielne wkluwanie oraz usuwanie igieł wprowadzanych do przetoki tętniczo-żylniej [1].

### Cel

Celem badania była ocena postaw polskich pacjentów wobec dzielenia obowiązków przy przygotowywaniu i prowadzeniu zabiegu hemodializy pomiędzy personel i chorego.

### Materiał i metody

Przeprowadzone badanie miało charakter nieinterwencyjny, przekrojowy i było przeprowadzone w jednym, publicznym ośrodku dializacyjnym. Do badania zakwalifikowano 55 pełnoletnich pacjentów dializowanych przewlekle przez co najmniej 4 tygodnie, posiadających fizyczną i psychiczną zdolność do wzięcia udziału w projekcie poprzez świadome udzielenie odpowiedzi na pytania znajdujące się w ankiecie i zadawane w czasie rozmowy. W tabeli 1 przedstawiono podstawowe dane na temat pacjentów biorących udział w pierwszym etapie badania. Udział w badaniu był dobrowolny. Autorska ankieta obejmowała 3 pytania otwarte i 12 pytań wielokrotnego wyboru, które umożliwiały ocenę chęci pacjenta do aktywnego udziału w leczeniu za pomocą hemodializ, określenie działań, w które chcieliby się zaangażować chorzy oraz ustalenie przyczyn zainteresowania lub braku zainteresowania udziałem w programie SHC. Część pytań zakładała możliwość wybrania więcej niż jednej odpowiedzi. Czynności proponowane pacjentom do wykonania w ramach udziału w przyszłym programie SHC obejmowały pomiar masy ciała, ciśnienia tętniczego, tętna i temperatury ciała, ustalenie czasu dializy, ustalenie wielkości utraty masy ciała w czasie zabiegu, udział w wyborze i dostosowywaniu dawek leków na nadciśnienie tętnicze. 21 pacjentów (11 kobiet, 10 mężczyzn, średni wiek 67,3 ±14,3 lat, średni czas dializoterapii w latach: 3,5±2,75) zgodziło się wziąć udział w badaniu i odpowiedziało na wszystkie pytania.

Zastosowano metody statystyki opisowej. Wyniki ankiety podano w postaci

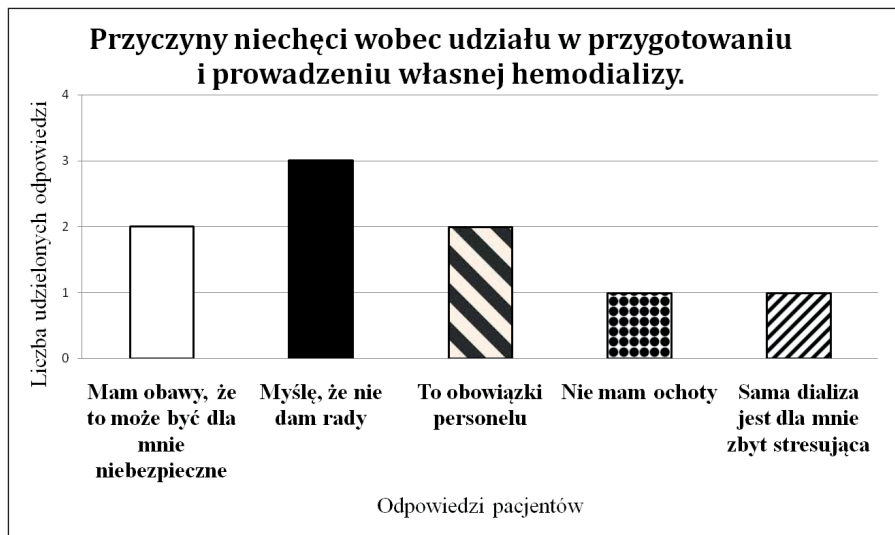
procentowej lub w postaci średniej arytmetycznej ± odchylenie standardowe.

### Wyniki

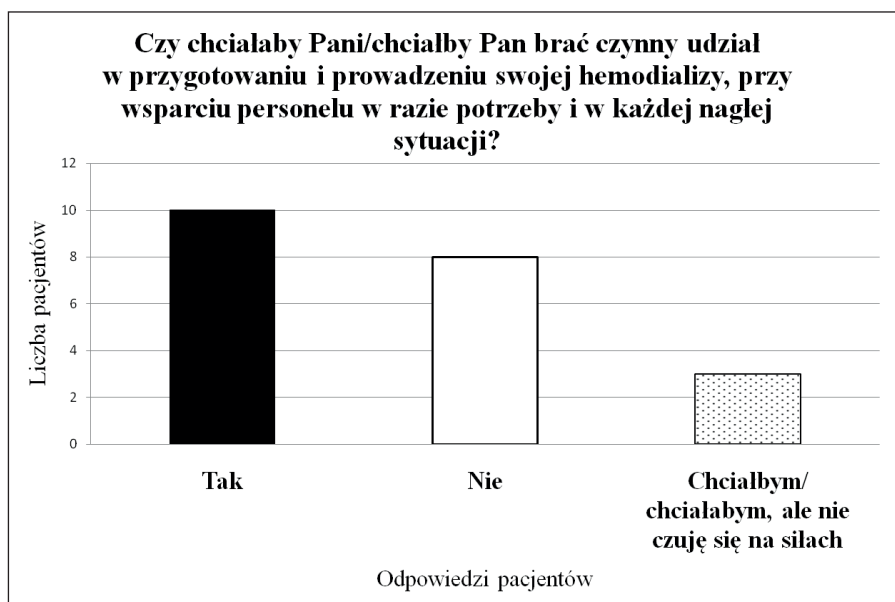
Spośród pacjentów wstępnie zakwalifikowanych do badania 38,2% wzięło udział w badaniu. Prawie połowa tj. 47,6% ankietowanych była zainteresowana wzięciem udziału w projekcie, zaś 14,3% pacjentów chciałoby wziąć udział jednak deklarowali, że nie czują się na siłach (ryc. 1). Najczęstszym powodem niechęci do współudziału w prowadzeniu własnej hemodializy było przekonanie o niemożności poradzenia sobie z wykonywaniem wymienionych czynności (33% wszystkich odpowiedzi). Jako inne powody pacjenci wymieniały obawy, że współudział w dializie może być dla nich niebezpieczny; przekonanie, że są to obowiązki wyłącznie personelu; brak ochoty do podjęcia tych działań i duży stres związany z samym poddawaniem się dializom (ryc. 2). Spośród proponowanych pacjentom czynności, najwięcej osób deklarowało chęć dokonywania pomiarów masy ciała, ciśnienia tętniczego i częstości tętna (54% wszystkich odpowiedzi) (ryc. 3). Aż 71% ankietowanych nigdy nie słyszało o tym, aby ktokolwiek spośród osób hemodializowanych angażował się w czynności związane z prowadzeniem zabiegu. Co więcej, badanie pokazało, że zaawansowane czynności podejmowane z powodzeniem przez pacjentów w brytyjskim projekcie SHC, takie jak: zaprogramowanie urządzenia do dializy, rozpoczęcie i zakończenie hemodializy lub wprowadzanie igieł dializacyjnych do przetoki, są uważane za niemożliwe do wykonania przez 52% ankietowanych i żaden z pacjentów biorących udział

Tabela 1  
Podstawowe dane na temat pacjentów biorących udział w badaniu.

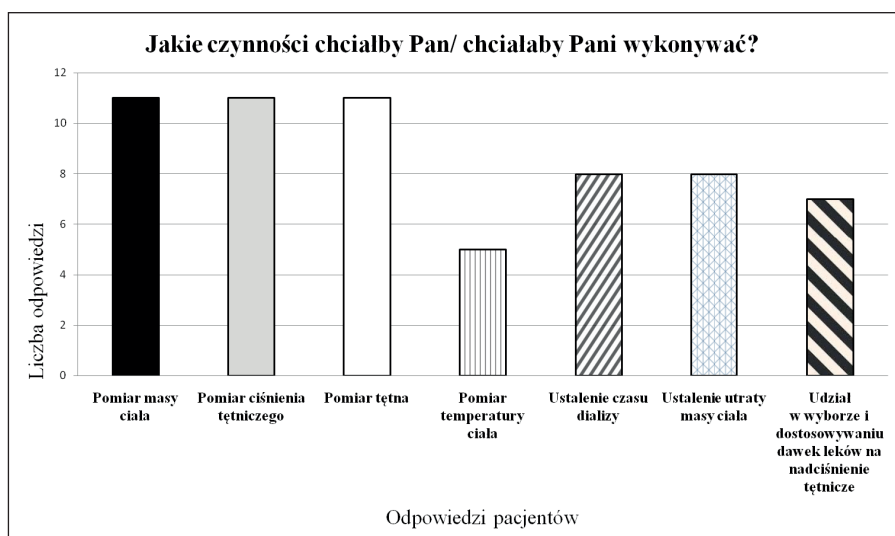
Płeć	Liczba pacjentów	Średnia wieku w latach	Maksymalny wiek w latach	Minimalny wiek w latach	Średni czas leczenia hemodializą w latach
Kobiety	11	64	87	24	2,7
Mężczyźni	10	71	84	57	3,6



Rycina 1  
Chęć pacjentów do udziału w przygotowaniu i prowadzeniu własnej hemodializy.



Rycina 2  
Przyczyny niechęci pacjentów wobec udziału w przygotowaniu i prowadzeniu własnej hemodializy.

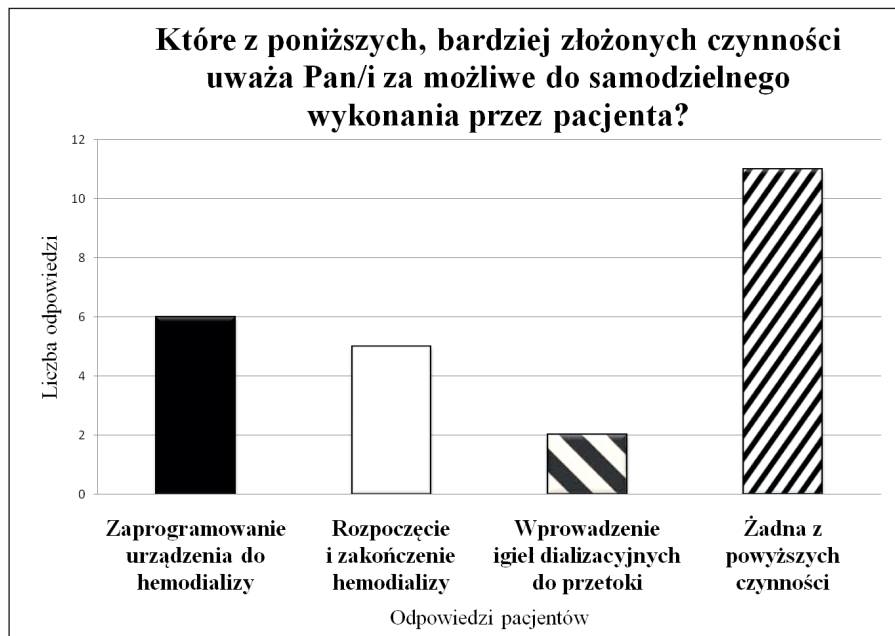


Rycina 3  
Czynności, które pacjenci chcieliby wykonywać w ramach uczestnictwa w przygotowaniu i prowadzeniu własnej hemodializy.

w badaniu nie zadeklarował chęci ich wykonania nawet pod nadzorem pielęgniarki (ryc. 4).

#### Dyskusja

Wyniki naszego badania wskazują, że koncepcja współdzielonej opieki dializacyjnej nie jest jeszcze rozpowszechniona wśród polskich pacjentów i wiąże się z licznymi obawami i uprzedzeniami, spowodowanymi głównie brakiem wiary w swoje możliwości do przejścia części obowiązków przy prowadzeniu dializoterapii. Uwidacznia to potrzebę edukacji pacjentów dializowanych nie tylko w zakresie zmian stylu życia, ale również aspektów technicznych leczenia. Wiedza na temat choroby, sposobu leczenia oraz świadomość posiadania wpływu na przebieg terapii i stan własnego zdrowia przypuszczalnie da pacjentowi poczucie większej kontroli nad sytuacją i może być zachętą do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia [2]. W brytyjskim projekcie SHC przeprowadzono ankietę z pacjentami, którzy ukończyli szkolenie w ramach merytorycznego przygotowania do współudziału we własnej hemodializie. Wszyscy ankietowani pacjenci wyrazili chęć poszerzenia wiedzy na temat wyników badań krwi i dostępu naczyniowego, zaś 86% było zainteresowanych dalszą edukacją dotyczącą ich diety [3]. Podjęcie się wykonywania czynności związanych z przeprowadzeniem własnej hemodializy może przynieść pacjentowi liczne korzyści, między innymi w postaci uzyskania większej niezależności, poprawy doświadczeń związanych z terapią i skrócenia czasu oczekiwania na rozpoczęcie zabiegu. Brytyjskie badanie nad koncepcją współdzielonej opieki dializacyjnej wskazuje także inne korzyści płynące z zaangażowania pacjenta w opiekę dializacyjną. Okazało się, że podejmowanie przez pacjentów czynności związanych z leczeniem otworzyło im ścieżkę do przejścia na dializy domowe, co było najbardziej skomplikowanym i najtrudniejszym etapem projektu [3]. W Polsce program domowej dializoterapii nie jest jeszcze prowadzony, ale można przypuszczać, że udział pacjentów w ewentualnym programie SHC w ośrodkach w naszym kraju mógłby równocześnie pełnić też rolę szkolenia pacjentów i przygotowania ich do późniejszego samodzielnego prowadzenia zabiegu w warunkach domowych. Ponadto osiągnięto większą niezależność podczas dializy w szpitalu – przede wszystkim poprzez samodzielne wykonywanie wkłuc do przetoki tętniczo-żylną przez pacjentów. Aż 29% pacjentów brytyjskich uznało, że może rozważyć samodzielną kaniulację przetoki, a kolejne 14% było gotowe rozważyć wykonywanie sobie wkłuc przy asyście personelu. Udowodniono również, że istnieje dodatnia, znamienna zależność pomiędzy liczbą wykonywanych zadań, a aktywnością i poprawą jakości życia pacjenta. Ponadto, autorzy zwracają uwagę na pozytywne doświadczenia personelu medycznego, który szybko dostrzegł jak niewielkie zmiany w organizacji opieki



**Rycina 4**  
Opinia polskich pacjentów na temat możliwości wykonania zaawansowanych czynności związanych z hemodializą.

dializacyjnej wpłynęły na polepszenie doświadczeń ich pacjentów z hemodializą [4]. Możemy zatem przypuszczać, iż stopniowe wprowadzenie podobnego programu w Polsce mogłoby przynieść podobny wynik. Potwierdzenie tej hipotezy wymaga jednak oceny chęci i zdolności do udziału w czynnościach związanych z własną hemodializą w większej grupie pacjentów dializowanych.

#### Piśmiennictwo

1. Lee S, Henwood A, Barnes T, Wilkie M. Is collaboration the key to shared haemodialysis care? *J Kidney Care* 2018; 3: 388–389.
2. Årestedt L, Martinsson C, Hjelm C. Patient participation in dialysis care—A qualitative study of patients' and health professionals' perspectives. *Health Exp* 2019; 22: 1285–1293.
3. Appleby S. Shared care, home haemodialysis and the expert patient: shared care, home haemodialysis and the expert patient. *J Ren Care* 2013; 39: 16–21.
4. Wilkie M, Barnes T. Shared Hemodialysis Care: Increasing Patient Involvement in Center-Based Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2019; 14: 1402–1404.