

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života dialyzovaných pacientů

Bakalářská práce

Autor: Ilona Bandouchová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kourková, MBA

Jihlava 2020



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Ilona Band'ouchová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života dialyzovaných pacientů
Cíl práce:	Cíl 1. Zjistit, jak ovlivnila dialyzační léčba kvalitu života pacientů Cíl 2. Zjistit míru edukace pacientů poskytovanou všeobecnými sestrami v souvislosti s dialyzační léčbou

Mgr. Petra Kourková, MBA
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacientů, kteří pravidelně absolvují dialyzační léčbu. V teoretické části jsou definovány typy dialýzy, její výhody, nevýhody a také její možné komplikace. Dále se bakalářská práce zaměřuje na kvalitu života a její hodnocení. V empirické části byly získány informace kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaného rozhovoru s respondenty v daném zdravotnickém zařízení. Získané informace pomohly zjistit, jak pacienti vnímají svůj zdravotní stav a jaké faktory ovlivňují kvalitu jejich života.

Klíčová slova

Kvalita života, dialýza, pacient, edukace, všeobecná sestra

Abstract

This Bachelor thesis deals with the topic of the quality of life of patients who regularly undergo dialysis treatments. Different types of dialysis, its advantages, disadvantages and also its possible complications, are defined in the theoretical part. Further the main focus of this Bachelor thesis is the quality of life and its evaluation. The information in the empirical part was acquired through a qualitative method which used a half structured interview with respondents in the given health institution. The acquired information helped to determine how each patient perceives the condition of their health and what factors influence the quality of their life.

Key words

Quality of life, dialysis, patient, education, general nurse

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Petře Kourkové, MBA za odborné vedení mé bakalářské práce a za její odborné rady, které mi byly velkým přínosem. Dále jí děkuji za její ochotu, trpělivost a čas, který mi věnovala při vedení bakalářské práce.

Poděkování patří také mé rodině, která mi umožnila studium na vysoké škole a všem blízkým, kteří mi byli oporou jak při vypracování bakalářské práce, tak po celou dobu studia.

Ráda bych také poděkovala všem mým respondentům, kteří se účastnili mého výzkumu a taky personálu z dialyzačního střediska B.Braun Omnia ve Slavkově u Brna za jejich svolení a ochotu spolupracovat.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 1. srpna 2020

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
Motivace	8
Cíl.....	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Anatomie a fyziologie ledvin	10
1.2 Chronické selhání ledvin.....	10
1.2.1 Příčiny chronického selhání ledvin.....	10
1.2.2 Příznaky chronického renálního selhání	11
1.3 Vyšetřovací metody	11
1.4 Léčba chronického selhání ledvin.....	12
1.5 Dialyzační metody	12
1.5.1 Peritoneální dialýza.....	13
1.5.2 Hemodialýza	16
1.6 Kvalita života	19
1.6.1 Hodnocení kvality života	19
1.6.2 Kvalita života dialyzovaných pacientů	20
1.7 Edukace	23
1.7.1 Edukační proces	23
1.7.2 Edukace dialyzovaných pacientů.....	24
2 Výzkumná část.....	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
2.3 Metodika výzkumu.....	26

2.4	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	27
2.5	Průběh výzkumu.....	28
2.6	Zpracování získaných dat.....	28
2.7	Výsledky výzkumu.....	29
2.7.1	Otázky rozhovoru	29
2.7.2	Interpretace rozhovorů s respondenty	30
2.8	Analýza výsledků	33
3	Diskuze	45
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	50
5	Závěr	51
	Seznam použité literatury	53
	Seznam použitých zkratk	58
	Seznam tabulek	59
	Seznam příloh	60

Úvod

Život lidí, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelné absolvování dialyzační léčby s sebou nese spoustu problémů a obtíží v porovnání s životem zdravého člověka. V této situaci je nutné se adaptovat na nové činnosti a nové prostředí, které bude jedinec pravidelně navštěvovat. Pravidelné dialyzační léčení značně ovlivňuje biopsychosociální kvalitu života pacienta. Určitá část pacientů se se změnou životního stylu dokáže srovnat téměř bez problému. Adaptace na dialyzační léčbu a všechny okolnosti, které s sebou nese, proběhne rychle, plynule a bez větších komplikací. Bohužel jsou ale pacienti, jež nedokážou přijmout, že jejich život se výrazně změnil. Mohou odmítat skutečnost, že oni jsou ti nemocní nebo se u nich může objevit strach z dané diagnózy.

Proto je od začátku léčby nutné, aby byli pacienti o všech okolnostech spojených s touto závažnou diagnózou dostatečně informováni. Personál dialyzačních středisek by měl projevovat dostatečný zájem o správné začlenění pacienta do léčebného procesu. Pokud je schopen přesvědčivě a správně odpovídat na položené otázky, přispěje tak k pozitivnějšímu prožívání všech nepříjemností, které s sebou hemodialýza nese. Velký vliv na psychiku pacienta má samozřejmě i jeho rodina. Čím větší podpory a pomoci se pacientovi dostává, tím se léčba zvládá lépe. Potřeba jistoty, že to bude zvládat, je důležitá. Největší roli však hraje pacient sám.

Problematika dialyzačního léčení vyžaduje velkou dávku zodpovědnosti, vytrvalosti, a hlavně schopnosti přijmout nové okolnosti. Všichni ostatní mohou pozitivně ovlivnit vnímání kvality jeho života a pomoci mu řešit různé problémy, ale nakonec je to na pacientovi samotném, jak se ke všemu bude schopen postavit a svůj život povede.

Motivace

Během posledních let jsem měla možnost pracovat jako praktická sestra v dialyzačním středisku. V souvislosti s výkonem povolání jsem se začala více zajímat o tuto poněkud specifickou problematiku.

Pacienti docházejí na dialýzu pravidelně, ale většina z nás neví, jaké to pro ně je a taky jaké to bylo se s nemocí vyrovnat. Proto jsem si vybrala jako téma závěrečné práce zmapovat kvalitu života dialyzovaných pacientů. Očekávám, že mi pomůže odpovědět na moje již dříve kladené otázky. Například jaké to bylo vyrovnat se s chronickou nemocí

a s léčbou, zda měli pacienti v někom oporu a jak k nim přistupoval personál v dialyzačním zařízení. Ráda bych znala odpovědi na otázku, jestli dokázal personál pacienty o všem dostatečně a vyčerpávajícím způsobem informovat. Dále očekávám, že mi závěrečná práce pomůže zjistit, zda by se dalo přispět nějakým konkrétním způsobem k většímu komfortu a pohodlí pacientů.

Cíl

Hlavním cílem předložené bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem dialyzační léčba ovlivnila kvalitu života pacientů. Také jak pacienti vnímají svoje zdraví a zda došlo k nějakým změnám v jejich životě v souvislosti s dialyzační léčbou. Dále se práce zabývá mírou edukace poskytovanou všeobecnými sestrami u pacientů týkajících se léčby hemodialýzy. Zjišťuje, jestli jsou pacienti dostatečně informováni nebo jestli mohou všeobecné sestry nějakým způsobem přispět k větší spokojenosti pacientů v dialyzační léčbě. Z výše zmíněných poznatků bude vyvozen návrh doporučení pro ošetrovatelskou praxi v konkrétním dialyzačním zařízení.

1 Současný stav problematiky

1.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Ledviny jsou párový orgán, který se napojuje na cévní soustavu. Ledviny jsou potřebné především k vylučování vody a jiných produktů látkové výměny do moče. Jsou uloženy retroperitoneálně po obou stranách páteře, jsou zbarveny červenohnědě a mají tvar fazole. Umístění pravé ledviny je přímo pod játry a levá je uložena trochu výše (Kachlík, 2013). Ledviny mají rozměr 10x6x3 cm (centimetr) a váží přibližně 150 g. Obklopuje je tukové vazivo, jež má ochraňovat a udržovat teplo. Na povrchu jsou kryty vazivovým pouzdrem (Rokyta, 2009). Základní stavební jednotka ledvin je nefron, jichž je přibližně osm set tisíc v každé ledvině. Filtruje se v něm krev a tvoří moč. Krevní průtok ledvinami je asi 1200 ml (mililitr) krve za jednu minutu (Tesař, 2015). Z toho dřením proteče asi jen 10 % krve, ale průtok krve kůrou je až 90 %. Co se týče produkce moči, jedná se až o dva litry vyprodukované moči u zdravého člověka za 24 hodin. Většina moči se však tvoří během dne a v noci nastává retence vody. Na tvorbě moči v ledvině se podílí glomerulární filtrace, tubulární resorpce a tubulární sekrece. Voda tvoří přibližně 60 % hmotnosti zdravého člověka. Množství vody se ovšem odvíjí dle množství tukové tkáně. Čím víc tukové tkáně, tím víc vody. Ledviny jsou hlavní cestou kudy voda z těla odchází ven, čímž se výrazně podílí na udržení správné vodní bilance tekutin v těle (Kittnar, 2011).

1.2 Chronické selhání ledvin

Chronické onemocnění ledvin patří mezi časté onemocnění populace. Má pro pacienta většinou velmi závažné následky a vzhledem k tomu, že často probíhá bez symptomů, málo kdy je diagnostikováno již v raném stádiu. Ve většině případů je zjištěno až v konečném stádiu selhání ledvin. V případě chronického renálního selhání je funkce ledvin snížena takovým způsobem, že nejsou ledviny schopny udržet normální složení vnitřního prostředí (Kracíková, 2011).

1.2.1 Příčiny chronického selhání ledvin

Nejčastějšími příčinami chronického selhání ledvin je hypertenze a diabetes mellitus. Pokud není hypertenze dostatečně kontrolována, může vést k srdečním záchvatům, nebo cévní mozkové příhodě. Dále může nekompenzovaná hypertenze vést k renálnímu

selhání. Stejně tak může být selhání ledvin příčinou vysokého krevního tlaku. Vysoká hladina cukru při diabetu je důvodem poškození spousty orgánů a svalů, včetně ledvin. Další příčinou může být glomerulonefritida, při které dochází k poškození filtrujících jednotek ledvin. Původcem onemocnění mohou být i časté infekce močových cest, nádory prostaty u mužů, ledvinové kameny nebo dědičné choroby, jako jsou velké cysty v ledvinách, které poškozují okolní tkáň (National Kidney Foundation, 2007).

1.2.2 Příznaky chronického renálního selhání

Příznaky chronického selhání ledvin se většinou objeví až v pozdějším stádiu, kdy se nemocní často setkávají s únavou a celkovou slabostí. Mohou nastat problémy se svěděním kůže nebo bolestí hlavy. V případě poslední fáze selhání ledvin pacienti trpí nauzeou, často i zvrací, což značí i výrazně znatelný váhový úbytek a pokles denní diurézy (Vachek, 2012).

1.3 Vyšetřovací metody

Jednou ze základních vyšetřovacích metod je anamnéza, a to rodinná. Dále se v anamnéze pátrá po onemocněních diabetu mellitu a hypertenzi. Pátráme po tom, zda měl pacient v minulosti neobvyklé nálezy v moči. V rámci fyzikálního vyšetření je třeba zhodnotit vzhled sliznic, známky urémie, stav srdce a cév (Vachek, 2012). Mezi nutné vyšetření patří vyšetření glomerulární filtrace, pro jejíž úvodní vyšetření stačí vyšetření sérového kreatininu a odhad glomerulární filtrace pomocí vzorce, založeného na hodnotě sérového kreatininu. Samozřejmě jsou nezbytné testy jako vyšetření cystatinu C nebo vyšetření clearance inzulinu, protože odhad glomerulární filtrace může být mnohdy nepřesný (Tesař, 2015). Pokud dojde ke snížení glomerulární filtrace pod 50 ml za minutu, přestanou některé mechanismy stačit, čímž dojde k zadržení toxických látek organismu a velkým změnám metabolických procesů. Při nedostačující funkci ledvin dochází i ke změně vylučování léků z organismu, což má důležitý dopad na jeho funkci a tím se rozvíjí komplikace selhání ledvin (Vachek, 2014).

Ledviny mohou být poškozeny v parenchymu, ve vývodných cestách, nebo ve velkých cévách. Vyšetření struktury ledvin se ve většině případů onemocnění ledvin neprovádí, tudíž je potřeba vyšetřit markery, které odrážejí změny struktur. Proteinurie značí zvýšenou glomerulární permeabilitu pro albumin a větší proteiny, zvýšenou koncentraci

proteinů, nebo nedostatečnou tubulární resorpci normálně filtrovaných proteinů. V dnešní době se klinická terminologie více zabývá albuminurií než proteinurií. Albuminurie má často za význam vznik kardiovaskulárních onemocnění. Je potřeba vyšetřit poměr koncentrace albuminu a kreatininu ve vzorku ranní moči, dále poměr koncentrace močového proteinu a kreatininu a vyšetřit ranní moč pomocí reakčního proužku. U onemocnění ledvin jsou v močovém sedimentu nalézány buňky, válce, mikroorganismy, nebo krystaly. Poruchy tubulární resorpce a sekrece mohou odrážet abnormality elektrolytů. Většinou jde o projev lékové toxicity nebo projev vrozeného onemocnění. Abnormality struktury ledvin, cév a vývodných cest močových nám umožní diagnostikovat zobrazovací techniky (Tesař, 2015)

1.4 Léčba chronického selhání ledvin

Konzervativní léčba spočívá ve změně nebo příznivém ovlivnění metabolických odchylek při chronickém ledvinném selhání. Denní příjem bílkovin by neměl přesáhnout 0,5-0,8 g/kg (gramy na kilogram), poměr živočišných proteinů a rostlinných proteinů by měl být 1:1 a je důležité snížit příjem fosfátů, saturovaných tuků, disacharidů a vlákniny. Ideální příjem energie za den by měl být kolem 145 kJ/kg (kilojouly na kilogram). U nemocného s chronickým renálním selháním je nutné regulovat příjem tekutin a natria. V případě, že je obrat sodíku vyrovnaný a hmotnost je ustálená, podává se zhruba tolik natria, kolik se vylučuje v moči. Pacienti v terminálním stádiu ledvinné nedostatečnosti jsou ohroženi hyperkalemií, ale při zvýšeném vylučování moči je možné rozvinutí hypokalemie. Při nízkobílkovinné dietě je denní příjem kalia přibližně 4060 mmol (milimol). Vzhledem k tomu, že je za den vyloučeno až 20 mmol draslíku střevy, stačí pro udržení rovnováhy denně vyloučit ledvinami kolem 30 mmol. Při tendenci rozvoje hyperkalemie se nemocným podává furosemid, jež zvyšuje vylučování draslíku reziduálními nefrony. Při vysokých, životu nebezpečných hyperkalemiích se intravenózně podávají infuze, hypertonická glukóza s inzulinem a kalcium. Při hypokalemii se přísun kalia zvyšuje v potravě, nebo se podává KHCO_3 (hydrogenuhličitan draselný) a kaliumcitrát (Teplan, Mengerová, 2010).

1.5 Dialyzační metody

Od jistého stupně nízké funkce ledvin je důležitá příprava nemocného na zařazení do dialyzačně transplantačního programu. K **dialyzačním metodám** patří hemodialýza

a peritoneální dialýza. U obou metod je cílem dlouhodobě nahradit funkci ledvin. V obou případech je možná i transplantace ledvin (Viklický, 2008). Během transplantace ledvin je vpravena zdravá a funkční ledvina z těla dárce do těla příjemce pomocí operačního zákroku. Ledvina může být od dárce živého, ale i mrtvého, pokud je zdravá. Transplantovaná ledvina dokáže plnit všechny funkce, které již poškozená ledvina plnit nedokázala (Pražský, 2011). Ke stanovení správnému léčení dialýzou je třeba zjistit hodnoty clearance kreatininu. Důležité je, aby dialyzační léčba byla započata před tím, než se začnou vyskytovat uremické příznaky, nebo před zhoršením nutričního stavu. Menší šanci na téměř bezproblémové zařazení do transplantačního programu mají ti nemocní, u nichž je léčba zahájena tehdy, když se dostaví uremické příznaky. V dnešní době se však dialyzační léčba zahajuje později. I přes spoustu doporučení je i ve více rozvinutých zemích téměř celá jedna třetina nemocných zařazena do dialyzačního programu pozdě a bez předešlé přípravy (Viklický, 2008).

1.5.1 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza je léčba, při které se krev čistí přes peritoneum. Peritoneum, nebo-li pobřišnice je membrána, která pokrývá stěny dutiny břišní a všechny nitrobřišní orgány (Major, Svoboda, 2000). Do dutiny břišní je nemocnému trvale zaveden katétr, pomocí kterého je do břicha vpouštěn dialyzační roztok. Do dialyzačního roztoku přecházejí některé látky a voda. Jedna z větších výhod peritoneální dialýzy je ta, že si ji pacient může provádět ve svém vlastním sociálním prostředí. Není nutné, aby pacient dojížděl několikrát za týden do dialyzačního střediska. Rovněž není nutné, aby byl vytvořen cévní přístup pro dialýzu. Při léčbě peritoneální dialýzou má pacient o dost menší dietní opatření, což vypovídá i o značně vyšší kvalitě života nemocného (Nermutová, 2010).

Během peritoneální dialýzy se napouští přes katétr do dutiny břišní dialyzační roztok. Peritoneální katétr je pevně zafixovaný ve stěně břišní. Nadbytečná tekutina společně se zplodinami látkové výměny přecházejí přes síť kapilár na peritoneu do výše zmiňovaného roztoku. Dialyzační roztok se z dutiny břišní vypouští pravidelně čtyřikrát za den a ihned je nahrazen novým. Na rozdíl od hemodialýzy je při peritoneální dialýze propuštěno i menší množství bílkovin a zpět z dialyzačního roztoku se vstřebává glukóza, na což je třeba dát pozor při nastavování dietního režimu. Doba každé peritoneální dialýzy se stanovuje přibližně na 30 minut (Major, Svoboda; 2000). Peritoneální dialýza

je pro pacienty výhodnější než hemodialýza, pokud jde o čekání na transplantaci ledviny. Pacientům se totiž nemusí zakládat cévní přístup, tudíž riziko přenosu infekce je výrazně sníženo. Peritoneální dialýza se také indikuje v případě, že je u pacienta nemožné vytvořit cévní přístup, bez něhož by hemodialýza nemohla být uskutečněna (Tesař, 2015). V případě, že má pacient v břišní dutině srůsty, nebo není schopen sám výměny roztoku provádět, nemůže u něj být peritoneální dialýza započata (Bednářová, 2015).

Mezi **metody peritoneální dialýzy** patří kontinuální ambulantní peritoneální dialýza, což je metoda léčby, při které je stále v břišní dutině roztok a pacient si ho vypouští a napouští. Tyto výměny probíhají za jeden den ve většině případů čtyřikrát a za pomoci jednoduchých pomůcek si je pacient zvládne vyměnit sám, bez pomoci jakékoliv techniky (Major, Svoboda, 2000). Dalším způsobem je automatizovaná peritoneální dialýza, což je metoda, při které přístroj nahřívá dialyzační roztok a následně jej napouští a vypouští z dutiny břišní. Tato procedura trvá přibližně 8-10 hodin během noci. Roztok se za jednu noc vymění zhruba šestkrát a mezi každou výměnou je přibližně jedna hodina. Posledním krokem je napuštění roztoku do dutiny břišní a odpojení pacienta od přístroje (Bednářová, 2015).

Součástí peritoneální dialýzy je **peritoneální katétr**, což je silikonová hadička, přes kterou se napouští a následně vypouští dialyzační roztok do dutiny břišní. měřící přibližně 25 cm, na vnitřním konci buď rovná nebo stočená, po stranách se spousty otvorů. Z vrchní strany má jednu, nebo dvě pórovité dakronové manžety, které jsou dobré ke kvalitní fixaci katétru (Major, Svoboda, 2000). Implantaci peritoneálního katétru má na starosti chirurg. Provádí se pomocí laparoskopie, nebo je možného zavést i z laparotomie, nebo punkčně. Odstranění katétru se provádí pouze v dostavení komplikací, jako například infekce, nebo po ukončení peritoneální dialýzy (Bednářová, 2015). Katétr vyúsťuje těsně pod pasem a pod kůží má tvar oblouku. V místě vyústění by se měl katétr ošetřovat pomocí mýdla a vody, nebo pomocí desinfekce a poté se překrývá sterilním čtvercem. Pacienti se s katétrem mohou i sprchovat, ale koupat se ve vaně, nebo jiných vodních nádržích nikoliv (Major, Svoboda, 2000).

Důležitou roli v dialyzační léčbě hraje **dietní režim**. Je třeba znát potřeby pacienta a z toho důvodu je ve zdravotnickém týmu i nutriční terapeut, který pro pacienta sestaví nutriční plán. Dialyzovaní pacienti by měli mít dostatečný příjem energie, sacharidů, tuků, vlákniny a měli by mít zvýšený příjem bílkovin. Naopak je nutné omezit příjem

solí, draslíku, fosforu a tekutin (Sasaková, Matějková, 2012). Strava pacientů musí být bohatá na bílkoviny a energii. (B.Braun, 2017). Jako vhodný zdroj bílkovin se považuje kuřecí a krůtí maso. Pokud jde o maso, je vhodné telecí, vepřové i hovězí, ale ve všech případech by maso mělo být libové. Mezi potraviny s vhodným obsahem bílkovin se řadí i mléčné výrobky a vaječné bílky (Šariková, 2018). Pro správnou rovnováhu tekutin v organismu je třeba omezit příjem sodíku, čehož se dá docílit nesolením již uvařených jídel. Vzhledem k tomu, že ledviny nepracují správně, nejsou schopny dostatečně vyloučit draslík, tudíž je třeba omezit i příjem draslíku (B.Braun, 2017). Draslík je nejvíce obsažen v celozrnných obilovinách a v ovoci. Vyskytuje se hlavně pod slupkou, proto je dobrým řešením ovoce konzumovat převážně oloupané. To samé platí i o bramborách, ve kterých je velký obsah draslíku také. Vhodným řešením, jak omezit příjem draslíku je i vynechat z jídelníčku listovou zeleninu a také sušené ovoce (Rozinková, 2018).

Mezi **výhody** peritoneální dialýzy patří především větší soběstačnost pacienta. Hlavním kladem je, že odpadá transport do dialyzačního střediska až třikrát týdně, jako je tomu v případě hemodialýzy. Pacient se musí dostavovat pravidelně na ambulantní kontroly, ale ty však probíhají pouze jednou za 4-6 týdnů. Dalším pozitivem je, že pacientovi není nutné několikrát týdně zavádět dialyzační jehlu do AV (arterio-venózní) shuntu. Pro pacienty, kteří se potýkají se srdečním onemocněním, je peritoneální dialýza šetrnější, protože se tekutiny z těla odstraňují pozvolna, což nemá tak veliký nápor na srdce. Jako jedna z **nevýhod** peritoneální dialýzy se uvádí dlouhodobé zavedení katétru, což může vést k rozvoji infekce. Prevencí je třeba dbát na dostatečnou hygienu a správné ošetřování katétru. Každý pacient by měl být řádně proškolen a zacvičen v péči o peritoneální katétr, aby se zamezilo rozvoji infekce. Většinou jsou schopni peritoneální dialýzu sami provádět už po prvním týdnu. U starších lidí to může trvat déle, nebo v tom horším případě je možné, že pacient není sám schopen peritoneální dialýzu provádět. Peritoneální dialýza sice probíhá v pohodlí domova, ale je třeba zvážit, že časově je náročná. V případě automatizované peritoneální dialýzy probíhá výměna během spánku, což může výrazně narušit kvalitu spánku a v případě kontinuální automatizované peritoneální dialýzy probíhá léčba zhruba čtyřikrát denně po dobu přibližně 45 minut, což narušuje každodenní činnosti (Neslušan, 2017).

1.5.2 Hemodialýza

Hemodialýza je léčebná metoda, při níž se očišťuje krev, která se provádí přes takzvanou umělou ledvinu, která je tvořena dialyzačním monitorem a dialyzátorem. Mezi katabolity dusíkatého metabolismu, které dialýza z krve odstraní, patří například urea a kreatinin. Dále z těla odstraňuje vodu a koriguje ionty a abnormality ABR (acidobazická rovnováha) (Lachmanová, 2008). U hemodialyzovaného pacienta je zapotřebí získat kvalitní cévní přístup, z něhož se do dialyzátoru odebírá krev rychlostí přibližně 250 ml za minutu. Totožné množství krve se vrací ihned zpět do krevního oběhu. Jedna hemodialýza trvá přibližně 35 hodin a ve většině případů se opakuje dvakrát, nebo třikrát během jednoho týdne. Tato léčebná metoda nemocného zbavuje od produktů dusíkatého metabolismu, ale hlavně od vody takzvanou ultrafiltrací, která se nashromáždí za dobu mezi dialýzami. Ultrafiltrace, kterou stanoví lékař, by měla vést k suché váze. Suchou váhou se nejčastěji myslí váha, kterou má pacient po absolvování dialýzy a zároveň se u něj neprojeví známky zavodnění ani hypotenze. Váhový přírůstek v období mezi dialýzami je individuální, ale měl by se pohybovat v rozmezí 35 % z celkové hmotnosti pacienta (Prokeš, 2012). Přesun látek a vody se děje na třech základních principech. Jedním z principů hemodialýzy je difuze, s jejíž pomocí se molekuly přesunou přes polopropustnou membránu dle koncentračního gradientu. Dalším principem je konvekce, jež přesunuje vodu v závislosti na koncentračním gradientu. Poslední je adsorpce, kdy se vychytávání látek podílí na přesunu látek a záleží na typu membrány (Nedbálková, 2011). **Hemodiafiltrace** kombinuje hemodialýzu s převažujícím difúzním transportem látek a hemofiltraci s konvektním transportem. V případě hemodiafiltrace se používají membrány high flux a odstraňují se velké objemy ultrafiltrátů, tím pádem nestačí pouze dialyzační roztok, ale je za potřebí ještě roztok substituční. Při hemodiafiltraci je menší výskyt hypotenze a lepší kontrola nad krevním tlakem. Zánětlivá aktivita je výrazně nižší. U pacientů, kteří jsou léčeni metodou hemodiafiltrace je lepší lipidový profil a lepší kontrola anemie (Nedbálková, 2011).

Jak už bylo zmíněno výše, pro správnou hemodialýzu je nezbytný kvalitní **cévní přístup**, jež má zajistit dostačující krevní průtok dialyzátorem, který by měl být snadno přístupný. Cévní přístupy dělíme na dočasné, které se dají použít pouze pro omezený počet výkonů a dále cévní přístupy trvalé, které jsou vhodné pro pacienty, kteří podstupují hemodialýzu pravidelně dvakrát, nebo třikrát během jednoho týdne (Lachmanová, 2008). Ve většině případů je nejlepším přístupem **AV shunt**. Jedná se o tepenno žilní spojku, která se plně

rozvíjí nejdříve po šesti týdnech. Je považován pro pacienty nejbezpečnější cévní přístup, a to převážně z toho důvodu, že u něj hrozí nejmenší riziko vzniku trombózy a komplikací spojených s infekcí. AV shunt se dá používat i několik let, což je nejdéle ze všech cévních přístupů. Tento přístup je před započítím každé dialýzy kontrolován zdravotnickým personálem. Nezbytně nutná je dostatečná hygiena končetiny, na které je shunt zaveden. Zmiňovaný cévní přístup je nutno chránit proti případnému úderu, či jakémukoliv nárazu. Končetina, na které je umístěna arteriovenózní spojka, by měla být šetřena, tudíž se vylučuje nošení těžkých předmětů, nebo těsných šperků, či oblečení. Taktéž se na končetině nesmí měřit krevní tlak (Neumannová, 2011). Zavádění AV shuntu má v kompetenci chirurg, který si sám po vyšetření žil pacienta na jeho horních končetinách stanoví, kam bude spojka zavedena. Mezi nejčastější typy patří radiocefalická arteriovenózní spojka, která je spojena mezi arteria radialis a vena cephalica, nebo v distální třetině předloktí. Brachiocefalická spojka je vytvořena v kubitě mezi arterií brachialis a vena cephalica. AV shunt pomocí umělé cévní protézy je nejčastěji umístěn na předloktí, kdy rovný typ se zavádí mezi arteria brachialis a vena medianacubiti, nebo vena cephalica (Lachmanová, 2008). AV graft je taktéž jako AV shunt spojka tepny a žíly, která je však vyrobena z teflonu, či z chemicky upravené cévy zvířete. Vzhledem k tomu, že se graft nemusí nijak vyvíjet, je možné ho používat už po dvou až třech týdnech, což je podstatě dříve než u AV shuntu. AV graft však může mít větší sklon k infekcím či srážení krve. Pokud se o tento cévní přístup správně pečuje může správně fungovat až několik let (Neumannová, 2011).

Permanentní katétr, takzvaný permcath je trvalý katétr, který je zavedený do jugulární žíly a vyvedený přes klíček podkožním tunelem, jeho vyústění je v oblasti pod klíčkem. V dnešní době získává popularitu z několika důvodů. Do dialyzačního programu se čím dál častěji zařazují starší pacienti, kteří nemají dostatečně kvalitní periferní žilní vstup na horních končetinách a často se u nich objevují projevy selhávání srdce, nebo jiné polymorbidity, které omezují délku léčby. U těchto nemocných se volí zavedení právě permcathu. Pokud je s ním zacházeno opravdu zkušeně, má životnost až několik let a je u něj menší riziko vzniku infekcí. Jako další místo pro zavedení katétru je vhodná dolní dutá žíla s přístupem translumbálním, který se používá pouze výjimečně. Jako jedna z komplikací, které nastanou z důvodu zavedení katétru je malfunkce, což je nesprávně a nedostatečně provedená hemodialýza, protože permcath nezajistí dostatečný průtok, nebo vyvolá vysoký venózní tlak. Tyto komplikace mohou souviset s technikou, jakou

byl zaveden, ale jen pokud se objeví již při prvních hemodialýzách. V případě, že komplikace nastanou až po delší době, s největší pravděpodobností je to následek trombózy katétru, nebo přímo žíly (Lachmanová, 2008).

Výhodou hemodialýzy oproti peritoneální dialýze je primárně to, že pro pacienta není tak náročná. O veškerý proces, který probíhá kolem hemodialýzy se stará zdravotnický personál. Samotný pacient má za úkol to, aby se dostavil zhruba třikrát týdně do hemodialyzačního střediska. Ovšem pravidelné dojíždění a časový rozvrh může být pro spoustu pacientů náročné a velmi omezující (Mlčoch, 2011).

Při hemodialýze se vyskytuje celá řada **komplikací**. Hypotenze je jednou z nejčastějších komplikací dialyzovaných pacientů. Může se vyskytnout ve kterékoliv fázi dialyzační léčby. Nejčastěji k ní dochází u pacientů trpících diabetem, nebo pokud jsou pacienti vyššího věku. Velké riziko snížení tlaku je i u pacientů, kteří ne příliš dodržují dietní režim a mají tím pádem velké váhové přírůstky za mezidialyzační období. Ke svalovým křečím dochází nejčastěji až v druhé polovině hemodialýzy, nebo často až po jejím konci. Nejčastěji jsou postiženy končetiny dolní. Může dojít k postižení i jiných míst, ale pouze ve zcela výjimečných případech. Ke křečím dochází většinou z důvodu sníženého intravaskulárního objemu. Krevní průtok svaly je menší a dochází k tkáňové hypoxii, která se dále projeví velmi bolestivou křečí. Nauzea, zvracení jsou často důsledkem hypotenze, která je během hemodialýzy velmi častá. Dále může nauzea, nebo zvracení signalizovat krvácení do trávicího traktu. Při špatném složení dialyzačního roztoku a vyšším dávkám vitamínu D, což způsobuje hyperkalcémii, není nauzea výjimkou. U pacientů léčených hemodialýzou se často vyskytuje srdeční arytmie. Většinou to není velmi závažný stav. Jako jedna z nejzávažnějších je bradykardie o frekvenci 36-44/min. Jestli má pacient zpomalený puls už před započítím hemodialýzy, pravděpodobně souvisí s hyperkalémií. U starších pacientů trpících ischemickou chorobou srdeční je poněkud větší riziko vzniku arytmií. Na začátku dialýzy se nejčastěji může vyskytnout hematoma v místě vpichu, a to především z důvodu špatného vpichu všeobecnou sestrou. Pokud po skončení hemodialýzy není místo vpichu dostatečně stlačeno, může dojít mnohdy až k velmi silnému krvácení. Pokud dojde k nevhodné manipulaci s jehlami, nebo se pacient nevhodně pohne, může dojít k tvorbě hematomu. Mezi závažné krvácivé příhody patří krvácení do gastrointestinálního traktu, jež se projevuje hematemézou, nebo hypotenzí s následnou melénou. Krvácení, které navazuje na kanylaci velkých,

jako například retroperitoneální hematoma, hemotorax, nebo krvácení do měkkých tkání krku. Může se projevit po zahájení hemodialýzy i hemoragickým šokem.

1.6 Kvalita života

Pojem kvalita života nemá doposud žádnou vlastní definici. Důvodem je to, že koncept kvality života má velkou řadu odlišných oblastí lidských činností. Sociální interakce, fyzický stav, celková spokojenost, funkční schopnosti jsou kategorie, které ovlivňují kvalitu života ať už pozitivně, nebo negativně. Další kategorie jsou například faktory, které se týkají ekonomické situace, nebo psychologické parametry. V běžné komunikaci je pojem kvalita života většinou chápán jako něco pozitivního, ale co se týče odborného jazyka, je tento pojem používán jak pro pozitivní, tak i negativní popis života. (Gurková, 2011). Kvalita života patří k nejpobulárnějším kategoriím sociálních věd a věnují se jí i ostatní disciplíny jako například psychologie, ale i vědy, jako je medicína a filozofie. Pokud se někoho zeptáme na jeho kvalitu života, je to otázka spíše řečnická. Vzhledem k tomu, že byl o kvalitu života projeven velký zájem, naskytla se možnost přehodnotit terapeutické metody v medicíně a zároveň nalézt novější metody pro lepší léčbu. (Mühlpachr, 2017). Ke kvalitě života lze přistupovat ze dvou hledisek, jimiž jsou kvalitativní a kvantitativní. Objektivní kvalita života značí požadavky, které se týkají sociálních a hodnotových podmínek života. Subjektivní kvalita života se týká citlivosti lidí a všeobecnosti se životem, jež člověk hodnotí sám (Vymětal, 2010)

1.6.1 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života je možné vnímat jako subjektivní postoj pacienta na jednotlivé části jeho vlastního života. Kvalitu života může ovlivňovat řada faktorů jako například genetika. K podstatným faktorům patří také minulý a současný životní styl a prostředí, ve kterém pacient žije. Důležité jsou také stravovací návyky, schopnost zvládat stresové situace a hlavně zdravotní stav. Člověk trpící nějakým typem chronického onemocnění jistě vnímá kvalitu svého života o něco více negativně, než člověk naprosto zdravý (Dvořáčková, 2012). Nejčastěji se u kvality života hodnotí osobní život. Také lze hodnotit kvalitu života konkrétní skupiny, nebo společnosti. K hodnocení lze použít i kvalitu péče, která je poskytována v různých zdravotnických zařízeních (Gurková, 2011). První, kdo se většinou podílel na hodnocení kvality života pacientů byli lékaři, nebo sestry. V tomhle případě je většinou výsledkem hodnocení odborných pracovníků

nižší kvalita života, než když pacient hodnotí svůj život sám (Bednářová, 2007). Hodnocení, zda je život kvalitní nebo ne se určuje na základě porovnávání s životem jiných lidí. Pokud má být kvalita života pacienta nějakým způsobem zlepšena, je nejprve důležité kvalitu jeho života správně definovat. Tudíž je správná diagnostika kvality důležitá pro její zlepšení a pro správné plnění ošetrovatelských intervencí vedoucích k zlepšení životní kvality (Gurková, 2011)

1.6.2 Kvalita života dialyzovaných pacientů

Dialyzovaný pacient musí řešit spoustu problémů. Většinou se jim život obrátí zcela naruby. Znamená to pro ně často ztrátu zaměstnání, nebo alespoň změnu. Nedílnou součástí je i změna fyzického života a změna jídelníčku. Avšak pokud jsou pacienti schopni se na diagnózu a léčbu s ní spojenou adaptovat, mohou vést kvalitní život v celkem vysoké míře. Důležitou součástí, jak zvládnout dialyzační léčbu je účast psychologa, zvláště v období ještě před samotným započetím dialyzační léčby (Hamplová, 2015).

Mezi nejčastější problémy dialyzovaných pacientů patří převážně stres, který může pacient prožívat z toho důvodu, že dialyzační léčba vyžaduje velmi zodpovědný přístup, který nemusí každý příliš dodržovat. V případě pacientů, kteří provádějí peritoneální dialýzu je často stresující fakt, že by měli být zruční a také dostatečně samostatní, aby byli schopni peritoneální dialýzu provádět správně a pravidelně. Pokud nebude prováděna správná péče o peritoneální katétr, může vzniknout například zánět pobřišnice, či jiné komplikace. Potom může mít pacient pocit provinění. Dalším stresovým faktorem může být ztráta aktivit, které už není možné provádět v souvislosti s léčbou. Některé jsou totiž buď příliš fyzicky náročné, nebo může být problém v tom, že pacient spoustu času stráví dialýzou (Svoboda, 2009).

U dialyzovaných pacientů se velice často vyskytuje **deprese**, většinou v důsledku stresových faktorů. Projevem špatné psychiky může být nechutenství, v jiných případech zase přejídání, nespavost, únava, či snížená výkonost. Pacienti, kteří docházejí pravidelně na hemodialýzu mají více kontaktu se zdravotnickým personálem, což jim může dodat více jistoty, než když o sebe pacient pečuje doma sám. S tím souvisí i to, že u nich problémy s depresí mohou být rozpoznány poměrně dříve. U peritoneálně dialyzovaných pacientů hrozí riziko peritonitidy, protože je možné, že pacient s depresemi nedodržuje

správně režim pravidelných výměn a není jisté, zda správně užívá všechny léky. Ve většině případů se deprese léčí pomocí medikace, či sociální a psychickou podporou (Svoboda, 2009).

V případě spousty pacientů přichází s ledvinným selháním a následnou dialyzační léčbou **změna v sexuální životě**. Změny mohou být různé intenzity, v různých obdobích. Problémy u mužů převážně spočívají v zájmu o sex, nebo v dosažení erekce a orgasmu. Problémy se zájmem o sex a dosažení orgasmu mají stejně tak i ženy (Černá, 2006). Tyto poruchy se nejčastěji projevují vlivem některých léků (B.Braun, 2017). Pro některé pacienty znamená snížený zájem o sex pochybnosti o sobě samém (Černá, 2006). Většina žen nemá menstruaci a pokud ano, převážně jen z důvodu příliš vysokých dávek heparinu během hemodialyzační léčby. Co se týče těhotenství, tak se nevyklučuje, ale příliš se nedoporučuje, kvůli vysoké rizikovosti jak pro matku, tak i pro plod. Větší pravděpodobnost bezproblémového těhotenství nastává po úspěšné transplantaci ledvin (B. Braun, 2017).

Dialyzovaní pacienti by měli provozovat **sport** pravidelně, ovšem v rozumné míře. Důležité je posilování dolních končetin, jež zajistí dostatečnou soběstačnost pacienta. Ideálním sportem může být běh, nebo alespoň chůze (Svoboda, 2015). Taková chůze může velmi pozitivně ovlivnit hladinu cholesterolu, dodává dostatek energie, zkvalitňuje spánek, může snížit riziko srdečních onemocnění a snižuje stres (B. Braun, 2017). Příliš vhodné nejsou sporty, při kterých jsou namáhány horní končetiny u pacientů se zavedeným AV shuntem, například volejbal. Pacienti, kteří pravidelně sportují, mohou omezit regulaci příjmu tekutin, což ale není hlavní význam sportovních aktivit. Největším problémem bývá především jde o udržení dobrého fyzického i psychického zdraví (Svoboda, 2015). Než se pacient začne pravidelně věnovat nějakému sportu, je důležité to důkladně prodiskutovat s ošetřujícím lékařem, zda to zdravotní stav pacienta vůbec umožňuje (B. Braun, 2017).

Jeden z problémů, který musí dialyzovaní řešit, je **schopnost vykonávání zaměstnání**. Většina pacientů je schopna i vzhledem k dialyzační léčbě chodit do zaměstnání, které vykonávali již dříve. Největším problémem bývá mnoho času stráveného v hemodialyzačním středisku. Vše je nutné dobře konzultovat s ošetřujícím lékařem, který každému individuálně doporučí, co je vhodné a co ne (B.Braun, 2017).

V rámci zlepšení kvality života se doporučuje pacientům občas odjet na dovolenou. Poté se zařizuje takzvaná **prázdninová dialýza**. Pro pacienty, kteří nemůžou být bez dialýzy, jsou různě po České republice rozmístěna dialyzační střediska. Dialyzační středisko je schopné zařídit svým pacientům hemodialýzu v dialyzačním středisku, které je nejbližší místu pobytu pacienta. V dnešní době není problém navštěvovat i místa v zahraničí. Množství dialyzačních středisek se rozmáhá po celém světě (B.Braun, 2017).

1.7 Edukace

Pojem edukace můžeme vnímat jako výchovu člověka. Edukace souvisí s jeho vzděláváním a rozvíjí schopnost větší samostatnosti a lepší spolupráce. Edukaci lze vysvětlit jako pozitivní ovlivňování člověka, kterým ho vedeme k rozvoji jeho dovedností i vědomostí. Pacienta takzvaně poučujeme o jeho zdravotním stavu a o tom, jak se v jeho situaci chovat a pečovat o sebe. Správná edukace slouží pro lepší spolupráci s pacientem a může vést i ke zlepšení zdraví. Cílem edukace je, aby pacient získal co nejvíce informací a vědomostí a aby je dokázal ve svém životě řádně využít. V edukačním procesu je velmi nutná kvalitní komunikace, která je většinou mezi dvěma osobami. Edukátor by měl být ten člověk, který má dobré komunikační schopnosti a trpělivost danou věc řádně vysvětlit. Součástí správně edukace je také zpětná vazba, kterou nám pacient dokazuje, že dané věci dostatečně rozumí (Juřeníková 2010).

1.7.1 Edukační proces

Edukační proces má celkem pět fází. První fází je **fáze posuzování**, kdy probíhá samotná anamnéza, jsou získávány základní informace o pacientovi. Fázi posuzování lze realizovat formou rozhovoru s pacientem, ale i jeho blízkými. Dále jsou zjišťovány schopnosti a znalosti pacienta

Další fází je **fáze diagnostická**, kdy se edukující osoba snaží zjistit, jaké informace pacient potřebuje a jaké by měl jistě vědět. Na základě získaných informací je stanoven cíl a postup edukace.

Ve **fázi plánování** je stanoveno, jaké jsou priority edukace. Plán edukace by měl být sestaven individuálně, dle stavu pacienta, jaké informace je schopen pojmout a také jaký je jeho psychický stav.

Čtvrtou fází je **fáze realizace**, kdy je žádoucí, aby bylo dosaženo stanoveného cíle. Edukace probíhá dle stanoveného plánu ke každému pacientovi individuálně s ohledem na možnosti pacienta a schopnost přijímat informace.

Fáze vyhodnocení je poslední fáze edukačního procesu. V této fázi je posuzováno, zda bylo dosaženo stanovených cílů. Hodnocení probíhá převážně formou rozhovoru s pacientem, kdy je použita zpětná vazba a všeobecná sestra hodnotí, zda edukační proces proběhl správně. Pacient by měl dané problematice správně porozumět a být schopen

se o sebe dostatečně postarat a výsledky edukace využít ve svém osobním životě (Kuberová, 2009).

1.7.2 Edukace dialyzovaných pacientů

U dialyzovaných pacientů je velmi důležitá edukace ohledně **diety**, neboť bývá pacienty často podceňována. Je nutné dbát na dostatečnou edukaci ze strany všeobecných sester na dialýze, popřípadě zařídit pacientovi konzultace s nutričním terapeutem. Spousta pacientů totiž trpí i jinými onemocněními, tudíž dietní omezení mohou být velice individuální (Lachmanová, 2008). Pacienti, kteří absolvují dialyzační léčbu by měli být dostatečně informováni o tom, aby měli dostatečný příjem především bílkovin a energie. Proti tomu by měli omezit příjem soli, draslíku, fosforu a tekutin. Zejména příjem tekutin je každému pacientovi stanoven jinak, s ohledem na funkci ledvin. V mnoha případech je příjem tekutin omezen až na pouhých 500 ml denně, tudíž musí být pacient edukován o tom, že do příjmu tekutin se zahrnuje i konzumace polévky a podobných potravin. Jedině tak může být množství příjmu tekutin dodrženo správně. Jelikož převážně omezený příjem tekutin může často činit nemalý problém, existují jisté tipy pro pacienty, jak zamezit velkému příjmu tekutin. Jako hlavní se doporučuje zamezit žíznivosti, takže by se pacienti měli vyhýbat pobytu na slunci v horku a celkově teplém prostředí. Také je vhodné zmírnit solení pokrmů, neboť příliš slaná jídla způsobují pocit žízně. (Sasaková, Matějková, 2012).

Dialyzovaní pacienti by měli do svého života zařadit alespoň nějakou **fyzickou aktivitu**. Udržení se v kondici bylo vždy přínosem pro celkové zdraví pacienta, a to samé platí i u pacientů dialyzovaných. Pravidelný pohyb, má samozřejmě i pozitivní vliv na psychickou stránku pacienta, neboť tím pacient příjemně využívá svůj volný čas a nemusí tak myslet na problémy spojené s jeho zdravotním stavem. Pacienti, kteří pravidelně provozují nějaký sport, mají větší výdej energie, než pacienti kteří ne. Proto i v tomhle případě je nutná konzultace s lékařem a nutričním terapeutem, aby měl pacient ve stravě příjem energie zvýšený a nedocházelo tak k nechtěné ztrátě hmotnosti. Asi nejvíc vhodnou aktivitou dialyzovaných pacientů je chůze. Vhodné mohou být i míčové sporty, ale v tomhle případě je třeba upozornit na přítomnost AV shuntu, který je většinou umístěný na horní končetině. Jeho poškození by totiž mohlo vést ke komplikacím, jako je nedostatečně provedená hemodialýza, nebo dokonce úplné znehodnocení AV spojky (Ptáčková, 2016).

Pokud jde o zachování **zaměstnání** dialyzovaných pacientů, působí to ve většině případů problém. Byť by byli schopni svou pracovní náplň vykonávat i přes jejich onemocnění, větší komplikace způsobuje čas, který pacienti stráví na dialýze. Jsou zaměstnavatelé, kteří nejsou příliš shovívaví a nedokážou zohlednit, že pacienti musí mnohdy i třikrát týdně navštěvovat dialyzační středisko. V těchto případech je potřeba pacienta poučit o možnosti invalidního důchodu, případně odchodu se zaměstnání. V dnešní době jsou k dispozici různé brigády, které by mohl dialyzovaný pacient vykonávat. V případě, že pacienti u svého zaměstnání zůstanou, nebo si najdou jiné, měli by si dávat pozor na zvýšenou fyzickou zátěž (Džumelová, Ďurčová, 2009).

Tímto textem uzavírám teoretickou část bakalářské práce zabývající se kvalitou života dialyzovaných pacientů, která je výstupem pro empirickou část, mapující míru edukace dialyzovaných pacientů a jak dialyzační léčba ovlivnila kvalitu života pacientů.

2 Výzkumná část

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jak ovlivnila dialyzační léčba kvalitu života pacientů.

Cíl 2: Zjistit míru edukace pacientů poskytovanou všeobecnými sestrami v souvislosti s dialyzační léčbou.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: K jakým změnám v osobním životě pacientů došlo z důvodu absolvování dialyzační léčby?

Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímají pacienti svoje zdraví?

Výzkumná otázka č. 3: Jak všeobecné sestry edukují od dialyzačním režimu a jak jej pacienti dodržují?

Výzkumná otázka č. 4: Mohou všeobecné sestry přispět k větší spokojenosti pacientů v dialyzační léčbě?

2.3 Metodika výzkumu

V bakalářské práci byla zvolena kvalitativní metoda výzkumného šetření pomocí rozhovoru s pacienty. Důvodem byl bližší kontakt s dotazovanými a možnost lepšího pochopení zkoumaného problému.

Pomocí kvalitativního výzkumu je problematika zkoumána více do hloubky a dotazující bývá srozuměn se všemi souvislostmi. Součástí kvalitativního výzkumu je tedy sběr velkého množství informací, kde následně dotazující zjišťuje vzájemné souvislosti (Disman, 2011). Člověk realizující výzkum používá velké množství informací, které vedou k lepšímu zodpovězení výzkumných otázek. Sběr a analýza dat probíhá v delším časovém úseku, jelikož je vhodné se s dotazovanými osobami dobře poznat a seznámit se s jejich životem trochu blíže (Hendl, 2016).

Sběr dat byl realizován formou vlastního rozhovoru, kdy respondenti odpovídali na předem připravené otázky metodou tužka a papír. Rozhovor byl členěn na čtyři výzkumné otázky, které se členily na další podotázky, jež umožnili zkoumat danou

problematiku více do hloubky. Otázky k rozhovoru byly tvořeny tak, aby byl co nejlépe splněn cíl bakalářské práce.

Na jedné straně hloubkového rozhovoru je výzkumník, jež se nachází v novém prostředí a na straně druhé je dotazovaný, který mu sděluje informace a odpovídá na otázky, které si výzkumník předem připravil. Odlišnost mezi výzkumníkem a dotazovaným je v tom, že výzkumník vede rozhovor a pokládá otázky a ideální je, aby samotný rozhovor i ukončil (Švaříček, 2014).

Pozorování bylo zaznamenáváno písemně do předem připravených archů (viz příloha č. 1). Rozhovory probíhaly zcela anonymně se souhlasem příslušného zdravotnického zařízení. Celkem bylo zrealizováno šest rozhovorů, které byly následně po provedení výzkumu přepisovány do elektronické formy a dále kódovány metodou **otevřeného kódování**

a z důvodu lepší přehlednosti byly vyobrazeny ve formě tabulek.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinou výzkumného šetření byli pacienti, pravidelně navštěvující dialyzační středisko. Rozhovor byl proveden celkem se šesti respondenty. Výzkum probíhal na dialyzačním středisku B. Braun Omnia ve Slavkově u Brna, kam respondenti pravidelně dojíždí z důvodu nutnosti dialyzační léčby. Před započatím rozhovoru bylo respondentům objasněno, proč a za jakým účelem bude rozhovor probíhat. Dále jim bylo přiblíženo téma a cíl bakalářské práce. Všichni respondenti byli ujištěni, že rozhovor je zcela anonymní a byli požádáni o podpis informovaného souhlasu (viz příloha č. 2).

Tabulka 1 Základní informace o respondentech

Respondent	Věk	Pohlaví	Kolikrát týdně dochází na hemodialýzu	Jak dlouho dochází na dialýzu
R1	58 let	žena	3x	5 let
R2	52 let	Muž	2x	3 roky
R3	43 let	Žena	3x	3 roky
R4	36 let	Žena	3x	2 roky
R5	75 let	Žena	3x	13 let
R6	59 let	Muž	3x	12 let

Zdroj: autorka

2.5 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu 2019 do března 2020 v dialyzačním středisku B.Braun Omnia ve Slavkově u Brna. Šetření probíhalo po schválení vedoucí sestry dialyzačního střediska Miroslavy Markové (viz příloha č. 3).

2.6 Zpracování získaných dat

Při zpracování výzkumných dat byl použit program Microsoft Office Word 2010.

2.7 Výsledky výzkumu

2.7.1 Otázky rozhovoru

Výzkumná otázka č. 1: K jakým změnám v osobním životě pacientů došlo z důvodu absolvování dialyzační léčby?

Otázky určené respondentům:

1. Musel/a jste změnit Vaše zaměstnání?
2. Jaké aktivity jste musel/a vyřadit ze svého života?
3. Projevila Vám rodina dostatečnou podporu?

Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímají pacienti svoje zdraví?

Otázky určené respondentům:

4. Je pro Vás Váš aktuální zdravotní stav uspokojivý?
5. Pociťujete v životě změnu od započetí dialyzační léčby?
6. Je něco, co Vám od započetí dialyzační léčby chybí?
7. Je pro Vás dialyzační léčba psychicky náročná?

Výzkumná otázka č. 3: Jak všeobecné sestry edukují o dialyzačním režimu a jak jej pacienti dodržují?

Otázky určené respondentům:

8. O čem Vás všeobecné sestry edukují?
9. Víte, jaká strava a jaké aktivity jsou pro Vás vhodné?
10. Jak často Vám sestry poskytují informace o dialyzačním režimu?
11. Jak dialyzační režim dodržujete?

Výzkumná otázka č. 4: Mohou přispět všeobecné sestry k větší spokojenosti pacientů v dialyzační léčbě?

Otázky určené respondentům:

12. Jsou pro Vás informace týkající se dialyzačního režimu dostačující?
13. Uvítala/a byste více informací od všeobecných sester?
14. Jsou sestry schopny uspokojivě odpovědět na otázky týkající se dialyzačního režimu?

2.7.2 Interpretace rozhovorů s respondenty

Doslovný přepis zápisu polostrukturovaných rozhovorů s respondenty jsou doloženy v přílohách (viz příloha č. 4). V následujícím textu je pro dokreslení průběhu empirické části ponechám celistvý přepis rozhovoru s respondentkou 1.

Vzor: Respondent 1

Respondentka je žena navštěvující dialyzační středisko už několik let. Nyní absolduje dialyzační léčbu třikrát týdně. Během rozhovoru byla respondentka napojena na dialyzační přístroj. Vzhledem k tomu, že délka dialýzy trvala téměř pět hodin, měly jsme dostatek času i na to, aby si respondentka vše dostatečně promyslela. První otázka rozhovoru se týkala zaměstnání, na kterou paní odpověděla téměř bez váhání slovy: *„Zaměstnání jsem musela změnit kvůli časovému vytížení. Hlavně pro mě není reálné chodit do práce na plný úvazek. Teď pracuji jako prodavačka v obchodě na poloviční úvazek a zvládám to celkem v pohodě.“*

Další otázka byla, jestli respondentka musela ze svého života vyřadit nějaké aktivity po zahájení dialyzační léčby. Na odpověď potřebovala chvíli k zamyšlení, protože to prý už je dlouhá doba. Nakonec odpověděla, že téměř nic vyřadit nemusela, jen bylo potřeba, aby si život přizpůsobila hlavně časově. Pravidelné chození na dialýzu ji obírá o spoustu času, tudíž se nemůže věnovat zaměstnání a vnoučatům naplno. Na otázku týkající se podpory její rodiny odpověděla: *„Moje rodina mě vždycky ve všem podpořila, takže kdykoliv jsem potřebovala s něčím pomoci, poradit, odvézt k lékaři, nebo cokoli, vždy mi pomohli.“* Na paní bylo vidět, že je za svou rodinu a jejich oporu velice vděčná. Sama naznačila, že má asi veliké štěstí, že má takovou rodinu, jakou má. Následující otázka se týkala vnímání zdraví. Na otázku, zda je pro ni její aktuální zdravotní stav uspokojivý odpověděla: *„Momentálně se necítím nijak nemocná. Přijdu si jako zdravý člověk, co prostě jenom žije trochu jinak. Většina lidí, i ti zdraví mají v životě nějaká omezení. My na tom nejsme o nic jinak.“* Příjemně mě překvapilo, jak pozitivně, a hlavně s nadhledem respondentka bere problematiku její diagnózy. Odpověď na otázku, zda pociťuje v životě změnu od započetí dialyzační léčby byla: *„Změnu samozřejmě cítím hodně, rozhodně před léčbou bylo líp. Sice mi můj život nepříjde nijak špatný, ale občas si říkám, jak by mi asi bylo, kdybych nemusela pořád jezdit na dialýzu a po doktorech.“* Bylo vidět, že se dotazovaná lehce zasnila. Později přiznala, že ji takhle otázka trochu rozhodila, ale byla ochotná v rozhovoru pokračovat

dál. Následně jsme tedy přešly k další otázce. Otázka se týkala toho, co dotazované od započetí dialyzační léčby nejvíce chybí. Odpověď zněla: „*Nejvíc mi asi chybí taková ta volnost. Člověk se dřív mohl sebrat a odjet kam chtěl. Ted' musím přemýšlet kam, abych měla po ruce nějaké dialyzační středisko a vše domlouvat dostatečně dopředu. To je asi tak jediná věc, co mě trochu omezuje.*“ Další, celkem sedmá otázka se týkala psychiky. Na otázku, zda je pro ni dialyzační léčba psychicky náročná odpověděla: „*Bylo to pro mě hodně těžké, ale jen ze začátku. Dřív, nebo později si na to určitě zvykne každý. Spíš během dialýzy, když několik hodin ležíte, máte čas přemýšlet nad hloupostmi, ale teď aktuálně jsem psychicky úplně v pohodě.*“ Paní celkově působí velmi vyrovnaně se svým životem. Přizpůsobila se a zvykla si na nový styl života. Následující otázky se týkají edukace. Po položení otázky, o čem ji všeobecné sestry edukují potřebovala chvilku a promyšlení. Poté odpověděla: „*Ptají se mě, co jsem jedla a pila. To je zajímavá nejvíc. Hlavně množství tekutin. Potom mi řeknou, jestli je to dobře, nebo špatně. Já mám většinou minimální váhový přírůstek, tak mě většinou chválí. Taky mi dávají i nějaké brožurky, které mám vždy k ruce, když něco nevím.*“ Další otázka se týkala toho, jestli ví, jaká strava a aktivity jsou pro ni vhodné. Následovala okamžitá odpověď: „*Tohle mám dost nastudované. Musím pít jeden litr tekutin denně. V tom je započítána i polévka, kompoty a podobně. Taky bych neměla moc solit a ovoce se zeleninou bych měla jíst v menším množství. Z aktivit tak nějak asi co fyzicky zvládnou. Ničemu extrémnímu jsem se nikdy nevěnovala, takže aktivně žiju tak, jak jsem byla zvyklá. Je potřeba mít trochu fyzickou.*“ Na další otázku, jak často všeobecné sestry poskytují informace o dialyzačním režimu poskytla stručnou a jasnou odpověď: „*Asi každou dialýzu.*“ Zeptala jsem se respondentky, jak dodržuje dialyzační režim. Odpověděla, že se snaží, dodržovat ho na 100 %, a že díky tomu taky ještě neměla s léčbou žádný problém. Během dialýzy se jí málo kdy stane, že by jí bylo špatně, takže si myslí, že dodržovat dialyzační režim co nejvíc, se vyplatí. Na otázku, zda jsou pro ni informace týkající se dialyzačního režimu dostačující odpověděla: „*Ano, informace jsou pro mě dostačující.*“ Další otázka se opět týkala množství informací, a to jestli by jich od všeobecných sester uvítala více. Na tuhle otázku odpověděla: „*Informací není nikdy dost. Sice jich víc nepotřebuji, ale kdyby byly, určitě je uvítám.*“ Na respondentce bylo vidět, že je otevřená novým informacím a že ji opravdu záleží na tom, aby věděla, jak má o svoje zdraví pečovat. Poslední otázka rozhovoru se týkala všeobecných sester, jestli jsou schopny uspokojivě odpovědět na otázky týkající se dialyzačního režimu. Paní se usmála a odpověděla: „*Sestřičky jsou tady hodné a když mám s čímkoliv problém, nebo si nevím rady, dokážou mi poradit*“

a pomoci. Většina tu pracuje už dlouho, takže mají dost zkušeností a ví co je pro nás nejlepší.“ Respondentka podotkla, že má v místním personálu opravdu velkou oporu a je ráda, že může dialyzační léčbu absolvovat zrovna tady.

2.8 Analýza výsledků

K zodpovězení všech výzkumných otázek byla použita kvalitativní metoda polostrukturovaného rozhovoru. Z odpovědí respondentů byly určeny kategorie a kódy. Výsledky výzkumu byly kvůli lepší přehlednosti rozděleny dle výzkumných otázek a zaznamenány do tabulek.

Výzkumná otázka č. 1

K jakým změnám v osobním životě pacientů došlo z důvodu absolvování dialyzační léčby?

Otázka 1.A

Musel/a jste změnit Vaše zaměstnání?

Kategorie: **ZMĚNA ZAMĚSTNÁNÍ**

Kódy: **žádná změna, zkrácení úvazku, ztráta zaměstnání, invalidní důchod, brigáda**

Tabulka 2 Vizualizace k výzkumné otázce č. 1 – Změna zaměstnání

Respondent	Žádná změna	Zkrácení úvazku	Ztráta zaměstnání	Invalidní důchod	Brigáda
R1		X			
R2	X				
R3			X		
R4				X	X
R5		X			
R6			X		

Zdroj: autorka

Z tabulky je zřejmé, že na každého jednotlivého pacienta měla dialyzační léčba jiný dopad. Téměř pro všechny to ale znamenalo určitou změnu, většinou se změna týkala hlavně zaměstnání. První respondentka uvedla, že zaměstnání změnit musela. Hlavně z důvodu časového vytížení by pro ni bylo těžké kombinovat pravidelné dojíždění na dialýzu s prací na plný úvazek. Podobně odpověděla respondentka č. 5,

která zaměstnání měnit nemusela, pouze provedla změnu úvazku na poloviční. Pro druhého respondenta zahájení dialyzační léčby neznamenal v zaměstnání změnu žádnou, protože pracuje jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná) a na dialýzu jezdí pouze dvakrát týdně. Pro celkem dva respondenty bylo nutné, aby svoje zaměstnání opustili úplně, protože by pro ně bylo fyzicky téměř nemožné ji vykonávat. Jeden z respondentů uvádí, že zaměstnání řeší formou občasných brigád.

Otázka 1.B

Jaké aktivity jste musel/a vyřadit ze svého života?

Kategorie: **ZTRÁTA AKTIVIT**

Kódy: **žádná ztráta, ztráta času, zaměstnání, cestování**

Tabulka 3 Vizualizace k výzkumné otázce č. 1 – Ztráta aktivit

Respondent	Žádná ztráta	Ztráta času	Zaměstnání	Cestování
R1		X		
R2	X			
R3			X	X
R4	X			
R5	X			
R6			X	

Zdroj: autorka

Respondenti se snaží svůj život žít totožně, jako před započítím dialyzační léčby. U poloviny respondentů dialyzační léčba nevyžadovala vyřazení žádných aktivit, což je vidět zaznamenané ve výše uvedené tabulce. První respondentka uvádí, že svůj život musela trochu více časově přizpůsobit z důvodu pravidelného dojíždění na dialyzační středisko. Dva respondenti poznamenali, že museli opustit svoje zaměstnání, protože nebylo fyzicky možné, aby je dále vykonávali. Jeden z nich uvádí i ztrátu možnosti věnovat se cestování tak, jako dříve.

Otázka 1.C

Projevila Vám rodina dostatečnou podporu?

Kategorie: **PODPORA RODINY**

Kódy: **velká podpora, dostačující podpora, žádná podpora**

Tabulka 4 Vizualizace k výzkumné otázce č. 1 – Podpora rodiny

Respondent	Velká podpora	Dostačující podpora	Žádná podpora
R1	X		
R2			X
R3	X		
R4	X		
R5	X		
R6		X	

Zdroj: autorka

Z výše vyobrazené tabulky jasně vyplývá, že většina respondentů měla velkou podporu od jejich vlastní rodiny. Pouze v jednom z případů bylo zodpovězeno, že podpora je sice dostačující, ale není taková, jak by si to respondent představoval, neboť manželka ho opustila. Má však hodné rodiče, kteří ho vždy dostatečně podpoří. Jeden z dotazovaných uvedl, že podpora od rodiny je takřka nulová, protože žije sám a nemá rodiče, manželku, ani děti.

Výzkumná otázka č. 2

Jak vnímají pacienti svoje zdraví?

Otázka 2.A

Je pro Vás Váš aktuální zdravotní stav uspokojivý?

Kategorie: **SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ**

Kódy: **uspokojivý, méně uspokojivý, neuspokojivý**

Tabulka 5 Vizualizace k výzkumné otázce č. 2 – Subjektivní vnímání zdraví

Respondent	Uspokojivý	Méně uspokojivý	Neuspokojivý
R1	X		
R2	X		
R3		X	
R4		X	
R5	X		
R6			X

Zdroj: autorka

Polovina respondentů se snaží svůj zdravotní stav vnímat pozitivně, tudíž jako uspokojivý. Dokonce tvrdí, že se ani necítí fyzicky být nějak nemocní. Dva z dotazovaných uvedli, že jejich zdravotní stav je celkem uspokojivý, ale mohlo by to být lepší, protože přece jen tři dny z každého týdne jsou najednou jakoby pryč. Pouze jeden respondent je nespokojený se svým zdravotním stavem, protože již 12 let jezdí stále tam a zpět a to mu nevyhovuje.

Otázka 2.B

Pociťujete v životě změnu od započetí dialyzační léčby?

Kategorie: **ZMĚNA V ŽIVOTĚ**

Kódy: **výrazná změna, malá změna**

Tabulka 6 Vizualizace k výzkumné otázce č.2 – Změna v životě

Respondent	Výrazná změna	Malá změna
R1	X	
R2		X
R3	X	
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Při dotazování respondentů, zda pociťují v životě nějakou změnu od započetí dialyzační léčby, odpověděli téměř všichni, že pociťují výraznou změnu. Musejí více dbát na svůj zdravotní stav, než jak byli zvyklí. Uvádí i jako velkou změnu velký úbytek jejich volného času, zejména pokud jsou již ve vyšším věku a mohli by se více věnovat rodině a svým vnoučatům. Pouze jeden z respondentů odpověděl, že změnu pociťuje, ale jen malou, protože si na nově zavedený režim zvykl a už mu to ani nepřijde nijak divné.

Otázka 2.C

Je něco, co Vám od započetí dialyzační léčby v životě chybí?

Kategorie: **CHYBĚJÍCÍ AKTIVITY**

Kódy: **volnost, hospoda/alkohol, zaměstnání, cestování, neomezené stravování, volný čas**

Tabulka 7 Vizualizace k výzkumné otázce č.2 – Chybějící aktivity

Respondent	Volnost	Hospoda/ alkohol	Zaměstn ání	Cestování	Neomezené stravování	Volný čas
R1	X					
R2		X				
R3			X	X		
R4					X	
R5						X
R6		X				

Zdroj: autorka

Pokud jde o aktivity dialyzovaných pacientů, je třeba důkladně zvážit, nebo i konzultovat s odborníkem, zda je vhodné pokračovat v nich i nadále. Po položení otázky, co respondentům nejvíce chybí od započetí dialyzační léčby, odpovídal každý jinak. Pouze dvě odpovědi se shodují. Dva z respondentů uvedli, že jim chybí možnost neomezeného užívání alkoholu, neboť se sami řadí do kategorie mužů, kteří jsou od jakživa zvyklí chodit do společnosti a trávit čas s přáteli tímto způsobem. Ostatní respondenti měli každý jinou odpověď. Jednomu chybí volnost, dalšímu vadí, že se nemůže neomezeně stravovat. Jeden z respondentů uvedl, že mu chybí volný čas.

Respondent 3 dokonce udává dvě odpovědi, a to ztrátu zaměstnání a nemožnost cestovat stejně, jako ještě před započítím dialyzační léčby.

Otázka 2.D

Je pro Vás dialyzační léčba psychicky náročná?

Kategorie: **NÁROČNOST LÉČBY NA PSYCHIKU**

Kódy: **hodně náročné, středně náročné, málo náročné, nenáročné**

Tabulka 8 Vizualizace k výzkumné otázce č.2 – Náročnost na psychiku

Respondent	Hodně náročné	Středně náročné	Málo náročné	Nenáročné
R1	X			
R2				X
R3	X			
R4			X	
R5	X			
R6		X		

Zdroj: autorka

Polovina respondentů odpověděla, že zvládání dialyzační léčby je pro ně hodně náročné. Jeden z dotazovaných uvedl, že pro něj léčba nijak náročná není. Respondent 4 odpověděl, že je pro něho málo psychicky náročné zvládat dialyzační léčbu. Když má špatnou náladu, tak si s někým popovídá a hned je mu líp. Pouze jeden z šesti tázaných uvedl, že léčba je pro něj středně náročná na jeho psychiku, protože mu to moc velký psychický problém nečiní.

Výzkumná otázka č. 3

Jak všeobecné sestry edukují o dialyzačním režimu a jak jej pacienti dodržují?

Otázka 3.A

O čem Vás všeobecné sestry na dialýze edukují?

Kategorie: **TÉMA EDUKACE**

Kódy: **stravování, množství tekutin, hmotnost, kouření**

Tabulka 9 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Téma edukace

Respondent	Stravování	Množství tekutin	Hmotnost	Kouření
R1	X	X		
R2	X	X		
R3	X	X		
R4			X	
R5				X
R6		X		

Zdroj: autorka

Z odpovědí na výše uvedenou otázku je zřejmé, že sestry edukují pacienty převážně o tom, co zrovna příliš nedodržují. První dva respondenti odpověděli téměř stejně. Všeobecné sestry je edukují převážně o správnosti stravování, vhodném denním příjmu tekutin. Třetí z respondentů také uvedl, že bývá edukován o správném příjmu jídla a tekutin. Další z dotazovaných uvedl, že bývá nejvíce edukován v oblasti hmotnosti svého těla, protože má nadváhu, a to může způsobit další zdravotní komplikace. Jeden z respondentů odpověděl, že ho sestry informují o nutnosti omezit kouření a poslední z tázaných odpověděl, že ho informují pouze o možném množství přijímaných tekutin.

Otázka 3.B

Víte, jaká strava a aktivity jsou pro vás vhodné?

Kategorie: **ZNALOST VHODNÝCH AKTIVIT A ZNALOST STRAVY**

Kódy: **výborná znalost, průměrná znalost, malá znalost**

Tabulka 10 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Znalost vhodných aktivit

Respondent	Výborná znalost	Průměrná znalost	Malá znalost
R1	X		
R2		X	
R3		X	
R4		X	
R5		X	
R6			X

Zdroj: autorka

Informace ve výše vyobrazené tabulce ukazují, že většina z respondentů mají průměrnou znalost, pokud jde o to, co mohou, nebo naopak nemohou vykonávat za aktivity. Jeden z dotazovaných má výborný přehled o tom, co pro něj je a není vhodné. Problematiku mají nastudovanou z různých zdrojů dostupných na internetu, nebo i od personálu na hemodialýze. Jeden z respondentů uvedl, že moc velký přehled nemá a moc se o to ani nezajímá.

Tabulka 11 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Znalost stravy

Respondent	Výborná znalost	Průměrná znalost	Malá znalost
R1	X		
R2			X
R3	X		
R4		X	
R5		X	
R6			X

Zdroj: autorka

Z informací zaznamenaných v tabulce můžeme vypožorovat, že znalosti pacientů ohledně vhodného stravování jsou různé. Většinou se informovanost týká vhodného množství přijímaných tekutin. Dva z respondentů projevíli výbornou znalost a také zájem o problematiku týkající se vhodného stravování. Jsou dostatečně edukováni od všeobecných sester a zároveň si sami shánějí informace z různých dostupných zdrojů. Dva z dotazovaných uvedli, že vědí, jak se stravovat, nebo si to alespoň myslí. Důležité

pro ně je vědět, kolik mohou vypít, a to vědí. Druhý a poslední respondent uvedli, že se o správnost stravování příliš nezajímají, tudíž jejich znalosti jsou spíše menší.

Otázka 3.C

Jak často Vám sestry poskytují informace o dialyzačním režimu?

Kategorie: **FREKVENCE POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ**

Kódy: **každá dialýza, jednou za měsíc, jednou za týden**

Tabulka 12 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Frekvence poskytování informací

Respondent	Každou dialýzu	Jednou za měsíc	Jednou za týden
R1	X		
R2		X	
R3	X		
R4	X		
R5			X
R6	X		

Zdroj: autorka

Z tabulky je zřejmé, že většina respondentů dostává od všeobecných sester informace při každé dialýze. Zřejmě taky záleží na tom, zda pacient o informace vůbec stojí. Pokud někdo z pacientů léčebný režim nijak nedodržuje, je pochopitelné, že pravidelná edukace při každé návštěvě dialyzačního střediska je víc než nutná. Podávání informací jednou měsíčně uvedl pouze jeden z dotazovaných. Zároveň má taky prostor, se na cokoli zeptat. Jeden z respondentů odpověděl, že je edukován jednou týdně, protože již jezdí na dialýzu 13 let, proto sám nepovažuje za nutné, provádět edukaci při každé dialýze.

Otázka 3.D

Jak dialyzační režim dodržujete?

Kategorie: **DODRŽOVÁNÍ DIALYZAČNÍHO REŽIMU**

Kódy: **maximální dodržování, průměrné dodržování, nedostatečné dodržování**

Tabulka 13 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Dodržování dialyzačního režimu

Respondent	Maximální	Průměrné	Nedostatečné
R1	X		
R2		X	
R3	X		
R4		X	
R5		X	
R6			X

Zdroj: autorka

Tabulka č.12 ukazuje na problematiku týkající se dodržování dialyzačního režimu. Dva z respondentů uvedli, že dialyzační režim dodržují opravdu maximálně. O vše se zajímají a kladou velký důraz na to, aby vše probíhalo v pořádku a neměli žádné komplikace. Tři respondenti odpověděli, že se dialyzační režim dodržovat snaží, ale mohlo by to jít i líp, ale vzhledem k tomu, že nepocítují většinou žádné komplikace, nemají potřebu se snažit víc. Jeden z respondentů uvedl, že dialyzační režim nedodržuje a kvůli tomu mu bývá během dialýzy nevolno.

Výzkumná otázka č.4

Mohou přispět všeobecné sestry k větší spokojenosti pacientů v dialyzační léčbě?

Otázka 4.A

Jsou pro vás informace týkající se dialyzačního režimu dostačující?

Kategorie: **SUBJEKTIVNÍ MNOŽSTVÍ INFORMACÍ**

Kódy: **dostačující**

Tabulka 14 Vizualizace k výzkumné otázce č.4 – Subjektivní množství informací

Respondent	Dostačující
R1	X
R2	X
R3	X
R4	X
R5	X
R6	X

Zdroj: autorka

Údaje obsažené v tabulce jasně ukazují na to, že všichni respondenti mají dostatek informací. Alespoň tvrdí, že jim stačí. Mají dostatek opory v personálu a zároveň jsou jim všeobecné sestry schopny poskytnout odpovědi na jejich položené otázky. Dále jim také pomohou zajistit informace i z tištěných či elektronických zdrojů.

Otázka 4.B

Uvítal/a byste více informací od všeobecných sester?

Kategorie: **VÍCE INFORMACÍ**

Kódy: **informace uvítá, nechce informace, nepotřebuje informace**

Tabulka 15 Vizualizace k výzkumné otázce č.4 – Více informací

Respondent	Uvítá informace	Nechce informace	Nepotřebuje informace
R1	X		X
R2		X	
R3	X		
R4			X
R5		X	
R6	X		X

Zdroj: autorka

V tabulce jsou zapsány odpovědi na otázku, jestli by respondenti uvítali více informací o dialyzačním režimu. Celkem dva z dotazovaných uvedli, že informace sice nepotřebují,

ale klidně by nějaké další uvítali, protože se vysoce zajímají o to, aby vše dělali správně. Další dva respondenti odpověděli, že více informací nepotřebují. Ať už z důvodu, že je to obtěžuje, nebo z důvodu, že jich mají dost. Polovina respondentů odpověděli, že informace nepotřebují, protože jich mají už dost.

Otázka 4.C

Jsou sestry schopny uspokojivě odpovědět na otázky týkající se dialyzačního režimu?

Kategorie: **SCHOPNOST SESTER ODPOVÍDAT NA OTÁZKY**

Kódy: **velmi schopné, umí poradit, jiný zdroj**

Tabulka 16 Vizualizace k výzkumné otázce č.4 – Schopnost sester odpovídat na otázky

Respondent	Velmi schopné	Umí poradit	Jiný zdroj
R1		X	
R2	X		X
R3	X		
R4		X	X
R5	X		
R6	X		

Zdroj: autorka

Z celkem čtyř odpovědí je jasné, že sestry jsou schopny uspokojivě odpovídat na otázky týkající se dialyzačního režimu. Dva z dotazovaných uvedli, že jim sestry umí poradit se vším na co se jich zeptají. Dokonce ještě dva z respondentů uvedli, že když si i samy sestry nejsou s něčím jisté, odpovědi jim dohledají, nebo se informují u lékařky. Tudíž celkově je zřejmé, že všichni z dotazovaných mají pocit, že všeobecné sestry jim dokážou uspokojivě odpovědět na položené otázky ohledně dialyzačního režimu.

Po proběhlé vizualizaci odpovědí na výzkumné otázky následuje diskuse k problematice.

3 Diskuze

V této části závěrečné práce jsou vyhodnocena data z výsledků rozhovorů od respondentů a následně jsou srovnána s výsledky jiných výzkumných prací.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.1: K jakým změnám v osobním životě pacientů došlo z důvodu absolvování dialyzační léčby?

Odpovědi na otázky týkající se změny života z důvodu absolvování dialyzační léčby byly velmi různé. **Změna v zaměstnání** se nejvíce dotkla dvou z šesti dotazovaných, kteří uvedli, že museli svoje zaměstnání opustit úplně, protože nebyli schopni dál vykonávat svou práci. Další dva respondenti byli nuceni svůj pracovní úvazek alespoň zkrátit, neboť pravidelné návštěvy dialyzačního střediska jsou časově velmi náročné. Pouze jeden z respondentů uvedl, že má invalidní důchod, ale má možnost občasných brigád jako menší přivýdělek. Žádnou změnu to neznamenal pouze pro jednoho z dotazovaných, což se mírně shoduje s výzkumem bakalářské práce Zoubkové (2007), která prováděla výzkum v dialyzačním středisku Nemocnice Třebíč a v hemodialyzačním středisku FN USA (Fakultní nemocnice u svaté Anny) v Brně. V její práci je uvedeno, že žádnou změnu v zaměstnání neznamenal dialyzační léčba pouze pro 11 % respondentů z celkem 64 dotazovaných, 43 % odešlo do invalidního důchodu a 36 % o zaměstnání přišlo. Oproti tomu v bakalářské práci Dymákové (2016) je uvedeno, že u 57,5 % respondentů z celkem 40 hemodialyzovaných pacientů nenastala žádná změna. To nekoreponduje s výše uvedeným šetřením, kdy ke změně došlo téměř u všech respondentů, kromě jednoho. Z toho plyne, že převažuje množství pacientů, kteří museli z důvodu dialyzační léčby určitým způsobem změnit zaměstnání, což mohlo ovlivnit finanční situaci respondentů.

Pokud jde o **aktivní život** dialyzovaných pacientů, celkem pro polovinu respondentů neznamenal započetí léčby žádnou změnu. Další dva respondenti ve ztrátě uvádí pouze ztrátu zaměstnání. Respondent č. 3 uvádí ztrátu zaměstnání i deficit v oblasti cestování, na něž byl dříve zvyklý. Ztrátu času uvedl pouze jeden z dotazovaných. Oproti tomu Dymáková (2016) ve výsledcích výzkumu své bakalářské práce uvádí, že úbytek času spojený s dialyzační léčbou trápí z 40 respondentů celkem 32 pacientů, což je velká většina. Zde je třeba konstatovat, že každý pacient má jiné priority a mnou dotazovaní respondenti mají větší potíže například se ztrátou zaměstnání či nemožností cestovat.

Pro pacienty léčené dialýzou je velmi důležitá **podpora rodiny** a bohužel ji nemají všichni dostačující. V mém výzkumu je zřejmé, že většina respondentů má u své rodiny velkou podporu, což je obrovské pozitivum pro téměř všechny pacienty. Jeden z pacientů udává, že podpora jeho rodiny je dostačující. Respondent, který nemá žádnou podporu od své rodiny, se mého výzkumu zúčastnil pouze jeden. Zoubková (2007) ve své bakalářské práci uvádí, že většina jejich respondentů, to je celkem 51 z 64 dotazovaných je s podporou rodiny spokojena, což se téměř shoduje s výsledky výzkumu v mé bakalářské práci. Zde je jasně zřetelné, že ve většině případů rodina zajišťuje dostatečnou podporu.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.2: Jak vnímají pacienti svoje zdraví?

Pro polovinu respondentů mého výzkumu je subjektivní vnímání zdraví uspokojivé a snaží se ho vnímat pozitivně. Dva z šesti respondentů vnímají svůj zdravotní stav uspokojivě o něco méně. Pouze pro jednoho z respondentů není zdravotní stav uspokojivý vůbec.

K otázce, zda pacienti pocítují **v životě změnu** od započetí dialyzační léčby odpověděli téměř všichni totožně. Pouze jeden z šesti respondentů odpověděl, že změnu pocítuje pouze malou. Zbylých pět respondentů uvedlo, že cítí výraznou změnu.

Odpovědi na otázku, co pacientům nejvíce chybí, byly velmi odlišné. Jeden respondent uvedl, že mu chybí volný čas, jednomu chybí možnost se neomezeně stravovat, bez nutnosti přemýšlet co se smí a co ne. Jeden z dotazovaných uvedl, že mu chybí volnost, přesněji možnost, dělat si co se mu zachce. Cestování a zaměstnání postrádá pouze jeden respondent a celkem dva uvádí, že jim chybí možnost chodit do hospody a užívat alkohol dle vlastní libosti. V bakalářské práci Dymáková (2016) je uvedeno, že schopnost cestovat chybí celkem 70 % respondentům z 40, tím pádem se jedná o většinu, což se vymyká výsledkům mého výzkumu, kde cestování postrádá pouze jeden z dotazovaných. V tomhle případě je nutné podotknout, že pro každého z respondentů je důležité něco jiného, a tudíž odpovědi v mém výzkumu byly více odlišné.

V případě psychiky pacientů léčených na dialýze je **léčba náročná** přesně pro polovinu respondentů z šesti dotazovaných. Pouze pro jednoho je absolutně nenáročná, pro jednoho náročná málo a pro jednoho středně. Výsledky výzkumu korepondují

s výsledky výzkumu jedné nemocnice v Pákistánu, kde byla zjištěna deprese u 75 % respondentů ze 180 dotazovaných (Saeed a kol. 2012). Tudiž je jasné, že vliv daného onemocnění na psychiku pacienta je celkem velký, bez ohledu na národnost pacienta.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.3: Jak všeobecné sestry edukují o dialyzačním režimu?

Z mého výzkumu je zřejmé, že všeobecné sestry polovinu respondentů edukují o správném stravování a množství tekutin, které mohou denně vypít. Dva z respondentů kromě edukace ohledně stravování a množství tekutin uvedli i informace pomocí brožur, či jiných letáků a časopisů. Jednoho z respondentů edukují o hmotnosti, neboť nadváha je pro dialyzované pacienty rizikem. Z odpovědí od respondentů lze vyvodit, že většinu pacientů léčených na dialýze je nutné neustále informovat o možném množství přijímaných tekutin.

Polovina respondentů projevila průměrné a dva respondenti dokonce výborné znalosti týkající se dialyzačního režimu. Je obdivuhodné zjistit, že se většina pacientů zajímá o svůj zdravotní stav a není jim příliš lhostejný. Malou znalost projevila pouze jeden z respondentů, ale jen kvůli svému vlastnímu nezájmu. Bakalářská práce Michalcová (2017), která prováděla výzkum v nemocnici Kroměříž a.s. a v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně ve výsledcích výzkumu uvádí, že 91 % ze 100 respondentů ví, jaké potraviny jsou pro ně vhodné a naopak pouze 9 % z dotazovaných pacientů vůbec neví, co smí konzumovat. Z výsledků výzkumů lze vyvodit fakt, že se pacienti zajímají o správný režim a ví, jak ho dodržovat.

Edukace pacientů ze strany všeobecných sester je deklarována v předkládaném výzkumném šetření **velmi kladně**. Čtyři pacienti uvádějí, že je všeobecné sestry edukují při každé návštěvě dialyzačního střediska. Jednoho z respondentů edukují přibližně jednou za týden a jednoho jednou za měsíc. Edukace pacientů je důležitá a jistě je vhodné provádět ji neustále, aby pacienti nezapomněli, co je správné. Pokud už někdo jezdí na hemodialýzu spoustu let, je pochopitelné, že není nutné edukovat ho o stejných věcech třikrát během jednoho týdne. Michalcová (2017) uvádí ve své práci, že 24 % ze 100 respondentů jejího výzkumu uvedlo, že byli edukováni pouze jednou. Zbytek byl edukován opakovaně. Tento výsledek se mírně liší od mého výzkumu, kde všichni respondenti jsou edukováni opakovaně, pouze s odlišnou délkou intervalu mezi

jednotlivými informacemi, ale i přes to je zjevné, že všeobecné sestry velmi dbají na správnou a pravidelnou edukaci pacientů.

Při položení otázky, jak pacienti **dodržují dialyzační režim**, jsem čekala spíše negativní odpovědi, ale ve výsledku se ukázalo, že respondenti mají snahu režim dodržovat. Pouze jeden z šesti respondentů uvedl, že léčebný režim nedodržuje. Zoubková (2007) deklaruje, že 42 % z 64 respondentů mají problém s dodržováním léčebného režimu, z toho 7 % mají velké problémy. V tomto případě je celkem zarážející fakt, že téměř polovina respondentů v práci Zoubková (2007) má problém s dodržováním režimu. Vzhledem k výše zjištěnému faktu, že edukace ze strany všeobecných sester je dostačující, domnívám se, že problém, týkající se dodržování režimu záleží spíše na osobnosti a vůli pacienta samotného.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.4: Mohou přispět všeobecné sestry k větší spokojenosti pacientů v dialyzační léčbě?

Všichni respondenti odpověděli, že jsou pro ně informace, které se týkají dialyzačního režimu naprosto dostačující. Svědčí to o kladném přístupu všeobecných sester k pacientům, kteří na hemodialýzu pravidelně dochází. Byť má očekávání byla spíše pozitivní, totožná odpověď u všech respondentů pro mě byla překvapující.

Polovina z šesti respondentů uvedla, že nepotřebuje další informace týkající se dialyzačního režimu. Dva z nich je sice nepotřebují, ale jelikož projevují zájem o svoje zdraví, rádi by nějaké informace navíc uvítali. Stejně, jak jsem předpokládala, uvedli dva respondenti, že žádné další informace nechtějí, což trochu vypovídá o nezájmu o jejich vlastní zdraví a kladný průběh léčby. Zde vyvozují závěr, že ve většině případů jsou pacienti již dostatečně edukováni a zároveň jeví zájem o svoje zdraví.

Na otázku schopnosti sester odpovídat na otázky týkající se dialyzačního režimu odpověděla většina respondentů, že sestry jsou velmi schopné, což naplnilo moje očekávání. Dva z šesti respondentů uvedli, že umí poradit, když se jich na něco zeptají a ve dvou případech byla uvedena odpověď, že jsou schopny informace dohledat z jiných zdrojů. Pokud si sestra není jistá odpovědí, poradí se buď s lékařkou, nebo informace dohledá z jiných ověřených zdrojů. Výzkum bakalářské práce Michalcová (2017) pojednává o tom, že pouze 3 % ze 100 respondentů odpověděla, že v případě dotazů a nejistoty pacienta sestra nepodala uspokojivé vysvětlení, týkající se léčby. Výsledek tohoto výzkumu je téměř totožný s výsledky výše předkládaného šetření. V tomto případě

je jasně zřejmé, že všeobecné sestry jsou profesionálky a aktivní edukaci pacientů realizují jako nespornou součást ošetrovatelské péče.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

V této bakalářské práci bylo zjištěno, že dialyzační léčba s sebou nese mnohá omezení. Pacienti musí měnit své zaměstnání, nemohou cestovat, jak byli zvyklí a nemají dostatek volného času. Proto bych doporučila pacienty informovat o možnosti využití prázdninových dialýz, které umožňují volnější pohyb pacientů nejen po České republice, ale i po zahraničí. Dále by dle mého názoru bylo vhodné, aby všeobecné sestry s pacienty projednaly, v jakou denní dobu by pro ně bylo vhodnější dialyzační středisko navštěvovat. Popřípadě by se jim měly s pomocí celého ošetrovatelského týmu snažit vyhovět, aby zásah do jejich denních zvyklostí byl co nejmenší.

Dále bylo zjištěno, že i přes to, že většina respondentů dodržuje dialyzační režim a snaží se zajímat o svoje zdraví a lepší průběh nemoci, stále se najdou pacienti, kteří léčebný režim nedodržují a způsobuje jim to komplikace ať už během dialýzy nebo i mimo ni. Dle mého zjištění to není chyba všeobecných sester, ale pacientů, kteří i přes neustálé poučování a upozorňování nejsou schopni dialyzační režim dodržovat, neboť přístup každého pacienta je velice individuální. Přes to bych doporučila nepolevovat v edukaci o nutnosti léčebný režim dodržovat. Ze strany všeobecných sester by bylo dobré, aby pacientům doporučili rozhovor s některým z pacientů, který dialyzační léčbu absolvuje už delší dobu, je se svým životem vyrovnaný a dialyzační režim zvládá.

Vzhledem k tomu, že největší problém jsem shledala v oblasti psychiky pacientů, bylo by dle mého názoru vhodné, přistupovat k nim i nadále s co největší empatií a nebrat problémy pacientů na lehkou váhu. Dále si myslím, že by bylo užitečné doporučit vedení dialyzačního střediska, aby byly do dialyzačního programu zařazeny i pravidelné návštěvy psychologa, které by pomohly pacientům lépe vnímat své onemocnění.

Výsledky otázek týkajících se edukace pacientů a schopnosti všeobecných sester podávat informace byly velmi kladné. Tohle zjištění je jistě velmi pozitivní, neboť schopnost všeobecných sester kvalitně edukovat, je nedílnou součástí realizace ošetrovatelského procesu. Osobní přístup všeobecných sester k pacientům je velmi potřebný a pacientům dodá na jistotě a důvěře ve zdravotnický personál. Proto bych v tomto směru doporučila udržet pravidelnost a kvalitu edukace na stejné úrovni.

5 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivnila dialyzační léčba kvalitu života pacientů a zjistit míru edukace pacientů v souvislosti s dialyzační léčbou poskytovanou všeobecnými sestrami. Výzkum probíhal na dialyzačním středisku B. Braun Omnia ve Slavkově u Brna. Výzkum byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů s celkem šesti respondenty, kteří dialyzační středisko pravidelně navštěvují.

Cíl první byl splněn zodpovězením otázek týkajících se ovlivnění kvality života pacientů v souvislosti s dialyzační léčbou. Výzkum ukázal, že každého respondenta dialyzační léčba ovlivnila, ve většině případů ne příliš pozitivně a pro téměř všechny respondenty znamenala dialyzační léčba velkou změnu v jejich životě. Jsou respondenti, kterým chybí ztráta volného času, někomu chybí možnost cestovat, chodit do zaměstnání, či se volně stravovat, tudíž z mého výzkumu je zřejmé, že každý od započetí dialyzační léčby postrádá něco jiného v závislosti na tom, jaký život vedl před započetím dialyzační léčby. Dialyzační léčba ovlivnila život pacientů také v oblasti psychiky. Pro většinu respondentů je léčba psychicky náročná, a ne každý udává dostačující podporu vlastní rodiny. Dva z respondentů nemají od rodiny příliš velkou podporu, která je velmi důležitá. Přes všechny problémy se však pacienti snaží svoje zdraví vnímat kladně a dělat všechno pro to, aby účinky léčby byly adekvátní. Samozřejmě se najdou i pacienti, kteří svůj zdravotní stav absolutně bagatelizují a dodržování dialyzačního režimu je pro ně téměř cizí i přes snahu všeobecných sester je neustále poučovat o jeho nutnosti. Z tohoto výzkumu lze vyvodit závěr, že život dialyzovaných pacientů byl po započetí dialyzační léčby hodně ovlivněn a pacienti se museli vyrovnat s omezeními, které s sebou dialyzační léčba nese v souvislosti s tím, jaké činnosti vykonávali v životě před dialýzou.

Cíl druhý byl splněn zodpovězením otázek týkající se míry edukace pacientů v souvislosti s dialyzační léčbou. Výsledky byly převážně pozitivní. Většina respondentů udávala informace o tom, jak mají správně dodržovat dialyzační režim správně, což vypovídá o správné edukaci i ze strany všeobecných sester. Neplatí to ovšem pro všechny pacienty. Jsou zde i tací, kteří se o svůj zdravotní stav nezajímají a nepocítují potřebu se jakkoli omezovat ve všedních činnostech i přes neustálou trpělivost všeobecných sester je upozorňovat a poučovat. Proto je nutné podotknout, že přístup pacientů je velice individuální, a to se pak odráží i v jejich toleranci nemoci. Edukace pacientů ze strany sester byla hodnocena naprosto kladně, včetně schopnosti sester odpovídat na otázky

pacientů. Všichni respondenti uvedli, že mají dostatečné množství informací týkající se dialyzačního režimu. Pacienti léčení dialýzou se tak cítí jistěji a klidněji, když ví, že kolem sebe mají vzdělaný a schopný personál, který dané problematice rozumí. Z výzkumu je jasně zřejmé, že edukace poskytovaná všeobecnými sestrami je dostatečná a pacienti na dialýze jsou správně edukováni.

Seznam použité literatury

- B.BRAUN, 2017. *Dietní režim*. [online] [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: https://www.bbraun.cz/content/dam/b-braun/cz/website/avitum-pacienti/pacientské-brožury-pdf/03%20dietni%20rezim_CZ_A5_2017-03-10_NAHLED.pdf
- B.BRAUN, 2017. *Kvalita života s dialýzou*. [online] [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: https://www.bbraun.cz/content/dam/b-braun/cz/website/avitum-pacienti/pacientské-brožury-pdf/08%20kvalita%20zivota%20s%20dialyzou_CZ_A5_2017-03-14_NAHLED.pdf
- B.BRAUN, 2020. *Transplantace ledviny*. [online] [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <http://www.ledviny.cz/transplantace-ledviny>
- BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a kol., 2007. *Peritoneální dialýza*. 2. vydání. Praha: Jessenius Maxdord. 334 s. ISBN 978-80-7345-005-2.
- BEDNÁŘOVÁ Vladimíra, 2015. *Peritoneální dialýza*. [online] [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/far/2015/03/11.pdf>
- ČERNÁ Michaela, 2006. *Sexuální problematika dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. [online] [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: http://stezen.xf.cz/html/stezen/2006/02/2006_2_07.html
- DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- DYMÁKOVÁ Tereza, 2016. *Život s dialýzou*. [online] [cit. 2020-06-22]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/64853/DymakovaT_ZivotHemodialyzou_JR_2016.pdf?sequence=3
- DŽUMELOVÁ, Marcela a Simona ĎURČOVÁ, 2009. *Dialyzovaný pacient a trávení vo'lného času*. [online].[cit. 2020-07-06]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2009/1/dialyzovany-pacient-a-travenie-volneho-casu/>

- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9
- HAMPLOVÁ Ludmila, 2015. *Dialýza převrátí nemocným život naruby, vypít smí jen půllitr denně*. [online] [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/05/dialyza-prevrati-nemocnym-zivot-naruby-vypit-smi-jen-pullitr-denne/>
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2
- KACHLÍK, David, 2013. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. 135 s. ISBN 978-80-87878-01-9.
- KITTNAR, Otomar, 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
- KRACÍKOVÁ, Jindra, 2011. *Chronické selhání ledvin a jeho léčba z pohledu všeobecné sestry*. [online] [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201107-0009_Chronicke_selhani_ledvin_a_jeho_lecba_z_pohledu_vseobecne_sestry.php
- KUBEROVÁ, Helena, 2009. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 97880-7367-684-1.
- LACHMANOVÁ, Jana, 2008. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
- MAJOR, Marek, 2000. *Náhrada funkce ledvin - hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace*. Praha: Triton. Vím víc. 38 s. ISBN 80-7254-127-7.
- MICHALCOVÁ Tereza, 2017. *Edukace u dialyzovaných pacientů*. [online] [cit. 2020-06-22]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/kxk4xz/>

MLČOCH Zbyněk, 2011. *Druhy dialýzy - výhody, nevýhody*. [online] [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/poradna/medicina-pravo/druhy-dialyzy-hemodialyza-a-peritonealni-dialyza-vyhody-nevyhody>

MÜHLPACHR, Pavel, 2017. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD. 163 s. ISBN 978-80-7392-260-3.

National Kidney Foundation, 2007. *O chronickém onemocnění ledvin*. [online] [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-50-1801_cai_patbro_aboutckd_pharmanet_czech_mar08.pdf

NEDBÁLKOVÁ Marta, 2011. *Hemodialýza-současná praxe*. [online] [cit. 2019-12-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2011-7-8/hemodialyza-soucasna-praxe-35977>

NERMUTOVÁ Ludmila, 2010. *Provádění peritoneální dialýzy sestrou*. [online] [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/18867>

NESLUŠAN Miloš, 2017. *Informace o domácí léčbě aneb peritoneální dialýza v kostce*. [online] [cit. 2019-12-08]. Dostupné z: <http://www.casopisstezen.cz/informace-o-domaci-lecbe-aneb-peritonealni-dialyza-v-kostce/>

NOVÁK Vlastimil, 2011. *Cévní přístupy u dialyzovaných pacientů*. [online] [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/cevni-pristupy-u-dialyzovanych-pacientu-462309>

PROKEŠ Josef, 2012. *Dialýza*. [online] [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: <https://sk.medixa.org/choroby/dialyza>

PRAŽSKÝ, Bohumil, 2011. *Transplantace ledviny v praxi*. [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/transplantace-ledviny-v-praxi-462707>

PTÁČKOVÁ, Jana, 2016. *Stěžeň: Buďte aktivní a předejdete tak řadě komplikací*. Praha: SpolDaT. ISSN 1210-0153.

ROZINKOVÁ Markéta, 2018. *Význam draslíku ve stravě*. [online] [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: https://www.celostnimedicina.cz/vyznam-drasliku-ve-strave.htm?fbclid=IwAR2hAqAlOGsQNOUctz68g1UKINTozI7BYXP56JGOR_m1GwBsXyAVgmZya0g

- SVOBODA Lukáš, 2015. *Dialýza je jen jiný způsob života*. [online] [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: <https://www.braunoviny.cz/dialyza-je-jen-jiny-zpusob-zivota>
- SAEED a kol, 2012. *Depression in patients on hemodialysis and their caregivers*. [online] [cit. 2020-06-25]. Dostupné z: <http://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2012;volume=23;issue=5;spage=946;epage=952;aulast=Saeed>
- SVOBODA, Lukáš a Andrea MAHROVÁ, 2009. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. 1. vyd. Praha: Triton, 271 s. ISBN 978-807387-147-5.
- ŠARÍKOVÁ Monika, 2018. *Bílkoviny v potravinách*. [online] [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://www.slimming.cz/bilkoviny-v-potravinach/>
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- TEPLAN, Vladimír a Olga MENGEROVÁ, 2010. *Dieta a nutriční opatření u chorob ledvin a močových cest*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 354 s. ISBN 978-80-204-2208-8.
- TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ, 2015. *Klinická nefrologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7.
- VACHEK a kol, 2012. *Chronické onemocnění ledvin*. [online] [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/03/05.pdf>
- VACHEK Jan, 2014. *Možnosti konzervativní terapie chronického onemocnění ledvin*. [online] [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/33939-moznosti-konzervativni-terapie-chronickeho-onemocneni-ledvin>
- VIKLICKÝ, Ondřej a Libor JANOUŠEK a Peter BALÁŽ, 2008. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2455-3.
- VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

ZOUBKOVÁ Božena, 2007. *Kvalita života dialyzovaných klientů*. [online]. [cit. 2020-06-22]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/eb3n3g/>.

Seznam použitých zkratek

ABR	Acidobazická rovnováha
AV	Arterio-venózní
KHCO ₃	Hydrogenuhličitan draselný
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
FN USA	Fakultní nemocnice u svaté Anny
cm	Centimetr
ml	Mililitr
g/kg	Gramy na kilogram
kJ/kg	Kilojouly na kilogram
mmol	Milimol

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní informace o respondentech.....	28
Tabulka 2 Vizualizace k výzkumné otázce č. 1 – Změna zaměstnání.....	33
Tabulka 3 Vizualizace k výzkumné otázce č. 1 – Ztráta aktivit	34
Tabulka 4 Vizualizace k výzkumné otázce č. 1 – Podpora rodiny	35
Tabulka 5 Vizualizace k výzkumné otázce č. 2 – Subjektivní vnímání zdraví	36
Tabulka 6 Vizualizace k výzkumné otázce č.2 – Změna v životě.....	36
Tabulka 7 Vizualizace k výzkumné otázce č.2 – Chybějící aktivity	37
Tabulka 8 Vizualizace k výzkumné otázce č.2 – Náročnost na psychiku	38
Tabulka 9 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Téma edukace.....	39
Tabulka 10 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Znalost vhodných aktivit.....	40
Tabulka 11 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Znalost stravy	40
Tabulka 12 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Frekvence poskytování informací ...	41
Tabulka 13 Vizualizace k výzkumné otázce č.3 – Dodržování dialyzačního režimu	42
Tabulka 14 Vizualizace k výzkumné otázce č.4 – Subjektivní množství informací	43
Tabulka 15 Vizualizace k výzkumné otázce č.4 – Více informací.....	43
Tabulka 16 Vizualizace k výzkumné otázce č.4 – Schopnost sester odpovídat na otázky	44

Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k rozhovoru

Příloha 2 Souhlas od respondenta

Příloha 3 Žádost o výzkum

Příloha 4 Přepis poloskrukturovaných rozhovorů

Příloha 5 Vzor tužka a papír

