

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKÝM
SELHÁNÍM LEDVIN

Bakalářská práce

Autor práce: Nikola Pavlasová

Vedoucí práce: Mgr. Simona Hájková

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Nikola Pavlasová**

Studijní program: Ošetrovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Kvalita života pacientů s chronickým selháním ledvin**

Vedoucí práce: Mgr. Simona Hájková

Cíl práce: Zjistit, jak pacienti s chronickým selháním vnímají kvalitu jejich života.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacientů s chronickým selháním ledvin, kteří podstoupili hemodialýzu. Práce je rozdělena na současný stav problematiky a výzkumnou část. Současný stav problematiky obsahuje anatomii a fyziologii ledvin, charakteristiku onemocnění, léčbu chronického selhání ledvin a následnou dialýzu. Do této kapitoly patří i definice pojmu kvalita života, včetně způsobu, kterým ji lze měřit. Výzkumná část se zabývá sběrem informací, získaných pomocí rozhovorů v rámci kvalitativního výzkumu.

Klíčová slova

Chronické selhání ledvin, kvalita života, hemodialýza, ledviny.

Abstract

The bachelor's thesis deals with the quality of life in patients with chronic kidney failure who underwent hemodialysis. The work is divided into the current state of the issue and the research part. The current state of the issue includes kidney anatomy and physiology, disease characteristics, treatment of chronic kidney failure and subsequent dialysis. This chapter also includes the definition of the term quality of life, including the way in which it can be measured. The research part deals with the collection of information obtained through interviews as part of qualitative research.

Keywords

Chronic renal failure, quality of life, hemodialysis, kidneys.

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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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 mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do její skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 3. května 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Simoně Hájkové za odborné vedení bakalářské práce, za pomoc, cenné rady a trpělivost a vstřícný přístup. Dále bych ráda poděkovala respondentům, kteří byli velice ochotní a sdělili mi své osobní zkušenosti a starosti. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům, kteří mě během studia a při psaní bakalářské práce podporovali.

Obsah

Seznam tabulek	7
Seznam zkratk.....	8
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Anatomie a fyziologie.....	11
1.2 Selhání ledvin	13
1.3 Chronické selhání ledvin	13
1.3.1 Příčiny.....	14
1.3.2 Příznaky	14
1.3.3 Diagnostika.....	14
1.3.4 Léčba	15
1.3.4.1 Konzervativní léčba	15
1.3.4.2 Peritoneální dialýza (PD)	16
1.3.4.3 Hemodialýza.....	18
1.3.4.4 Transplantace ledviny (TxL).....	20
1.4 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s chronickým selháním ledvin.....	22
1.4.1 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s hemodialýzou	23
1.4.2 Režimové opatření	24
1.4.3 Edukační činnost u pacientů s hemodialýzou	24
1.5 Kvalita života	26
1.5.1 Definice kvality života	27
1.5.2 Měření kvality života	27
1.5.3 Nástroje měření kvality u pacientů s chronickým selháním ledvin.....	28
2 Výzkumná část	29
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	29
2.2 Metodika výzkumu.....	29
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	29
2.4 Průběh výzkumu.....	30
2.5 Zpracování získaných dat	30
2.6 Výsledky výzkumného šetření.....	31
2.6.1 Názorná analýza výsledků	38
3 Diskuse	54
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	56
Závěr	57
Seznam použité literatury	59
Seznam příloh.....	62

Seznam tabulek

Tabulka 2 – vyhodnocení otázky č. 1.....	38
Tabulka 3 – vyhodnocení otázky č. 2.....	39
Tabulka 4 – vyhodnocení otázky č. 3.....	40
Tabulka 5 – vyhodnocení otázky č. 4.....	41
Tabulka 6 – vyhodnocení otázky č. 5.....	42
Tabulka 7 – vyhodnocení otázky č. 6.....	43
Tabulka 8 – vyhodnocení otázky č. 7.....	44
Tabulka 9 – vyhodnocení otázky č. 8.....	45
Tabulka 10 – vyhodnocení otázky č. 9.....	46
Tabulka 11 – vyhodnocení otázky č. 10.....	47
Tabulka 12 – vyhodnocení otázky č. 11.....	48
Tabulka 13 – vyhodnocení otázky č. 12.....	49
Tabulka 14 – vyhodnocení otázky č. 13.....	50
Tabulka 15 – vyhodnocení otázky č. 14.....	51
Tabulka 16 – vyhodnocení otázky č. 15.....	52
Tabulka 17 – vyhodnocení otázky č. 16.....	53

Seznam zkratk

ČR	Česká republika
ČSSR	Československá socialistická republika
CT	Česká státní norma
MRI	Magnetická rezonance
CNS	Centrální nervová soustava
DK	Dolní Končetina
GFR	Glomerulární filtrace
CHSL	Chronické selhání ledvin
G3	katégorie 3 – klasifikace chronického selhání ledvin
CDK	Chronické onemocnění ledvin
DB	Dutina Břišní
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
P	Puls
D	Dech
SPO ₂	Saturaci krevního hemoglobinu kyslíkem v arteriální části krevního řečiště.
Na	Sodík
K	Draslík
Cl	Chlor
WHO	Světová zdravotnická organizace
A - V Shunt	arterio - venozní spojka
PD	Peritoneální dialýza
HD	Hemodialýza
TxL	Transplantace ledvin
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
SKG	Selektivní koronarografie
WL	Waiting list – čekací listina
CAPD	Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza

APD	Automatizovaná peritoneální dialýza
CCPD	Cyklická kontinuální ambulantní peritoneální dialýza
RDQoL	Renal Dependent Quality of Life
KDQ	Kidney Disease Questionnaire
KDQoL	Kidney Disease Questionnaire of Life

Úvod

Pro bakalářskou práci jsem zvolila téma „Kvalita života u pacientů s chronickým selháním ledvin.“ Toto téma je v dnešní civilizované době velice diskutované. S daným onemocněním se v současnosti setkáváme čím dál častěji. Většina populace ani neví, že je takové onemocnění postihlo. Přicházejí tedy do ambulance pozdě, anebo se v rozvinutém septickém šoku dostávají na lůžka intenzivní péče. Selhání ledvin bývá většinou přidružené k dalším nemocem. V dnešní moderní době se o tomto onemocnění skoro nemluví a nejsou k němu žádné veřejné informace. Pokud by však byla veřejnost více informována, mohli by případní pacienti na sobě pozorovat vedlejší příznaky onemocnění. Dle mého názoru by bylo zapotřebí o tomto onemocnění více mluvit, a tedy informovat společnost.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První je zaměřená na současný stav problematiky a ta druhá část je zaměřena na výzkum. Současný stav problematiky blíže popisuje anatomii a fyziologii ledvin, rozdělení selhání ledvin, příznaky a příčiny selhání, diagnostiku, léčbu a popis následujících možných způsobů léčby dialýzou a možnou transplantaci ledvin. Přibližuje i režimová opatření, edukační činnost, specifiku ošetrovatelské péče. Dále zahrnuje kvalitu života, její definici a nástroje k měření kvality.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na sběr dat prostřednictvím rozhovorů a jejich následným přepisem. Výsledky odpovědí respondentů jsem zpracovala pomocí tabulek. Sběr dat probíhal kvalitativní formou pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Při setkání s respondenty jsem měla možnost vstoupit do jejich nelehkého žití spojeného s nemocí. Z části jsem pochopila, jak složitý život tito respondenti mají i jak se k tomu po psychické stránce postavili a přijali to tak, že je to součást jejich života.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak pacienti s chronickým selháním vnímají kvalitu svého života.

Motivace

Motivace výběru této práce byla především v tom, získat více informací ohledně onemocnění tohoto typu. Jelikož jsem zjistila, že informovanost širší veřejnosti pro takto časté a vážné onemocnění je malá, bylo by dobré mít více informací. Nasbírané informace v rámci onemocnění ledvin, bych mohla využít při mé budoucí praxi jako např. rozvinout téma s pacienty, či rodinnými příslušníky a tedy se jim snažit porozumět a lépe informovat, co by měli, resp. neměli dělat. Jako další motivací pro mě bylo zjištění, že selháním ledvin, trpěl blízký člověk z naší rodiny. Před 10 lety se o této nemoci příliš nevědělo a v rámci širší veřejnosti nebyly k dispozici detailnější informace na téma selhání ledvin.

1 Současný stav problematiky

Lidé s chronickým selháním ledvin mají mnoho další přidružených nemocí, které ovlivňují jejich kvalitu života. Jedním z nejdůležitějších předpokladů vyléčení je pravidelná návštěva dialyzačních center, což může být vyčerpávající. Může to vést k psychickým obtížím jako je stres, úzkost a smutek. Pacienti s daným onemocněním musí dodržovat speciální stravu a tím se cítí unavení, může to být pro ně velmi složitý. Někteří lidé se cítí izolovaní od okolního světa (Zakiyanov, Tesař, 2018).

Dialýza a léčba mohou ovlivnit to, jak tráví svůj volný čas a jak se v tuto dobu cítí. Důležité je, aby je lékaři učili, jak se s tím vším vypořádat a aby měli podporu své rodiny a přátel. Díky novým léčebným postupům a možností transplantace ledviny se vylepšuje šance na kvalitnější život s chronickým selháním ledvin. Je však důležité, aby pacienti dostali potřebnou pomoc a podporu, aby se s těmito problémy lépe vyrovnali (Lachmannová, 2022).

1.1 Anatomie a fyziologie

Ledviny (ren) jsou základní orgán močového systému společně s vývodními močovými cestami. Nejdůležitějšími úkoly ledvin je vylučování škodlivin z těla a udržování stálosti vnitřního prostředí - homeostázy (Dylevský, 2013).

Ledviny jsou párový orgán, uložený v retroperitoneální oblasti, což znamená, že nejsou obaleny pobřišnicí. Nacházejí se v oblasti mezi hrudníkem a páteří, v úrovni obratlů Th 12 – L3. Mají typický fazolovitý tvar, červenohnědou barvu a elastickou konzistenci. Velikost ledvin je přibližně 11 x 6 x 3 cm a váha asi 150 gramů. Ledviny své maximální velikosti dosahují mezi 25. – 30. rokem života. Poté se už pouze zmenšují. Pravá ledvina je uložena o něco níže než levá, a to kvůli uložení jater na pravé straně. Pokud dojde k porušení funkce jedné ledviny nebo je tato odstraněna, druhá ledvina dokáže zastat funkci obou ledvin a zvětšit se až na dvojnásobek původní velikosti (Čihák, 2013, Dylevský, 2013).

Ledvina je složena z kůry a dřeně. Na povrchu je ledvina hladká a obalena vazivovým pouzdem zvaným capsula fibrosa. Toto pouzdro lze u zdravé ledviny lehce odstranit až k ledvinné brance, kde je pevně spojena s cévami a ledvinnou páničkou. Pod vazivovým pouzdem se nachází světle červená kůra ledvin (cortex renalis), zatímco vnitřní část ledviny je červenošedá dřeň ledvin (medulla renalis). Anatomicky na ledvině rozlišujeme přední a zadní plochu (facies anterior a posterior), horní a dolní pól (extramitas superior a posterior) a mediální a laterální okraj (margo medialis a lateralis). V mediálním okraji ledviny se nachází ledvinová branka (hilus renalis), přes kterou vstupují tepny a cévy. Z hilu vystupuje ledvinná pánička (pelvis renalis), která se dále spojuje s močovodem (Čihák, 2013, Kachlík, 2018).

Základní funkční stavební jednotkou ledvin je nefron, ten si můžeme představit jako miniaturní „filtrační stanici“. Ledviny obsahují přibližně 1-1,2 milionu těchto nefronů. Nefron se skládá z glomerulů a tubulů (Tesař, Viklický, 2015).

Ty nejdůležitější části nefronů se nacházejí v kůře ledvin. Každý nefron začíná tzv. Malpighiho tělískem, což je malý kulovitý útvar o průměru kolem 0,2 mm. Toto tělísko obsahuje glomerulus což je klubičko drobných cév, obklopené Bowmanovým pouzdem. V Malpighiho tělískách se vytváří primární moč procesem ultrafiltrace. Trubicovitý transportní systém nefronu se skládá z různých tenkých trubiček, nazývaných ledvinné tubuly. Tyto tubuly

obsahují proximální tubulus, Henleovu kličku a distální tubulus. Po filtračním procesu v Malpighiho tělísku se primární moč vede trubicovitým systémem nefronu, kde dochází k zpětnému vstřebávání živin a vody zpět do krevního oběhu. V dřeni ledvin se nacházejí ledvinné pyramidy (pyramides renales), kde jsou umístěny ledvinné tubuly a sběrací kanálky (tubulus colligens), které odvádějí vznikající moč do ledvinných kalichů (calices renales). Z kalichů se moč dostává do ledvinné pánvičky (pelvis renalis), odkud se dostává močovodem do močového měchýře. Ve správný čas je moč vyloučená z těla močovou trubicí (Tesař, Viklický, 2015).

Denně se tvoří asi 180 litrů primární moči, ale filtrací přes nefron je její objem upraven na 1,5 litru definitivní moči (Rokyta, 2015).

Ledviny jsou životně důležitým orgánem. Svojí funkcí přispívají k udržování homeostázy. Ledviny čistí krev. Filtrační procesy ledvin umožňují odstraňování odpadních látek a toxických látek z krve, což je důležité pro zachování zdraví a správného fungování organismu. Filtračních procesy ledvin umožňují odstranění odpadních a toxických látek z těla. Tyto odpadní a toxické látky se vytvářejí v lidském těle a vznikají v rámci fyziologického metabolismu. Zejména při metabolismu bílkovin vznikají látky, jako je amoniak, kreatinin, močovina a kyselina močová. Také při metabolizaci některých léčiv se mohou vytvářet toxické látky, které je třeba z organismu odstranit. Výsledným produktem tohoto složitého procesu očisty krve je moč, která odvádí odpadní a toxické látky z organismu (Dylevský, 2013).

Funkci ledvin lze rozdělit do tří hlavních oblastí. První z nich je očištění těla od metabolických produktů, toxinů a nežádoucích látek, které jsou poté vyloučeny močí. Druhou oblastí je produkce hormonů ovlivňujících řízení krevního tlaku, tvorbu červených krvinek a metabolismus vápníku. Poslední oblastí je udržování dlouhodobého krevního tlaku a rovnováhy tekutin a minerálů v organismu, což je důležité pro zachování stabilního pH krve. Tyto funkce ledvin jsou klíčové pro správné fungování těla a udržení zdraví (Tesař, Viklický, 2015).

Ledviny také hrají důležitou roli v hospodaření těla s glukózou. Cukr (glukóza) je volně filtrována za fyziologických podmínek a zpětně vstřebávána v proximálním tubulu. Při dlouhodobém hladovění může v ledvinách také probíhat glukoneogeneze – novotvorba glukózy.

Cévní zásobení ledvin je zajištěno levou a pravou ledvinnou arterií (arteria renalis dextra et sinistra). Tyto arterie vycházejí přímo z břišní aorty v úrovni meziobratlové ploténky L1. Krev proudí ledvinami velmi intenzivně. Během jedné minuty projde ledvinami 1,2 – 1,3 litry krve. Všechna krev ledvinami projde během 4–5 minut. Kůrou ledvin protéká 90 % krve a dřeni ledvin protéká pouze asi 10 % celkového objemu krve. Z kůry ledvin odstupují tzv. přívodné cévy – vas afferens, které napájejí kapilární klubíčko v ledvinném glomerulu. Z glomerulů je krev odváděna prostřednictvím odvodné cévy – vas efferens. Renální arterie vstupuje do ledvin z vnitřního okraje ledvinné branky. Ledvinným hilem vystupuje ledvinná žíla (vena renalis), která ústí do dolní duté žíly (vena cava inferior) (Čihák, 2016, Rokyta, 2015).

1.2 Selhání ledvin

Renální selhání je stav, kdy ledviny nezvládají svou schopnost vyloučit škodlivé látky z těla. Považuje se to za klinický syndrom s rychlým poklesem exkrečních funkcí ledvin se zadržováním moče a kreatininu nebo poklesem denní diurézy. Tím pádem dochází k výrazným otokům. Při nevyložení odpadních látek z těla ven, dochází k hromadění toxických látek, a to má špatný vliv na další orgány v těle člověka a způsobuje to komplikace. Tento syndrom se může vyvíjet několik minut, hodin až dní (Tesař, 2017).

Podle délky vývoje dělíme akutní selhání ledvin a chronické selhání ledvin. Mezi hlavní příznaky při selhání ledvin řadíme bolest hlavy, slabost, zvracení, průjemy, otoky, časté nucené močení, pálení a bolest při močení, nevolnost, bolest v bederní oblasti, únava, zimnice a teplota nad 38 °C (Šafránková, 2016).

Při včasné zachycení akutních příznaků a následné diagnostice a léčbě se může předejít chronicitě ledvin až terminálnímu stádiu nebo i smrti. Vyšetřování ledvin by mělo být pravidelné u pacientů s rizikem onemocnění, u pacientů s DM, hypertonici, ale i pacientů s genetickou predispozicí a metabolickou poruchou. Při pravidelných kontrolách se dokáže předejít chronickému selhání ledvin (Rajnochová Bloudíčková, 2021).

Pacienty, kteří jsou bez příznaků, je většinou velmi složité přesvědčit k zahájení léčby, která je ovšem velmi nutná. Pokud se nezačne co nejdříve, vyhlídky do budoucna jsou velmi nepříznivé (Šafránková, 2016).

1.3 Chronické selhání ledvin

Chronické selhání ledvin (CHSL) nastává, pokud ledviny nezvládají udržet stálost vnitřního prostředí, a to když se pokusíme o farmakologické opatření, správné dodržování pitného a dietního režimu, fyzické aktivity a základní metabolické postupy (Haluzíková, Břegová, 2019).

Ve většině případů má CHSL velmi pomalý a postupný nástup, mnohdy se může stát, že až asymptomatický, při němž ledviny ztrácejí svou funkci a většinou se na to přijde až při prohlídce u lékaře. Pokud se chronické selhání ledvin zjistí až ve stádiu terminálního selhání, musí být pacient ihned zapsán do dialyzačního programu a pokud se tak nestane, přechází se k rozvoji těžkého život ohrožujícího uremického syndromu. Uremie vzniká z důvodu pravidelného zadržování odpadních látek, vody a elektrolytů. V zahraničních zdrojích můžeme najít chronické selhání ledvin pod pojmem chronic kidney disease (CKD) nebo chronic renal disease. V současnosti je toto dané onemocnění klasifikováno podle National Kidney Foundation (Haluzíková, Břegová, 2019).

Chronické onemocnění ledvin je označováno jako abnormalita ledvinné struktury nebo funkce přítomné po více než 3 měsíce a ovlivňuje naše zdraví (Tesař, Viklický, 2015).

Chronické selhání ledvin je tedy stav organismu, kdy je za potřeby jakákoliv eliminační náhrada, jako je peritoneální dialýza, hemodialýza nebo zařazení do transplantačního programu (Navrátil, 2017).

Viz příloha tab. Č. 8

1.3.1 Příčiny

Selhávání ledvin zapříčiňuje mnoho faktorů. Může propuknout z primárního anebo sekundárního onemocnění ledvin. Nejčastěji jde o příčinu jiných onemocnění, většinou je jeho vývoj zánik funkce diabetu mellites a zvýšený krevní tlak, či chronický zánět glomerulů (glomerulonefritida). V dané situaci může být hlavním problémem dědičné onemocnění – např. polycystická nemoc. Při chronickém onemocnění ledvin dochází k zániku funkčních nefronů, a to vede k postupnému selhání ledvin. K nevýrazným příčinám patří věk, kouření, ateroskleróza tepen, proteinurie, infekce močových cest a maligní onemocnění, které zvyšuje riziko vývoje terminálního stádia (Haluzíková, Břegová, 2019).

1.3.2 Příznaky

Jako první příznaky se u pacientů objevuje zvýšený krevní tlak, otoky, polyurie, bolesti hlavy, ale i únava. Tyto projevy se objevují, když ledviny snižují funkci k 35 % původní kapacity (Haluzíková, Břegová, 2019).

Pacienti také zažívají potíže spojené s trávicími problémy, jako jsou průjemy, hubnutí, zvracení, nauzea, nechutenství, poruchy spojené s dýchací soustavou, přičemž nejvýraznější je dušnost. Následně u pacientů sledujeme příznaky spojené s poruchou kožní integrity, komplikace spojené se zrakem - edém papily (otok optického nervu). Objevují se i příznaky v oblasti kardiovaskulárního systému. V pohybovém systému pacienta se může objevit syndromu neklidných nohou, křeče v dolních končetinách, periferní obrny a neuropatii, což zahrnuje i parestézii končetin. Mohou se objevovat hematomy, krvácení z dásní a příznaky spojené s centrálním nervovým systémem, jako jsou poruchy spánku, slabost, únava až apatie (Slezáková, 2023).

U některých pacientů může dojít k rozvoji uremického syndromu, což je terminální stav selhání ledvin, spojená s poklesem glomerulární filtrace. Tento stav je popisován příznaky poškození orgánů a změnami v metabolismu a vnitřním prostředím. Vzniká u pacientů, kteří nepodstoupili včasnou dialyzační léčbu (Haluzíková, Břegová, 2019).

1.3.3 Diagnostika

Onemocnění ledvin se stanovuje u nálezů nízké funkce ledvin při základním ledvinovém selhání. U pacientů se většinou hledá příčina příznaků urémie. Hlavní diagnostika je zaměřena na zjištění glomerulární filtrace a albuminurie (bílkovina v moči). Tím se zjišťuje, zda se jedná o chronické, nebo akutní selhání ledvin. Navíc se pátrá i po příčině onemocnění. V krvi u pacienta se zjišťuje stoupající, mnohdy až vysoká, hodnota močoviny, kreatininu a poklesu acidózy. Poté v dalších krevních odběrech klesá hodnota hemoglobinu, hematokritu a vzniká anémie při selhání ledvin (Navrátil, 2017).

Při selhání ledvin je stálý patologický nález v moči (tyto hodnoty se můžou zmenšovat, ale i zvětšovat v získaném nálezu.) a může být nález na celém nefronu. K nejvýznamnějším případům se řadí prodloužený efekt inzulinu (Snížení jeho rozkladu v ledvinách, u diabetiků

se selháním ledvin je potřeba upravit dávky inzulínu dle stavu – většinou se dávky snižují) (Navrátil, 2017).

Při vyšetřování renálních onemocnění se používá několik základních metod, které poskytují důležité informace o stavu pacienta. Anamnéza je prvním krokem a zahrnuje záznam potíží pacienta, jako jsou problémy s močením, otoky, bolesti hlavy a v bedrech. Dále se zjišťují předchozí choroby, dědičné nemoci, užívání léků, gynekologická historie (u žen) a sociální situace pacienta. Klinické vyšetření pak zahrnuje měření krevního tlaku, kontrolu otoků, hodnocení dýchání a vyhledávání příznaků jako je perikarditida, anémie a zvýšená náplň krčních žil. Následují laboratorní testy, které měří hladiny různých látek v krvi, jako jsou kreatinin, močovina, fosfor a draslík a poskytují informace o funkci ledvin a močových cest. Vyšetření moči a močového sedimentu je dalším důležitým krokem, jenž odhaluje přítomnost krve, bílých krvinek a bílkovin v moči, což může naznačovat problémy s ledvinami. Konečně ultrazvukové vyšetření ledvin se používá k vizualizaci struktury ledvin a odhalení případných abnormalit jako jsou konkrementy nebo dilatace močových cest. Tyto metody poskytují komplexní pohled na stav ledvin a jsou klíčové pro diagnózu a léčbu renálních onemocnění (Zakiyanov, Tesař, 2018).

1.3.4 Léčba

Pacienti s chronickým selháním ledvin by měli být podle klasifikace ve stádiu G3 co nejdříve zařazeni do pravidelného monitorování v nefrologické ambulanci. Při diagnostice CKD je rychle zahájena konzervativní léčba. Je potřeba stanovit další léčebný postup a ihned zajistit funkčnost ledvin v případě selhání ledvin. S vhodným léčebným plánem je možné oddálit nutnost transplantace ledviny o několik let. Pokud nelze ovlivnit příčina onemocnění, správným načasováním a řízením pacienta je možné správně se připravit na možné zlepšení kvality života pacienta se selháním ledviny (Zakiyanov, Tesař, 2018).

V současné době je velmi mnoho způsobů, jak připravit nemocného k léčbě, a pacienti mají možnost vybrat si z více eventualit. Na začátku jsou očkováni proti hepatitidě B a je zajištěn cévní přístup (A - V shunt) nebo katétr pro peritoneální dialýzu. Poté jsou pacienti s odpovídajícím zdravotním stavem zařazeni do transplantačního programu (proběhne kontakt s transplantačním centrem a následné zařazení do čekací listiny). Je také možná preemptivní transplantace, což je transplantace z živého dárce (tedy třeba blízké osoby), ale nesmí před tím být zahájena dialýza. Poslední možností je zahájení dialyzačního programu, tato metoda přináší nemocnému velké množství vedlejších komplikací (Zakiyanov, Tesař, 2018).

1.3.4.1 Konzervativní léčba

Je to soubor opatření, pomocí kterých se snažíme zpomalit nástup onemocnění a co nejdelší dobu udržet metabolický stav. Pokud konzervativní postup nezvládne udržet ledviny v normě, bude muset být pacient zařazen do dialyzačního nebo transplantačního programu (Slezáková, 2023).

Konzervativní léčba může být nastavena u pacientů, kteří se rozhodli, že nechtějí podstupovat dialyzační léčbu. V ČR se jedná o velmi výjimečné případy. Většinou se kladou etické otázky,

zda je zapotřebí u pacientů s nepříznivou diagnózou a velmi krátkou pravděpodobností doby života zahajovat dialyzační léčbu. Tito pacienti převážně zemřou do 3 měsíců od zahájení léčby. Pokud se u pacienta lékaři rozhodnou nedialyzovat, musí s tím souhlasit rodina, a především pacient. Rozhodnutí musí proběhnout za přítomnosti více nefrologů, psychiatra a rodiny. Pokud se stane, že léčba nebude zahájena, musí se pacientovi zařídit důstojné dožití a zajištění medikamentózní léčby proti bolesti a úzkostem. Česká republika ale s těmito případy nemá mnoho zkušeností, protože nefrologové tyto situace úplně nezvládají vyřešit. V anglosaských zemích je zcela běžné, že si pacienti zvolí, že nechťejí podstoupit dialyzační léčbu (Tesař, Viklický, 2015).

Konzervativní léčba chronického selhání ledvin zahrnuje hlavně léčbu základních onemocnění, jako jsou diabetes mellitus a terapie glomerulopatie. U pacientů je nastavena a upravena farmakologická léčba, přičemž dochází k odstranění lékových nefrotoxinů (analgetika). Před nasazením nové farmakologické léčby je důležité, aby si lékař ověřil možné kontraindikace ke zhoršení funkce ledvin (Zakiyanov, Tesař, 2018).

Důležité u pacientů s CDK je sledovat krevní tlak, který bývá zvýšený, mnohdy i vysoký. Pravidelná kontrola krevního tlaku má předejít následným komplikacím, a to vývoji renální insuficience. Do konzervativní léčby patří hlavně léčba, za kterou si pacient zodpovídá sám. Pomocí dietní sestry je nastavena dieta s omezením bílkovin – příjem proteinů. Tato dieta se v dnešní době ale nedoporučuje všem pacientům, je to individuální rozhodnutí lékaře (Zakiyanov, Tesař, 2018).

Nesnižuje se hmotnost člověka pod 0,6 g/kg, (při rychlém snížení hrozí dusíková bilance, malnutrice), posuzuje se podle hodnot sérového kreatininu. Při otoku a vysokém krevním tlaku (hypertenzi) se doporučuje omezení soli. Je důležité sledovat pravidelný příjem a výdej tekutin, to se kontroluje následně při elektrolytové bilanci, acidobazické rovnováze a vodní rovnováze (možné přebytek tekutin nebo hydratace). Důležité je sledování draslíku v krvi. U pacientů s postižením ledvin může vznikat hyperkalémie. To lze omezit příjmem potravin, které v sobě mají vysoký obsah draslíku (hlavně ovoce a zelenina). V predialyzačním období je důležité sledovat hodnotu fosforu, jenž se objevuje v potravinách bohatých na bílkoviny (mléko, sýry, ryby). Fosfor se vstřebává v GIT, což jsou chemické látky, které se do potravin přidávají pro delší trvanlivost a chuť či vzhled (Slezáková, 2023).

Důležité je i kontrolovat medikaci, kterou pacient užívá. Je potřeba sledovat acidózu, jež k sobě váže mnoho dalších komplikací. Dohlíží se i hladinu kalcia, při tomto onemocnění bývají potíže s hypokalcemií. Doporučuje se pravidelné užívání vitamínu D, ale i vitamínu C, kyseliny listové (při anémii), zakázáno je užívat vitamín E a A (pro vysokou koncentraci při komplikacích snížené renální funkce) (Zakiyanov, Tesař, 2018).

1.3.4.2 Peritoneální dialýza (PD)

Peritoneální dialýza je cílená léčba pouze při chronickém selhání ledvin u dospělých pacientů. Tato léčebná metoda je jedna z používaných metod k náhradě funkce ledvin při selhávání. Základem peritoneální dialýzy je výměna látek mezi krví a dialyzačním roztokem v peritoneální dutině. Tento proces se odehrává během přenosu látek přes peritoneální membránu (Teplan, 2017), (Zakiyanov, Tesař, 2018).

V ČR peritoneální dialýza není natolik rozšířená, tato metoda se spíše uplatňuje v zemích, kde je přístupnost na hemodialýzu velmi složitá. U pacientů mladšího věku se tato metoda využívá častěji, protože je to pro nemocné jednodušší a praktičtější. Nejsou závislí na zdravotnickém zařízení a kvalita jejich života je lepší. Také mají i volnější denní režim a můžou i cestovat (Zakiyanov, Tesař, 2018).

PD je vhodná pro pacienty staršího věku anebo pro nemocné, u kterých je obtížné založit cévní přístup (občas to nejde vůbec), ale i pro pacienty, kteří nechtějí být závislí na nemocnici a v rámci možností žít svůj osobní život. Tuto metodu si pacient po zaškolení specializovaným pracovníkem provádí sám a není vázán na hemodialyzační centrum (Slezáková, 2023).

Tento typ dialýzy je výhodou pro pacienty, protože při něm dochází k menší krevní ztrátě než při hemodialýze a také je jistější stabilita vnitřního prostředí. Pro pacienty je to výhodné zejména kvůli volnějšímu příjmu tekutin, menšímu dietnímu omezení, ale hlavně má dotýčný i soukromí, protože nemusí být v nemocničním prostředí. Přináší to samozřejmě i rizika spojená s infekcí dutiny břišní a infekcí v okolí zavedení katétru, ale tyto nepříjemné komplikace se dají řešit v ambulanci. U pacientů, kteří jsou na PD déle než pět let, dochází k omezení schopnosti v dutině břišní a transportu tekutiny. Je zapotřebí mít na paměti, že může dojít i k metabolickému rozvratu, hyperhydrataci, a tím dochází k nedostatečně účinné dialýze a je třeba pacienta převést na hemodialýzu. Důležité je při peritoneální dialýze spolupráce pacienta a značně dobré hygienické návyky. Nedoporučuje se u pacientů s pravidelnými záněty anebo srůsty v dutině břišní či těžkými poruchami zraku (Zakiyanov, Tesař, 2018), (Viklický, Tesař, 2015).

Při peritoneální dialýze je pomocí katétru do peritoneální dutiny zaveden dialyzační roztok. Tento roztok zůstane v dutině břišní několik dalších hodin. Potom se z dutiny břišní vypustí a napustí se čerstvým dialyzačním roztokem. Tento proces se dělá většinou 4 až 5krát denně a přefiltruje se 2 - 2,5 litru tekutiny. Jedna výměna trvá okolo 40 minut. Nejvíce výhodná pro pacienty je noční dialýza neboli automatická dialýza během spánku, kdy přístroj provádí dialýzu a výměnu automaticky. Ráno po probuzení se pacient odpojí a celý den má většinou od dialýzy klid (Slezáková, 2023).

Peritoneální dialýza k léčbě renálního selhání byla zjištěna přibližně před 100 lety. Zjistilo se, že při průchodu tekutiny přes peritoneální membránu dochází k vyrovnaní koncentrace rozpuštěných látek. V současnosti je dialýza používána od 70. let 20. století, v té době byl do praxe zaveden Tenckhoffův katétr. V té době ČSSR se používá od roku 1978, ale po roce 1990 se objevily ve zdravotnictví nové pomůcky a lepší systém (Zakiyanov, Tesař, 2018).

U pacienta s PD je důležité pravidelné vyšetřování, pravidelné kontrolování fyziologických funkcí (tedy odběry krve a moči), kontrola exit - site (vyústění katétru), bolesti, průjmy, horečka, poslední výměna katétru. Sleduje se i doba léčby pacienta při PD. Musí probíhat i řádné kontroly u pacienta v domácím prostředí, kde probíhá kontrola dialyzátu, přičemž roztok by měl být za normální funkce čirý tak, aby bylo možné přes něj přečíst text. Hlavním úkolem lékaře je získat pohled na zdravotní stav pacienta a vyloučit možné problémy (Haluzíková, Břegová, 2019).

Tento proces peritoneální dialýzy je očišťování krve, který probíhá přes dialyzační membránu (pobřišnici). Dochází k využití jevů difúze, konvekce a absorpce. Peritoneum je polopropustná membrána s různě velkými póry, skrze které z krevních kapilár přecházejí minerály, močovina,

kreatinin a další látky do dialyzačního roztoku. Přes tyto velké póry se ztrácí i několik bílkovin, což může vést k nevýhodě při peritoneální dialýze. Odtok vody z těla je určen rozdílem osmotického tlaku mezi krevními kapilárami a dialyzačním roztokem. Umožněním tohoto procesu se do roztoku přidává osmoticky aktivní látka, která obsahuje glukózu. Čím více vody se z organismu odstraňuje, tím je potřeba koncentrovanější roztok, kde je glukóza nahrazena osmoticky aktivní látkou (Bednářová, 2015).

Dialyzační roztok je nemocným dodáván v balení o objemu 200 ml. Dialyzační roztok je spojen s vakem pomocí Ypsilon setu a prázdný roztok je připojen. Tento set je připojen k peritoneálnímu katéttru. Na jedné straně stojanu je vak s dialyzačním roztokem, který automaticky přivádí tekutinu do dutiny břišní díky samospádu. Druhý vak je umístěn pod židli nebo postelí pacienta a slouží k odvádění dialyzačního roztoku z dutiny břišní. Poté se katétr uzavře a Ypsilon set se odpojí od peritoneálního katéttru. Tím je proces výměny dialyzačního roztoku dokončen. Po dokončení výměny se váží vak s odstraněnou tekutinou a záznam se provádí spolu s měřením ultrafiltrace. Během peritoneální dialýzy je z těla odstraněno určité množství tekutiny, což se označuje jako ultrafiltrace. Celková doba trvání procesu je okolo 30 - 40 minut (Bednářová, 2015).

V dutině břišní je nadále přítomen roztok, který pravidelně odstraňuje látky a vody z těla. Tento proces zajistí stálost vnitřního prostředí a kontinuální ultrafiltraci. Je to jedna z hlavních výhod PD. Metoda, kdy pacient sám provádí výměnu dialyzačního roztoku, se nazývá CAPD. Další možností je metoda APD nebo CCPD, kterou lze při peritoneální dialýze realizovat za pomoci speciálního přístroje. Ten přístroj zahřívá dialyzační roztok a sám řídí napouštění a vypouštění dialyzačního roztoku do a z DB. Tato technika je vhodná pro domácí léčbu, kdy si pacient připraví přístroj k dialýze a pomocí katéttru se připojí k Ypsilon setu a k vakům s dialyzačním roztokem. Poté stroj spustí výměnu roztoku. Celkový proces trvá okolo 10 hodin a pacient je připojen k přístroji celou noc. Během noci se výměna roztoku opakuje asi šestkrát. Výměna začíná napuštěním dutiny břišní dialyzačním roztokem. Poté se pacient odpojí a během dne není prováděna žádná další dialýza, nebo maximálně jedenkrát za den (Zakiyanov, Tesař, 2018).

S peritoneální dialýzou jsou spojené i komplikace. Mezi hlavní bychom mohli zařadit infekce spojené se zavedením peritoneálního katéttru nebo vyústění katéttru (exit – site), ale i peritonitida. Infekcí spojených se zavedením katéttru je mnoho – dislokace katéttru, zalomení nebo únik tekutiny do pohrudniční dutiny. V těchto případech dochází i k břišním kýlům. Nejvíce obávaná komplikace může být obklopující peritoneální skleróza. Jde o dlouhodobý komplikovaný stav spojený s peritoneální dialýzou. Může způsobit ztuhlost, ale i stahování břišní membrány. Mezi méně pravděpodobné komplikace řadíme poruchy ultrafiltrace, hemoperitoneum, malnutrice, deprese (sociální aspekty). Při některých neléčitelných komplikacích nebo opakujících se komplikacích je potřeba pacienta převést na hemodialýzu (Zakiyanov, Tesař, 2018).

1.3.4.3 Hemodialýza

Hemodialýza je nejčastěji používaná metoda k očišťování krve, kdy se využívá umělé ledviny skládající se z dialyzačního monitoru a dialyzátoru. Jde tedy o očišťování krve prostřednictvím hemofiltrace. HD je tedy metoda eliminace, kterou se odstraňují z organismu nežádoucí látky.

Základní jevem hemodialýzy je difúze. První informace o hemodialýze pochází z roku 1954, kdy Thomas Graham použil dialyzátor k výzkumu propustnosti hovězího močového měchýře. V roce 1913 američtí fyziologové použili metodu dialýzy s použitím dialyzátoru u psa, pracující přes současné kapiláry. V roce 1928 se v historii objevila první hemodialýza. Německý lékař prováděl hemodialýzu na prvních pacientech, avšak léčba bohužel nepřinesla úspěch. Během druhé světové války se holandský lékař, známý jako „otec dialýzy“, pokusil se o hemodialýzu u pacientů v terminálním stádiu chronického selhání ledvin, ale všichni nemocní nakonec zemřeli. Následně tentýž lékař připojil pacientku s akutním selháním ledvin k umělé ledvině, což prokázalo možnost zachránit nemocného s touto diagnózou. V roce 1955 se v ČR uskutečnila první dialýza. Tento zákrok byl úspěšný a pacientka se v roce 2005 zúčastnila padesátiletého výročí umělé ledviny. V roce 2020 se léčilo s náhradou funkce ledvin okolo 3,78 milionu lidí (Lachmannová, 2022).

Možností HD je v dnešní době intermitentní hemodialýza v dialyzačních centrech. Proces výměny trvá 3–5 hodin v intervalech 2-3krát týdně. U pacientů je klasické mít dialýzu třikrát týdně, ale je možné i dvakrát týdně, a to u nemocných s vysokým reziduálním selháním funkce ledvin. V ČR se začíná preferovat spíše „domácí“ peritoneální dialýza, která je po provedení od školitele prováděna v domácím prostředí prostřednictvím rodinného příslušníka nebo si ji nemocný dělá sám. Tato dialýza přináší pacientovi mnoho výhod jako je lepší léčba hypertenze a lepší zdravotní stav při léčbě kardiovaskulárního onemocnění. Jednou z nevýhod je, že probíhá častější přístup do cévního řečiště. V některých velmi výjimečných situacích se provádí peritoneální dialýza s kombinací s hemodialýzou, přičemž to vede ke zvýšení účinnosti léčby pacienta. Každý pacient má právo výběru možné léčby, tedy mezi peritoneální dialýzou a transplantací. U některých pacientů je potřeba promyslet, zda by nebylo lepší zvážit náhradu funkce ledvin (hemodialýzou) nebo konzervativní léčbu mnohdy až paliativní. U této léčby je potřeba co největší možné individuální péče, protože se stává, že pacienti nemůžou být zařazeni do transplantačního programu. Mnohdy je i složitá peritoneální dialýza, protože to nedovoluje zdravotní stav nebo zázemí nemocného (Zakiyanov, Wurmová, 2018).

Hemodialyzátor je důležitou součástí mimotělního okruhu, kde probíhá očišťování krve. Je tvořen dialyzační membránou a deskovou membránou, která se již nepoužívá. Dialyzátor se tvoří ze 4 portů, dva jsou pro krevní cestu (vstup a výstup) a další dva pro dialyzační roztok (vstup a dialyzát – výstup). Tento systém je pevně uzavřen v pouzdru (Haluzíková, Břegová 2019).

HD je léčebná metoda, která se používá s pomocí dialyzátoru. Také je označena jako umělá ledvina a hemodialyzační přístroj. Tato metoda očišťuje krev od zplodin látkové přeměny metabolismu. Nejdříve se vytvoří A - V shunt, který je zaveden do paže. Před začátkem dialýzy školený personál vsune dvě dialyzační jehly do shuntu, který má na starost průchod krve hemodialyzačním obvodem. V průběhu léčby je krev odčerpávána pomocí speciálně připravených sterilních hadiček od dialyzátoru, kdy dochází k odstraňování a odfiltrování přebytečné tělesné vody a odpadních látek. Krev je dalšími hadičkami odvedena zpět do těla dialyzovaného pacienta. Dialyzátor jsou vlastně malé hadičky, které propouští odpadní látky a vodu. Krev je odvedena vláknem, přes které protéká tekutina. Toto je nazýváno dialýza. Po ukončení dialýzy se vytáhnou jehly z A - V shuntu. Objem odstraněných tekutin během hemodialýzy jde nahradit substitučním roztokem (Zakiyanov, Wurmová, 2018).

Během hemodialýzy vznikají mnohé komplikace, které můžeme řadit mezi technické nebo vzácné. Technické komplikace jsou hlavní výhodou, protože dnešní přístroje je umí vyhodnotit. Během eliminační metody se mohou vyskytnout problémy, které mohou u pacienta vyvolat negativní zkušenosti a tyto pocity mohou přetrvávat u pacienta do budoucnosti, a přináší tak obavy ohledně následné léčby a ztráty důvěry k personálu. U pacienta se může objevit anafylaktická reakce, která se objevuje do 20 minut od zahájení. Mezi hlavní příznaky řadíme pocit horka, pálení určité části těla, dušnost, bolest na hrudi, otok laryngu, necitlivost končetin, nauzea a zvracení. Někdy je tato metoda označována jako first use syndrom. Mezi další méně výrazné komplikace patří vzduchová embolie, nespecifická reakce či neurologická, kardiovaskulární, hemolytická a hemodynamická komplikace (Haluzíková, Břegová 2019).

Cévní přístupy jsou nedílnou součástí hemodialýzy pro všechny dialyzované pacienty. Pokud cévní přístup přestane fungovat, je to pro nemocného život ohrožující stav a musí to být neprodleně vyřešeno. Nej důležitější je prevence. Jak předcházet vzniku a dalšímu možnému šíření komplikací. Jde tedy o jednoduché postupy jako je hygienické dezinfekce rukou, správné ošetření místa vpichu a správná péče a kontrola místa zavedení. Rozlišujeme centrální žilní katétr, A - V shunt (Arteriovenózní zkratky) a arteriovenózní grafty. Pokud u pacienta požadujeme dlouhodobou hemodialýzu, je nejlepší zavedení arteriovenózní spojky (shunt). Většinou je nejlepší zavedení na horní končetině. Jde tedy o zavedení umělé cévky, která je implantovaná malým chirurgickým zákrokem pod kůži, kde je napojená jedním koncem na tepnu a druhým na žílu. Do 4–8 týdnů je žíla připravená k zavedení dialyzační kanyly. Pro možné zahájení dialýzy je potřeba zavést centrální žilní katétr do velké žíly (vena jugularis interna, vena subclavia, vena femoralis). Ten by měl být zaveden jako dvojcestný, může být i trojcestný s jedním přístupem pro odebírání krve, nebo zavádění léků mimo dialýzu. Katétr se zavádějí do velkých žil pod ultrazvukem. Po zavedení by se měl provést RTG snímek srdce a plic, pro kontrolu správného zavedení, ale hlavně k vyloučení pneumothoraxu. Tento katétr je zaveden pro krátkodobou nutnost dialyzační léčby či akutní dialýzu. Permanentní katétr se zavádí u pacientů, kterým nejde zavést cévní přístup nebo po A - V shuntu, nebude se ovšem moci používat hned. Permanentní dialyzační katétr má stejně jako žilní katétr dvě lumeny. Na katétru je Darkronova manžeta, která fixuje katétr ve správné pozici a chrání katétr před bakteriální infekcí (Zakiyanov, Wurmová, 2018).

Při hemodialýze by měl pacient respektovat správné léčebné postupy, a hlavně dodržovat správnou dietu a pitný režim. Měl by docházet na pravidelné kontroly k nefrologovi. Pacient by si i v domácím zázemí měl měřit krevní tlak, tělesnou hmotnost a kontrolovat pravidelně dialyzační vývody (Slezáková, 2023).

1.3.4.4 Transplantace ledviny (TxL)

Transplantace ledvin je implantací zdravé ledviny od jiné osoby do těla pacienta s terminálním selháním ledvin. Nejde o záchranu života, ale o možnou terapii, která přináší nemocnému prodloužení života se zlepšením kvality života. Transplantace ledvin přináší pacientovi ve srovnání s dialýzou menší množství komplikací především kardiovaskulárních a je méně finančně nákladná (Zakiyanov, Bandúr, 2018).

V ČR se kromě možnosti darování ledviny od anonymního dárce stále více rozšiřuje i varianta darování ledviny od živého dárce, například od blízké osoby. Není vždy možné najít vhodnou imunitní shodu s rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou. Proto se rozvíjí program výměny ledvin, který umožňuje poskytnutí orgánů nejvhodnějšímu příjemci (Teplan, 2017).

Nejde pouze o správnost imunitní shody, ale i o správnost předtransplantačního vyšetření. Toto vyšetření zahrnuje screening kardiovaskulárních nemocí, nádorové onemocnění a různé chronické infekce (Zakiyanov, Bandúr, 2018).

Preferuje se co nejčasnější transplantace ledviny, nejlépe do dvou let od zahájení dialýzy. Po dvou letech se začínají zhoršovat možnosti zapsání do transplantačního programu, protože při léčbě spojenou s dialýzou dochází k závažným změnám v cévách, které jsou na dialýzu napojeny. Doporučuje se preemptivní transplantace, což je odebrání od živého dárce a transplantování pacientovi doposud nedialyzovanému (Teplan, 2017).

Příprava pacienta s chronickým onemocněním ledvin k transplantaci ledviny zahrnuje mnoho nezbytných vyšetření. Na začátku je potřeba snížit krátkodobé onemocnění a s tím spojené infekce, ale i dlouhodobé komplikace, mezi které řadíme hlavně nemoci kardiovaskulárního onemocnění. Důležité je, aby pacient byl vyšetřen dříve, než bude zahájena dialyzační léčba, tedy když je pacient léčen ještě konzervativně. Mezi základní vyšetřovací metody při zápisu do čekací listiny (WL – waiting list) je brán důraz na zhodnocení funkce kardiovaskulárního systému spojené s echokardiografií a případně koronarografií. Je velmi důležité vyšetřit tepny v oblasti pánve, kam se při transplantaci našívají cévy transplantované ledviny na vasa iliaca externa příjemce. Mezi nezbytné metody řadíme RTG hrudníku a ultrazvukové vyšetření břicha. Laboratorní vyšetření zahrnuje krevní obraz, krevní srážlivost, biochemie a screening infekčních stavů. Dále mezi vyšetření řadíme endoskopické vyšetření, SKG, EKG, stomatologické vyšetření, ORL, u žen se provádí gynekologické vyšetření, vyšetření nádorových onemocnění a urologické, které je velmi důležité, protože u nemocných s onemocněním ledvin bývají časté infekty močových cest a močového měchýře. Když se pacient léčí s chronickou hepatitidou, je potřeba vyšetření hepatologem a při jasnějším vyšetření eventuálně jaterní biopsie. Pokud se nepřijde na žádnou vážnou kontraindikaci k operaci a s tím spojené celkové anestezie, může být pacient zapsán do čekací listiny. V dnešní době se stále rozvíjejí kritéria zápisu do čekací listiny, stále není stanovena horní hranice věku, do které by se měl nemocný zapisovat do transplantační listiny. Každý nemocný by měl být řešen individuálně (Zakiyanov, Bandúr, 2018), (Teplan, 2017).

Jeden ze základních předpokladů úspěšné transplantace je nejen shoda v krevní skupině, ale i menší shoda v imunologii mezi dárce a příjemcem. Dárce ledviny musí též podstoupit podrobné vyšetření. Bude zárukou toho, že se u něj nevyvine pozdnější onemocnění ledvin. Dalším důležitým bodem při transplantaci ledviny je prevence odhojení transplantátu, při které je aplikovaná imunosupresivní léčba. Tato léčba je podávána denně a nutností je dobrá spolupráce s pacientem. Doba přežití štěpu je 10–15 let, vyšší možnost přežití je časována dle toho, zda je od živého dárce, a hlavně pokud proběhne lepší příprava k operačnímu výkonu. Pokud pacient získá ledvinu před tím, než byla zahájena transplantace, je prognóza lepší. Důležitým faktorem je, zda nejsou během léčby nějaké komplikace a pokud ledvina selže, lze transplantaci opakovat maximálně 4krát. Pokud je dárce již po smrti, je zde vyšší riziko komplikací, ale i přesto je výrazně zlepšená kvalita života (Zakiyanov, Bandúr, 2018).

U zemřelých dárců se indikace k odběru orgánů řídí zákonem č. 285/2002 Sb. Tento zákon umožňuje odběr orgánu až na určité výjimky, jako jsou osoby, které jsou v Národním registru nesouhlasících s odběrem orgánu a tkání nebo pokud jde o nezletilé osoby, jejichž rodiny nesouhlasí s odběrem orgánů a tkání. K malému množství vhodných dárců přispívá fakt, že se hodně změnila kritéria. Za absolutně nevyhovující jsou považováni pacienti, kteří měli přenosné infekční nemoci (AIDS, hepatitida B a C), stejně tak pokud byla u pacienta objevena malignita. Naopak k darování orgánů mohou být indikováni pacienti se smrtí mozku, tedy pouze při zachování krevního oběhu a perfuzi ledviny. Smrt mozku je stanovena angiografií mozku (Teplan, 2017).

TxL je transplantací, při které je zaveden štěp do kyčelní jamky a cévní anastomóza je provedena na tepnu a žílu (vena iliaca externa). Po transplantaci ledvin je pacientům nařízeno pravidelně a dlouhodobě užívat imunosupresivní léčbu. Pomocí ní je tělo chráněno před aloimunitní reakcí T – lymfocytů štěpů od dárce. Imunologická reakce se nazývá rejekce nebo také odhojení. Léčba imunosupresivy je dělena do dvou kategorií, imunosupresiv indukční a udržovací. Bohužel komplikace po transplantaci ledvin mohou přijít a dělí se na akutní a chronické. Ty akutní potíže většinou přicházejí ihned. Můžeme je proto nazývat pooperační komplikace. Mezi ty hlavní obtíže patří tubulární nekróza, což je opožděná reakce funkce štěpu. U této komplikace je prognóza dobrá. Dále může nastat porucha hojení rány nebo infekce. Poté mohou následovat problémy spojené s chirurgickou léčbou, a ty jsou: trombóza v cévním štěpu, anastomóza ureteru v podobě stenózy či močová píštěl. V několika následujících měsících po transplantaci se může projevit akutní rejekce. Ta je objevena většinou při histologickém vyšetření, nikoli časovým obdobím. Toto odhojení se léčí kortikoidy (Solu - medrol), dále se užívají imunosupresiva, ale musí být upravena jak dávka, tak i podání protilátek (Zakiyanov, Bandúr, 2018).

Při chronických komplikacích vznikají hlavně chronické rejekce, které se většinou projevují po roce od doby transplantace. Většinou je toto diagnostikováno histologickým nálezem. Poté se u pacientů může objevovat arteriální hypertenze, DM vzniklý po transplantaci, chronické infekce, mohou se objevovat i kardiovaskulární komplikace. Ledvina, která je transplantována, má výrazně nižší funkčnost. Nejdůležitější je sledovat u pacientů kardiovaskulární komplikace. Tyto komplikace mohou způsobit vyšší riziko úmrtí (Zakiyanov, Bandúr, 2018).

1.4 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s chronickým selháním ledvin

Pacienti s CKD jsou ambulantně sledováni u nefrologa, praktického lékaře a v dialyzačních střediscích. Záleží především na pacientovi, jak dodržuje léčebný režim a jaký je jeho životní styl. Pokud se pacientův stav značně zhorší a jsou příznaky uremie, je pacient hospitalizován v nemocnicích na oddělení jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, či na standardním oddělení. Vše záleží na stavu nemocného. Po příjmu napojíme nemocného na monitorovací lůžko a stále sledujeme vitální funkce (Slezáková, 2023).

Provádíme pravidelné kontroly krevního tlaku po hodině, stále měření EKG, P, D, SPO₂, kontroly tělesných teplot, 3krát denně, pravidelně sledujeme vědomí pacienta, sledujeme vznik otoků, příjem a výdej tekutin, sledujeme bolest (intenzitu, charakter a její lokalizace,

účinky analgetik), invazivní vstupy (kontrola místa vpichu, sledování možné infekce, funkčnost a průchodnost katétru), pravidelně kontrolujeme laboratorní výsledky (kontrola Urey, Kreatinin, Na, K, Cl, krevní obraz, acidobazická rovnováha), měříme centrální venózní tlak a tím můžeme sledovat hydrataci organismu. U pacienta by se měly sledovat i projevy dalších onemocnění. Pacientovi se při příjmu na oddělení zavádí periferní žíla, která nesmí být zavedena do končetiny, kde je A – V shunt. Na tomto místě nesmí být měřen krevní tlak ani probíhat odběry krve (Slezáková, 2023).

Pohybový režim nemocného závisí na jeho aktuálním zdravotním stavu. V akutní fázi je pacientovi doporučen klidový režim a je ležící. Pacient může přijmout různé polohy buď sám, nebo s pomocí zdravotního personálu. U pacientů, kteří nejsou schopni se sami pohybovat, je nutné pravidelné přetočení, aby se předešlo vzniku dekubitů, pokud to zdravotní stav umožňuje. Také je důležitá antidekubitní péče. Při dušnosti je pacient umístěn do Fowlerovy polohy (poloha, kdy je pacient v polosedě) nebo aktivní polohy (poloha, která je pacientovi pohodlná) (Slezáková, 2023).

Též je důležité sledovat množství vyloučené moče a znát přesné denní množství diurézy. U pacientů s renálním selháním je nezbytné měřit i hodinovou diurézu. Pacientům se zavádí permanentní močový katétr pro přesnější měření výdeje tekutin. Důležité je také sledování barvy moči a přítomnosti nečistot v ní, jako jsou krev (hematurie) a hnis (pyurie), a také zaznamenávání zápachu. U nesoběstačných pacientů je důležité sledovat pravidelnost stolice. Je nutné zajistit jim vyváženou stravu, která respektuje principy nízko bílkovinné diety. Podle potřeb pacientů jim poskytujeme pomoc a sledujeme, aby dodržovali dostatečný příjem tekutin. V akutní fázi je hygienická péče poskytována na lůžku, později podle stavu může pacient využívat koupací lůžko v koupelně. Ošetřování kůže a prevence vzniku dekubitů, jsou důležité, zejména u pacientů s chronickým selháním ledvin. Selhání ledvin je velmi vážné onemocnění, u něhož je potřeba rychlé a akutní odborné péče, a hlavně spolupráce samotného pacienta. Je důležité u něj sledovat všechny možné komplikace a příznaky selhání. Nejdůležitější je zachytit všechny příznaky, které mají velký vliv na další vývoj a lepší prognózu (Navrátilová, 2014).

1.4.1 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s hemodialýzou

Pacient zařazený do programu hemodialýzy s možností účasti v transplantačním programu, prochází náročným obdobím. Musí se vyrovnat s tím, že jeho život je závislý na umělé ledvině a má omezení v jídelníčku a pitném režimu. Stálý stres u dialyzovaných pacientů může vést k úzkosti, nervozitě a depresi. Práce s těmito pacienty je velmi náročná pro celý zdravotnický tým, včetně sester. Vyžaduje trpělivost a toleranci. Je důležité si uvědomit, že poskytování ošetrovatelské péče hemodialyzovaným pacientům může sestřám přinášet jak psychické, tak fyzické výzvy. Každodenní činnost na hemodialýze přináší náročné situace, které mohou být až stresující. V hemodialyzačních centrech sestry pečují o pacienty, kteří doufají v uzdravení, ale také jsou zde také pacienti, kteří bohužel i přes všechnu možnou péči nemají možnost uzdravení (Viklický, 2013).

Nejdůležitější vhodná hemodialýza a kvalitní život je závislý na několika faktorech. Patří mezi ně normální krevní tlak, správná výživa, udržení vhodného životního prostředí, vyvážená tekutinová bilance a s tím spojený dobrý fyzický a psychický stav. Pro nemocného je toto velmi

složitá situace, musí přijmout, že onemocnění ovlivní jeho každodenní život, práci a v podstatě jeho celý soukromý život. Proto je pro pacienta důležité, aby celý zdravotnický tým poskytoval správnou psychickou pomoc a podporu. Může se stát, že v některých případech podpora od zdravotnického týmu nestačí, takže je zapotřebí vyhledat nemocnému odbornou psychologickou pomoc (Viklický, 2013).

Pro nemocného se selháním ledvin je důležité znát možnosti léčby a možné léčebné postupy, které jsou v dnešní době k dispozici. Proto je velmi podstatné, aby pacient pochopil, že život s dialýzou má svoje výhody i nevýhody a že může být i plnohodnotný. Studie ukazuje, že život spojený s léčbou dialýzy může pacientům prodlužovat život i o několik let (Viklický, 2013).

1.4.2 Režimové opatření

Pacienti s chronickým selháním ledvin by měli striktně dodržovat doporučené výživové a pitné pokyny. Strava je základním prvkem v léčbě těchto pacientů. Dodržování dietních doporučení je základem pro správnou péči a je založeno na pokynech lékaře a vzdělání od dietní sestry. Nedodržení dietních opatření může ohrozit život pacienta. Hlavním cílem dietních opatření je udržování optimální výživy a správné hladiny fosforu, což má vliv na metabolismus kostí a udržení normálního množství draslíku v krvi (Pokorová, 2013).

U dialyzovaných pacientů je nutné být ještě opatrnější v dodržování dietních omezení. Je zásadní sledovat příjem energie a udržovat optimální tělesnou hmotnost. Problémy spojené s podváhou mohou vést ke komplikacím, jako anémie nebo snížená imunita. Nadváha u pacientů může zvyšovat riziko vzniku cukrovky, zatěžovat klouby a vést k možné artróze. Hlavní roli ve stravovacích návykách hraje vhodné množství bílkovin. Bílkovin jsou důležité pro svalovou hmotu, správnou činnost orgánů, obranyschopnost těla a regeneraci tkání. Omezení příjmu sodíku je důležité, protože sodík způsobuje retenci vody, což může vést k otokům, vysokému krevnímu tlaku a dušnosti. Nadměrný příjem sodíku, může také způsobit zvýšený pocit žízně, což u dialyzovaných pacientů představuje další rizika (Pokorová, 2013).

Přebytek draslíku v potravě může představovat vážné nebezpečí pro pacienta a v extrémních případech ohrozit jeho život. Zvýšená hladina draslíku v těle může narušit komunikaci mezi nervy a svaly. To může vést k celkové slabosti, brnění, zácpě, srdeční arytmii a v nejhorším případě k srdeční zástavě. Potraviny s vysokým obsahem draslíku zahrnují ovoce, zeleninu, ořechy, ovocné šťávy a sušené plody. Tyto potraviny s vysokým obsahem draslíku můžeme rozdělit do tří hlavních skupin. První skupina zahrnuje luštěniny, jako jsou fazole, hrách a čočka. Druhá skupina obsahuje ořechy a mandle. A třetí skupinou jsou sušené plody. Obsah draslíku v potravinách lze snížit tím, že potraviny s vysokým obsahem draslíku namočíme do vody a poté je uvaříme. U pacientů, kteří se neléčí dialýzou, není nějak omezen příjem tekutin. Pacient s dialýzou je omezen příjmem tekutin. Do těchto příjmu jsou zahrnuty i nápoje, ale též i polévky, omáčky, zmrzlina, ovoce a zelenina (Slezáková, 2023), (Pokorová, 2013).

1.4.3 Edukační činnost u pacientů s hemodialýzou

V oblasti hemodialýzy je kvalitní a vhodná informovanost nezbytnou součástí léčby a péče. Sestry se stále setkávají s rostoucími nároky na svou práci, kterým musí čelit. Na dovednosti

zaměřené na pedagogiku mají vliv i jejich osobní vlastnosti a kvality. Sestra by při edukaci nemocného neměla lhát (Svěráková, 2013).

Péče o pacienty, kteří pravidelně dochází do dialyzačních center, je velmi charakteristická. Je třeba zajistit uspokojení jejich bio – psycho - sociální a spirituální potřeby. Pravidelné návštěvy dialyzačního centra představují významné omezení v životním stylu pacientů. Nemocní mají narušený nejen pracovní, ale i osobní harmonogram. Pro pacienty představuje dialýza významnou psychickou zátěž, a proto je jedním z hlavních úkolů zlepšení jejich kvality života pomocí edukace. Hlavním cílem edukace je poskytnout informace o možnostech léčby a objasnit jejich výhody a nevýhody. V ošetrovatelské edukaci hraje hlavní roli efektivní komunikace, která plní několik důležitých funkcí. K těmto funkcím patří předávání klíčových informací a umožňuje sestře navázat kontakt s pacientem, což vede k důvěře pacienta vůči zdravotnickému týmu. Základem edukace je doplnění informací, které pacient nezná, a nebyly mu sděleny. Dalším z hlavních úkolů edukace je ochota zlepšit léčebný režim, výživu a zvládání zátěže. Předně by pacient měl přijmout své onemocnění a seznámit se s relevantními informacemi, dále by ho měl informovat lékař a následně doplnit i sestra. Pacientovi by měly být vysvětleny komplikace selhání ledvin, metody a druhy léčby (hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace ledvin) a také co bude následovat později (Mastiliaková, 2015).

Při péči o pacienty na hemodialýze by měla sestra detailně informovat pacienta o průběhu této léčby, možných komplikacích a také by měla objasnit jeho denní rutinu. Dále je důležitá komunikace s dietní sestrou o jeho dietě a stravování. V rámci edukace je hlavní také postup péče o A - V shunt. Pacientovi je třeba vysvětlit správné zacházení s končetinou, kde je shunt umístěn, dodržování správné hygieny na dané končetině a zamezit jejímu možnému poškození. Na této končetině by se neměl nosit těsný oděv ani hodinky. Tam kde je zavedený A - V shunt neměříme krevní tlak, nesmí se zaškrcovat končetina pro odběry krve a dále musí být pravidelná kontrola končetiny. Dietní režim je velmi důležitý a proto by měl pacient mít dostatek informací. To znamená, že by jeho strava měla obsahovat dostatečné množství energie, vyvážené množství bílkovin a omezený příjem sodíku, draslíku, fosforu a tuků. Současně by se měl dodržovat dostatečný pitný režim (Mastiliaková, 2015).

Pitný režim by měl být nastaven individuálně každému pacientovi, a to dle množství vyprodukované moči. Každý pacient musí myslet na to, kolik tekutin vypije a přijme v potravinách. Edukace nemocného ve stravování je velmi důležitá a je potřeba, aby dialyzační sestra poskytovala informace o povolených a omezených potravinách. Pacient musí být poučen nejen o stravě, ale i o pohybu jako takovém v soukromém a pracovním životě. Pro pacienty na dialýze je důležitý pohyb, ale všechny různé pohybové aktivity je potřeba konzultovat s lékařem. Dialyzovaným pacientům může zaměstnání přinášet velké obtíže. Někteří pacienti si najdou zaměstnání, které není fyzicky náročné a může využít i flexibilní pracovní dobu. Sestra a zdravotnický tým může pacientům nabídnout rekreační dialýzu, nemocný může vycestovat i do zahraničí. Zlepší se tím kvalita života klientů na dialýze. Na konci edukace by se sestra měla nemocného zeptat, zda všemu rozuměl a zda má ještě nějaké otázky a kdykoliv se může obrátit na kohokoliv ze zdravotnického personálu. Edukace je velmi důležitou částí léčby, která by měla být základem při každém přijímání nového pacienta (Mastiliaková, 2015).

1.5 Kvalita života

Kvalita života je hodnota, kterou nelze tak jednoduše definovat. Tento parametr je ovlivňován mnoha faktory, které zahrnují jak kvalitativní, tak kvantitativní aspekty. Základem hodnocení kvality života je schopnost uspokojit lidské potřeby. Kvalita života se projevuje v podmínkách, které umožňují život bez závažných omezení. K vysoké kvalitě života patří také pocit osobního štěstí. Nižší kvalitu života naopak vyznačuje nepohodlí a nespokojenost, často spojené s omezením oblíbených aktivit nebo s prožíváním bolesti (Haluzíková, 2019).

Pojem kvalita života byla poprvé objevena v ekonomické a politické oblasti. Ve 20. letech 20. století byl pojem kvalita života poprvé použit při diskusi o dopadu sociální podpory na ekonomiku u sociálně znevýhodněných skupin. Během 2. světové války se tato diskuse o kvalitě života utlumila. V některých zemích se životní úroveň začala zvyšovat, což přineslo blahobyt pro většinu populace. Hodnocení kvality života začalo být zaměřeno především na ekonomické ukazatele. Ukázalo se, zejména ve Spojených státech, že ekonomický růst nemusí nutně znamenat spokojenost lidí se svým životem. Historicky bylo hodnocení kvality života ve zdravotnictví zaměřeno převážně na objektivní a vnější aspekty fyzického a psychosomatického zdraví (Haluzíková a kol., 2019).

Tento pohled se začal měnit poté, co Světová zdravotnická organizace (WHO) představila novou definici zdraví. Podle WHO není zdraví pouze nepřítomnost nemoci, ale stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Tato nová definice zdůrazňuje význam komplexního přístupu k zdraví a kvalitě života, který zahrnuje jak fyzické, tak emocionální a sociální pohledy. V medicíně se začal více respektovat pohled na kvalitu života z pohledu samotného pacienta. Tento přístup se začal výrazně objevovat u pacientů s chronickým a vážným onemocněním. U těchto onemocnění není v současné době v silách medicíny dosáhnout plného zdraví. Tak se snaží zmírnit příznaky daného onemocnění anebo prodloužení života. Snahou zdravotnického týmu je dodržet co nejlepší kvalitu života i mnohdy v nelehkých stavech. V oblasti zdravotnictví se používá termín "kvalita života spojená se zdravím" (health-related quality of life), který je připisován k pojmu zdraví. Tento termín se objevil v klinických studiích od 80. let jako jeden z koncových bodů (end point). Postupně nabývá na významu při hodnocení efektivity léčby. Pro lékaře je to cesta k jeho plnému osvojení. V nedávné době, jak v ČR, tak v zahraničí, je stále více pacientů s renálním selháním ledvin, kteří vnímají dialýzu jako prostředek, který jim umožňuje vést dlouhý a co nejvíce plnohodnotný život. Osoby s chronickými onemocněními často pociťují, že nemají pro sebe a své blízké hodnotu stejnou jako lidé bez zdravotních komplikací. Pro kvalitní život je důležité, aby pacient měl zdravý a pozitivní pohled na své vlastní vnímání a cítil se jako plnohodnotný člen společnosti (Haluzíková a kol., 2019).

Definice kvality života je velmi složitá a problematická, protože každý jedinec má velmi odlišný osobní hodnotový systém. Kvalita života je „subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“ (definice podle Světové zdravotnické organizace). Jinými slovy lze jako kvalitu života chápat míru, do jaké je člověk podle vlastního mínění schopen „fungovat“ nejen tělesně, ale i emočně, duševně a společensky.“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2024, s. 1)

Pokud bude kvalita života vědecky vyřešena, může se pomocí teoretických zjištění změnit a zvýšit kvalita života i v praxi jednotlivců či zkoumaných osob (Ludíková, 2013).

1.5.1 Definice kvality života

Definice kvality života je velmi složitá. Kvalita života musí být vnímaná jako velmi obecný pojem. Největším problémem definování pojmu kvalita je, že termín má velmi nespecifický význam a je používán v různých tématech a kontextech a vyplývá často spíše ze souvislostí, než aby měl jednu společnou definici. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako komplexní koncept rozdělený do čtyř hlavních oblastí, které ovlivňují každodenní prožívání jednotlivce. První oblast se týká fyzického zdraví a úrovně samostatnosti, zahrnující schopnost vykonávat běžné denní aktivity od zvládání každodenních úkolů po odpočinek a únavu. Důležitý je také stupeň závislosti na lékařské péči a podpora při zachování nezávislosti. Druhá oblast se zaměřuje na psychické zdraví a duchovní dimenze, zahrnující emociální a duchovní aspekty života. Sem patří jak negativní, tak pozitivní emociální projevy, sebehodnocení, učení, víra a duchovního hledisko, které ovlivňuje naše vnímání světa a naše místo v něm. Třetí klíčovou oblastí jsou sociální vztahy, které ovlivňují naše osobní interakce a sociální podpora. Schopnost navazovat a udržovat zdravé a podpůrné vztahy s ostatními lidmi je zásadním faktorem pro kvalitu života. Poslední, avšak neméně důležitou oblastí, je prostředí, které nás obklopuje. Zahrnuje nejen domácí prostředí, ale také místa, kde se cítíme bezpečně a volně. Jedná se o prostor pro vzdělávání, práci a rekreaci a má vliv na naši pohodu a pocit štěstí. Kvalitu života nelze jednoznačně definovat, jelikož je to subjektivní vnímání a hodnocení každého jednotlivce. Nicméně je to míra spokojenosti s možnostmi, které nám život nabízí, a zároveň je to dynamický proces, který se může měnit v průběhu času a pod vlivem různých okolností (Ludíková, 2013).

1.5.2 Měření kvality života

Pro hodnocení kvality života se používají různé metody, včetně dotazníků, rozhovorů, pozorování a dalších výzkumných technik. Dotazníky mohou hodnotit obecnou kvalitu života nebo se zaměřovat na kvalitu života v souvislosti se zdravím a konkrétními nemocemi, známé jako specifické dotazníky. Tyto nástroje hodnotí, jak nemoc ovlivňuje každodenní život pacienta a jeho zdravotní stav. Existuje široká škála nástrojů určených k měření kvality života, které jsou používány v různých kontextech a pro různé populace. Hodně jsou využívány dotazníky obecné a konkrétní pro dané onemocnění, označovány jako specifické. Jsou tvořeny tak, aby je mohl tázaný vyplnit sám bez cizí pomoci. V současné době se pacienti a lékaři shodují na tom, že správnou a účinnou léčbu nelze posoudit podle délky prožitého života, ale především podle kvality života. Na začátku měření kvality života používali lékaři a sestry jako kritérium stav nemocného z vnějšího hlediska nebo pomocí objektivních kritérií (Ludíková, 2013).

1.5.3 Nástroje měření kvality u pacientů s chronickým selháním ledvin

V oblasti chronického selhání ledvin, jsou nejvíce používány nástroje pro hodnocení kvality života Renal Dependent Quality of Life (RDQoL), Kidney Disease Questionnaire (KDQ) a Kidney Disease Questionnaire of Life (KDQoL). V řadě studií je upřednostňován KDQoL, který vznikl spojením generického dotazníku SF-36 a specifického KDQ. SF-36 obsahuje 36 otázek, které mapují osm různých aspektů života, včetně fyzického zdraví, omezení v běžných činnostech, bolest, celkový zdravotní stav, vitalita, emocionální pohoda, sociální funkce. Dále identifikuje dvě hlavní dimenze, kam patří fyzické a mentální zdraví. Dotazník KDQ obsahuje konkrétní otázky týkající se těchto oblastí, které jsou ovlivněny chronickým selháním ledvin a dialýzou. Tímto nástrojem můžeme posoudit kvalitu života a dopad nemoci a léčby na každodenní život pacientů. Kvalitu života dialyzovaných pacientů s chronickým selháním ledvin lze porovnávat se zdravými jedinci. Také je srovnávána kvalita života pacientů dialyzovaných s transplantovanými a hemodialyzovanými pacienti s peritoneálně dialyzovanými. Mezi pět nejvyšších cílů léčby CHSL s pohledem na kvalitu života patří následující. Prvním je obnovení normálního biologického i psychosociálního zařazení a dlouhověkost. Mezi další cíle patří snížení vedlejších účinků na co nejmenší míru. K dalšímu typu léčby řadíme co nejvyšší psychologickou a sociální zralost. Čtvrtým cílem je souhra rodiny při snižování stresu z plynoucí léčby. V posledním bodě musí zdravotníci v péči o nemocné být co nejméně vystaveni stresu a projevit vysokou profesionální spokojenost (Bednářová a kol., 2007).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak pacienti s chronickým selháním vnímají kvalitu jejich života.

Výzkumné otázky kvalitativního výzkumu

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacienti s chronickým selháním ledvin hodnotí svůj fyzický stav?

Výzkumná otázka č. 2: Jak pacienti s chronickým selháním ledvin vnímají psychosociální oblast?

Výzkumná otázka č. 3: S jakými komplikacemi se pacienti s chronickým selháním ledvin potýkají?

Výzkumná otázka č. 4: Jak pacienti s chronickým onemocněním ledvin dodržují léčebný režim?

2.2 Metodika výzkumu

K výzkumné části byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda využívající polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti byli pacienti dialyzačního centra, kteří pravidelně dochází na hemodialýzu. Každý z respondentů má jinou věkovou skupinu, jiné zkušenosti a jiný životní styl. Tento typ výzkumu jsem zvolila díky navázání osobního kontaktu a pro lepší vysvětlení dané problematiky. Výzkum jsem prováděla v Nemocnici Havlíčkův Brod na oddělení dialyzačního centra, písemný souhlas s vykonáváním výzkum viz příloha č. 3. Rozhovor obsahoval 16 otázek, které byly podávány tak, aby odpovídaly na čtyři hlavní výzkumné otázky (viz příloha č. 2). V úvodu rozhovoru proběhlo stručné představení a seznámí s otázkami, poté krátké zahřátí, hlavní část, zchlazení a na závěrem jsme se rozloučili a ukončili rozhovor. Pro záznam odpovědí respondentů jsem si zvolila nahrávání na diktafon v mobilním telefonu. Pacienti souhlasili s nahrávkami. Následně byly nahrávky z diktafonu použity k přepisu odpovědí a zpracovány do tabulek pro lepší orientaci.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Rozhovor byl proveden s šesti vybranými respondenty, kteří pravidelně podstupují hemodialýzu a podělili se o své poznatky a zkušenosti. Z toho byly tři ženy a tři muži. Hemodialyzovanými pacienti byli ve věku v rozmezí od 45 do 80 let. Rozhovory probíhaly vždy po předchozí domluvě, s pěti respondenty jsem komunikovala přímo během hemodialýzy, pouze s jedním jsem se setkala v nemocničním bufetu. Při jednom z rozhovorů jsem měla možnost vidět, jak se pacient připojuje na hemodialýzu a zároveň si projít hemodialyzační centrum. Hlavním kritériem pro můj výzkum bylo sehnat respondenty, kteří dochází pravidelně na hemodialýzu.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období od ledna 2024 do března 2024, formou polostrukturovaného rozhovoru s hemodialyzovanými pacienty. S vyhledáváním vhodných respondentů mi pomohla všeobecná sestra. Celkem jsem provedla šest rozhovorů. V úvodu jsem se představila, vysvětlila účel rozhovoru, téma a cíl své bakalářské práce, typy otázek. Získala souhlas s nahráváním rozhovorů na diktafon a ubezpečila respondenty, že takto získané údaje budou sloužit pouze k vyhodnocení a přepsání výzkumného šetření a budou zcela anonymní. Respondenti byli velmi ochotní a o svém onemocnění mluvili velmi otevřeně.

2.5 Zpracování získaných dat

Rozhovory respondentů jsem si s jejich souhlasem nahrávala na diktafon. Využila jsem je při přepisování odpovědí do Wordu. Získaná data jsem zpracovala v programu Microsoft Office Excel, kde jsem si vytvořila tabulky. Následně jsem vypracované výsledky překopírovala do programu Microsoft Office Word pro lepší přehlednost.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

Respondent č. 1

Dotazovaný číslo jedna mi na první otázku odpověděl, že jeho současné fyzické zdraví je bez problémů a má se dobře. Během svých denních aktivit jezdí na vozíku nebo venku na čtyřkolce a zvládá se starat sám o sebe. Jeho denní činnosti jsou pro něho v pohodě, jak sám nemocný řekl: „*Sám si uvařím nebo mi pomůže máma.*“ Další aktivity zvládá s velkým omezením, jelikož je na invalidním vozíku. Dotazovaný mi odpověděl na otázku, co ho baví v soukromém životě. „*Hraju pokera na internetu, koukám na televizi, jedu ke známým na návštěvu, mám rád kapelu Kabáty a ještě rád jezdím s kamarádem na ryby.*“ Další otázkou bylo, jak se respondent cítí po dialýze. Pacient mi odpověděl: „*Ze začátku, když jsem nastoupil na dialýzu, byl jsem hodně unavený, ale teďka už je to všechno dobrý, akorát toho moc dělat nemůžu, ale nejsem unavený.*“ Během rozhovoru jsme si povídali i o tom, jaký spánek nemocný má. Dozvěděla jsem se, že respondent špatně spí, večer nemůže dlouho usnout, ale možná i proto, že do pozdních hodin dívá do počítače a hraje pokera, a tak chodí spát dlouho. Ráno nemocný dle svých slov vstává brzy, většinou tak po šesté hodině, a už neusne. Respondent je již v invalidním důchodu, takže do práce nechodí, ale když mu to zdravotní stav dovoľoval, chodil pracovat do Růženky. Respondenta jsem se ptala, o jakou firmu se jedná. Nemocný mi odpověděl: „*To je ruční vyrábění náramků a ruční práce.*“ Moje další otázka směřovala na psychický stav nemocného. Sám nemocný mi řekl, že se cítí dobře, jelikož má zdravotní komplikace od narození, tak své onemocnění přijmul takové, jaké je. Dále jsem se ptala nemocného na jeho společenský život. Pacient mi sám řekl, že jeho společenský život není tak pestrý, ale i tak zvládá hodně aktivit, i když je upoutaný na invalidním vozíku. Od pacienta jsem se dozvěděla: „*Dříve jsem jezdil na vozíku do hospody na pivo, ale teďka, co zemřela babička, asi 4 roky zpět, tak už nikam nechodím. Trávím čas doma, kde hraju akorát poker na počítači, ale ne za peníze, jen že hraju. Jezdím třikrát do měsíce za kamarádem, je taky na vozíčku a dvakrát do měsíce za svým bratránkem. Kamarádi mě občas berou na koncert Kabátu, letos mají to turné, tak už mám koupené lístky.*“ Ptala jsem se nemocného, zda má podporu blízkých. Odpověděl mi, že podporu má hlavně v bratranci a své matce. Dotazovaný mi dále povídal o svých komplikacích spojených s onemocněním: „*Největší komplikací u mě jsou záněty ledvin, taky jsem měl infarkt, kdy mi museli udělat bypass. Před lety jsem byl na koronarografii. Od narození necítím nohy, ale musím nosit ponožky a ne boty, když jsem je nosil, měl jsem velké otlaky.*“ Během rozhovoru jsme se dostali k otázce, jak by nemocný zhodnotil zavedení A-V shunt a jeho komplikace a ošetření. Dotazovaný mi odpověděl, že během 27 let, co měl zavedený A-V shunt, neměl žádné komplikace. Pouze měl: „*Komplikace s ucpáním, ale to profoukli a zase to fungovalo.*“ Dále jsem se nemocného ptala, zda mu opravdu A-V shunt vydržel tak dlouho zavedený: „*Ano, pan doktor mi řekl, že prý jak jsem od malička na vozíku a musím se odrážet rukama, tak prý mám silné ruce.*“ Dále jsem se nemocného ptala, jaké komplikace se můžou ve v jeho případě objevit v souvislosti s dialýzou. Pacient se rozpovídal, že ze začátku dialýzy ho bolela hlava a byl hodně unavený. Když byl na dialýze, tak zvracel. Musel se z toho vždycky vyspat a pak to bylo dobré. Následovala otázka na léčebný režim nemocného. Ten mi odpověděl: „*No nesmíme hlavně ovoce, to, co nemůžeme, tak nejím. Jinak si myslím, že za tolik let už jsem se s tím naučil žít.*“ Poté jsem se zaměřila na nastavení pitného režimu. Nemocný mi sám odpověděl, že to bylo velmi složité: „*Mám pít půllitr denně, tak jsem si zvykl a přes den třeba nepiju. Když jedu na dialýzu do nemocnice, tak si dám jednu kávu, kterou mám hodně rád.*“ Dále jsem se ptala, zda se nestalo, že by nemocný vypil víc, než měl: „*Ano, ze začátku, než jsem se to naučil, kolik toho můžu vypít, ale teď už mi to ani nepřijde.*“ Dotazovaný mi začal povídat o sestavování svého dietního režimu. Když nemocnému zjistili onemocnění ledvin, požádal o pomoc dietní sestry, jak říká nemocný: „*Teď už si zvládám uvařit sám a vím, co můžu a nemůžu jíst.*“ Poslední otázkou v rozhovoru s nemocným bylo, jak pacient zvládá vlastní

přístup k léčebnému režimu. Pacient mi reagoval: „*Můj přístup je takový, že to prostě musím zvládnout sám. Takže se snažím zvládat všechny svoje denní činnosti sám, a hlavně se starat sám o sebe. Ráno vstanu a zapiju si léky a buď jedu pomalu na dialýzu, anebo si pustím televizi, koukám na prima zoom nebo na planetárium, pak si vyjedu na vozíku nebo na čtyřkolce ven. Když přijedu, tak si dám něco k obědu a zahraju si poker a je večer.*“

Respondent č. 2

Pacient mi během první otázky v rozhovoru odpověděl, že je spokojený, myslí si, že je mu dobře a hlavně „*dialýza mi zachránila, život.*“ Když jsem se nemocného ptala, jak zvládá denní činnosti. Z odpovědi nemocného jsem se dozvěděla, že nemocný zvládá všechny denní činnosti bez problému, nic ho neunaví, a hlavně je v podstatě zdravý. Všechno zvládá sám a nepotřebuje pomoc. Dále jsme se v rozhovoru zaměřili na otázku „*Jaká je Vaše pohybová aktivita a co Vás baví?*“ Dotazovaný mi sám řekl: „*Pohybovou aktivitu jsem musel hodně omezit. Chodil jsem hrát florbal, tak toho jsem musel nechat, tak aspoň chodím dvakrát týdně fandit klukům a dělat si z nich srandu, že jim to nejde. Snažím se teďka aspoň jednou denně chodit na procházky. V létě mám dovoleno jezdit na kole krátké okruhy. Dřív jsem jezdil na snowboardu, ale kvůli pádům nemůžu. Lyžovat můžu, ale nejsou možnosti v Česku. Tedka, co mi moje nemoc dovolí, tak pomáhám rodině na zahrádce aspoň ostříhat stromky.*“ Další otázka směřovala na to, jak se nemocný cítí po dialýze. Respondent mi popsal svůj fyzický stav spojený s dialýzou, že občas se stává, že je unavenější a někdy zase ne. Je to podle toho, jak se předtím chová a jeho vlastním přístupem. Poté se mi nemocný rozpovídal o tom, jaký má spánek a jestli se cítí odpočinutý. „*Můj spánek je úplně bez problémů, spím okolo 8 hodin denně. Mohl bych spát na kšeft. Přes den spánek nepotřebuju, a hlavně to ani nestíhám. Teda když jsem na dialýze, tak spím i přes den.*“ Dále jsem otázku směřovala k pracovnímu životu. Nemocný mi sám řekl, že dělá „*obchodáka.*“ Po zjištění onemocnění mu snížili úvazek na 6 hodin denně. Nemocný se mi svěřil, že je rád, že může chodit do práce a nemusí být celý dny doma. Když v práci něco nezvládne, tak se nebojí říct kolegům o pomoc. Následovala otázka, jak zvládá svůj psychický stav. „*Líp, než když jsem čekal, než se dostanu na dialýzu. To jsem nevěděl, co mě čeká a měl jsem z toho strach. Tedka vidím, že s tím jde normálně fungovat a žít. V podstatě to máme rodový, tak jsem asi věděl, že to přijde. Když jsem se sem dostal, tak se mi i v rámci možností ulevilo. Hlavně jsem měl strach, jak to přijme rodina, ale v nich mám velkou podporu, hlavně ve svých dětech a manželce.*“ V rozhovoru jsme se dostali i k otázce, jaký je společenský život nemocného. Pacient mi bez rozmyšlení odpověděl, že ho to neomezuje vůbec. „*Samozřejmě pít alkohol nemůžu, ale jinak normálně na akce chodím s manželkou a rodinou. Mám rád, když se lidi baví, takže rád chodím na plesy a zábavy.*“ Dále jsem se nemocného doptala, zda není z akce unavený. Pacient mi odpověděl, že záleží, jak tancuje nebo zda byl unavený, než šel na akci. Pokračovali jsme v rozhovoru, zda má nemocný podporu v blízkých. „*Určitě, my že to máme v rodě, takže se navzájem podpoříme, pohovoříme o tom, a hlavně se o tom mezi sebou nebojíme mluvit, což je hlavní. Takže podpora je obrovská, ani bych to tolik nečekal.*“ Poté jsme se dostali k otázce, zda má nemocný nějaké komplikace v souvislosti s onemocněním. „*Nemám žádné komplikace. Paní doktorka říkala: To víte, jste v rámci možností zdravý až na ty ledviny.*“ Doptávala jsem se pacienta, jak přišel na to, že má nemocné ledviny. Pacient mi řekl, že to probíhalo jako chřipka. Když přišel z práce, měl zimnici a nebylo mu dobře. Pokračoval, že byl poslán k praktickému lékaři, který mu udělal základní vyšetření a zjistil, že se jedná o ledviny a okamžitě byl odeslán do nemocnice na JIP. „*Byl jsem na jipce, kde jsem byl skoro otrávený, a zjistili mi, že selhávají ledviny. Takže jsem se pak dostal sem. No, a jsem tady a čekám na správného dárce.*“ V rozhovoru jsme se dostali k otázce zavedení A-V shunt. „*Je to velká výhoda, ale jinak je všechno bez problémů, žádný komplikace nemám. Povedlo se to hnedka na poprvé. Mám to vlastně ani ne rok, takže zatím všechno dobré.*“ Další otázka byla, jaké komplikace se můžou objevit v souvislosti s dialýzou. Pacient uvedl, že žádné

komplikace nemá, všichni ho připravovali, že bude unavený a bude mít nějaké komplikace. „Ale musím zaklepat, nic mi není.“ Během rozhovoru jsem se doptala nemocného, jak dlouho již chodí na dialýzu a kolikrát v týdnu. Nemocný mi odpověděl, že dochází již rok a jezdí třikrát v týdnu na čtyři hodiny. Poté následovala otázka: „Jaký je Váš léčebný režim?“ Pacient mi odpověděl: „Můj režim, asi bych řekl, že je normální. Pravidelně sem jezdím, ale jinak žiju úplně normální a funkční život.“ Při rozhovoru jsem se dostala i na otázku pitného režimu. Pacient mi vyprávěl o tom, že v zimě je nastavení pitného režimu dobré a nenutí ho to tolik pít. Z léta má strach, že ho to bude nutit víc pít, ale jak říká: „Nějak to zvládnou.“ Od pitného režimu jsme pokračovali ke stravování a dietnímu režimu. Ptala jsem se nemocného, zda potřeboval při zjištění onemocnění dietní sestru. Nemocný mi odpověděl: „Měl jsem dietní poradkyni, která mi řekla, co a jak mám jíst a čeho se mám vyvarovat. Ted'ka už to zvládám sám nebo s pomocí manželky, a když nevím, tak mi internet poradí. Ale velká výhoda je, že si tady poradím s ostatními na dialýze, co měli k jídlu, a nasbírám inspiraci.“ Poslední otázka se zaměřila na vlastní přístup k léčebnému režimu. Pacient se rozpovídal, že má kladný přístup, a hlavně mu nic jiného nezbyvá a je rád, že tato možnost v dnešní době funguje. „Když si to vezmu, tak můj děda na to umíral, protože nevěděli, co to je.“

Respondent č. 3

Dotazovaný pacient číslo tři mi při první otázce rozhovoru odpověděl, jaké je jeho fyzické zdraví v současnosti: „To nevím, když nejsem po dialýze, tak zvládám, během dne potřebuju světlo, jinak všední denní činnosti nezvládnu.“ V další otázce jsem se pacienta ptala, jak zvládá běžné denní činnosti. Sám nemocný mi odpověděl, že během dne je pro něj jednodušší plnit denní činnosti, než když je šero. Ale jak říká: „Během dne jako je koupání, holení a vaření, to zvládám sám. Na nákup mě musí odvézt sousedi, jelikož mám poruchu očí skoro až slepotu, tak při tmě a setmění nevidím. Uklízení nějak zvládnu, ale asi nemám úplně naklizeno. Když je nejhůř, přijdou mi pomoci sousedi. Holení není moc dobrý, jelikož nevidím, tak se holím třeba na pětkrát. Jinak se snažím základní věci zvládat sám, a co nezvládnu, tak si musím říct o pomoc.“ Během rozhovoru jsme se dostali k otázce: „Jaká je Vaše pohybová aktivita a co Vás baví?“ Nemocný se mi rozpovídal o svých pohybových možnostech. Pohybovou aktivitu úplně sám nezvládne, chodí sám v domě, ale po venku potřebuje pomoc, aby nezakopnul a něco se mu nestalo. Venku hlavně vadí schody a výmoly na cestě. Na delší trasy potřebuje správnou obuv, pokud by si ji nevzal, měl by kvůli cukrovce brzy otlaky na nohách. Pacient mi v rozhovoru řekl, že se rád stará o svoji kočku a poslouchá rádio. Má i slepice, o které by se staral, ale má strach kvůli špatné chůzi. V následující odpovědi se nemocný rozpovídal o svém fyzickém stavu po dialýze. „To musím jít vždycky na 2-3 hodiny a spím jak mrtvola, předtím si možná dám něco k jídlu, ale je mi prostě špatně, mdlo a slabo, takový hodně rozházený tlak, takže musím po dialýze odpočívat. Návštěvy a různé nákupy musím nechat na další den.“ V rozhovoru jsme pokračovali a probrali otázku spánku. Pacient mi sdělil, že jeho spánek je špatný. Když přijede po dialýze je dost unavený. Stává se, že po dialýze spí třeba i 4 hodiny. Dále mi řekl, že v noci spí taky dobře do páté hodiny ranní, pak vstává a už nemůže spát. Stane se mu, že se prospí i během dne. Když jsem se nemocného zeptala na pracovní život, jeho odpověď mě překvapila: „Jsem v invalidním důchodu, zvládnu nasekat jeden koš trávy a postarám se o slepice, jinak toho víc nezvládnu.“ V následující otázce jsem se respondenta zeptala, jak zvládá onemocnění po psychické stránce. „Ze začátku onemocnění jsem byl špatný, nevěděl jsem, co mě čeká, ale potom, když jsem se dostal na dialýzu, už jsem věděl, že to bude lepší. Pak jsem začal věřit, že to bude lepší a psychika se zlepšila.“ Respondent se začátkem roku dostal do nemocnice kvůli Covid 19 a jeho zdravotní stav nebyl úplně dobrý. Zůstal upoutaný na lůžku a přestal i chodit. Jeho psychický stav se dost zhoršil. „Ted'ka jsem se zase vrátil zpátky do svého života a je to lepší.“ Společenský život respondent podle svých slov nežije. Je sám a navštěvují ho pouze sousedé. Zeptala jsem se, zda má v někom aspoň nějakou podporu. „Blízkou rodinu už nemám, ale tak nějak mi pomáhají sousedi a kamarád, který se

tam právě nastěhoval. Tak mě navštěvuje a pomáhá mi.“ Respondenta jsem se ještě doptala, zda nepřemýšlel o nějaké službě, která by mu mohla pomáhat. Nemocný mi odpověděl, že by doma nikoho cizího nechtěl a že si nechá pomoci radši od sousedů nebo teď nově nastěhovaného kamaráda. V rozhovoru jsem se dále zaměřila na to, s jakými dalšími zdravotními komplikacemi se nemocný potýká. Respondent se rozpovídal, že v současné době ho trápí cukrovka a počínající problémy se zrakem, které spějí ke stavu úplné slepoty. Dále jsem se doptávala na zavedení, komplikace a ošetřování A-V shunt. Pacient reagoval: *„Je to velká výhoda pro dialýzu. Zavedení bylo bez komplikací i ošetřování. Teďka mám momentální problém s ucpáním, takže za týden jdu na profouknutí do Hradce.“* Následně jsem zjišťovala, jak dlouho už na dialýzu chodí. Odpověděl, že na dialýzu dochází již pět let. Na otázku, jaké komplikace se u něj v souvislosti s dialýzou vyskytly, reagoval: *„Nevím, asi nemám žádný komplikace, jen během hospitalizace jsem měl tendenci zvracet, ale jinak jsem hodně unavený. Většinou přijedu z dialýzy a musím si jít na 3 - 4 hodiny lehnout a hned usnout.“* Poté jsme se během rozhovoru dostali k otázce léčebného režimu. Nemocný uvádí, že je to různé. Sám říká, že je to s přidruženými nemocemi dost složité. *„Na záchod jsem taky nemohl chodit, že jsem během dne nešel ani na záchod.“* U pitného režimu mi respondent řekl, že má tendenci víc pít, ale když víc pije, tak nemůže jít na záchod. *„Ale jinak se to nechá nějak nastavit a zvládne se to.“* Poté jsme pokračovali dietním opatřením. Pacient si vaří sám, dříve mu dováželi jídlo z ODN Háj. Zpočátku využíval dietní sestru, která ho informovala o nově nastavené dietě. Momentálně si vaří sám, protože když jede na dialýzu, nemá sílu a čas běhat okolo ešusů. V poslední otázce jsme s nemocným řešili jeho vlastní přístup k léčebnému režimu. Pacient říká, že se snaží dodržovat léčebný režim. Chce si pomoc nějak sám a neodkazovat se na cizí pomoc, ale když to nejde, nebojí se někoho oslovit.

Respondent č. 4

Pacientka číslo čtyři na první otázku rozhovoru „Jaké je Vaše fyzické zdraví?“, odpověděla: *„Je to teďka pořád tak nějak na vážkách, jsem ještě v léčbě rakoviny.“* V další otázce jsem se ptala, jak pacientka zvládá běžné denní činnosti. Sdělila mi, že drobné činnosti během dne zvládne, chodí si po venku, ale moc toho neujde. Nejvíc energie má vždycky po ránu, potom už energie upadá a nezvládne toho tolik. Na nákup si dojde, ale vždy ji musí někdo pomoci nebo aspoň odvést k nákupnímu centru. Dcera jí chodí pomáhat s uklízením anebo jí pomáhá i manžel. Když jsme si s respondentkou povídaly o její pohybové aktivitě a také o tom, co ji baví, svěřila se mi: *„Vždycky mě bavilo starat se o zahrádku a činnost venku, ale je to teďka takový nijaký, ale snažím se aspoň něco málo ostříhat. Začala jsem teďka plést, luštit křížovky a číst knížky. Pohybová aktivita je taková hodně omezená.“* Následně jsem pacientce položila další otázku ohledně dialýzy, a jak se po ní cítí. Respondentka mi sdělila: *„Dialýzy v nemocnici jsou pro mě dost náročný, když přijedu domů, jsem hodně unavená, tak si musím chvíli odpočinout. Jinak mi nijak špatně není.“* V rozhovoru jsme pokračovaly otázkou týkající se spánku. Pacientka se rozpovídala, že když se dobře vyspí, jsou pro ni rána klidnější a pohodová. Pokud dlouho večer kouká na televizi, nemůže usnout a následně má problém se spánkem. Stres velmi působí na spánek respondentky. Když musí ráno brzo vstávat, celou noc se budí, aby nezaspala. Během dne si občas sedne a na chvíli usne. Respondentka je již ve starobním důchodu a pracovní život žádný nevede kvůli svému onemocnění. Když jsem došla na otázku, jak se pacientka cítí po psychické stránce, respondentka měla slzy v očích. *„Nedokážu se s tím pořád nějak srovnat. Nečekala jsem, že budu mít takový důchod. Nějak s tím stále pořád bojuju a nejsem úplně fit.“* Společenský život respondentka nemá žádný. Mezi lidmi nechodí, protože má strach, aby něco nechytla. Když jsem se doptávala, zda ji nenavštěvuje třeba kamarádka nebo rodina. *„Ano, jednou za týden přijde kamarádka, když je hezky tak se kousek projdeme nebo si dáme kávu a popovídáme. Z rodiny mě navštěvuje hlavně dcera, která se o mě i stará, když mám málo síly.“* Dále jsem se doptávala, zda má respondentka podporu blízkých. *„Největší podporu mám ve svém manželovi, ale i velká podpora je moje dcera, která se o mě i stará.“* Respondentka má podporu i v synovi, ale ten bydlí v Praze, takže dojíždí jednou týdně. *„Jinak*

jsem ráda za svoji rodinu a její podporu a pomoci.“ Pokračovala jsem otázkou: „S jakými komplikacemi se v souvislosti s onemocněním potýkáte?“ Respondentka uvedla, že momentálně se potýká s onemocněním ledvin a léčí se s rakovinou krve, která ji dost zasáhla. Sama říká, že léčba už není tak závažná, že ji pomáhá biologická léčba. Jinak doufá, že jiné problémy nemá. Pacientka uvedla, že zavedený A-V shunt nemá dlouho. „*Tento shunt mám od prosince, takže to muselo dva měsíce stát a teďka to rozjíždíme a mám asi 7. dialýzu s tímhle shuntem, takže zatím nemám žádné problémy. Uvidí se, jak to bude dál.*“ Dále jsem mapovala, jaké se u pacientky objevily komplikace spojené s dialýzou. Byla dost unavená a nemá mnoho aktivit. „*Jinak nějaký výrazný problémy, že bych zvracela nebo něco takového, to nemám.*“ Ještě mě během rozhovoru zajímalo, jak u respondentky probíhalo ozařování. „*Myslím si, že nějaký větší komplikace nebyly, ale přeci jen ta únava tam byla o dost větší než jen po dialýze.*“ Poté jsme se dostaly na otázku léčebného režimu. „*Snažím se nikoho moc neobtěžovat, starám se sama o sebe, když je potřeba, tak si řeknu o pomoc.*“ Občas se respondentce stane, že si zapomene vzít léky, ale to si vždycky vzpomene anebo jí to manžel připomene. Ale prý se to nestává moc často, maximálně jednou do měsíce. Poté jsem se respondentky ptala, jak zvládá nastavený pitný režim. „*Můj pitný režim, já nikdy nebyla zvyklá moc pít. Většinou jsem přes den vypila okolo jednoho litru denně. Takže mi snížený příjem tekutin nijak moc nevadil a v rámci možností to zvládám.*“ Dále jsem pokračovala dietním režimem. Respondentka mi sdělila, že na začátku svého onemocnění požádala o pomoc dietní sestry, aby věděla, co a jak má vařit. Jelikož to na pacientku bylo najednou hodně informací, potřebovala dietní sestru ještě jednou. Podruhé dostala ještě brožurku a vše pochopila o něco líp. Prý ji hodně pomohla její dcera, která je všeobecná sestra. „*Ale za těch 6 let, co jsem na dialýze, už vím, co můžu a co nemůžu.*“ Poslední otázku jsem zaměřila na vlastní přístup k léčebnému režimu. „*Snažím se hodně, ale je to složité, byla jsem zvyklá jíst hodně zeleninu, protože máme doma skleník a v tom pěstujeme hlavně papriky.*“ Pacientka si chce snažit udržovat co nejlepší výsledky krve vzhledem k ledvinám a žít život, jak nejlépe může.

Respondent č. 5

V první otázce jsem se respondentky číslo pět ptala, jaké je její fyzické zdraví v současnosti. „*No, zatím dobré, mám akorát trošku omezený pohyb, ale jinak to jde. Dostávám se pomocí elektrického vozíčku. Takže se aspoň někam podívám.*“ Další otázka směřovala na zvládání běžných denních činností. Pacientka mi odpověděla, že její denní aktivita není moc zajímavá. Sama si neuvaří, ke všem denním činnostem potřebuje pomoc buď od dcery, nebo vnoučat. Přes den si respondentka vyjede na vozíčku ven. „*Snažím se co nejvíc zvládat sama.*“ Pohybovou aktivitu respondentka zvládá hlavně díky invalidnímu vozíčku. „*Doma mám jak mechanický, tak elektrický, takže jezdím na procházky na vozíčku.* Respondentku nejvíce baví sledování televize a hlavně sport, dříve ráda četla, ale po operaci očí to moc nejde. Ráda vyjíždí do města, kde si poslechne nějakou dechovku. Pacientka mi také sdělila, jak se cítí po dialýze. „*Tak ze začátku dialýzy jsem se cítila dobře. Teď jsem po dialýze hodně unavená a cítím se taková ničemná. Takže si musím lehnout a odpočívat.*“ Dále jsem se doptávala, zda ta únava přetrvává celý den, nebo se v časovém horizontu lepší. „*Většinou záleží i podle stavu, ale stává se, že většinou proležím celé odpoledne, až k večeru jsem trochu lepší.*“ Respondentka mi začala vyprávět, jaký je její spánek. Sama říká, že většinou jak kdy podle toho, jak se přes den unaví. Když si večer lehne do postele, tak se jí v hlavě začnou probíhat myšlenky z mládí a nemůže usnout. Takže usíná pozdě v noci a ráno se budí většinou okolo šesté hodiny. „*Přes den, když si sednu, tak občas usnu. Po dialýze si musím jít lehnout skoro vždycky.*“ Respondentka je již ve starobním důchodu, kvůli svým zdravotním komplikacím nezvládá žádný pracovní život. Zeptala jsem se jí, co dělala v mládí. Pracovala v JZD v Polné „*Chodila jsem dojit krávy.*“ Poté jsme si s respondentkou povídaly o její psychické náladě. „*Občas jsem po dialýze taková špatná, tak si dojdu odpočinout, ale teďka se cítím dobře možná i proto, že mám vnoučata a zpříjemňují mi dny. Na začátku dialýzy jsem se bála, co se mnou bude a jak to budu zvládat, ale momentálně se cítím dobře. Vidím, že to postupuje dobře dál a že je možnost žít*

život i s dialýzou. “Společenský život má pacientka velmi pestrý. Chodí za ní návštěvy, a jelikož bydlí v pečovatelském domě, tak se každý den potkává s jejími dalšími obyvateli na lavičce před budovou. Několikrát v týdnu ji navštěvuje dcera s vnoučaty a aspoň jednou v týdnu za ní jezdí syn. S dcerou a vnoučaty chodí do kavárny na kávu a dort nebo zmrzlinu. Pomocí svého elektrického vozíčku jezdí do vedlejší vesnice za kamarády „z mládeí“ Dvakrát do roka tam je koncert dechovky, tak se tam občas zastaví. *„Mám ráda společnost a vyhledávám ji pro zpestření dne.“* Dále se mi pacientka svěřila, že má podporu v celé své rodině, ale nejvíce ji těší vnoučata. Než přišla respondentka do pečovatelského domu, bydlela u syna. Po několika letech chtěla bydlet sama, tak se přestěhovala. *„Jsem opravdu ráda, že je mám, protože mi pomáhají.“* Dále jsem se respondentky ptala, zda má nějaké komplikace v souvislosti s onemocněním. Závažné komplikace, které by souvisely s onemocněním, nemá. Pouze ji v zaměstnání srazila kráva a měla těžký úraz páteře, takže ji záda občas bolí. *„Jinak asi žádné výrazné obtíže nemám.“* V roce 2022 měla respondentka „ucpaný shunt“, profukovali jí ho v Kolíně. *„Shunt už mám vlastně 5 let zavedený, krom profukování žádný problémy nemám.“* Dále jsem se během rozhovoru respondentky ptala, jaké komplikace se u ní objevily ve spojitosti s dialýzou. Ze začátku byla dost unavená a měla nevolnosti (zvracení, mdloby). *„Momentálně po dialýze velké problémy nemám, jen možná jsem dost unavená a musím si jít lehnout, když přijedu domů.“* V další otázce jsme s respondentkou řešily její léčebný režim. Odpověděla: *„Můj režim je dost obdobný.“* Léky bere pravidelně a snaží se na ně nezapomínat. Základní věci se snaží dělat sama, když něco nezvládá, nebojí se říct o pomoc. Poté pacientka mluvila o svém pitném režimu. *„Já celý život moc nepila, většinou ráno čaj v poledne skleničku vody a k večeři taky skleničku vody.“* Nejhorší jsou velká tepla, nutí jí to více pít, ale nechá se to zvládnout. Když už to nejde, *„tak si aspoň pusu vypláchnu vodou.“* Dále jsem se respondentky ptala, jak zvládá dietní režim. Pacientka začínala na dialýze v Hlinsku, kde dostávali letáčky o dietním režimu. Letáčky vždy předala synovi a ten ji dietu vařil. Poté, co se přestěhovala do pečovatelského domu, ji dcera objednala stravu z dovážkové služby, kde dietu uvaří a v ešusu dovezou. Večeře a snídaně si respondentka udělá sama nebo ji dcera či vnoučata pomůžou. Rozhovor jsme uzavřely otázkou, jaký má vlastní přístup k léčebnému režimu. *„Kdybych nemusela chodit na dialýzu, tak sem nejezdím. Já ale chci ještě pár let žít, takže musím dodržovat léčebný režim a vše s tím spojený.“*

Respondent č. 6

Rozhovor jsem uvedla otázkou na aktuální fyzické zdraví respondentky. *„Já si myslím, že mi nic není. Takže jsem vlastně zdravá a necítím nějaký problémy.“* Poté jsem se respondentky zeptala, jak zvládá denní činnosti. Sama respondentka říká, že to musí zvládat. Běžné aktivity během dne zvládne sama, nepotřebuje při nich žádnou pomoc. *„Můžu říct, že hygienu a vaření zvládám sama a zvládám se ještě starat o manžela, ale on mi pomáhá při uklízení baráku. Na nákupy jezdím s manželem autem, ale pro pečivo a takové ty základní věci si dojdu do obchodu.“* Pohybová aktivita respondentky je stále dobrá. Ráda sedí na balkóně a poslouchá zvuky přírody, chodí aspoň jednou denně s manželem do parku na zdravotní procházky. Ve svém volném čase ráda luští křížovky. Ráda se vídá se svojí velmi velkou rodinou. *„Hlavně jsem taková hlídací prababička, aspoň jednou týdně mi vnučka dává na hlídání pravnučku.“* Poté mi pacientka odpověděla, jak se cítí po dialýze. *„To já mám energie dostatek, takže většinou nejsem unavená a většinou funguju nějak tak jako před dialýzou. To já se tady prospím během dialýzy a pak jsem plná energie.“* Doptala jsem se ještě pacientky, jak se cítila po dialýze, když na ni začala chodit. Ze začátku byla trochu unavená, ale jinak ji dialýza nepřinesla žádné výrazné komplikace. Respondentka mi přiblížila svůj spánek. *„Já jsem hrozný spáček, ještě nemám nohy na posteli a už spím.“* Problémy se spánkem nemá a zvládá spát většinou okolo 8 hodin denně a po probuzení se cítí plná energie. Respondentka je již ve starobním důchodu, takže pracovní život již nevede. Poté jsem se respondentky ptala, jak se cítí po psychické stránce. *„Já si myslím, že můj život je takový veselý, já se z té nemoci nějak psychicky nehroučím, zatím je všechno bez komplikací, takže to беру tak, že to je.“* Ještě jsem se pacientky

doptala, jak přijala své onemocnění na začátku. „Když jsem se to dozvěděla, myslela jsem si, že mi takhle nikdo nepomůže, a měla jsem strach, co se mnou bude. Ale už 10 let jsem na dialýze a stále jsem tu. Takže ze začátku to byl strach a vlastně nevědění co bude a teďka už jenom užívání života a rodiny.“ Společenský života respondentky je velmi aktivní. Ráda se setkává se svojí rodinou. „Každý měsíc máme takový ženský posezení s ženami z rodiny. Vždycky se sejdem v nějaké hospodě, posedíme a popovídáme a uděláme si hezké odpoledne.“ Respondentka má i pár kamarádek, se kterými chodí na kávu anebo si sedne před dům na lavičku a popovídá si se sousedy. „Jinak mám ráda společnost a společenský život.“ Pacientka mi sdělila, že má obrovskou podporu v rodině. Největší podporu má v manželovi, který jí s věcmi, které nezvládne, pomůže. „Nejvíce mě těší, že mi vnučka půjčuje pravnoučátko, a to mi dělá úsměv na tváři.“ Dále jsem se v rozhovoru respondentky zeptala, s jakými komplikacemi se v souvislosti s onemocněním potýká. „Léčím se s cukrovkou. Můžu říct, že spěju prakticky ke slepotě, ale zatím ještě trochu vidím. Při poslední kontrole mi zjistili, že mám nějaký změny tlaku, tak se musím teďka měřit.“ Ještě jsem se doptala, zda cukrovku léčí léky či inzulinem. „Pravidelně si ráno píchám 15 jednotek.“ V rozhovoru jsme pokračovaly a moje otázka směřovala na zavedený A-V shunt. „Tak já už to mám zavedený 10 let. Co si tak vzpomínám, tak při zavádění jsem neměla žádný komplikace.“ Poté měla respondentka „zanešený shunt“, takže byla koncem roku 2023 na profouknutí v Kolíně. Poté mi pacientka řekla, zda má nějaké komplikace spojené s dialýzou. Respondentka žádné komplikace spojené s dialýzou nemá. Možná přeci jen trochu unavená byla. Doptávala jsem se respondentky, zda je informovaná o nějakých komplikacích, které by mohly vzniknout. „Ano, co si vzpomínám, při zahájení léčby mě pan doktor informoval o možných komplikacích, ale já jsem tomu nikdy nijak nevěnovala pozornost a říkala si, že všechno bude dobré.“ Poté jsme došly až k otázce směřující na léčebný režim. „Můj režim je takový hodně stejný každý den, jen občas tam do toho vstoupí dialýza. Ráno respondentka vstane, sní léky a píchne si inzulin a pak zvládá nějaké domácí práce. „To je takový můj léčebný režim.“ Ještě jsem se doptávala pacientky, jak často jezdí na dialýzu. Pacientka jezdí na dialýzu třikrát v týdnu. Jezdí vždycky ráno, aby se zde potkala s lékařem. Hlavně chce mít volné odpoledne. „Vždycky mě ráno naloží sanitka před barákem a po dialýze mě tam vždycky vyloží.“ Poté jsme se přesunuly k otázce pitného režimu. „Já odjakživa moc nepiju, takže s tím nemám žádný problém, vypiju denně dva hrníčky, a to je všechno.“ Manžel pacientky vždycky říkal, že málo pije. Když má žízeň, kdykoli se napije, ale pak to vyplivne a nespokne. Jídelníček si respondentka sestavuje sama už od začátku. Nikdy neměla dietní sestru. Na začátku si vyposlechla o své dietě od lékaře, ale jak říká, půlku zapomněla. „Tak jsem potom normálně jedla a žádnou dietní sestru neměla. Takže mi ze začátku něco uteklo a úplně jsem dietu nedodržovala.“ Při kontrole měla špatné výsledky odběrů a byla donucena nastoupit na dialýzu třikrát týdně. „Od té doby chodím třikrát a už dodržuju dietu, aby se to ještě nezhoršilo víc.“ Poslední otázka rozhovoru se zaměřila na vlastní přístup k léčebnému režimu. „Já to беру tak, jak jde život. Prostě mi to onemocnění přišlo do života, tak to musím brát a hroutit se z toho je zbytečný. Medicína jde dál, tak si myslím, že mi dialýza zachránila život.“

2.6.1 Názorná analýza výsledků

1) Jak hodnotíte vaše fyzické zdraví v současnosti?

Tabulka 2 – vyhodnocení otázky č. 1

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Mám se dobře	X	X				X
Zvládám se starat sám o sebe	X	X		X		X
Dialýza mi zachránila život!		X				X
Zdravotní stav není úplně dobrý				X	X	
Zdravotní stav je špatný			X			
Omezený pohyb	X		X		X	

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, jak hodnotíte vaše fyzické zdraví v současnosti, odpověděli tři respondenti, že se mají dobře a zároveň i čtyři respondenti odpověděli, že se zvládají starat sami o sebe. Dva nemocní odpověděli, že jejich zdravotní stav není úplně dobrý. Jeden z respondentů uvedl, že jeho zdravotní stav je špatný, z toho tři respondenti odpověděli, že mají omezený pohyb.

2) Jak zvládáte běžné denní činnosti?

Tabulka 3 – vyhodnocení otázky č. 2

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Hygienu	X	X	X	X	X	X
Nakupování	X	X		X	X	X
Vaření	X	X	X	X		X
Uklízení		X				X
Chodit na procházky		X		X		X
Jezdit na vozíčku ven	X				X	

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce jsem se respondentů ptala, jak zvládají běžné denní činnosti. Většina respondentů odpověděla, že většinu denních činností zvládnou sami. Pouze respondenti jedna a pět potřebují více pomoci, protože jsou upoutáni na vozíček. Respondenti dva a šest jsou plně samostatní a zvládají běžné denní činnosti sami.

3) Popište svoji pohybovou aktivitu? Co vás baví?

Tabulka 4 – vyhodnocení otázky č. 3

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Stále dobrá aktivita		X				X
Horší pohybová aktivita	X			X	X	
Špatná pohybová aktivita			X			

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce odpověděli tři respondenti, že mají horší pohybovou aktivitu, dva respondenti jsou stále v dobré aktivitě a jeden z respondentů má špatnou pohybovou aktivitu. Dále se ještě v této otázce nachází záliby respondentů. Největší shoda respondentů byla ve čtení knih, chození na procházky, koukání na TV a poslouchání muziky nebo rádia. Respondenti odpovídali, že rádi pracují na zahradě, chodí na ryby, hlídají vnoučata a pravnoučata, starají se o kočku, luští křížovky, jezdí na kole nebo na lyžích, hrají pokera nebo si jen sednou na balkón a poslouchají zvuky přírody.

4) Jak se cítíte po dialýze, ovlivňuje váš fyzický stav?

Tabulka 5 – vyhodnocení otázky č. 4

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Unavený	X		X	X	X	
Cítím se dobře	X	X				X
Slabost a mdloby			X			
Po dialýze spím			X		X	
Odpočinek po dialýze	X			X		

Zdroj: vlastní zpracování

Většina respondentů uvedla, že po dialýze jsou unavení a dva z nich si musí jít odpočinout a jeden z nich i na dvě hodiny spát. Respondenti 2 a 6 uvedli, že se po dialýze cítí dobře.

5) Dokážete popsat váš spánek? Cítíte se po probuzení odpočínutá/ý.

Tabulka 6 – vyhodnocení otázky č. 5

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Špatně spím a v noci se budím	X					
Nemůžu usnout	X			X	X	
Brzy ráno se budím	X		X		X	
Spím dobře		X				X
Spím přes den			X	X	X	
Chodím spát po dialýze			X		X	

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku jaký je váš spánek, dva respondenti odpověděli, že spí dobře. Ostatní respondenti odpověděli, že mají problém s usínáním nebo se v noci budí, ale spí i přes den anebo se často budí brzy ráno.

6) Jaký je váš pracovní život?

Tabulka 7 – vyhodnocení otázky č. 6

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Invalidní důchod	X		X			
Starobní důchod				X	X	X
Pracuji na zkrácený úvazek		X				

Zdroj: vlastní zpracování

Tři respondenti odpověděli, že jsou již ve starobním důchodu, dva respondenti jsou v invalidním důchodu. Respondent číslo dva uvedl, že pracuje na zkrácený úvazek, což je 30 hodin týdně.

7) Jak zvládáte onemocnění po psychické stránce, jak se cítíte?

Tabulka 8 – vyhodnocení otázky č. 7

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ted' se cítím dobře	X	X	X		X	
Přijal/a jsem toto onemocnění	X	X				X
Měl/a jsem strach		X				
Ze začátku hodně špatný			X			
Očekávané zlepšení po příjmu na dialýzu		X	X			
Nemůžu to stále nějak přijmout				X		
Psychicky se nehrouším a žiju veselý život						X
Pořád s tím bojuju a nejsem zdravá				X		

Zdroj: vlastní zpracování

Čtyři respondenti odpověděli, že se cítí dobře a další tři respondenti své onemocnění akceptovali. Dva respondenti stále nemůžou přijmout své onemocnění anebo se necítí úplně dobře. Jeden z pacientů popsal, že se psychicky nehrouší a žije veselý život.

8) Jaký je váš současný společenský život?

Tabulka 9 – vyhodnocení otázky č. 8

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Trávím čas doma	X			X		X
Hraju poker na PC	X					
Jezdím za přáteli a rodinou	X	X			X	
Občas jedu na koncert	X	X			X	
Na akce chodím s rodinou		X				
Rád chodím do společnosti		X			X	X
Žádný společenský život nevedu			X			
Navštěvuje mě kamarádka a rodina				X		X
Do společnosti nechodím, mám strach				X		
Sedím s kamarády venku na lavičce					X	X
S rodinou jezdím na vozíčku do města	X				X	
Posezení s rodinou v hospodě						X

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku číslo osm odpovědělo všech šest respondentů, ale každý z nich odpověděl jinak. Nejvíce shody bylo, že tráví čas doma. Tři respondenti rádi chodí do společnosti. Zbytek respondentů tráví čas tak různě s rodinou, jezdí za přáteli. Každý respondent dle toho, co mu zdravotní stav dovolí.

- 9) Jak byste hodnotil/a osobní život, máte podporu v blízkém okolí? (Rodina, přátelé, kolegové v práci)

Tabulka 10 – vyhodnocení otázky č. 9

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Podpora v kamarádech	X	X	X		X	
Pomáhá mi bratránek a máma	X					
S rodinou se podporujeme navzájem		X		X	X	X
Blízkou rodinu nemám			X			
Pomáhají mi pouze sousedi			X			
Největší podporu mám v manželovi/ manželce		X		X		X
Pomáhá mi rodina hlavně dcera a syn		X		X	X	
Velká podpora ve vnoučatech					X	X

Zdroj: vlastní zpracování

Většina respondentů má podporu v blízkých a to hlavně v rodině a svých dětech. Jeden z respondentu uvedl, že blízkou rodinu nemá, takže mu pomáhají sousedi a kamarádi.

10) S jakými komplikacemi se v souvislosti s onemocněním potýkáte?

Tabulka 11 – vyhodnocení otázky č. 10

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Záněty ledvin	X					
Infarkt	X					
Od narození necítím nohy	X					
Mají pouze onemocnění ledvin		X			X	
Cukrovka			X			X
Problémy se zrakem			X			X
Rakovina krve				X		
Bolest zad		X			X	
Zvýšený krevní tlak						X

Zdroj: vlastní zpracování

Každý z respondentů uvedl, že mají přidružené nemoci. Respondent číslo 1 má časté záněty ledvin, před několika lety prodělal infarkt a od svého narození necítí nohy. Další dva respondenti mají pouze onemocnění ledvin a občasné bolesti zad. Respondenti číslo 3 a 6 mají cukrovku a problémy se zrakem s postupnou slepotou. Poslední z respondentů uvedl, že má u onemocnění ledvin, ještě rakovinu krve.

11) Jak byste zhodnotil/a zavedení A-V SHUNT a měl/a jste nějaké komplikace s umístěním a ošetřováním?

Tabulka 12 – vyhodnocení otázky č. 11

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Žádné komplikace zavedením	X	X	X	X	X	X
Žádné komplikace s ošetřováním	X	X	X	X	X	X
Žádné komplikace s umístěním	X	X	X	X	X	X
Ucpaný shunt a následné profouknutí	X		X		X	X
Přestal fungovat po 27 letech	X					
Velká výhoda pro dialýzu		X	X			
Zavedený méně než rok		X		X		

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce byla respondentům položena otázka, zda mají nějaké komplikace s A-V shunt. Všech šest respondentů odpovědělo, že výrazné komplikace s A-V shuntem neměli. Pouze respondenti 1, 3, 5, 6 sdělili, že se potýkali s ucpaným A-V shuntem a museli následně do specializovaného centra k profouknutí. Respondenti 2 a 4 uvedli, že shunt mají zavedený méně než 1 rok. V další otázce dva respondenti odpověděli, že zavedení je velká výhoda pro dialýzu. Respondent jedna uvedl, že mu shunt přestal fungovat po 27 letech.

12) Popište, jaké komplikace se můžou objevit v souvislosti s dialýzou?

Tabulka 13 – vyhodnocení otázky č. 12

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Žádné komplikace spojené s dialýzou		X		X	X	X
Unavený	X		X		X	X
Ze začátku unavenost, mdloby a zvracení	X				X	
Musím si jít po dialýze odpočinout			X	X	X	
Po ozařování jsem byla hodně unavená spojené s dialýzou				X		
Záleží, jak se chovám, než jdu na dialýzu		X				
Na začátku dialýzy mě bolela hlava	X					

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, jaké komplikace se můžou objevit v souvislosti s dialýzou, respondenti odpovídali, že nemají žádné komplikace spojené s dialýzou. Čtyři respondenti uvedli, že jsou unavení. Ostatní respondenti si musí jít po dialýze odpočinout. Jednoho z nich bolela hlava na začátku dialýzy. Respondent číslo dva řekl, že záleží, jak se chová, než jde na dialýzu.

13) Jaký je váš léčebný režim?

Tabulka 14 – vyhodnocení otázky č. 13

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Nesmím ovoce a jiné jídlo	X					
Za tolik let už s tím umím žít	X					
Můj režim je normální		X				
Žiju normální a funkční život		X				
Je to složitý s přidruženými nemocí			X			
Snažím se nikoho moc neobtěžovat				X	X	
Léky беру pravidelně, ale občas si je zapomenou vzít				X	X	X
Když nezvládám svůj režim, řeknu si o pomoc				X	X	
Režim je dost obdobný					X	X
Vezmu si ranní léky a píchnu inzulin						X
Pravidelně jezdím na dialýzu		X				X

Zdroj: vlastní zpracování

V další otázce jak zvládáte váš léčebný režim, uvedl respondent tři, že s přidruženými nemocemi je to složitý. Respondent číslo jedna uvedl, že s tímto onemocněním žije už několik let, tak svůj léčebný režim zvládá. Následující respondent sdělil, že jeho léčebný režim je normální a žije funkční život. Respondenti čtyři až šest uvedli, že léky berou pravidelně, ale občas si je zapomenou vzít. Dále se nebojí říct si o pomoc, když nezvládají základní léčebný režim a snaží se nikoho moc neobtěžovat. Respondent číslo šest uvedl, že je dost obdobný a pravidelně jezdí na dialýzu.

14) Jak zvládáte nastavení pitného režimu?

Tabulka 15 – vyhodnocení otázky č. 14

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Přes den ani moc nepiju	X					
Můžu vypít asi tak půllitr denně	X					
Ze začátku jsem vypil víc tekutin než bych měl	X					
V zimě je to lepší, nenutí to tolik pít		X				
V létě občas mám chuť vypít víc tekutin		X				
Byla jsem zvyklá okolo jednoho litru vypít denně				X		
V rámci možností to zvládám		X	X	X		
Vůbec mi nevadí nastavený pitný režim					X	X
Vypláchnu si ústa vodou					X	X
Mám tendenci víc pít			X			

Zdroj: vlastní zpracování

Každý z respondentů odpověděl, že jim až takový problém s pitným režim nedělá. Minimálně jeden respondent udal, že má strach, jak bude zvládat nastavení pitného režimu v letních měsících. Dvě respondenty uvedli, že když mají žízeň, tak si radši vypláchnou ústa vodou.

15) Jak si sestavujete jídelníček? (Máte pomoc s dietní sestrou?)

Tabulka 16 – vyhodnocení otázky č. 15

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Dietní sestru jsem neměla						X
Ze začátku jsem jedla všechno						X
Poradila jsem se s lékařem						X
Pomocí dietního letáku (Brožurky)				X	X	
Vaří mi někdo jiný (dovážková služba)			X	X	X	
Informovala mě dietní sestra	X	X	X	X		
Vařím si sám nebo pomocí rodiny	X	X	X		X	

Zdroj: vlastní zpracování

Čtyři respondenti z šesti odpověděli, že se nechali informovat dietní sestrou a z toho i čtyři respondenti uvedli, že si vaří sami nebo pomocí rodiny a obědy jim vozí dovážková služba. Dvě respondentky uvedly, že jim pomohla k edukaci o dietě brožurka. Jedna respondentka odpověděla, že žádnou dietní sestru nepotřebovala.

16) Popište vlastní přístup k léčebnému režimu?

Tabulka 17 – vyhodnocení otázky č. 16

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Snažím se vše zvládat sám	X	X	X	X	X	X
Kladný přístup		X				
Jsem rád za možnost dialýzy		X				
Byla jsem zvyklá jíst všechno, ale teď to režim nedovoluje				X		
Snažím se hodně i kvůli dalším nemocem			X	X		
Chtěla bych ještě pár let žít					X	
Dialýza mi zachránila život		X				X
Beru to, tak jak jde život						X

Zdroj: vlastní zpracování

Všech šest respondentů uvedlo, že se snaží vše zvládat sami. Další respondenti se snaží držet v dobrém stavu, kvůli přidruženým nemocím. Všichni respondenti mají k dialýze kladný pohled a jsou rádi, že dialýza je a pomáhá.

3 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak pacienti s chronickým selháním vnímají kvalitu jejich života. Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s hemodialyzovanými pacienty. K dosažení cíle bakalářské práce jsem vytvořila čtyři hlavní výzkumné otázky, na které mi odpovědělo šest hemodialyzovaných pacientů.

Pro porovnání výsledků jsem použila bakalářskou práci Ilony Bandouchové s názvem Kvalita života dialyzovaných pacientů z roku 2020. Dále bakalářskou práci Nikoly Chlupíkové na téma Ošetrovatelská péče o hemodialyzovaného klienta z roku 2019 a bakalářskou práci Kristýny Boháčové na téma Výživa dialyzovaných pacientů z roku 2019. Poté jsem použila odbornou literaturu (National Institutes of Health) Tania Naber a Sharad Purohit s názvem Chronické onemocnění ledvin: Role stravy pro snížení závažnosti onemocnění z roku 2021.

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacienti s chronickým selháním ledvin hodnotí svůj fyzický stav?

K vyhodnocení výzkumné otázky číslo 1 mi pomohly otázky z polostrukturovaného rozhovoru číslo 1,2,3,4,5. Tuto výzkumnou otázku jsem zvolila hned na začátek výzkumných otázek, protože jsem chtěla zjistit, jak pacienti zvládají svůj fyzický stav.

Z první výzkumné otázky vychází, postoj k fyzickému zdraví, který je velmi individuální a každý to vnímá, jak mu zdraví dovolí. K tomuto podobnému výsledku došla ve svém výzkumu i Chlupíková (2019), která uvádí, že vliv dlouhodobé léčby se vždy na lidském těle podepíše. Tento přístup se také může lišit pohlavím. Lepší postoj k danému onemocnění mají spíše ženy než muži. Samozřejmě záleží v jakém věku a stádiu onemocnění se začne léčit. Z mého výzkumu vyplývá, že ve většině případů se respondenti dokáží postarat o svoje běžné denní činnosti. Vyčerpává je pravidelné docházení na dialýzu, ale fyzické zdraví se zhoršuje po samotné dialýze. Ve svém výzkumu Bandouchová (2020) zjistila, že vnímání života po dialýze je většinou výrazně změněno a cítí velkou únavu. Ale ve svém výzkumu Chlupíková (2019), uvádí, že lidé postupem dialýzy mají úbytek svalové síly, vyčerpanost, nedostatečnou sílu pro plnění denních aktivit. Dle mého výzkumu většina respondentů během dne musí více odpočívat a získávat lepší fyzické zdraví.

Výzkumná otázka č. 2: Jak pacienti s chronickým selháním ledvin vnímají psychosociální oblast?

K vyhodnocení výzkumné otázky číslo 2 mi pomohly otázky z polostrukturovaného rozhovoru číslo 6,7,8,9. Tuto výzkumnou otázku jsem pokládala pro zjištění, jak pacienti zvládají své onemocnění po psychické stránce. Dále mě zajímalo, jak pacienti zvládají svůj společenský život a zda mají podporu v blízkých.

Z druhé výzkumné otázky vyplývá, že se s onemocněním každý z respondentů vyrovnává různým způsobem a s rozdílným časovým odstupem. Jeden z dotazovaných během našeho dialogu uvedl, že kvůli danému onemocnění musel omezit svůj pracovní život. Stejný výsledek uvádí Bandouchová (2020), kdy respondenti byli nuceni omezit svůj pracovní úvazek nebo ho aspoň zkrátit. V mém výzkumu se objevují i dotazovaní, kteří museli přejít do starobního nebo plného invalidního důchodu. Opět proběhla shoda s Bandouchovou (2020), kdy její respondenti uvedli, že jsou ve starobním důchodu a občas chodí na brigády. Z mého výzkumu

vyplývá, že více jak, polovina respondentů se snaží žít společenský život i na úkor dané nemoci. Zbytek dotazovaných nezvládá společenský život ani se svými nejbližšími. V podobném výzkumu Naber et Purohit (2021) popisují, že většina respondentů neměla výrazné problémy žít společenský život, ale jeden z respondentů uvádí, že společenský život nezvládá i kvůli svému zdraví. Dále z mého výzkumu vyplývá, že psychika s daným onemocněním je velmi náročná a toto popisuje i ve svém výzkumu Bandouchová (2020)

Výzkumná otázka č. 3: S jakými komplikacemi se pacienti s chronickým selháním ledvin potýkají?

K vyhodnocení výzkumné otázky číslo 3 mi pomohly otázky z polostrukturovaného rozhovoru číslo 10,11,12. Položením této otázky jsem chtěla zjistit, zda pacienti mají nějaké přidružené nemoci. Dále mě zajímalo, jestli pacienti měli nějaké problémy se zavedením A - V shunt a poté nějaké komplikace. Také mě ještě zajímalo, jestli měli pacienti nějaké komplikace spojené s dialýzou.

U výzkumné otázky se všichni dotazovaní shodli, že nejvíce komplikací mají s ucpaným shuntem. Podobnost uvádí Chlupíková (2019), kdy největší komplikací je bolest spojená s napichováním cévního přístupu (A - V shunt). Z mého výzkumu vyplývá, že většina dotazovaných mívá problémy spojené s bolestí hlavy nebo výraznou únavou. Nejbližší shodou k výzkumu má Hornová (2018), kdy dialyzovaní pacienti uvádí bolesti, které výrazně snižují jejich kvalitu života. Nejvíce tyto dotazované trápí bolesti hlavy a pohybového aparátu, což úzce souvisí i s mým výzkumem. V mém výzkumu jsem během dialogu od dotazovaných zjistila mnoho přidružených nemocí k chronickému selhávání ledvin. Každý jedinec má rozdílné nemoci, což souvisí i s výzkumem Hornové (2018), kdy uvádí, že každý dotazovaný má jiné onemocnění.

Výzkumná otázka č. 4: Jak pacienti s chronickým onemocněním ledvin dodržují léčebný režim?

K vyhodnocení výzkumné otázky číslo 4 mi pomohly otázky z polostrukturovaného rozhovoru číslo 13,14,15,16. V těchto otázkách jsem chtěla zjistit, jak pacienti zvládají léčebný režim a jaký k tomu mají vlastní přístup. Zajímalo mě, jak zvládají nastavený pitný režim. Dále mě zajímalo, jak zvládají nastavený dietní režim a zda potřebovali pomoc dietní sestry.

U otázky, jak si sestavujete jídelníček, se všichni respondenti shodli, že potřebovali informovat o dietě pomocí dietní sestry a dvě respondentky popsaly, že jim pomohla brožurka o dietě. To se nachází ve výzkumu, u Naber et Purohit (2021), kdy většina dotazovaných přiznalo, že jsou rádi, že ta možnost dietních sester je a informují o dané dietě. Dále mě z mé výzkumné části nejvíce zajímalo, jak dotazovaní zvládají nastavení pitného režimu. Většina odpověděla, že pitný režim je občas velmi náročný dodržet hlavně při letních měsících. To se nachází ve výzkumné části Hornové (2018), kdy zjistila, že pacienti velmi těžce snášejí nastavení pitného režimu. Potýkají se s velkou žízní a suchostí v ústech, což vyplývá i z mého výzkumu, kdy si dotazovaní musí pouze vypláchnout ústa vodou. Dle mého názoru je velice důležité dodržovat dietní a pitný režim, tak jak má být nastavený. Pokud se tato léčba nedodržuje, každý to pocítí na svém fyzickém i psychickém zdraví. Na to navazuje další otázka mého výzkumu, jak dotazovaní dodržují svůj léčebný režim. Většina z nich odpověděla, že se snaží léčebný režim dodržovat i když mnohdy je to velice složité. S tím souvisí výzkum Hornové (2018), kde se říká, že správná dieta je tak důležitá, jako pravidelné užívání léků.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondent číslo dva věděl, že je u něho genetická predispozice pro tuto nemoc. U ostatních respondentů se na toto onemocnění přišlo náhodně při pravidelné kontrole u léčby jiného onemocnění. Jak je již známo, toto onemocnění se objevuje velmi nenápadně, mnohdy jsou lidé bez příznaků. Objeví se to až v kritickém stavu, kdy se dostávají na monitorované lůžko. Jeden z příkladů je respondent číslo 2. V závislosti na výsledcích práce, by jako doporučené řešení byla pravidelná zdravotní prohlídka (např. od určitého věku). Preventivní zdravotní vyšetření by bylo závislé na genetických predispozicích.

V dnešní moderní době je spousta z nás ve velkém stresu a stále někam spěcháme. Mnohdy základní příznaky na určité onemocnění přehlízíme nebo vlastně děláme, že žádné nejsou. Toto patří k jedním z hlavních důvodů, že spousta populace nedochází na pravidelné preventivní prohlídky, kde je toto onemocnění objeveno, už zde se nechá zahájit léčba a předejít prvním příznakům.

Návrhem pro řešení daného onemocnění by se daly dělat pravidelné preventivní prohlídky od určitého věku pacientů, a hlavně u pacientů s předem danou genetickou predispozicí. Ale v tom případě by nemocný musel projít, postupně od určitého věku všechna základní vyšetření, v závislosti na názoru praktického lékaře a při zjištění nějakých patologií udělat odbornější vyšetření. Další možností návrhu je správné nastavení dietního režimu již před onemocněním, jelikož lidskému tělu může způsobit špatná strava mnoho dalších nemocí včetně selhání ledvin. Takže návrh by zněl čím zdravější a kvalitnější strava tím méně nemocí a zdravotních problémů s tím související.

Jsem přesvědčená, že by se dnešní populace měla více informovat o tomto onemocnění a možnostech jeho léčby (hemodialýza, peritoneální dialýza, také hlavně pro mladší ročníky možnost transplantace). Jsem si jistá, že by veřejnost měla být více informována o tomto onemocnění, protože ledviny jsou pro naše tělo velmi důležitý orgán a zároveň jsou ledviny spojené se správnou funkcí srdce. Informační brožury o tomto onemocnění a jeho léčbě by mohly být, podle mého názoru, běžně dostupné na veřejných místech (čekárny interních ambulancí, ambulance obvodních lékařů, urologie). Informovat veřejnost o tom, že selhávání ledvin není tak banální onemocnění, nad kterým by se nechalo mávnout rukou. Dokonce jsem přesvědčena, že větší účinnosti se dosáhne, pokud se začne v raném období hlavně v mládí. Obecně lze konstatovat, že populace by měla posílit zodpovědnost za své zdraví, nebagatelizovat dané příznaky s tím „ono to přejde“. Ledviny jsou přeci důležitý životní orgán, na nich z velké části záleží kvalita našeho zdraví.

Závěr

Bakalářská práce na téma „Kvalita života u pacientů s chronickým selháním ledvin“ je rozdělena do dvou částí. První část bakalářské práce se věnuje současnému stavu problematiky. Začátek práce je zaměřen na anatomii ledvin jejich popis. Dále je zde uveden rozdíl mezi akutním a chronickým selháním ledvin, jejich diagnostika a možnosti léčby. Jako možnosti byly popsány léčby pomocí hemodialýzy, peritoneální dialýzy a transplantace. V závěru první části práce byly popsány režimová opatření, specifika ošetrovatelské péče, edukační činnost, kvalita života a možnosti měření kvality.

Druhá část bakalářské práce se věnuje výzkumu. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak pacienti s chronickým selháním vnímají kvalitu jejich života. Kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zúčastnilo šest respondentů, kteří se léčí s chronickým selháním ledvin a pravidelně dochází na hemodialýzu. Respondenti odpověděli na připravených šestnáct otázek, které se spojují s kvalitou života a jejich vnímáním daného onemocnění. Rozhovor byl prováděn s pacienty v dialyzačních centrech většinou během samotné hemodialýzy. Odpovědi respondentů po jejich svolení byly nahrávány a zaznamenávány na diktafon v mobilním telefonu. Díky těmto odpovědím od pacientů byly získány výsledky na všechny připravené otázky a bylo tedy dosaženo cílů práce.

První výzkumná otázka měla zjistit, jak pacienti s chronickým selháním ledvin hodnotí svůj fyzický stav. Každý z respondentů má individuální pohled na fyzické zdraví. Velmi často záleží na věku a přidružených nemocí pacienta, ale také zda je upoutaný na vozíčku. Podle toho se odvíjí i jejich denní aktivita. Respondenti pravidelně dochází na hemodialýzu. Jednou týdně jsou během dialýzy kontrolováni lékařem.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena, jak pacienti s chronickým selháním ledvin vnímají psychosociální oblast. Všichni respondenti měli na začátku svého onemocnění strach, co je čeká. Postupem času respondenti sdělili, že se stav zlepšil a naučili se s tím žít. Minimálně dva respondenti i kvůli dalším onemocněním s danou psychikou a onemocněním stále bojují. Dvou respondentům také velmi pomáhá, že mohou chodit do společnosti a žít společenský život. Všichni respondenti se během rozhovoru zmínili, že jejich největší psychická podpora je v blízké rodině.

Na třetí výzkumnou otázku odpovídali respondenti, s jakými komplikacemi se pacienti s chronickým selháním ledvin potýkají. Většina respondentů se potýká s přidruženými nemocí (cukrovka, postupná slepota, záněty ledvin, infarkt, rakovina krve, bolesti zad). Dále se ještě potýkají s velkými problémy po dialýze většinou s velkou únavou. Při nástupu na dialýzu se respondenti zmínili, že zvraceli a nebylo jim dobře. Dle odpovědí neměl nikdo z respondentů problém se zavedeným A - V shunt.

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala tím, jak pacienti dodržují léčebný režim. Všichni respondenti svůj léčebný režim dodržují, tak aby se jejich zdravotní stav nezhoršil. Jejich dietní a pitný režim se snaží dodržovat, aby se jejich pravidelné odběry a zdravotní stav nezhoršoval. Někteří respondenti však zmínili, že léčebný režim se jim nedaří dodržovat a tedy požádají o pomoc někoho z jejich blízkého okolí.

Ve spolupráci s všeobecnou sestrou byli vybráni respondenti s chronickým onemocněním ledvin. Následně proběhlo vypracování výzkumných otázek, na které respondenti během dialogu odpovídali. Po uskutečnění všech rozhovorů, byl proveden přepis a zanesení získaných výsledků do tabulek. Po zpracování výsledků bylo zjištěno, že většina respondentů uvedla, že jim život s dialýzou zachránil život. Během vypracovávání otázek a diskuze s pacienty byl velmi podrobně zaznamenán průběh onemocnění. Dotazovaní pacienti se během rozhovoru sami rozmluvili o problémech a případných starostech spojených s tímto onemocněním. Po celkovém zhodnocení práce se všemi respondenty byl upozorován jejich zájem, a i oni sami se chtěli se svými poznatky během léčby podělit. Tyto získané poznatky mohou být použité pro informování veřejnosti anebo blízkého okolí. Z prozatím získané praxe v oboru se dá s jistotou říci, že případný pacient s takto závažným onemocněním rád uslyší odborný názor, ale také názor někoho, kdo tímto onemocněním prošel, respektive prochází. Během vypracování bylo zjištěno, že 70 procent respondentů je téměř nevyléčitelných. Dále jsem se dozvěděla v diskuzi, že ve všech případech respondenti byli nuceni využít pomoc dietních sester. Cíl pro vypracování bakalářské práce byl splněn.

Seznam použité literatury

- BANDŮCHOVÁ, Ilona, 2020. *Kvalita života dialyzovaných pacientů* [online]. Jihlava [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://isz.vspj.cz/bp/get-bp/student/53772/thema/7377>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Petra Kourková, MBA.
- BEBEROVÁ, Eva, 2016. *Interní ošetřovatelství II*. Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-1777-7.
- BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra, 2015. Peritoneální dialýza. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2015(29(3), 129-132 [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2015/03/11.pdf>
- BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a kol., 2007. *Peritoneální dialýza*. 2007. Maxdorf. ISBN 978-80-7345-005-2.
- BOHÁČOVÁ, Kristýna, 2019. *Výživa dialyzovaných pacientů* [online]. České Budějovice [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: https://theses.cz/id/ri57b7/BP_-_Bohov.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce MUDr. Iveta Sukdolová.
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních (potřeby, hodnocení, kvalita života)*. Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
- ČIHÁK, Radomír, 2013. *Anatomie 2*. Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4788-0.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2019. Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. *Klinika a adiktologie* [online]. [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-kvality-zivota-whoqol-bref-a-whoqol-100>
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2013. *Funkční anatomie*. 2013. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3240-4.
- HALUZÍKOVÁ, Jana a BŘEGOVÁ, Bohdana, 2019. *Ošetřovatelství v nefrologii*. Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-5329-4.
- HORNOVÁ, Klára, 2018. *Potřeby pacientů podstupujících dialyzační léčbu* [online]. České Budějovice [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/39501/Bakalarska_prace.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková.
- CHLPIKOVÁ, Nikola, 2019. *OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O HEMODIALYZOVANÉHO KLIENTA* [online]. Plzeň [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/38561/1/CHLPIKOVA%20NIKOLA%20BP.pdf>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Krocová.
- KACHLÍK, David, 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Univerzita Karlova: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.
- KIMMEL, Paul L. a Mark E. ROSENBERG, 2015. *Chronic renal disease*. 2015. Academic Press publications. ISBN 978-0-12-411602-3.

- KITTNAR, Otomar, 2020. *Lékařská fyziologie*. Grada Publishng, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.
- LACHMANOVÁ, Jana, 2022. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Galén, 2022. ISBN 978-80-7492634-1.
- LUDÍKOVÁ, Libuše, a kolektiv, 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Edukace v ošetrovatelství : respekt a úcta k lidské důstojnosti*. 2015. V Trenčine: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva. ISBN 978-80-7454-513-9.
- Ministerstvo zdravotnictví, 2024. Hemodialýza. *Nzip.cz* [online]. [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/958>
- Ministerstvo zdravotnictví, 2024. Kvalita života. *Nzip.cz* [online]. [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>
- MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Sociologické nakladatelství, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.
- NABER, Tania a PUROHIT, Sharad. 2021 Chronic Kidney Disease: Role of Diet for a Reduction in the Severity of the Disease. *Nutrients*.13(9), s. 3277. ISSN 2072-6643. DOI: 10.3390/nu13093277.
- NAVRÁTIL, Leoš, 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada Publishng, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.
- NAVRÁTILOVÁ, Marcela, 2014. Ošetrovatelský proces u pacienta s renálním selháním. *Vysoká škola Zdravotnická, o.p.s., Praha 5* [online]. [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2013-2014/Vseobecna_sestra_2014/NAVRATILOVA_MARCELA/NAVRATILOVA_MARCELA.pdf?zoomy_is=1
- POKOROVÁ, Petra, 2013. *Výživa dialyzovaných pacientů*. 2013. Forsapi. ISBN 978-80- 87250-23-5.
- RAJNOCHOVÁ BLOUDÍČKOVÁ, Silvie, 2021. Selhání ledvin brání jen včasné odhalení nemoci. *Florence* [online]. [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/selhani-ledvin-brani-jen-vcasne-odhaleni-nemoci/>
- RATH, Thomas, 2018. *Chronic Kidney Disease*. 2018. Published by InTech. ISBN 978-953-51-3843-3.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2023. *Ošetrovatelství v Interně I*. Grada Publishng, 2023. ISBN 978-80-271-1743-7.
- SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2013. *Edukační činnost sestry*. 2013. Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2016. *Interní ošetrovatelství II*. 2016. Grada Publishng. ISBN 978-80-247-1777-7.
- TEPLAN, Vladimír, 2013. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2881-3.

TEPLAN, Vladimír, 2017. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4370-0.

TESAŘ, Vachek, 2017. Akutní selhání ledvin. *Kardiologická revue interní medicína* [online]. [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2017-4/akutni-selhani-ledvin-62608>

TESAŘ, Vladimír a VIKLICKÝ, Ondřej, 2015. *Klinická nefrologie*. Grada Publishng, 2015. ISBN 978-80-247-4367-7.

ZAKIYANOV, Oskar a TESAŘ ET AL., Vladimír, 2018. *Průvodce klinickou nefrologií a dialýzou pro internisty*. Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4860-6.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Tabulka chronické selhání ledvin

Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 3: Informovaný souhlas nemocnice Havlíčkův Brod

Příloha č. 4: Informovaný souhlas pro pacienty

Příloha č. 5: Přepis rozhovorů