

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Život s hemodialýzou  
Tereza Dymáková

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Tereza Dymáková  
Osobní číslo: Z13005  
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra  
Název tématu: Život s hemodialýzou  
Zadávající katedra: Katedra ošetrovatelství

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

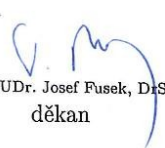
Seznam odborné literatury:

1. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
2. LACHMANOVÁ, Jana. Vše o hemodialýze pro sestry. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 160 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
3. PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
4. TEPLAN, Vladimír. Praktická nefrologie. 2. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 536 s. ISBN 80-247-1122-2.
5. VIKLICKÝ, Ondřej, Vladimír TESAŘ a Sylvie SULKOVÁ. Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 192 s. ISBN 978-80-247-3227-5.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jitka Rusová, DiS.  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2016

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DiSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 9. 5. 2016.

Tereza Dymáková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Jitce Rusové, DiS. za pomoc a veškerý čas, který mi věnovala při konzultacích, za její odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji také respondentům za ochotu poskytnout mi potřebné informace, a zároveň chci poděkovat zdravotnickému personálu za vstřícnou spolupráci při sběru dat, důležitých k vypracování této práce.

Můj velký dík patří i mé rodině, která mi byla oporou během celého studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života pacientů léčených hemodialýzou. Teoretická část práce se zabývá především vlivem hemodialýzy na každodenní život pacientů a kvalitu života. Výzkumná část práce se zabývá hodnocením kvality života hemodialyzovaných pacientů pomocí standardizovaných dotazníků SEIQoL a KDQOL-SF<sup>TM</sup> a znalostí vybraných informačních zdrojů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Hemodialýza, chronické onemocnění ledvin, informační zdroje, kvalita života, KDQOL-SF<sup>TM</sup>, SEIQoL

Title

Life with hemodialysis

## **ANNOTATION**

The bachelor's work focuses on the quality of life in hemodialysis patients. The theoretical part of the work mostly deals with the impact of hemodialysis on the patients' everyday lives and quality of life. The research part of the work pursues the evaluation of the quality of life in hemodialysis patients by means of standard SEIQoL and KDQOL-SFTM questionnaires as well as knowledge of the chosen sources of information.

## **KEYWORDS**

Hemodialysis, chronic kidney disease, KDQOL-SF<sup>TM</sup>, quality of life, SEIQoL, sources of information

# OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Selhání ledvin.....	14
1.1 Akutní selhání ledvin.....	14
1.1.1 Příčiny a léčba akutního renálního poškození.....	14
1.2 Chronické selhání ledvin.....	15
1.2.1 Vyšetření funkce ledvin.....	16
1.2.2 Stadia chronického onemocnění ledvin.....	16
1.2.3 Příčiny chronického onemocnění ledvin.....	16
1.2.4 Patofyziologie.....	17
1.2.5 Příznaky chronického onemocnění ledvin.....	17
1.2.6 Renoprotektivní terapie.....	17
2 Možnosti náhrady funkce ledvin.....	19
2.1 Transplantace ledviny.....	19
2.2 Peritoneální dialýza.....	20
3 Hemodialýza.....	21
3.1 Cévní přístupy pro hemodialýzu.....	21
3.1.1 Krátkodobý cévní přístup.....	21
3.1.2 Trvalý cévní přístup.....	21
3.2 Predialyzační období - příprava na hemodialýzu.....	22
3.3 Taktika hemodialýzy.....	22
3.4 Komplikace během hemodialýzy.....	23
3.5 Komplikace dialyzační terapie.....	23
3.6 Bolest u dialyzovaných pacientů.....	25
3.7 Dietní opatření u hemodialyzovaných pacientů.....	26
3.8 Psychosociální aspekty chronické dialýzy.....	26
3.9 Každodenní život dialyzovaných pacientů.....	27
3.10 Společnosti pomáhající dialyzovaným pacientům.....	28
4 Kvalita života podmíněná zdravím.....	30

II	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	34
5	Výzkumné otázky.....	34
6	Metodika výzkumu.....	35
6.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
6.2	Sběr dat.....	35
6.3	Dotazník.....	36
6.4	Statistické zpracování.....	40
7	Prezentace a interpretace dat.....	41
7.1	Vyhodnocení I. části dotazníku - otázky vlastní konstrukce (1–12).....	41
7.2	Vyhodnocení II. části dotazníku - Dotazník SEIQoL.....	48
7.2.1	Kvalita a míra spokojenosti se životem.....	48
7.3	Vyhodnocení III. části dotazníku – KDQOL-SF™.....	51
7.3.1	Dotazník KDQOL-SF™ (generická část dotazníku).....	51
7.3.2	Dotazník KDQOL-SF™ (specifická část).....	54
7.3.3	Vyhodnocení dotazníku KDQOL-SF™ - oblast Vaše onemocnění ledvin.....	56
7.3.4	Vyhodnocení dotazníku KDQOL-SF™ - oblast Vliv onemocnění ledvin na Váš každodenní život.....	58
8	Diskuze.....	63
8.1	Limity a doporučení pro další výzkumy.....	72
9	Závěr.....	73
10	Použitá literatura.....	76
11	Přílohy.....	80



## SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Graf znázorňující důvod selhání ledvin .....	43
Obrázek 2 Graf znázorňující, zda respondenti znají nějakou společnost, která pomáhá dialyzovaným.....	45
Obrázek 3 Graf znázorňující, zda respondenti znají časopis Stěžeň .....	46
Obrázek 4 Graf znázorňující, zda respondenti slyšeli o „prázdninových dialýzách“ .....	47
Obrázek 5 Graf znázorňující srovnání průměrných hodnot indexu kvality života (vypočtená QoL) a celkové spokojenosti se životem (subjektivní míra QoL) dle věku .....	48
Obrázek 6 Graf znázorňující nejdůležitější témata pro respondenty .....	49
Obrázek 7 Graf znázorňující hodnocení spánku respondenty .....	59
Obrázek 8 Graf znázorňující vykonávání placené práce za poslední 4 týdny .....	61
Obrázek 9 Graf znázorňující vliv zdravotního stavu na vykonávání placené práce .....	62
Obrázek 10 Překódování jednotlivých položek na bodové skóre (Hayes et al., 1997, s. 11).....	82
Obrázek 11 Oblasti a k nim přiřazené jednotlivé položky z dotazníku KDQOL-SF <sup>TM</sup> (Hayes et al., 1997, s. 12).....	83

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Zastoupení respondentů dle věku a pohlaví.....	41
Tabulka 2 Délka zařazení do dialyzačního programu .....	42
Tabulka 3 Změna v zaměstnání v důsledku dialyzačního programu.....	44
Tabulka 4 Přehled životních cílů respondentů a jejich četnost ( $n_i$ ) .....	50
Tabulka 5 Průměrné bodové skóre v jednotlivých dimenzích generické části dotazníku dle věku a pohlaví .....	51
Tabulka 6 Průměrné bodové skóre v dimenzi celkové zdraví dle věku a pohlaví.....	52
Tabulka 7 Průměrné bodové skóre dosažené v jednotlivých dimenzích specifické části dotazníku dle pohlaví a věku .....	54
Tabulka 8 Vnímání onemocnění ledvin respondenty .....	56
Tabulka 9 Potíže respondentů související s hemodialyzační léčbou .....	57
Tabulka 10 Omezení související s hemodialyzační léčbou .....	58
Tabulka 11 Spokojenost s časem a podporou od rodiny a přátel.....	60
Tabulka 12 Kategorie GRF u chronických onemocnění ledvin (Viklický, 2013, s. 18) .....	81
Tabulka 13 Kritéria dle KDIGO 2013 pro definici chronického onemocnění ledvin (přítomnost alespoň jednoho z faktorů > 3 měsíce) (Viklický, 2013, s. 15).....	81
Tabulka 14 Průměrné hodnoty jednotlivých oblastí u různých skupin .....	84

## Úvod

Počet nemocných s chronickým onemocněním ledvin, kteří musí podstoupit dialyzační léčbu, neustále přibývá, což potvrzuje Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice. K 31. 12. 2002 bylo hemodialyzačním programu 4 058 pacientů. Ke dni 31. 12. 2014 se počet pacientů léčených hemodialýzou zvýšil na 5 974 (Česká nefrologická společnost, 2002, 2014).

Dialyzační léčba je dlouhodobá, někdy i doživotní záležitost, která má vliv na celý život jedince. Přináší mnoho omezení jak v osobním, rodinném, tak i společenském životě. Nemoc i léčba zasahují do každodenního života, pacienti se musí vyrovnat s komplikacemi a obtížemi, které náročná léčba, ale i onemocnění ledvin přináší, od snížení fyzické činnosti, přes změnu denního a časového rozvrhu, koníčků a stravovacích zvyklostí. Změny mohou zasahovat do studia a zaměstnání, mění se finanční situace, mohou se měnit rodinné a partnerské vztahy. Dialyzovaní mají omezené možnosti cestovat. Život s dialýzou zkrátka znamená čtené změny ovlivňující kvalitu života.

Pojem kvalita života je používán čím dál častěji a z podstaty věci vyplývá, že si pod tímto termínem každý z nás představí něco trochu jiného, proto je těžké kvalitu života definovat. Naprostá shoda však panuje v tom, že se jedná o vícerozměrnou veličinu. Obvykle je vnímána jako „*subjektivní posouzení vlastní životní situace*“ (Strejcová et al., 2014, s. 295). Pojem kvalita života zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví (funkční stav jedince) a nepřítomnost příznaků onemocnění nebo nepříznivých dopadů léčby, ale v celkovém pohledu i údaje o psychické kondici (jako jsou nálada jedince, postoj k životu a nemoci, vyrovnávání se s nemocí a léčbou, osobnostní charakteristiky apod.), společenském uplatnění a v neposlední řadě též údaje o náboženských a ekonomických aspektech života. (Strejcová et al., 2014, s. 295)

Člověka, který potřebuje dialyzační léčbu, čeká nelehká cesta, a proto je důležitý individuální přístup zdravotnického personálu, který by měl poskytnout nejen odborné znalosti a dovednosti, ale i své porozumění, respekt a podporu (Sulková, 2000, s. 517). Důležitá je multidisciplinární spolupráce i s ostatními specialisty, jako jsou např. psycholog, sociální pracovník, fyzioterapeut, nutriční terapeut, sexuolog aj. S dialýzou se musí naučit žít nejen pacient, ale i jeho rodina a blízcí přátelé.

Problematika života dialyzovaných pacientů mě zaujala již na střední škole, kde jsem vypracovala maturitní práci na téma Kvalita života hemodialyzovaných pacientů. Chtěla jsem proto navázat na toto téma a hlouběji se zaměřit na život dialyzovaných pacientů a zjistit tak, co je pro pacienty důležité a jak jsou spokojeni se svým životem.

V první části práce jsou popsány teoretické poznatky o chronickém onemocnění ledvin, metodě náhrady funkce ledvin - hemodialýze, psychosociální problematice dialyzovaných, jejich každodenním životě a poslední kapitola teoretické části je zaměřena na kvalitu života dialyzovaných pacientů.

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na kvantitativní výzkum, který se zabývá kvalitou života hemodialyzovaných pacientů s chronickým onemocněním ledvin pomocí standardizovaných dotazníků KDQOL-SF<sup>TM</sup> a SEIQoL.

## **Cíle práce**

1. Zjistit kvalitu života a subjektivní míru spokojenosti se životem u hemodialyzovaných nemocných pomocí standardizovaných dotazníků KDQOL-SF<sup>TM</sup> a SEIQoL.
2. Zjistit, zda respondenti znají vybrané zdroje informací pro hemodialyzované pacienty.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Selhání ledvin

*„Selhání ledvin je stav, kdy ledviny ani za bazálních podmínek nejsou schopny zbavit se produktů dusíkatého metabolismu a udržet stálost vnitřního prostředí. Výsledkem je akumulace metabolitů (urey, kreatininu), acidóza a minerální rozvrat.“* (Lachmanová, 2008, s. 11). Podle rychlosti vzniku ledvinového selhání rozlišujeme akutní selhání ledvin, vznikající náhle a chronické onemocnění ledvin, vznikající pozvolna (měsíce, roky).

### 1.1 Akutní selhání ledvin

*„Akutní poškození ledvin je náhlý, výrazný, často reverzibilní pokles exkretně-metabolické funkce ledvin, který je ve své těžší formě spojen s poklesem diurézy (oligurie, anurie).“* (Teplan, 2013, s. 61).

Akutní poškození ledviny se může rozvinout během několika hodin až dní. Tento stav je často reverzibilní, ale s vysokou mortalitou, 45–80 % (Teplan, 2010, s. 17, 21). Proto je důležitá včasná diagnostika a účinná léčba, kterou můžeme ovlivnit průběh poškození ledvin. Většina pacientů je hospitalizována na jednotkách intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitačních oddělení, kde jsou pravidelně monitorovány základní životní funkce nemocných, biochemické parametry a hodinová diuréza, což nám umožní určit stadium akutního poškození ledvin (acute kidney injury, AKI). (Teplan, 2013, s. 61)

#### 1.1.1 Příčiny a léčba akutního renálního poškození

Příčiny akutního renálního poškození se dělí na prerenální, renální a postrenální. Prerenální neboli funkční příčiny, bývají způsobené nedostatečnou perfúzí normální ledvinové tkáně okysličenou krví (asi 40–80 % případů) např. z důvodu hypovolémie (masivní ztráty krve, zvracení, průjmy, popáleniny, diuretika), sníženého srdečního výdeje (infarkt myokardu, kardiomyopatie, masivní plicní embolie), poruchy intrarenální hemodynamiky (nadužívání např. nesteroidních antiflogistik, kyseliny acetylsalicylové apod.), renovaskulární obstrukce (ateroskleróza, trombózy, vaskulitidy atd.). (Klener, 2006, s. 769, 770; Teplan, 2013, s. 66)

Renální příčiny (asi 55 % případů) jsou vyvolané primárním poškozením ledvinového parenchymu, nejčastěji jde o ischemické nebo toxické poškození, které vede k nekróze tubulárních buněk. Příčinami primárního glomerulárního poškození ledvin jsou

glomerulonefritidy, vaskulitidy, systémové onemocnění (např. lupus erythematodes), zánětlivé procesy, maligní hypertenze a další. Příčinami tubulointersticiálního poškození ledvin jsou šok, sepsa, toxiny, nebo hyperkalcémie, dále toxoalergický účinek léků, bakteriální, virová infekce a další. (Klener, 2006, s. 771; Teplan, 2013, s. 68–73)

Postrenální příčiny (asi 5% případů) vznikají při obstrukci močových cest nebo poruše jejich dynamiky (např. konkrementy, hypertrofie nebo nádor prostaty, tumory pánvičky, měchýře, vrozené anomálie močových cest a další. (Teplan, 2013, s. 74)

Při léčbě AKI je důležitá včasná diagnostika vyvolávající příčiny a její odstranění. Upravit zdravotní stav konzervativními prostředky (adekvátní hydratace, podávání iontů, léků a to hlavně furosemidu, který zvyšuje průtok krve ledvinami, dále stabilizace krevního tlaku, kontrola hladiny minerálů). Součástí léčby jsou také dialyzační a kontinuální očišťovací metody (hemodialýza, hemoperfúze, plazmaferéza, hemofiltrace). (Teplan, 2013, str. 80)

## 1.2 Chronické selhání ledvin

*„Chronické selhání ledvin (CHSL) je stav, kdy funkce ledvin je snížena tak, že ledviny nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek, speciálních dietních a medikamentózních opatření a vyrovnané metabolické situace organismu”* (Teplan, 2006, s. 352).

*„Chronickou renální insuficiencí (CHRI) rozumíme stadium chronických renálních onemocnění, kdy funkce ledvin klesne na takovou úroveň, že dochází k výrazným změnám ve složení extracelulární tekutiny. Současně se projevují metabolické změny podmíněné nedostatečnou exkreční schopností, ale i změnami v metabolicko-endokrinní funkci ledvin. Tyto změny jsou vystupňovány při zátěži organismu (trauma, operace, infekce, zvýšený přívod bílkovin, tekutin, elektrolytů apod.)“* (Teplan, 2006, s. 351).

Chronické onemocnění ledvin (chronic kidney disease, CKD) je definováno jako funkční nebo strukturální abnormalita ledvin, která je přítomná déle než 3 měsíce a ovlivňuje zdraví jedince. (Viklický, 2013, s. 15)

Nově používané označení chronické onemocnění ledvin je tedy širší pojem než dosud používaný termín „chronická renální insuficience“, popř. „chronické selhání ledvin“, jelikož zahrnuje i chorobné stavy s poškozením ledvin (např. polycystické onemocnění ledvin se zachovalou

renální funkcí) nebo patologický nálezn v moči s dosud normální glomerulární filtrací (Vachek et al., 2012, s. 107).

### **1.2.1 Vyšetření funkce ledvin**

V úvodním zjištění úrovně očišťovací funkce ledvin postačí vyšetření sérové koncentrace kreatininu, ale tento údaj o koncentraci kreatininu nestačí k odhadu renální funkce, jelikož jeho tvorba je ovlivněna např. množstvím svalové hmoty, stravou, léky a další. Nejlepší marker funkce ledvin je vyšetření glomerulární filtrace, nejjednodušší způsob, jak odhadnout glomerulární filtraci, je použít výpočet podle některé z rovnic, které jsou založené na hodnotách sérového kreatininu. (Vachek et al., 2014, s. 66). Mezi další nezbytné testy patří vyšetření cystatinu C a clearance kreatininu. K vyšetření albuminurie je doporučováno vyšetření poměru koncentrací albuminu a kreatininu ve vzorku ranní moči (albumin creatinin ratio, ACR). (Viklický, 2013, str. 19). Mezi další vyšetření ledvin patří sonografické vyšetření, které nám např. objasní podezření na abnormalitu struktury ledvin. Při zjištění patologie ve funkci ledvin je důležité odeslat pacienta k nefrologovi. Důležitý je i aktivní přístup lékaře, který může zmírnit progresi onemocnění včasnou a vhodnou léčbou. (Vachek et al., 2014, s. 66).

### **1.2.2 Stadia chronického onemocnění ledvin**

Od roku 2002 dle skupiny K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) se stadia chronického onemocnění ledvin dělí do pěti stadií dle glomerulární filtrace (Glomerular Filtration Rate, GFR). Podle doporučení KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) z roku 2013 se rozlišuje šest stadií (viz Příloha A, tabulka č. 12). Kritéria pro definování chronického onemocnění ledvin jsou uvedeny v Příloze A, tabulka č. 13. Pacient s CKD by měl být posuzován podle příčiny onemocnění (např. diabetická), stadia glomerulární filtrace a kategorie albuminurie. (Viklický, 2013, s. 15, 18)

### **1.2.3 Příčiny chronického onemocnění ledvin**

Nejčastější příčinou chronického onemocnění ledvin s neustále vzrůstající tendencí je diabetes mellitus 2. typu (přibližně 30 %), zejména diabetická nefropatie, dále to jsou vaskulární příčiny (arteriální hypertenze, arterioskleróza, přibližně 22 %), onemocnění glomerulů (glomerulonefritidy, cca 12% případů), intersticiální nefritidy (např. tubulointersticiální nefritidy, přibližně 8 %). Mezi méně časté diagnózy jsou dědičné nefropatie (např. autozomálně dědičná polycystická choroba ledvin, 5 %), diabetes mellitus 1. typu (3 %), systémová onemocnění (4 %).



V méně než 10 % není příčina chronického onemocnění ledvin zjištěna. (Vachek et al., 2012, s. 108)

#### **1.2.4 Patofyziologie**

Chronické onemocnění ledvin může vést k postupnému zániku nefronů, příčinou je jak základní patologický proces, tak i další onemocnění (např. arteriální hypertenze). Tento stav může vést až k rozvoji chronického selhání ledvin (stadium CKD 5), kde v tomto stadiu je nutná náhrada funkce ledvin. Výpadek funkce nefronů je spojen s adaptativními změnami v reziduálních nefronech, které krátkodobě umožňují přechodnou stabilizaci vnitřního prostředí organismu, z dlouhodobějšího hlediska vedou adaptativní změny k dalšímu organickému poškození glomerulů a tubulů až jejich skleróze. (Klener, 2006, s. 779). Postupný zánik nefronů se klinicky projevuje poklesem glomerulární filtrace, rozvojem neselektivní proteinurie a hromadění odpadních látek ve vnitřním prostředí a změnami v histologickém obraze, jako jsou skleróza, atrofie tubulů. (Viklický, 2013, s. 34)

#### **1.2.5 Příznaky chronického onemocnění ledvin**

Příznaky CKD jsou nespecifické, v počátečním stadiu může být polyurie, zvýšení krevního tlaku, otoky i diskomfort v bederní oblasti páteře. Později se objevují únava, bolest hlavy, svědění kůže, bledost nebo kožní kolorit barvy mléčné kávy. Poslední fáze renálního selhání provází tzv. uremické symptomy, které se díky dostupnosti náhrady funkce ledvin vyskytují ojediněle, jsou to např. nevolnost, zvracení, hubnutí, pokles diurézy a známky uremické encefalopatie, jako jsou např. spavost, zmatenost až koma. (Vachek et al., 2012, s. 108)

#### **1.2.6 Renoprotektivní terapie**

*„Renoprotektivní terapie je definována jako souhrn terapeutických opatření s cílem zpomalení (či úplné zástavy) progresu chronického onemocnění ledvin. V širším slova smyslu sem zahrnujeme i postupy ochraňující ledviny před škodlivým působením toxických látek“* (Viklický, 2013, str. 72).

Při zjištění CKD je důležité určit rizikové faktory. K ovlivnitelným faktorům řadíme hodnotu krevního tlaku, stupeň proteinurie, hyperlipidemie, obezita, hyperglykemie, hyperurikemie a kouření. K neovlivnitelným faktorům patří věk, pohlaví, rasa a genetické vlohly. (Vachek et al., 2014, s. 67). Úvodní vyvolávající příčina vede k poškození renální struktury a sníží počet

funkčních nefronů. Rizikové faktory se mohou podílet na urychlení progresu ledvinového selhání. (Teplan, 2013, s. 257)

Nemocný se záchytem CKD by měl být včas předán do péče nefrologů. Podle doporučení dle KDIGO do ní mají být předáni všichni pacienti, kteří jsou v kategorii GFR G4–G5 (viz Příloha A, tabulka č. 12, při poklesu eGFR pod 0,5 ml/s/1,73m<sup>2</sup> (Viklický, 2013, s. 23). V nefrologické poradně lékař stanoví pacientovi diagnózu a vhodnou léčbu chronického onemocnění ledvin, která může oddálit nutnost náhrady funkce ledvin i o řadu let. Pokud nelze onemocnění léčit kauzálně, lze v nefrologické poradně optimálně načasovat náhradu funkce ledvin, do níž nemocný vstupuje připraven (dostatečný čas na edukaci, výběr metody náhrady funkce, zařazení do transplantační listiny, dietní opatření, úpravu medikace, zajištění cévního přístupu atd. (Vachek et al., 2012, s. 109). Bohužel počet pacientů, kteří vstupují do dialyzačního programu akutně, tzv. z ulice, přibývá, a proto by měl být kladen důraz na pečlivější screening rizikových skupin (diabetici, hypertonici, pacienti s onemocněním srdce a cév, s pozitivní rodinnou anamnézou onemocnění ledvin a to při běžných preventivních prohlídkách u praktického lékaře (Viklický, 2013, s. 72).

V současnosti se v terapii CKD využívá komplexní, multimodální, individuální přístup, který má za cíl zmírnit progresi CKD. Patří k němu dietní a režimová opatření (omezení bílkovin a solí, optimální hmotnost, pravidelná fyzická aktivita, přestat kouřit), důležitá je kontrola krevního tlaku a proteinurie, podání léků blokující renin-angiotensin-aldosteronový systém, dále kontrola lipidového metabolismu (užívání hypolipidemik např. statiny), kontrola glykemie, korekce hyperurikemie a metabolické acidózy, kontrola kalciofosfátového metabolismu (podávání vazačů fosfátů) a korekce anémie. (Viklický, 2013 s. 73–79)

## 2 Možnosti náhrady funkce ledvin

Léčebné možnosti, které nahrazují funkci ledvin (renal replacement therapy, RRT) zahrnují tzv. extrakorporální (mimotělní) eliminační metody (hemodialýza, hemodiafiltrace, hemofiltrace), peritoneální dialýzu a transplantaci ledviny (Tesař, 2015, s. 387). Náhrada funkce ledvin je indikována u pacientů, kteří jsou v 5. stadiu chronického onemocnění ledvin (při GFR nižší než  $0,25 \text{ ml/s/1,73 m}^2$ ), při nekontrolovatelné hypertenzi, nezvládnutelné hyperhydrataci, přítomnosti příznaků urémie (encefalopatie, perikarditidy, krvácení, výrazné hyperkalémii a při neovlivnitelných poruchách acidobazické rovnováhy. Většina pacientů s CKD v České republice je léčena hemodialýzou. (Vachek et al., 2014, s. 68)

### 2.1 Transplantace ledviny

Za metodu volby léčby terminálního ledvinového selhání (což je poslední 5. stadium) by měla být u většiny pacientů považována transplantace ledviny. Transplantovaní pacienti mají ve srovnání s dialyzačními metodami o 70 % nižší riziko smrti, nižší četnost kardiovaskulárních komplikací a klinicky významným zlepšením kvality života. (Viklický, 2013, s. 186, 193). Transplantace ledviny obnoví prakticky všechny ledvinové funkce (vylučovací, metabolické, regulační a hormonální), na rozdíl od dialýzy, která pouze nahradí eliminační funkci ledvin (Viklický, 2008, s. 19).

S lepšími výsledky je spojena transplantace ledviny od žijícího dárce. Důležité je i načasování transplantace, stále více se upřednostňuje časná transplantace, která se provede nejpozději do dvou let trvání dialyzačního léčení, poté se začínají výsledky transplantace zhoršovat (a to v důsledku rozvoje cévních změn vlivem dialýzy). Nejvýhodnější je preemptivní transplantace, tzv. transplantace před zahájením pravidelné dialyzační léčby. Ta je ale možná jen v případě včasného zařazení do čekací listiny na transplantaci ledviny. (Teplan, 2013, s. 300, 301). Pacient v ČR může být zařazen na čekací listinu při poklesu glomerulární filtrace pod  $0,17 \text{ ml/s}$  nebo kdy lze očekávat zahájení dialyzační léčby do tří měsíců (Viklický, 2013, s. 187).

## 2.2 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza (PD) je intrakorporální metoda, která jako dialyzační membránu využívá peritoneum, přes které dochází k očištění krve od metabolitů. Při PD se využívá princip dialýzy (difúze a konvence). Nemocný má do břišní dutiny trvale zaveden katétr, pomocí nějž je do dutiny břišní napouštěn dialyzační biokompatibilní roztok, do kterého přes pobřišnici difundují odpadní látky (kreatinin, kyselina močová atd.) a voda. Roztok je v pravidelných intervalech vypouštěn a opět je napouštěn roztok nový, většinou čtyřikrát za 24 hodin. (Nermutová, 2013). Existuje několik typů PD, nejčastější formou je tzv. kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD), v dutině břišní je trvale dialyzační roztok a jeho výměny si po vyškolení provádí pacient sám obvykle 4–5x/den, roztok je v břiše ponechán 4-8 hodin. Další kontinuální metodou je cyklická peritoneální dialýza (CCPD), při níž jsou nejčastěji v noci výměny (5–7 za noc) roztoku zajištěny přístrojem (cyklerem), na který se nemocný napojí před spaním. (Klener, 2006, s. 787). Velkou výhodou je, že peritoneální dialýzu si nemocný může provádět sám nebo pomocí tzv. asistované peritoneální dialýzy za pomoci rodiny, nelékařského zdravotnického personálu nebo služeb domácí péče. Pacienti tak mohou být dialyzováni ve svém domácím prostředí, v rodinném kruhu, a mají tak větší autonomii, nemusí cestovat do dialyzačního střediska a jsou tak vystaveni nižšímu riziku hepatitidy B a C. PD má své i nevýhody, mezi které patří riziko peritonitidy, tunelové infekce, ztráta bílkovin do dialyzátu, negativní následky absorpce glukózy, mechanické komplikace (hernie) a další. (Lyerová, 2012, s. 161–162)

## **3 Hemodialýza**

Hemodialýza (HD) je léčebná metoda, která je založena na přestupu látek z krve do dialyzačního roztoku (nebo obráceně) přes semipermeabilní membránu. Na jedné straně membrány proudí krev, na druhé straně protisměrně protéká dialyzační roztok. Přesun látek se děje dvěma základními mechanismy - difúzí a konvekcí. V některých případech se uplatňuje při odstranění látek z organismu i adsorpce na membráně. (Sulková, 2000, s. 59)

Základní princip HD spočívá v odstranění nahromaděných odpadních látek, nadbytečných solí a vody, dále se upravuje porucha elektrolytové a acidobazické rovnováhy (Sulková, 2000, s. 59). To vše probíhá mimo tělní oběh pacienta v hemodialyzačním přístroji. HD částečně nahrazuje vylučovací činnost ledvin. Přestože není nahrazena endokrinní funkce ledvin (tvorba hormonů), zachraňuje tato metoda život (Teplan, 2006, s. 387).

### **3.1 Cévní přístupy pro hemodialýzu**

Pro napojení pacienta na mimotělní oběh je nezbytný kvalitní cévní přístup, který zajistí dostatečný přítok krve do dialyzátoru a zpět do oběhu pacienta. Obvyklý požadavek je kolem 200–300 ml/min. Cévní přístup může být dočasný nebo trvalý. (Klener, 2006, s. 784). Příprava, která je důležitá k založení cévního přístupu, začíná v době, kdy GFR klesá pod 0,5 ml/s, tzv. kdy se pacient dostává do funkčního stadia G4. Na výběru typu cévního přístupu a na vlastním založení spolupracuje nefrolog s cévním chirurgem, včetně indikace pomocných a zobrazovacích vyšetření (Viklický, 2013, s. 197, 205).

#### **3.1.1 Krátkodobý cévní přístup**

Krátkodobý „dočasný“ cévní přístup se používá u nemocných s akutním selháním ledvin, anebo u pacientů v pravidelném dialyzačním programu před založením trvalého cévního přístupu. Dočasný přístup zajistíme pomocí centrálního žilního dvojcestného katétru, který se zavádí do v. subclavia, v. jugularis nebo v. femoralis. (Klener, 2006, s. 784)

#### **3.1.2 Trvalý cévní přístup**

Permanentní (trvalý) přístup je nezbytný pro nemocné v pravidelném dialyzačním programu. Je-li stav cév pacienta dobrý, pak nejčastěji volený přístup, s nejmenším výskytem infekčních a trombotických komplikací, je tzv. arteriovenózní podkožní fistule (píštěl, spojka, shunt, AVF) (Hemodialýza, 2016). Je to podkožní spojení žíly a tepny (nejčastěji radiocefalická AVF), na

předloktí nedominantní končetiny. V průběhu šesti týdnů dojde k arterializaci zkratové žíly. Žíla se v tomto období zvětší a zesílí a fistule pak po mnoho let vydrží opakovanou aplikaci jehel pro čerpání a zpětný návrat krve. Není-li možné založit AV píštěl, např. u pacientů s nevhodným žilním systémem lze cévní přístup vytvořit pomocí cévního štěpu z umělé hmoty (tzv. graft) a teprve poté dlouhodobým tunelizovaným katétrem. (Teplan, 2006, s. 386). Komplikace cévních přístupů (hematom, trombóza, infekce) souvisejí většinou se špatnou punkční technikou (Klener, 2006, s. 784). V péči o cévní přístup v průběhu jeho používání je velmi důležité zapojení dialyzačních sester, a to nejlépe vytvořením uceleného systému monitorace funkce cévního přístupu, který umožní prevenci, časnou diagnostiku a efektivní řešení eventuálních komplikací. (Viklický, 2013, s. 205).

### **3.2 Predialyzační období - příprava na hemodialýzu**

Pokud konzervativní terapie už není možná a transplantace není vhodná nebo se čeká na dárce, je nutné pacienta připravit na léčbu nahrazující funkci ledvin (hemodialýza nebo peritoneální dialýza). Zvolená metoda náhrady funkce ledvin je dle přání nemocného a možnostmi dialyzační péče. Nemocnému je třeba vysvětlit, jak tyto metody fungují, jejich výhody a nevýhody, komplikace léčby, jaké jsou možnosti dopravy. Vhodné je doplnit i informace písemně (letáky, časopisy, brožury aj.). (Lachmanová, 2008, s. 54)

Příprava nemocného pro náhradu funkce ledvin spočívá v zajištění dobrého klinického stavu pacienta, založení trvalého cévního přístupu, vakcinace proti hepatitidě B, korekce hypertenze, léčba anémie, provádění edukace o dietních a režimových opatřeních. Velmi důležitou součástí celkového přístupu je psychologická příprava. (Sulková, 2000, s. 218–219). Na pacienta v predialyzačním období jsou kladeny mimořádné nároky, proto je velmi důležitá spolupráce nefrologa a dialyzačních sester s odbornou psychologickou péčí a sociálním pracovníkem (Viklický, 2013, s. 164). Důležité je nemocného zbavit strachu, obav, úzkosti a nejistoty z nepoznaného a umožnit mu načerpat dostatek informací, které v budoucnu mohou ovlivnit jeho následnou léčbu a především kvalitu života (Magurová, 2009, s. 202).

### **3.3 Taktika hemodialýzy**

Dialyzační léčení probíhá na specializovaném pracovišti, dialyzačním středisku (v nemocnici nebo v ambulantním zařízení). Důležitou osobou na středisku je lékař (nefrolog), který zodpovídá za kvalitu dialyzační léčby a sestra, která nese odpovědnost za provedení HD, plní příkazy lékaře

a provádí vlastní péči o pacienta během dialýzy. Lékař určuje taktiku dialyzační terapie, a to frekvenci HD za týden (většinou 2–3), délku dialýzy (průměrně 4–5 h), typ dialyzátoru a dialyzačního roztoku, typ antikoagulace a jeho dávky (prevence srážení krve, nejčastěji je používán heparin), velikost krevního průtoku, dialyzačního roztoku a ultrafiltrace (tj. objem tekutiny odstraněný během HD), stanovení suché hmotnosti pacienta (tj. cílová váha po HD, při níž je dosaženo normální hydratace), techniku punkce fistule, plán odběrů na různá vyšetření, předepsání léků po hemodialýze (např. dávky erythropoetinu kvůli léčbě anémie) a v mezidialyzačním období např. železa, vitamin D, C, B6, vápník, antihypertenziv, diuretika, vazače fosfátů a další. (Klener, 2006, s. 785). Sestra sestaví před zahájením HD mimotělní okruh, zkontroluje klinický stav pacienta, změří mu krevní tlak, zváží ho, dále očistí a vydezinfikuje místo pro kanylaci jehel (Sulková et al., 2000, s. 224).

### **3.4 Komplikace během hemodialýzy**

Během hemodialýzy se můžeme setkat s nejrůznějšími komplikacemi. Podle výskytu je dělíme na **časté** - hypotenze (s příznaky jako jsou slabost, únava, hučení v uších, závratě) a svalové křeče v dolních končetinách, **méně časté** - svědění, bolesti hlavy, hrudníku, nauzea, arytmie, horečka, **vzácné** - krvácivé stavy, disekvilibrační syndrom, syndrom prvního použití, poruchy vědomí, neklidné nohy. Zvláštní pozornost musí být věnována cévnímu přístupu, protože je zde velké riziko infekce. (Klener, 2006, s. 785)

### **3.5 Komplikace dialyzační terapie**

Komplikace v průběhu dialyzační terapie mohou být vyvolány samotným onemocněním ledvin (hypertenze, anémie, renální osteopatie), ale i vlivem dialyzačního léčení (dialyzační amyloidóza - záněty kloubů, destrukce obratlů aj. (Marek, 2010, s. 115).

**Kardiovaskulární komplikace** (ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody, srdeční selhání) jsou u hemodialyzovaných pacientů hlavní příčinou úmrtí a vedou také k velké morbiditě s častými hospitalizacemi. Arteriální hypertenze se vyskytuje přibližně u 80 % pacientů zahajující dialyzační léčení a je provázená orgánovým postižením, včetně hypertrofie levé komory (u 50–75 % pacientů), přibližně 10 % pacientů má projevy srdečního selhání. Infarkt myokardu je 20krát častější než u zdravých osob stejného věku a pohlaví. (Svoboda et al., 2009, s. 36)

**Mezi kostní a kloubní komplikace** patří renální osteopatie, dialyzační amyloidóza a aluminiová intoxikace. Renální osteopatie vzniká v důsledku narušení kalciofosfátového metabolismu při chronickém onemocnění ledvin. Onemocnění kosti se může projevit osteomalacií (deficit vitamínu D), osteofibrózou (z hyperparatyreózy) nebo jejich kombinací. Počáteční průběh může být asymptomatický, v pokročilé fázi se mohou objevit bolesti kostí a kloubů, spontánní fraktury, zhoršená mobilita, svalová slabost, ale i svědění kůže. Léčba spočívá v účinné hemodialýze, dodržování diety s omezením bílkovin a podávání vazačů fosfátů, suplementace kalcia a vitamínu D<sub>3</sub>. (Klener, 2006, s. 786; Lachmanová, 2008 s. 73,74; Sulková, 2000, s. 404)

**Anémie** je hematologickou komplikací, její hlavní příčinou je nedostatek erytropoetinu při selhání ledvin. Na jejím rozvoji se podílí i deficit železa, vitamínu B<sub>12</sub>, malnutrice, infekce, záněty, krevní ztráty a další. Léčba spočívá v podávání rekombinačního lidského erytropoetinu a železa. Důležité je i trvalé monitorování koncentrace feritinu v séru. (Klener, 2006, s. 786)

**Infekční komplikace** u dialyzovaných pacientů jsou velmi časté a představují druhou nejčastější příčinu jejich úmrtí. Nejčastěji se jedná o virové hepatitidy, uroinfekce, pneumonie, infekce cévních vstupů (obvykle stafylokokové) (Sulková, 2000, s. 440).

**Komplikace nervového systému** poškozují centrální i periferní nervový systém. Hemodialyzovaní pacienti jsou ohroženi uremickou encefalopatií (nesoustředění se, porucha spánku, předrážděnost, poruchy vědomí), periferní polyneuropatií projevující se syndromem neklidných nohou (Sulková, 2000, s. 445, 454).

**Nejčastější kožní komplikací** je pruritus, svědění kůže, příčina je pravděpodobně multifaktoriální, může souviset s retencí uremických toxinů, poruchou fosfokalciového metabolismu, alergií na dialyzátor, setů, neadekvátní dialýzou, léky a další. Terapie je obtížná, doporučuje se podání antihistaminik, ultrafialové záření, promaštění kůže, změna dialyzátoru aj. (Sulková, 2000, s. 464)

**Hemoragické komplikace**, příčinou krvácivosti u dialyzovaných pacientů je trombocytopenie (destičková dysfunkce). Klinicky se projeví podkožními hematomy, epistaxí, hematurií, krvácením do GIT a zvýšeným rizikem krvácení při chirurgickém výkonu. (Klener, 2006, s. 786).



**Porucha výživy** je u hemodialyzovaných pacientů spojena s proteino-kalorickou malnutricí, která zvyšuje morbiditu a mortalitu, proto by pacienti měli dodržovat dietní opatření (Lachmanová, 2008, s. 9).

**Gastrointestinální komplikace** jsou u dialyzovaných osob časté, mohou se objevit průjmy, obstipace, meteorismus, melény, hematemézy, gastritidy, kolitidy, ascites a další. Mezi nejzávažnější a nejčastější GIT komplikace patří krvácení, příčinami mohou být léky (warfarin, kyselina acetylsalicylová), neodpovídající heparinizace při hemodialýze, uremická hemoragická diatéza a další. Průjmy mohou nastat po dietní chybě, během antibiotické léčby nebo se může jednat o infekční průjem, kde nejčastější příčinou je bakterie *Clostridia difficile*. Obstipace má multifaktoriální příčinu - malá fyzická aktivita, omezení tekutin a stravy (ovoce, zeleniny) aj. Ascites se vyskytuje u polymorbidních pacientů, kteří trpí např. srdečním selháním, jaterním onemocněním. Příčinou může být i chronické převodnění, malnutrice a další. Tento stav bývá znamením blížící se smrti. (Lachmanová, 2008, str. 109, 110)

**Endokrinní poruchy** mají za následek **sexuální dysfunkce**, které se u mužů nejčastěji projeví poruchou potence (s účastí neuropatie, vaskulopatie, psychické problémy) a gynekomastií způsobený vlivem vysoké hladiny prolaktinu. U většiny žen je nepravidelný menstruační cyklus až amenorea, téměř vždy neplodnost, může nastat snížené libido, bolestný sex aj. (Lachmanová, 2008, s. 111)

### **3.6 Bolest u dialyzovaných pacientů**

Výskyt chronické bolesti u dialyzovaných pacientů je několikanásobně vyšší ve srovnání s běžnou populací (Haluzíková et al., 2011, s. 116). Vyskytuje se téměř u 30 % dialyzovaných pacientů. Chronická bolest zasahuje do jeho každodenního života a významně snižuje kvalitu života, narušuje spánek, zhoršuje fyzickou aktivitu, pracovní schopnost, naopak vzrůstá strach a úzkost (Viklický et al., 2010, s. 156). Bolesti dialyzovaných pacientů souvisejí s dlouhodobou dialyzační léčbou a s komplikacemi chronického selhání ledvin (např. bolesti svalů, kostí při kostní nemoci, syndrom karpálního tunelu při dialyzační amyloidóze a další. Během dialyzační procedury/vlastní dialýzy se vyskytují bolesti hlavy a křeče dolních končetin. Může se objevit i neuropatická bolest, která se projevuje jako syndrom neklidných nohou. Nejdostupnější pomůckou k hodnocení bolesti je vizuální analogová škála (VAS). (Viklický et al., 2010, s. 156). Důležitou roli v péči o pacienta s bolestí sehrává dobrá komunikace s pacientem, ale i s jeho

rodinou (Haluzíková et al., 2011, s. 116). Před zahájením léčby je důležité určit patofyziologii bolesti a podle toho zvolit vhodnou analgezií. Terapie bolesti spočívá v podávání analgetik (nesteroidní antirevmatika, slabá analgetika, slabé a silné opiody) a v psychologické terapii. Na zmírnění bolesti mají příznivý účinek i relaxační techniky. (Haluzíková et al., 2011, s. 117).

### **3.7 Dietní opatření u hemodialyzovaných pacientů**

Dodržování diety při léčbě hemodialýzou je pro některé pacienty obtížné. „*Kromě velké dávky sebekázně vyžaduje i potřebné znalosti*“ (Mengerová, 1994). Proto je důležitá edukace pacientů a dostatek informací. Potřebné informace je možné získat z mnoha informačních zdrojů, např. brožur, informačních letáků, časopisů aj.

### **3.8 Psychosociální aspekty chronické dialýzy**

Život s dialýzou je pro pacienta velmi těžkým břemenem. Pacienti jsou doživotně odkázáni na dialyzační léčbu, která pro ně představuje náročnou situaci nejenom po tělesné stránce, ale zasahuje i psychosociální stránku jeho života. Zasáhnuta bývá oblast každodenního, sociálního, rodinného a pracovního života. Se změnou zdravotního stavu se mění struktura potřeb a životních hodnot, tzv. dochází k přehodnocování života. S chorobou se musí vyrovnat nejen nemocný, ale i jeho rodina, která je pro něj velmi důležitá. (Gulášová, 2004, s. 61). Dialyzovaný nemocný je vystaven stresu, který plyne jak z choroby samé, její nevléčitelnosti a jejích projevů (slabost, nespavost, únava, bolesti, úporná žízeň, pocit vyprahlosti aj.), tak ze způsobu léčení. Hlavní tíhou dialyzovaného pacienta je fakt, že jeho život je prodlužován jen díky přístroji. Dalším stresem pro pacienta může být rodinný život, který bývá poznamenán nejistotou, strachem a obavami. Pacient si uvědomuje, že do jisté míry strádají i jeho blízcí a může mít pocity viny. Významným stresem je vlastní chronicita nemoci, která nedává naději na zlepšení zdravotního stavu. Nejtíže je pociťována ztráta nezávislosti, pacienti jsou závislí na přístroji, středisku a personálu, tento stav u pacientů je daleko větší psychickou zátěží než trvalé ohrožení života, u pacientů se to projevuje často depresemi, agresivním chováním, sebepoškozováním apod. Pacienta provází mnoho stresorů a obav, proto je důležité pacienta včas informovat o problémech, uklidnit ho tím, že problém vysvětlíme. Povzbuzovat pacienta, aby s personálem, ale i rodinou komunikoval o svých pocitech a problémech. Informování o tom, co přijde a proč to či ono děláme, snižuje míru tíhy stresu a zvyšuje ochotu ke spolupráci. Proto by měla být i nedílnou

součástí dialyzačních středisek pomoc od klinických psychologů. (Svoboda et al. 2009, s. 102, 103; Sulková, 2000, s. 505–507)

### **3.9 Každodenní život dialyzovaných pacientů**

Pravidelná dialyzační léčba znamená pro nemocného výrazné změny v každodenním, rodinném a pracovním životě, v jeho životním stylu a trávení volného času. Časová náročnost hemodialýzy narušuje pacientův pracovní harmonogram, musí totiž obvykle třikrát do týdne docházet do dialyzačního střediska, kde stráví většinou 4–5 hodin. Dalším negativním faktorem je i doprava na středisko, kterou stráví velké množství času, musejí totiž čekat na sanitku, někdy i celé hodiny. (Džumelová, 2009, s. 28). Důležité je, aby byl pacient edukován o vhodných aktivitách, kterým se může věnovat. Mezi vhodné aktivity můžeme řadit např. procházky v přírodě, turistiku, jízdu na kole, plavání, ruční práce, sbírání hub, společenské hry, jako jsou stolní tenis, minigolf a mnoho dalších. Pro chronicky nemocné je důležité udržení a rozvoj dosavadních pohybových schopností a dovedností, které vedou k zachování soběstačnosti a sebeobsluhy, a tedy nezávislosti na pomoci druhých. Důležitá je i pravidelnost pohybových aktivit a najít vhodnou aktivitu pro každého jedince dle jeho zdravotního stavu. Pravidelné cvičení zvyšuje výkonnost kardiovaskulárního systému, vede k udržení svalové síly, kostní hmoty, přispívá ke snížení komplikací vlastního onemocnění, posílení obranyschopnosti organismu a regeneraci tkání, může pomoci odstranit poruchy spánku a celkově zlepšuje kvalitu života. V průběhu cvičení dochází k uvolnění endorfinu, který má pozitivní vliv na celkovou tělesnou výkonnost, pomáhá k emoční stabilitě, vyrovnat se s depresemi. (Džumelová, 2009, s. 28)

Pacienti, kteří pracovali, se mohou vrátit do zaměstnání, záleží ale na jejich zdravotním stavu. Nevhodná je fyzicky náročná práce a směnování. Dialyzovaní pacienti dostanou průkaz ZTP (tzv. zvláště těžce postižený), který opravňuje využívat jisté výhody. Při splnění určitých podmínek mají dialyzovaní nárok na přiznání invalidního důchodu. Důležitá je spolupráce sociální pracovnice na dialyzačním středisku. Pokud má pacient dostatek sil a chuť, je možné i studium. Někdy je pro pacienty lepší požádat o individuální studijní plán. (Džumelová, 2009, s. 29; Braun Avitum s.r.o., s. 3). Společenský a kulturní život se nemá přerušit. Vzájemné návštěvy příbuzných a známých odvrátí pacientovu pozornost od vlastních problémů, motivují ho a vzbuzují u něj chuť do života, a to se odráží i ve zvýšení spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem. Podporují jeho duševní a psychickou pohodu. Kulturní život, jako jsou čtení knih,

návštěva divadla a koncertů, dívání se na televizi, je prakticky bez omezení. Součástí léčebného režimu je u každého pacienta i dostatečný spánek a odpočinek. Obnovuje totiž nejen síly fyzické, ale i duševní, spánek chrání organismus před přetížením a poškozením. Jednou z příčin nespavosti jsou zdravotní potíže (obavy o končetiny s vytvořenou AV spojkou), ale i stres, špatný psychický stav. Dialyzovaný pacient je často unavený, oslabený, a proto je vhodné dodržovat spánkovou hygienu, plánovat denní aktivity na etapy a vykonávat lehké práce (vaření, vyšívání aj.). (Džumelová, 2009, s. 29). Sexuální život u dialyzovaných pacientů nemusí být narušen, avšak vlivem hormonálních odchylek a některých užívaných léků se mohou některé potíže vyskytnout. U mužů se objevují poruchy erekce, snížené libido a obtížné dosažení orgasmu. U žen bývá snížené libido a problém s dosažením orgasmu. Většina žen má nepravidelnou menstruaci nebo amenoreu a jsou neplodné. Otěhotnění je u některých žen možné, je ale pro matku i plod rizikové. Po úspěšné transplantaci většinou dochází k úpravě menstruace a je snazší i otěhotnět. Důležitá je komunikace mezi pacientem a zdravotním personálem. Získat si důvěru, naslouchat pacientovi. (Braun Avitum s.r.o., s. 10)

Pomoci pacientům v této a mnoha dalších oblastech mohou i různé společnosti, zaměřující se na podporu dialyzovaných.

### **3.10 Společnosti pomáhající dialyzovaným pacientům**

Jednou z neznámějších je Společnost dialyzovaných a transplantovaných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy (SKDaT), která pořádá pro dialyzované a transplantované pravidelné rekondiční pobyty a cvičení, sociální poradenství, provozují vlastní rekondiční a rehabilitační středisko Penzion Pastviny v Orlických horách, vydává také časopis Stěžeň. Dalším časopisem pro dialyzované je např. i Dialog, který vydává společnost B. Braun Avitum. Pacienti se mohou také přihlásit do Sportovního klubu dialyzovaných a transplantovaných, který pořádá letní a zimní hry v ČR i v zahraničí. (Džumelová, 2009, s. 28). Mezi další společnosti pomáhající dialyzovaným pacientům patří např. patientská organizace CiKáDa – Asociace pacientů s onemocněním ledvin (CKD) založenou Ing. Jaroslavem Andrlem v roce 2015, která má za cíl podporovat všechny aktivity, které pomáhají pacientům s chronickým onemocněním ledvin (CKD) a jejich rodinám žít co nejkvalitnější život. Dalším jejich cílem je podporovat preventivní aktivity, které mohou zabránit nebo snížit riziko CKD (Cikáda pacienti, 2016). Pro pacienty, kteří chtějí cestovat, existuje tzv. „prázdninová dialýza“. Stále více se množí počty dialyzačních

středisek (i zahraničních), která poskytují prázdninovou dialýzu. Pacient si po konzultaci s lékařem vybere místo pobytu a termín rekreace. Lékař kontaktuje dané hemodialyzační středisko a zajistí pro pacienta lékařskou zprávu „mateřského“ střediska. (Džumelová, 2009, s. 29). Program pro cestování pacientů podstupujících dialyzační léčbu zprostředkovává např. společnost Fresenius Medical Care, která také vydává pro pacienty časopis NephroCare Péče pro mne.

## 4 Kvalita života podmíněná zdravím

*„Kvalita života je vše, pro co stojí za to žít“ (Svoboda, 2011)*

Kvalita se stala jedním z nejčastěji používaných pojmů současné medicíny. *„Vyjadřuje názor, že zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů“ (Drahomířská, 2006, s. 9).* Pojem kvalita života (quality of life, QoL) se objevil už ve 20. letech 20. století, v souvislosti s ekonomikou, v tomto období kvalita života znamenala materiální životní úroveň určité společnosti. V USA v 50. letech 20. století byl termín kvality života užít jako politický slogan a teprve poté se stal předmětem medicíny. (Heřmanová, 2012, s. 13, 14). Chápání člověka jako holistickou bytost, v jeho biologických, psychologických, sociologických funkcích přivedlo lékařskou vědu ke komplexnímu pohledu na pacienta a to podnítilo zájem o studium kvality života nemocných (Sulková, 2000, s. 513).

Definovat kvalitu života je velmi nesnadné a obtížné. Pojem je to totiž těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu (mnohorozměrnost) a komplexnost (Šubrt, 2008, s. 122). V současné době existuje několik definic kvality života, neexistuje však ani jedna, která by byla všeobecně akceptována (Payne, 2005, s. 207). Přesto mají společné, že pojem kvalita života by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém i sociálním stavu pacienta (Slováček, 2004, s. 6). Komplexní pojetí kvality života definuje Světová zdravotnická organizace z roku 1993 (WHO): *„Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu ... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem (Mareš, 2010, s. 51–52). „Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů“ (Payne, 2005, s. 207).* Je nepochybné, že s kvalitou života také souvisí zdraví. Definice zdraví, podle Světové organizace zdraví, z roku 1946 *„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“ (Křivohlavý, 2009, s. 37).* S ohledem na vztah zdraví a kvality zdraví je dle Křivohlavého (2009, s. 40) *„Zdraví je*

*celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“.* V medicíně a ve zdravotnictví je předmětem zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví, a má pro tento pojem své specifické označení „kvalita života ovlivněná zdravím“ (HRQoL, Health related quality of life). Kvalita života podmíněná zdravím je ovlivňována řadou vlivů (tělesná funkce, vnímání a poznávání, rizika a symptomy nemoci, soběstačnost, emoční funkce, sexuální funkce, poznávací funkce a well-being, pohoda). (Svoboda et al., 2009, s. 111). Pojem HRQoL je možno specifikovat jako „*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky*“ (Payne, 2005, s. 212). To znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu nebo neúspěchu nasazené léčby (krevní markery, krevní tlak, vymizení příznaku choroby atd.) se zhodnotí subjektivní a objektivní údaje o psychickém a fyzickém stavu pacienta (přítomnost bolesti, intenzita únavy, míra napětí a úzkosti, schopnost sebeobsluhy aj.) (Payne, 2005, s. 212). Kvalita života posuzována zdravím je využívána v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na jedince. HRQoL charakterizuje a měří to, co člověk zažívá jako následek poskytování zdravotní péče, jinak řečeno, o kvalitě života související v závislosti na zdravotním stavu rozhodují především faktory ovlivňované zdravotnickými intervencemi (Slováček, 2004, s. 7). Do komplexního posouzení zdravotního stavu nemocného je důležité zohlednit nejenom diagnózu a léčbu, ale také údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu pacienta, tedy všechny komponenty pyramidy zdraví (Svoboda et al., 2009, s. 111). O fyzickém stavu pacienta svědčí hlavně jeho funkční stav, jak je schopný postarat se sám o sebe (sebeobsluha, sebestarání, osobní hygiena, každodenní činnosti, užívání dopravních prostředků apod.) a samostatně žít. O psychickém stavu vypovídá nálada pacienta, jeho způsoby vyrovnávat se s nemocí a léčbou, spokojenost s životem, jeho osobnostní charakteristika, prožívání bolesti aj. V sociologickém pojetí kvality života je zdůrazňována sociální úspěšnost, jako je majetek, vybavení domácnosti, vzdělání atd. Dále sem spadají pacientovy vztahy k blízkým lidem, jeho role ve společnosti, třeba i to, jak s lidmi komunikuje. (Sulková, 2000, s. 514)

Zájem o kvalitu života vedl ke snaze ji hodnotit, měřit a porovnávat. Proto bylo vytvořeno velké množství dotazníků, které se snaží zachytit dopad nemoci na život pacienta (Svoboda et al., 2009, s. 111). Koncept kvality života má 2 dimenze, a to objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života se zabývá sociálními a materiálními podmínkami života, sociálním statutem a fyzickým

zdravím. Subjektivní kvalita života se zabývá životní spokojeností a lidskou emocionalitou. (Payne, 2005, s. 207). Jedinec má svůj jedinečný/individuální pohled na kvalitu svého života. Jeho pohled závisí na předešlých zkušenostech, na současném životním stylu, ale i na ambicích a nadějích směrem do budoucnosti, vztahu k druhým lidem, ke kultuře a další. (Mareš, 2010, s. 51)

Mezi objektivní metody měření kvality života, kde ji hodnotí druhá osoba, patří např. metoda Hodnotící systém aktuálního a chronicky změněného zdravotního stavu (APACHE II, Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System), Karnofskyho index, Vizualní škálování celkového stavu pacienta (v podstatě jde o viditelnou analogovou škálu - VAS škála), Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta, symbolické vyjádření kvality života pomocí křížků a jiné. Způsoby subjektivně hodnoceného měření kvality života hodnotí dotazovaná osoba. Nejpoužívanější metodou je koncept - Systém individuálního hodnocení kvalit života, tzv. SEIQoL (Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life). Tento koncept vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak je jí samou hodnocena. Pojetí kvality života daného jedince závisí na jejím vlastním systému hodnot. Pacienti uvedou své aspekty života, které jsou pro ně v dané situaci a chvíli podstatné, mohou se v průběhu života měnit. Dotazovaná osoba nejčastěji uvede pět životních hodnot („cues“, cílů) a ke každé hodnotě uvede její důležitost a míru spokojenosti. (Křivohlavý, 2002, s. 176). Mezi smíšené metody zjišťující kvalitu života lze zařadit metodu MANSA (Manchester Short Assessment Quality of Life), jde o „*Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru*“ (Křivohlavý, 2002, s. 176). V jejím rámci je rozpracovaná metoda tzv. škála životního uspokojení (LSS, Life Satisfaction Scale). Tato metoda hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. (Křivohlavý, 2002, s. 165–168,172,176). Pro účely měření HRQoL se používají pojmy, jako jsou doména (širěji vyjadřující oblast života) a indikátor (úžeji vymezený ukazatel domény) (Gurková, 2011, s. 68).

K měření kvality života jsou používány dotazníky, a to buď generické (obecné) nebo specifické (pro dané onemocnění, nebo specifický aspekt kvality života (Slováček, 2012, s. 14). Generické hodnotí všeobecně celkový stav pacienta, bez ohledu na konkrétní onemocnění a jsou široce použitelné u jakékoliv populace, bez ohledu na věk, etnikum, pohlaví, vzdělání. Příkladem jsou např. Karnofskyho škála, dotazníky Short-form 36 Health Subject Questionnaire (SF-36), WHOQoL-100, WHOQoL-BREF a EQ-5D (European Quality of Life Questionnaire Version



EQ-5D). (Slováček, 2012, s. 14). Dotazník SF-36 sleduje osm aspektů kvality života: 1. limitace ve společenských aktivitách, 2. limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů, 3. limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví, 4. tělesná bolest, 5. duševní zdraví, 6. limitace z důvodu citových, 7. vitalita, 8. obecný pocit zdraví. „*Vlastní vyhodnocení dotazníku je prováděné pomocí tzv. TS skóre (Transformed Scales Score) hodnocené v intervalu od 0-100*“ (Slováček, 2004, s. 8). Dotazník World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHO QOL-100) hodnotí 6 základních kvalit života: 1. fyzické zdraví, 2. psychická úroveň, 3. úroveň nezávislosti (soběstačnosti), 4. sociální zázemí, 5. okolní prostředí, 6. duševní zdraví (Slováček, 2004, s. 8). Vedle generických dotazníků byly vytvořeny dotazníky specifické, které jsou pro jednotlivé typy onemocnění a jsou oproti generickým jednoznačně senzitivnější (citlivější). Většinou je jejich součástí i generický dotazník. (Slováček, 2004, s. 8). Pro chronické onemocnění ledvin se používá standardizovaný a vysoce validní dotazník Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL), jehož součástí je generický dotazník SF-36. Skládá se celkem ze 134 položek. Existuje zkrácená forma tohoto dotazníku, a to dotazník Kidney Disease Quality of Life Instrument-short form, KDQOL-SF<sup>TM</sup>, který obsahuje 80 položek. (Sulková, 2000, s. 516)

Studium kvality života přispívá k hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu štěstí. Z hlediska zdravotnictví má svůj praktický dopad v přístupu k péči o pacienty a v podpoře a rozvíjení zdraví. (Payne, 2005, s. 206, 214). Dalším důvodem hodnocení kvality života u nemocných je také zhodnocení účinku léčby a posoudit účinnost jednotlivých léčebných intervencí u pacientů (Zeman, 2008, s. 149). „*Vyšetření kvality života některou ze standardizovaných metod by mělo být součástí klinické praxe. Výsledky by měly být východiskem k opatření a úsilí, které by pacientovu kvalitu života cíleně zlepšovaly*“ (Sulková, 2005, s. 89).

## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5 Výzkumné otázky

1. Jaká je kvalita života respondentů v jednotlivých oblastech hodnocených pomocí standardizovaného dotazníku KDQoL-SF?
2. V jaké míře respondenty obtěžují symptomy a omezení provázející selhání ledvin a hemodialyzační léčbu, uvedené v otázkách č. 14 a 15 dotazníku KDQoL-SF<sup>TM</sup>?
3. Jak respondenti hodnotí celkovou míru spokojenosti se životem a jaký je jejich index kvality života pomocí dotazníku SEIQoL s ohledem na věk?
4. Jaká životní témata uváděná v dotazníku SEIQoL jsou pro respondenty nejdůležitější?
5. Znají respondenti alespoň jednu společnost pomáhající dialyzovaným pacientům a časopis Stěžněň?

## **6 Metodika výzkumu**

K získání odpovědí na stanovené výzkumné otázky jsem si zvolila metodu kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření.

Použit byl dotazník (viz Příloha D), který se skládá ze tří částí: 1. část obsahuje otázky vlastní konstrukce, 2. část obsahuje standardizovaný dotazník Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) a 3. část obsahuje standardizovaný dotazník Kidney Disease Quality Of Life Short Form version 1.2 (KDQOL-SF™).

Po sestavení dotazníku byl proveden pilotní výzkum u 4 respondentů, k ověření srozumitelnosti otázek vlastní konstrukce a zjištění časové náročnosti vyplňování dotazníku. Jelikož se problémy při vyplňování dotazníku v pilotním výzkumu neobjevily, nebylo tedy potřeba dotazník upravovat. Tyto čtyři vyplněné dotazníky nebyly do vlastního výzkumu zařazeny.

### **6.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný vzorek tvoří respondenti starší 18 let, podstupující hemodialyzační léčbu ve vybraných hemodialyzačních střediscích, kteří jsou do dialyzačního programu zařazeni minimálně jeden rok. Důvodem, proč byla stanovena podmínka zařazení do dialyzačního programu po dobu minimálně jednoho roku, je ten, že respondenti zažili úskalí všech ročních období. Zažili léto, kdy si mnoho lidí vybírá dovolenou, což je mohlo přivést ke zjišťování podmínek „prázdninových dialýz“, museli se adaptovat na spoustu omezení (např. dietu, omezení tekutin), měli dostatek času zjistit si informace o organizacích pomáhajících dialyzovaným a o dalších zdrojích informací a nejspíše zažili též cestu do dialyzačního střediska i za nepříznivých klimatických podmínek. Účast byla dobrovolná a respondenti mohli kdykoliv z výzkumu odstoupit. Ze všech oslovených respondentů nikdo neodmítl. Výzkumu se zúčastnilo celkem 40 respondentů.

### **6.2 Sběr dat**

Výzkumné šetření probíhalo v období leden až únor 2016, na 2 hemodialyzačních střediscích, z nichž jedno je středisko soukromé v krajském městě (A), a druhé středisko (B) je součástí nemocnice v okresním městě. V hemodialyzačních centrech A i B bylo rozdáno vždy po 20 dotaznících. Celkem tedy bylo rozdáno 40 dotazníků. Návratnost byla 100 %.

Rozdávání dotazníků probíhalo za mé osobní účasti, v různé dny v týdnu, vždy po předchozí domluvě s vrchními sestrami na obou hemodialyzačních střediscích. Žádný z oslovených respondentů neodmítl. Každému pacientovi jsem se představila, informovala jsem ho o anonymitě a podala stručné informace o mé BP a požádala ho, aby vyplnil dotazník. Respondenti byli informováni také o tom, že pokud by při vyplňování potřebovali pomoc, budu jim k dispozici. Všichni respondenti mě požádali, abych s nimi dotazník vyplnila. Vždy jsem přečetla přesné znění otázky i odpovědi a zaškrtnula respondentovu volbu. Na začátku dotazování bylo respondentům zdůrazněno, že pokud nebudou chtít, za mé osobní účasti, na některou z otázek v dotazníku odpovědět, mohou na ni odpovědět sami ke konci vyplňování dotazníku a poté vhodit vyplněný dotazník do schránky. Vyplňování dotazníku za mé pomoci trvalo přibližně 25–30 minut. Po vyplnění dotazníku využívali respondenti možnost vhodit dotazník do schránky. Při vyplňování dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup> se naskytl jeden problém, a to konkrétně v otázce 16, která zjišťovala problémy v sexuální oblasti. Respondenty jsem vždy předtím, než jsem se jich na tuto otázku zeptala, informovala, že se jedná o velmi intimní otázku a pokud na ni nebudou chtít odpovědět za mé osobní účasti, mohou na tuto otázku odpovědět ke konci dotazníku sami a poté vhodit dotazník do schránky, pro zachování anonymity. I přes tuto možnost mi na otázku 16 odpovědělo pouze 20 respondentů. Domnívám se, že důvod, proč tuto otázku respondenti nevyplnili, je ten, že se jedná o velmi intimní oblast. Dalším důvodem může být i formulace otázek na sexuální aktivitu z dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup> verze 1.2, kde jsou otázky zaměřené na potěšení ze sexu (otázka č. 16a) a sexuální vzrušení (otázka č. 16b) v posledních 4 týdnech. V novější verzi dotazníku (verze 1.3), která zatím nebyla přeložena do češtiny, je rozřazovací otázka, zda respondenti byli v posledních 4 týdnech sexuálně aktivní.

### **6.3 Dotazník**

Otázek vlastní konstrukce je celkem 12. Týkají se demografických údajů (pohlaví, věk), údajů související s délkou zařazení do dialyzačního programu (otázka č. 3), počtu dialýz za týden (otázka č. 4), důvodu selhání ledvin (otázka č. 5), změnou v zaměstnání od zařazení do dialyzačního programu (otázka č. 6) a otázky zaměřené na vybrané zdroje informací (zda respondenti znají časopis Stěžeň či společnost, která pomáhá dialyzovaným a zda slyšeli o „prázdninových dialýzách“).

## SEIQoL

Zkratka ukrývá název Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, tedy: Plán pro hodnocení individuální kvality života. Zjišťujeme hodnoty či cíle respondenta, které respondent subjektivně hodnotí co do jejich priorit a naplnění. „*Nástroj SEIQoL uvedl do České republiky J. Křivohlavý*“ (Mareš, 2008, s. 147).

Jedním z klíčových pojmů dotazníku SEIQoL je termín „cue“, životní cíl. Významově by bylo možno překládat tento termín větou typu „oč Vám jde v životě především (nejvíce)“. Hlubší význam termínu „cue“ jde vhodněji vyjádřit českým výrazem „jaký je cílový podnět snažení“. (Křivohlavý, 2009, s. 243–244)

V ideálním případě se respondentům neuvádějí příklady různých možných zaměření, aby se zamezilo jejich sugestivnímu ovlivňování. Pokud to ale situace vyžaduje, existují příklady cílových podnětů snažení, které mohou být podnětem k ujasnění toho, co je obsahem vyjmenovaných životních cílů. (Křivohlavý, 2009, s. 245)

Příklady životních cílů, hodnot, témat či okruhů zájmů dle Křivohlavého (2009, s. 245):

- Rodina, manželství – děti a vnoučata, partnerské vztahy, soudržnost
- Zdraví (tělesné) – jeho udržování, zlepšení
- Duchovní život – nacházení, nalezení smyslu života, poznávání Boha
- Mezilidské vztahy – ohled na druhé, udržování přátelských vztahů s druhými lidmi
- Práce na sobě – sebevzdělávání, četba, studium, získávat nové dovednosti
- Koníčky – zahrádka, ruční práce, vaření, cestování, luštění křížovek
- Spiritualita – poznání Boha

V úvodu tohoto dotazníku jsou napsané přesné instrukce k jeho vyplnění. Prvním krokem bylo, aby se respondenti zamysleli a uvedli pět životních cílů (cues), pro ně osobně nejdůležitějších témat, „oč jim jde v životě nejvíce“. Poté respondenti měli za úkol vyjádřit důležitost daného životního cíle. Respondenti měli k dispozici 100 % a úkolem bylo rozdělit těchto 100 % mezi všech pět uvedených životních cílů. Posledním krokem bylo, aby respondenti u každého z pěti

uvedených životních cílů vyjádřili míru spokojenosti s dosahováním uvedených cílů v %, kde 0 % znamená „nejsem vůbec spokojený/á“ a 100 % „jsem naprosto spokojený/á“. (Křivohlavý, 2009). Závěrem tohoto dotazníku měli respondenti vyjádřit celkovou míru spokojenosti (subjektivní míra QoL) s životem na vizuální analogové škále, tzv. VAS škále (Visual Analogus Scale), nebo tzv. „teploměru spokojenosti s životem“. Jedná se o úsečku, kde je dolní levý bod označen slovy „je to tak špatné, jak jen to je možné“ a horní pravý bod slovy „je to tak dobré, jak jen to dobré může být“, na této úsečce udělá respondent křížek v místě, které podle něj nejlépe vystihuje jeho momentální pocit spokojenosti se životem (Křivohlavý, 2009).

Vyhodnocení SEIQoL se provádí tak, že se u každého životního cíle násobí jeho důležitost (vyjádřená v %) mírou spokojenosti (uvedená též v %). Výsledná hodnota je rovna součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádek (největší takto zjištěná hodnota může mít hodnotu 10 000). Tento výsledný součet se dělí stem, aby se výsledný údaj pohyboval v rozmezí od 0 (nejnižší do možné hodnoty) do 100 (nejvyšší možné hodnoty). (Křivohlavý, 2009) Výsledná hodnota se pak označuje jako index kvality života (vypočtená QoL). (Zeman, 2008, s. 144). Vizuální analogová škála se obvykle pomyslně rozdělí na 100 milimetrů (dílků), ve smyslu 0-100 %. Křížek, který respondent na této škále vyznačí, je odečten z této pomyslné stupnice jako hodnota jeho celkové spokojenosti s životem (Zeman, 2008, s. 144).

Důvod, proč jsem zvolila metodu SEIQoL, se odvíjí od její koncepce. Nechtěla jsem zjistit pouze informace o tom, v jakých oblastech mají respondenti potíže (nástrojem je KDQOL-SF<sup>TM</sup>), ale zajímalo mě také, co je pro respondenty důležité, oč jim jde v životě, co mají rádi a zda jsou s naplňováním svých cílů v životě spokojeni.

### **KDQOL-SF<sup>TM</sup>**

Kvalita života související se zdravím byla hodnocena dotazníkem Kidney Disease Quality Of Life-short version 1.2 (KDQOL-SF<sup>TM</sup>). Dotazník je volně přístupný na internetových stránkách (Rand.org, 2016). Původní verze dotazníku byla vytvořena v roce 1994 skupinou Kidney Disease QoL Working Group (Schacht, 2010). Verze dotazníku použitá v mém výzkumu je z roku 1997. Byl vytvořen v USA autory Hays, Kallich, Mapes, Coons, Amin a Carter z neziskové organizace RAND. Tento dotazník je komplexní instrument, považuje se za vysoce validní a zahrnuje všechny dimenze kvality života: fyzické, psychické a sociální složky (Sulková, 2005, s. 88). V tomto výzkumu se jedná o dotazník verze 1.2, představuje zkrácenou verzi,

z původních 134 otázek (KDQOL™) byl zkrácen na 80 položek (KDQOL-SF™). Skládá se z generické složky, kterou tvoří dotazník Short-form 36 Health Subject Questionnaire (SF-36) hodnotící obecnou kvalitu života podmíněnou zdravotním stavem a ze specifické části zaměřené cíleně na onemocnění ledvin a jeho vliv na každodenní život (43 položek). V poslední části dotazníku je jedna otázka, která se vyhodnocuje samostatně a je zaměřená na celkové zdraví „*overall health-rating*“ (Hays, 1997, s. 2).

Specifická a generická část se vyhodnocují odděleně. Specifická část zahrnuje 11 dimenzí, které hodnotí kvalitu života: Symptomy (problémy) při dialýze mající 12 položek, 8 položek se týká vlivů ledvinového onemocnění, břímě ledvinového onemocnění obsahuje 4 položky, zaměstnání mající 2 položky, kognitivní funkce jsou hodnoceny 3 položkami, kvalita sociální interakce obsahuje 3 položky, 2 položky se týkají sexuálního chování, spánek hodnotí 4 položky, sociální opora má 2 položky, povzbuzení od dialyzačního personálu obsahuje 2 položky, jedna položka se týká spokojenosti s péčí, více viz Příloha B, obrázek č. 1. (Hays, 1997, s. 12)

Výsledky se porovnávají s normami pro americkou populaci u jedinců s onemocněním ledvin, protože české normy nejsou zatím k dispozici.

Generická část se skládá z dotazníku SF-36, zahrnuje 8 oblastí hodnotících kvalitu života: fyzická činnost mající 10 položek, 4 položky se týkají omezení pro fyzické problémy, tělesnou bolest hodnotí 2 položky, celkové zdraví má 5 položek, emoční pohoda/duševní zdraví obsahuje 5 položek, 3 položky se týkají omezení pro emoční problémy, společenské fungování hodnotí 2 položky a energie/únava hodnotí 4 položky, více viz Příloha B, obrázek č. 1. (Hays, 1997, s. 12)

Každá položka (otázka) obsahuje několik odpovědí na principu škálové stupnice (např. otázka č. 1 z dotazníku KDQOL-SF™: Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově: Výtečné, velmi dobré, docela dobré, špatné) a pomocí skórovacího procesu (tzv. TS skóre), byla ke každé odpovědi přiřazena odpovídající hodnota od 0 do 100 bodů, více viz Příloha B, obrázek č. 10.

Skórovací proces dotazníku KDQOL-SF™ probíhá ve dvou krocích:

krokem je transformace hrubých numerických hodnot jednotlivých položek (otázek) na 0–100 bodovou škálu, kde vyšší dosažené skóre znamená lepší kvalitu života. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace (Bodláková et al., 2001, s. 354–356).

„Nižší hodnoty SF-36 signalizují horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění“ (Strejcová et al., 2014, s. 297).

krokem je zprůměrování položek jedné oblasti a vytvoření škálových skóru. Vyšší skóry znamenají lepší kvalitu života. Položky, které pacient nevyplní, nejsou zahrnuty do skórování. Dotazník obsahuje celkem 20 dimenzí (oblastí), více viz příloha B obrázek č. 11. (Bodláková et al., 2001, s. 354–356).

Důvod, proč jsem si vybrala tento dotazník, je ten, že se jedná o standardizovaný dotazník, který je vytvořen přímo pro pacienty s chronickým onemocněním ledvin (CKD). Otázky jsou zaměřené jak na celkové zdraví, tak i na to, jak zasahuje CKD do každodenního života. Chtěla jsem pomocí tohoto dotazníku zjistit, v čem mají či nemají respondenti problém a v jaké míře je uvedené potíže a omezení obtěžují. Dotazníky zjistí, v čem mají pacienti problém a zdravotníci se tak mohou zaměřit na problematické oblasti a pomocí různých intervencí zlepšovat kvalitu života. Dotazníky se používají i pro lepší pochopení, jak nemoc zasahuje do každodenního života jedince. (Schacht, 2010, s. 2)

#### **6.4 Statistické zpracování**

Data z dotazníkového šetření byla zanesena do zdrojové tabulky a následně zpracována do tabulek a grafů v programu MS Office Excel 2007 pomocí popisné statistiky. Nasbíraná data byla vyhodnocena v absolutní ( $n_i$ ) a relativní četnosti ( $f_i$ ). Relativní četnost byla vypočítaná pomocí statistického vzorce  $f_i [\%] = (n_i/n) \cdot 100$  vyjádřená v procentech. Celkový počet respondentů značí znaménko  $n$ .



## 7 Prezentace a interpretace dat

Prezentace výsledků je rozdělena do tří částí. V první části jsou vyhodnoceny odpovědi na otázky vlastní konstrukce. V druhé části jsou uvedena data získaná pomocí dotazníku SEIQoL, a v třetí části pak data získaná pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup>.

### 7.1 Vyhodnocení I. části dotazníku - otázky vlastní konstrukce (1–12)

#### Otázky č. 1 a 2

#### Pohlaví a věk respondentů

Tabulka 1 Zastoupení respondentů dle věku a pohlaví

Věk	Ženy		Muži		Celkem (n)	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
49 a méně let	2	5	2	5	4	10
50–64 let	4	10	5	12,5	9	22,5
65–74 let	6	15	11	27,5	17	42,5
75 a více let	2	5	8	20	10	25
Celkem	14	35	26	65	40	100

Z celkového počtu 40 respondentů (100 %) tvořilo výzkumný vzorek 14 žen (35 %) a 26 mužů (65 %). V tabulce jsou muži a ženy rozděleny dle věkových kategorií. V kategorii 49 a méně let byly 2 ženy (5 %). V této kategorii se nacházela i nejmladší respondentka, devětatřicetiletá žena. Ve věku 50–64 let byly 4 ženy (10 %). Nejvíce žen, a to 6 (15 %) se nacházelo ve věkové kategorii 65–74 let. Ve věkové skupině 75 a více let se nacházely 2 ženy. Věkový průměr žen je 65,6 let. Co se týče mužů, nejvíce, tedy 11 (27,5 %), jich bylo ve věku 65–74 let. Ve věkové kategorii 49 a méně let byli 2 muži (5 %). Ve věku 50–64 let bylo 5 mužů (12,5 %). V poslední věkové kategorii 75 a více let bylo zastoupeno 8 mužů (20 %), v této kategorii se nacházel i nejstarší respondent, jednadvadesátiletý muž (Tabulka 1). Věkový průměr mužů je 68,1 let. Věkový průměr všech respondentů je 67 let.

### Otázka č. 3 Odkdy jste zařazen/a do dialyzačního programu?

Tabulka 2 Délka zařazení do dialyzačního programu

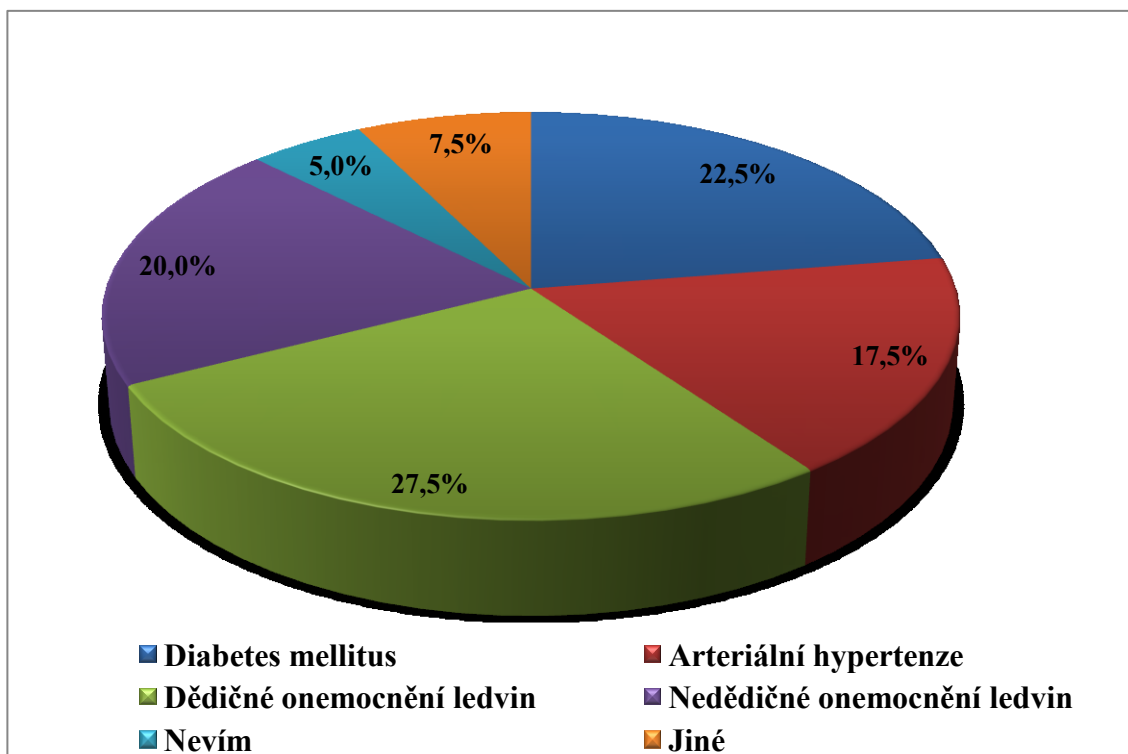
Délka zařazení do dialyzačního programu	$n_i$	$f_i$ [%]
1–4 let	22	55
5–8 let	14	35
9–12 let	2	5
13 a více let	2	5
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Nejvíce respondentů, a to 22 (55 %) dochází na dialýzu v rozmezí 1–4 let. 14 (35 %) respondentů dochází na dialýzu 5–8 let. V kategoriích 9–12 let, 13 a více let bylo zastoupeno vždy po dvou respondentech (Tabulka 2).

### Otázka č. 4 Kolikrát týdně dialyzační středisko navštěvujete?

Většina respondentů, tj. 37 (92,5 %) dochází na hemodialýzu 3krát týdně. Pouze 2 respondenti (7,5 %) chodí na hemodialýzu 2krát týdně.

### Otázka č. 5 Z jakého důvodu Vám selhaly ledviny?



Obrázek 1 Graf znázorňující důvod selhání ledvin

Na obrázku 1 jsou znázorněny důvody selhání ledvin, které uváděli respondenti při vyplňování dotazníku. Nejčastěji uváděným důvodem bylo dědičné onemocnění ledvin, a to u 11 respondentů (27,5 %). Diabetes mellitus uvedlo 9 respondentů (22,5 %). Dalším důvodem byla arteriální hypertenze, a to u 7 respondentů (17,5 %). 8 respondentů (20 %) uvedlo jako důvod selhání nedědičné onemocnění ledvin, z toho 2 respondenti specifikovali, že se jednalo o glomerulonefritidu. Možnost „nevím“ uvedli 2 respondenti (5 %). Odpověď „jiné“ uvedli 3 respondenti (7,5 %), z toho 2 respondenti uvedli, že jim selhaly ledviny z důvodu léků a 1 respondent uvedl jako důvod selhání úraz bederní páteře s následkem poškození ledvin.

**Otázka č. 6 Nastala u Vás změna v zaměstnání od té doby, co jste zařazen/a v dialyzačním programu?**

**Tabulka 3 Změna v zaměstnání v důsledku dialyzačního programu**

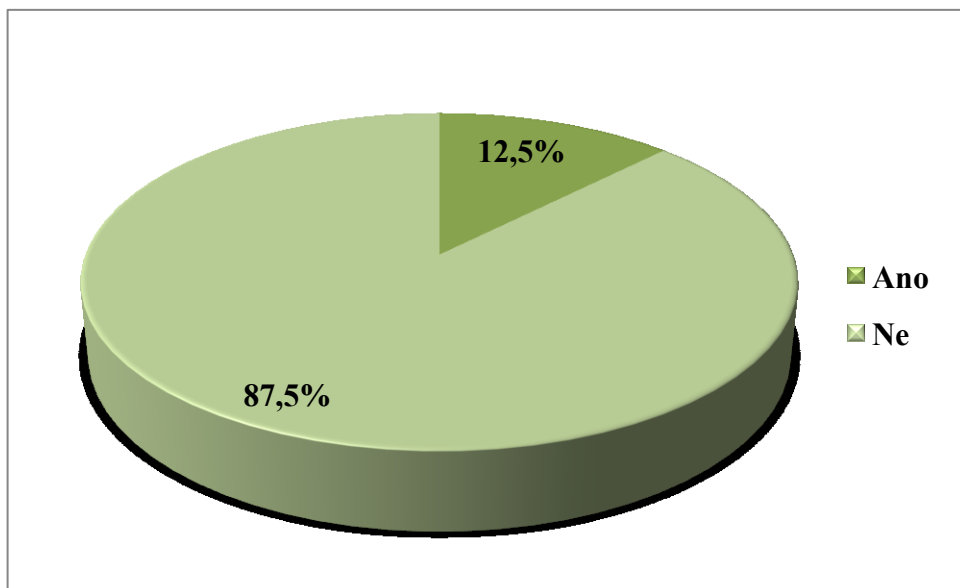
<b>Změna v zaměstnání</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
Ne, žádné změny nenastaly	<b>0</b>	0
Změny nenastaly, byl/a jsem již ve starobním důchodu	<b>23</b>	57,5
Ano, došlo ke ztrátě zaměstnání a nyní nepracuji	<b>0</b>	0
Ano, došlo ke změně zaměstnání	<b>0</b>	0
Ano, pracuji již jen na zkrácený úvazek	<b>0</b>	0
Ano, přešel/a jsem do invalidního důchodu	<b>13</b>	32,5
Jiné - Přešel/a jsem do invalidního důchodu a nyní jsem ve starobním	<b>4</b>	10
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	100

Z tabulky č. 3 vyplývá, že u většiny respondentů (57,5 %) žádné změny nenastaly, byli již ve starobním důchodu. Do invalidního důchodu odešlo, od zařazení do dialyzačního programu, 13 respondentů (32,5 %). Možnost „jiné“ uvedli 4 respondenti (10 %), kde všichni uvedli, že přešli vlivem zařazení do dialyzačního programu do invalidního důchodu, ale nyní jsou ve starobním důchodu. Možnosti „Ne, žádné změny nenastaly“, „Ano, došlo ke ztrátě zaměstnání a nyní nepracuji“, „Ano, došlo ke změně zaměstnání“, „Ano, pracuji již jen na zkrácený úvazek“ neuvedl žádný z oslovených respondentů.

## Otázky č. 7 a 8

**Otázka č. 7** Znáte nějakou společnost, která pomáhá dialyzovaným?

**Otázka č. 8** Které ze společností pomáhajících dialyzovaným znáte? (doplňující otázka v případě kladné odpovědi na otázku č. 7)

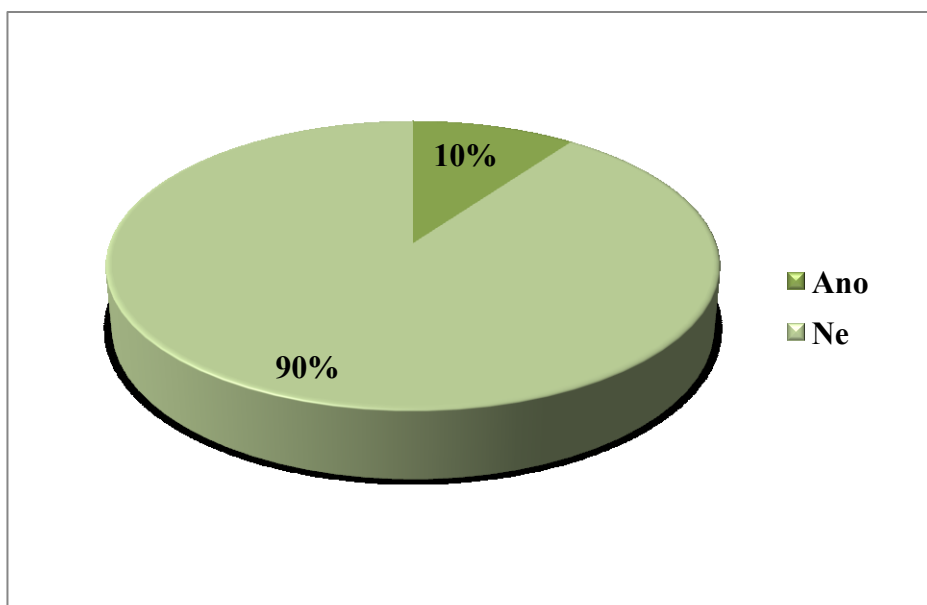


**Obrázek 2** Graf znázorňující, zda respondenti znají nějakou společnost, která pomáhá dialyzovaným

V otázce číslo 7 bylo dotazováno, zda respondenti znají nějakou společnost, která pomáhá dialyzovaným pacientům. Většina respondentů, a to 35 (87,5 %) uvedlo, že žádnou společnost neznají. 5 respondentů (12,5 %) uvedlo, že znají společnost pomáhající dialyzovaným pacientům (viz Obrázek č. 2), což specifikovali v otázce č. 8, kde všichni respondenti uvedli, že znají Společnost dialyzovaných a transplantovaných (SKDaT).

Zajímavé je, že všech 5 respondentů, kteří odpověděli, že znají SKDaT, jsou ze soukromého dialyzačního střediska (A).

### Otázka č. 9 Znáte časopis Stěžeň?



Obrázek 3 Graf znázorňující, zda respondenti znají časopis Stěžeň

V otázce číslo 9 jsem se respondentů tázala, zda znají časopis Stěžeň. Většina respondentů, tj. 36 (90 %), tento časopis nezná. Pouze 4 respondenti (10 %) Stěžeň znají (Obrázek č. 3). Z toho 3 respondenti byly ze soukromého střediska (A) a 1 respondent byl ze střediska v okresním městě (B).

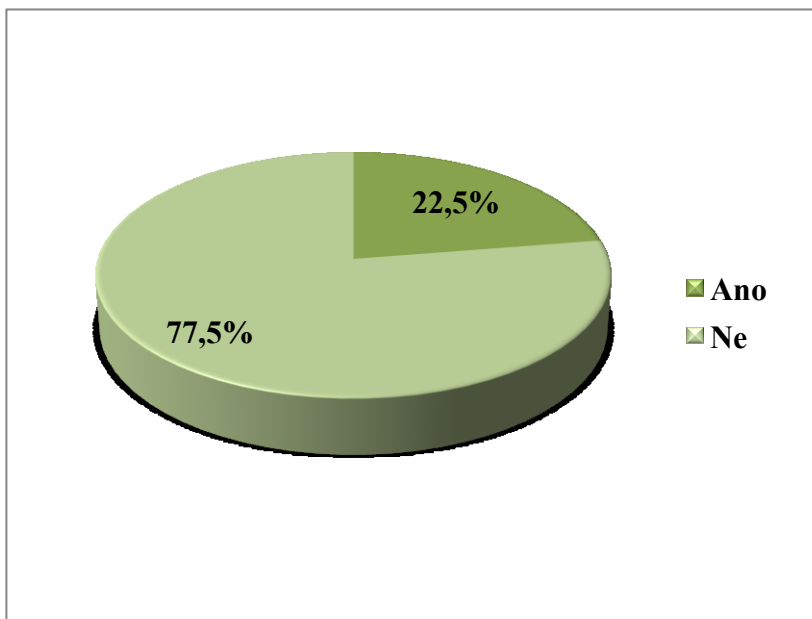
### Dotazníkové otázky číslo 10, 11 a 12

V těchto dotazníkových otázkách mě zajímalo, zda byli respondenti někdy od zařazení do dialyzačního programu v zahraničí na dovolené (otázka č. 10), zda respondenti slyšeli o „prázdninových dialýzách“ (otázka č. 11), a pokud ano, zda oslovili nějakou společnost, která zprostředkovává/pomáhá dialyzovaným pacientům zařídit pobyt v zahraničí (otázka č. 12).

O „prázdninových dialýzách“ slyšelo 9 respondentů (22,5 %) viz Obrázek č. 4. Z toho 3 respondenti byli z centra „B“ a 5 respondentů z centra „A“. Z celkového počtu 40 respondentů (100 %) byl na dovolené v zahraničí pouze 1 respondent (2,5 %). Tento respondent slyšel o „prázdninových dialýzách“ a oslovil společnost, která pomáhá zařídit pobyt v zahraničí. Jednalo se o ženu, ve věku 71 let, která byla na Slovensku, což mi respondentka sdělila při osobním rozhovoru.

V osobním rozhovoru mi též jeden respondent uvedl, že plánuje dovolenou v zahraničí se svým vnukem.

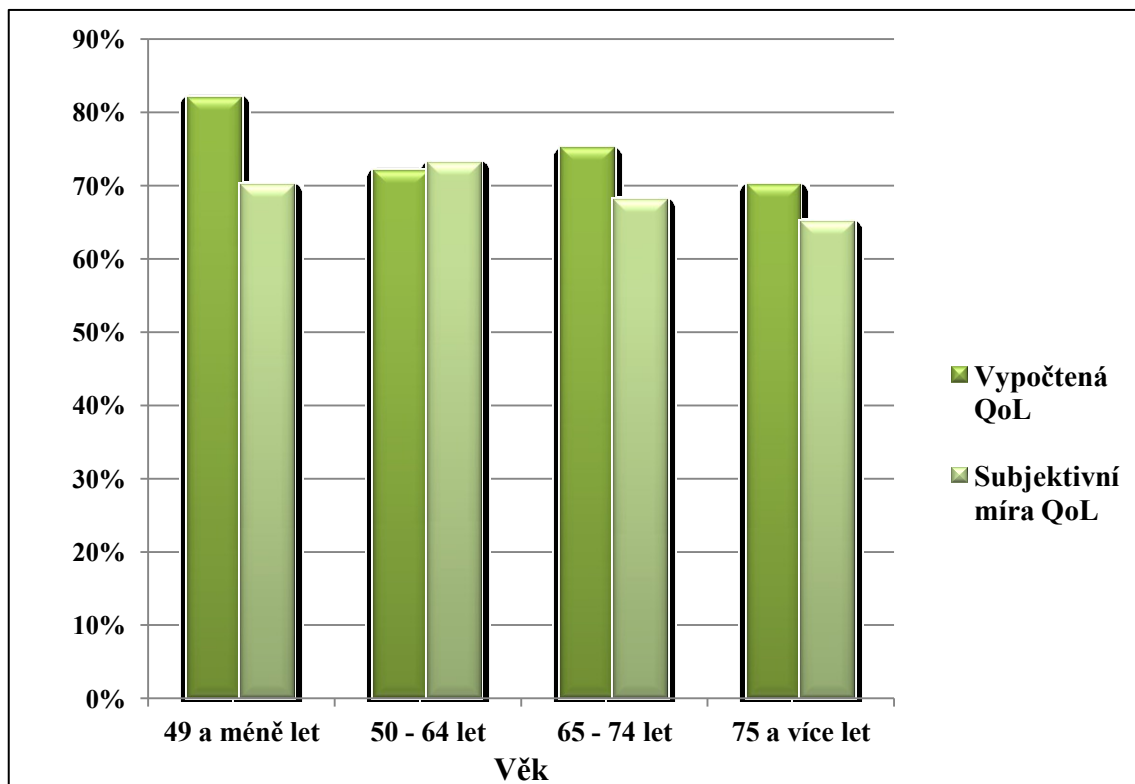
### Otázka č. 11 Už jste někdy slyšel/la o „prázdninových dialýzách“?



Obrázek 4 Graf znázorňující, zda respondenti slyšeli o „prázdninových dialýzách“

## 7.2 Vyhodnocení II. části dotazníku - Dotazník SEIQoL

### 7.2.1 Kvalita a míra spokojenosti se životem



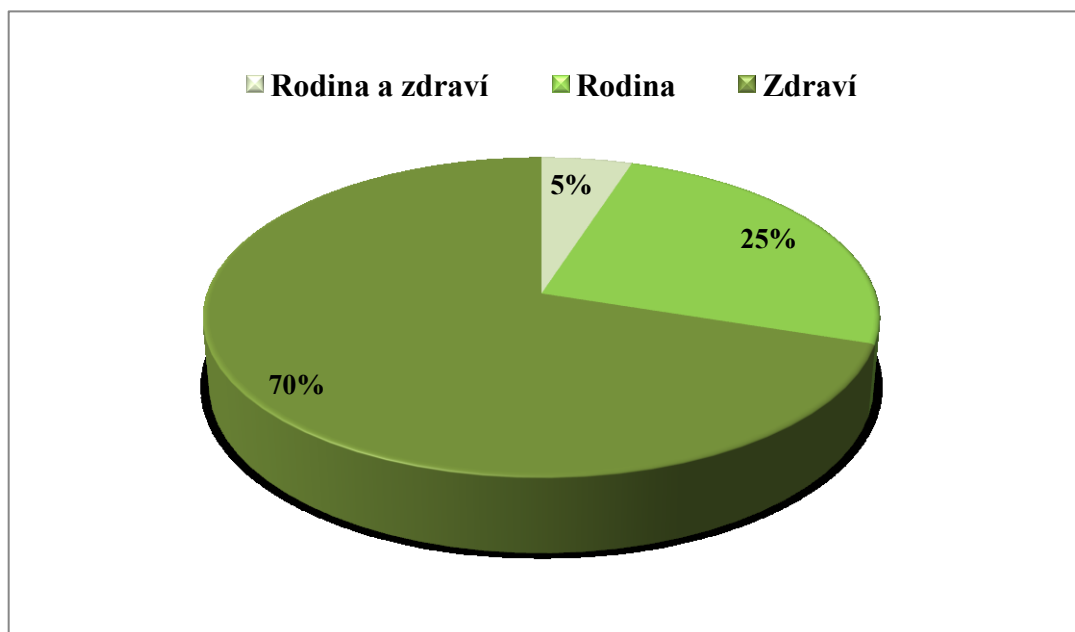
**Obrázek 5** Graf znázorňující srovnání průměrných hodnot indexu kvality života (vypočtená QoL) a celkové spokojenosti se životem (subjektivní míra QoL) dle věku

Obrázek č. 5 znázorňuje porovnání průměrných hodnot kvality života (vypočtená QoL) a subjektivní spokojenosti se životem u mých respondentů. Průměrná hodnota indexu kvality života ve věkové kategorii 49 a méně let je 82 % a subjektivní míra QoL je 70 %. Ve věkové kategorii 50–64 let činí průměrná vypočtená QoL 72 % a celková spokojenost se životem je průměrně 73 %. U skupiny 65–74 let je průměrná hodnota indexu kvality života (vypočtená QoL) 75 % a průměrná hodnota celkové spokojenosti 68 %. V poslední věkové kategorii 75 a více let je průměrná hodnota vypočtené QoL 70 % a celková spokojenost se životem je 65 %.

Společným znakem u téměř všech dotazovaných je skutečnost, že jejich vypočtená kvalita života je vyšší oproti jimi určené subjektivní míře spokojenosti se svým životem. Jedinou výjimkou je věková kategorie 50–64 let, kde je o 1 % vyšší subjektivní hodnocení spokojenosti se životem (73 %) než vypočtená kvalita života (72 %). Průměrná hodnota indexu kvality života u všech



respondentů je 74 % a hodnota celkové spokojenosti se životem byla zjištěna u všech respondentů v průměrné výši 69 %. Vyhodnocení uvedených životních cílů



**Obrázek 6 Graf znázorňující nejdůležitější témata pro respondenty**

Nejvíce respondentů (28, tj. 70 %) označilo za nejdůležitější (tj. téma, u kterých respondenti uvedli nejvíce procent důležitosti) téma zdraví. 10 respondentů (25 %) uvedlo rodinu a pro 2 respondenty (5 %) byla rodina stejně důležitá jako zdraví (viz Obrázek č. 6).

**Tabulka 4 Přehled životních cílů respondentů a jejich četnost (n<sub>i</sub>)**

<b>Životní cíle respondentů</b>	<b>n<sub>i</sub></b>
Zdraví	40
Rodina (děti, vnoučata ...)	39
Koníčky (kutilství, zahrádka, šití...)	33
Finanční zajištění	21
Přátelství (kamarádi)	17
Soběstačnost	11
Víra	8
Zvířata (pes, kočka)	6
Životní podmínky (prostředí, kde žiji; pohoda doma; soukromí)	6
Sociální jistota (mít kde bydlet, co jíst)	4
Práce (zaměstnání, sebevzdělávání)	4
Dobrá zdravotní péče	3
Pomáhat druhým	2
Transplantace ledvin	2
Světový mír	1
Nebýt sama (přítomnost druhých lidí)	1
Být v pohodě	1
Dobré vztahy s lidmi	1
<b>Celkem</b>	<b>200</b>

Mezi nejčastěji uváděné životní cíle u mých respondentů patřilo zdraví, které bylo uvedeno 40krát, rodina byla uvedena 39krát, koníčky uvedli respondenti 33krát, finance uvedli 21krát, 17krát bylo uvedeno přátelství, 11krát byla uvedena soběstačnost, 8krát byla uvedena víra, 6krát byla uvedena zvířata, životní podmínky uvedli 6krát. Sociální jistota byla uvedena 4krát, práce byla uvedena 4krát, 3krát byla uvedena dobrá zdravotní péče, pomáhat druhým bylo uvedeno 2krát, 2krát byla uvedena transplantace ledvin, světový mír se vyskytnul jednou, 1krát bylo uvedeno nebýt sama, být v pohodě bylo uvedeno jednou a dobré vztahy s lidmi bylo uvedeno také jednou, viz Tabulka č. 4.

### 7.3 Vyhodnocení III. části dotazníku – KDQOL-SF<sup>TM</sup>

Kvalita života mých respondentů byla hodnocena dotazníkem KDQOL-SF<sup>TM</sup>. Vyšší skóre (průměrné hodnoty) znamenají lepší kvalitu života (Bodláková et al. 2001, s. 354–356).

#### 7.3.1 Dotazník KDQOL-SF<sup>TM</sup> (generická část dotazníku)

V tabulkách č. 5 a 6 jsou uvedena průměrná bodová skóre jednotlivých dimenzí. Vzhledem k velkému množství informací se budu soustředit pouze na ta nejdůležitější zjištění.

Dimenze celkové zdraví v Tabulce č. 5 vychází z dotazníkových otázek č. 1 a 11, v Tabulce č. 6 se pak jedná o otázku č. 22, která je dle Hays (1997, s.2) vyhodnocována samostatně

Tabulka 5 Průměrné bodové skóre v jednotlivých dimenzích generické části dotazníku dle věku a pohlaví

Dimenze	Průměr- sledovaný soubor (n=40)	Průměrné bodové skóre dosažené v jednotlivých dimenzích dle pohlaví a věku							
		49 let a méně		50–64 let		65–74 let		75 let a více	
		Muži (n=2)	Ženy (n=2)	Muži (n=5)	Ženy (n=4)	Muži (n=11)	Ženy (n=6)	Muži (n=8)	Ženy (n=2)
Fyzická činnost	44	61	75	68	58	40	30	30	18
Omezení pro fyzické problémy	69	63	38	85	63	73	29	88	100
Tělesná bolest	81	100	89	89	69	84	63	82	90
Celkové zdraví	34	35	43	40	39	32	24	32	38
Emoční pohoda (duševní zdraví)	82	70	90	84	84	83	84	78	82
Omezení pro emoční problémy	96	100	100	100	100	100	83	92	100
Společenské fungování	88	81	94	88	97	88	85	81	100
Energie/únava (vitalita)	43	45	58	49	46	43	34	40	48

**Tabulka 6 Průměrné bodové skóre v dimenzi celkové zdraví dle věku a pohlaví**

Dimenze	Průměr - sledovaný soubor (n=40)	Průměrné bodové skóre dle pohlaví a věku							
		49 let a méně		50–64 let		65–74 let		75 let a více	
		Muži (n=2)	Ženy (n=2)	Muži (n=5)	Ženy (n=4)	Muži (n=11)	Ženy (n=6)	Muži (n=8)	Ženy (n=2)
<b>Celkové zdraví</b>	<b>55</b>	55	70	58	55	57	55	49	50

Dimenze celkové zdraví (specifická část) byla v otázkách č. 1 a 11 hodnocena 5 položkami, viz Příloha B, obrázek č. 11. Průměrná hodnota v této oblasti byla ve sledovaném souboru 34 bodů. Nejnižší průměrná hodnota, a to 24 bodů byla u žen, ve věkové kategorii 65–74 let. Rozdílně pak vychází vyhodnocení odpovědí na otázku č. 22, která hodnotí oblast celkové zdraví samostatně. Respondenti měli v této otázce na škále od 0 do 10 zaškrtnout, jak vnímají své zdraví celkově. A oproti celkovému zdraví hodnotící v generické části, kde průměrná hodnota byla 34, bylo celkové zdraví vnímané sami pacienty 55 bodů, což je mnohem vyšší skóre (viz Tabulka č. 6).

Důvod těchto dvou rozdílných hodnot může být v tom, že např. v otázce č. 1, z dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup>, která zjišťovala celkové zdraví, měli respondenti na výběr z 5 možností - výtečné, velmi dobré, dobré, docela dobré, špatné, přičemž hodnocení docela dobré mělo skóre pouhých 25 bodů. Dalším důvodem může být také to, že otázka č. 11 obsahuje 4 položky, na které respondenti odpovídali poměrně negativně (např. čekám, že se mé zdraví zhorší apod.).

Dle Bodlákové (2001) dimenze, které jsou pod 50 bodů, svědčí pro nízkou kvalitu. V mém výzkumném souboru byla průměrná hodnota v oblasti fyzická činnost 44 bodů, což dle Sobotíka (1998) znamená, že jsou respondenti limitováni při všech fyzických aktivitách, včetně oblékání a koupání. Z tabulky č. 5 také vyplývá, že se hodnoty v oblasti fyzická činnost spolu se zvyšujícím se věkem snižují. Dále můžeme pozorovat, že ženy jsou na tom v mém výzkumném souboru hůře než muži. Stejně tak jsou to ženy, které se cítí více omezeny pro fyzické problémy než muži. Nejhorší na tom jsou ženy ve věku 65–74 let a ony dvě nejmladší respondentky.

Stran tělesné bolesti jsou na tom v rámci mého souboru respondentů opět nejhůře ženy a to ve věku 65–74 let, přičemž průměrná bodová hodnota v této skupině je 63 bodů, což znamená, že za poslední 4 týdny měli mírnou bolest (viz Tabulka č. 5).

V dimenzi emoční pohoda (duševní zdraví) jsou na tom z hlediska skóre hůře muži ve věkové kategorii 49 a méně let a 75 a více let, ale necítí se tím omezeni (viz Tabulka č. 5).

Společenské fungování není u mých respondentů výrazně omezeno. Oproti tomu výrazné problémy přináší většině respondentů únava, kde na tom jsou nejhůře ženy ve věkové kategorii 65–74 let, jejich průměrná hodnota v dimenzi energie/únava je 34 bodů, což se pravděpodobně odráží též v oblasti fyzické činnosti, kde je průměrná hodnota v této věkové kategorii 30 bodů (viz Tabulka č. 5).

### 7.3.2 Dotazník KDQOL-SF<sup>TM</sup> (specifická část)

Tabulka 7 Průměrné bodové skóre dosažené v jednotlivých dimenzích specifické části dotazníku dle pohlaví a věku

Dimenze	Průměr - sledovaný soubor (n=40)	Průměrné bodové skóre dosažené v jednotlivých dimenzích dle pohlaví a věku							
		49 let a méně		50–64 let		65–74 let		75 let a více	
		Muži (n=2)	Ženy (n=2)	Muži (n=5)	Ženy (n=4)	Muži (n=11)	Ženy (n=6)	Muži (n=8)	Ženy (n=2)
Symptomy/problémy při dialýze	79	86	84	83	76	81	68	81	78
Vlivy ledvinového onemocnění	71	72	81	75	70	69	67	73	72
Břímě ledvinového onemocnění	43	41	44	38	56	44	39	38	50
Zaměstnání	34	50	50	50	0	27	33	44	25
Kognitivní funkce	94	100	100	96	100	94	92	89	90
Kvalita sociální interakce	94	90	97	93	97	93	97	91	97
Sexuální fungování	61 <sup>*</sup>	56	81	65	53 <sup>**</sup>	55 <sup>***</sup>	69 <sup>****</sup>	-	-
Spánek	67	69	83	69	57	72	66	63	58
Sociální opora	94	100	100	80	100	91	94	100	92
Povzbuzení od dialyzačního personálu	99	100	100	100	100	98	100	100	100
Spokojenost s péčí	94	83	100	90	100	92	97	92	100

Legenda: \* Na otázky týkající se sexuálního fungování odpovědělo 20 respondentů

\*\*4 ženy

\*\*\*5 mužů

\*\*\*\*4 ženy

V dimenzi symptomy/problémy při dialýze byl průměr sledovaného souboru 79 bodů. Nejnížší skóre v této oblasti bylo u žen ve věku 65–74 let, a to 68 bodů, přičemž tyto ženy dosahují nejnížšího skóre i v oblasti posuzující vlivy onemocnění ledvin na kvalitu života (viz Tabulka č. 7).

V dimenzi břímě ledvinového onemocnění byla průměrná hodnota všech respondentů nízká, a to 43 bodů. Nejnížší průměrné skóre v této dimenzi bylo 38 bodů u mužů, ve věkové kategorii 50–64 let a 75 a více let. Jen o jeden bod vyšší skóre bylo u žen ve věkové skupině 65–74 let (viz Tabulka č. 7).

V oblasti zaměstnání dosahovaly hodnoty v jednotlivých věkových kategoriích nízkého počtu bodů, jak u žen, tak u mužů. Ve věkové kategorii 50–64 let u žen byla průměrná hodnota 0 bodů, což znamená, že žádná z těchto žen nevykonávala v posledních 4 týdnech placenou práci, neboť jim to neumožňoval zdravotní stav (viz Tabulka č. 7).

Pozitivním zjištěním je, že v oblasti kognitivní funkce byla průměrná hodnota sledovaného souboru 94 bodů. Z tabulky č. 6 vyplývá, že průměrné hodnoty v kognitivní oblasti se s věkem snižují. V oblasti kvalita sociální interakce byla také vysoká průměrná hodnota u všech respondentů, a to 94 bodů. Ve všech věkových kategoriích muži dosahovali nižších průměrných hodnot než ženy. Na otázky zahrnuté v dimenzi sexuální fungování mi odpověděla pouze jedna polovina respondentů (tj. 20), z věkové kategorie 75 a více let mi neodpověděl nikdo. Průměrná hodnota byla 61 bodů. Nejvyšší průměrné skóre bylo u žen ve věkové kategorii 49 a méně let (dvě ženy), a to 81 bodů (viz Tabulka č. 7).

V oblasti spánek byla průměrná hodnota všech respondentů 67 bodů. Nejnižšího průměrného skóre dosahovaly ženy a to ve věkových kategoriích 50–64 let a 75 a více let (viz Tabulka č. 7).

Z tabulky č. 7 vyplývá, že průměrná hodnota sledovaného souboru v oblasti sociální opora dosahovala vyššího skóre a to 94 bodů, což znamená, že téměř všichni respondenti jsou spokojeni s podporou od rodiny a přátel (více viz Tabulka č. 11). O jak důležitou oblast se u mých respondentů jedná, můžeme vidět v odpovědích na otázky dotazníku SEIQoL, kde byla rodina druhým nejčastějším životním cílem.

Z tabulky č. 7 vyplývá, že v oblastech povzbuzení od dialyzačního personálu a spokojenosti s péčí dosahovaly průměrné hodnoty sledovaného souboru také vyšších hodnot, což znamená, že pacienti jsou velmi spokojeni se zdravotní péčí, která se jim dostává od personálu a to v obou dialyzačních centrech. Všichni respondenti označovali péči za výbornou či nejlepší, pouze jeden respondent z centra A označil péči za velmi dobrou.

### 7.3.3 Vyhodnocení dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup> - oblast Vaše onemocnění ledvin

Důležité pro mě bylo zjistit, ve kterých oblastech mají respondenti největší potíže a čím jsou nejvíce omezeni, proto jsou uvedeny jednotlivé odpovědi na vybrané otázky (otázka č. 12 a 14), které to přímo zjišťují.

#### Otázka č. 12 Do jaké míry pro Vás platí nebo neplatí každé z následujících tvrzení?

Tabulka 8 Vnímání onemocnění ledvin respondenty

	Odpovědi									
	Určitě platí		Většinou platí		Nejsem si jist/a		Většinou neplatí		Určitě neplatí	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
Onemocnění ledvin značně ovlivňuje můj život	33	82,5	4	10	1	2,5	2	5	0	0
Onemocnění ledvin mě připravuje o příliš mnoho času	32	80	7	17,5	0	0	1	2,5	0	0
Jsem nešťastný/á nebo otrávený/á z toho, že se musím zabývat svým onemocněním ledvin	0	0	6	15	4	10	20	50	10	25
Připadá mi, že zatěžuji rodinu	0	0	1	2,5	4	10	13	32,5	22	55

V otázce č. 12 se zjišťuje, do jaké míry respondenty ovlivňuje onemocnění ledvin. Z tabulky č. 8 vyplývá, že pro naprostou většinu respondentů platí, že onemocnění ledvin značně ovlivňuje jejich život (tvrzení platí či většinou platí pro 92,5 % respondentů) a že je připravuje o příliš mnoho času (tvrzení platí či většinou platí pro 97,5 % respondentů), viz tabulka č. 8. Naštěstí se tím většina z nich nenechává otrávit a většinou kvůli tomu nejsou nešťastní (75 % respondentů). Velmi pozitivní je též zjištění, že si většina z respondentů nemyslí (nebo alespoň většinou nemyslí), že zatěžují rodinu (87,5 %).



### Otázka č. 14 Do jaké míry Vás v posledních 4 týdnech obtěžovaly dále uvedené potíže?

Tabulka 9 Potíže respondentů související s hemodialyzační léčbou

Obtíže	Odpovědi									
	Vůbec mě neobtěžovaly		Trochu mě obtěžovaly		Středně mě obtěžovaly		Hodně mě obtěžovaly		Maximálně mě obtěžovaly	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
Bolest svalů	19	47,5	15	37,5	1	2,5	0	0	5	12,5
Bolest na prsou	34	85	6	15	0	0	0	0	0	0
Křeče	9	22,5	7	17,5	17	42,5	6	15	1	2,5
Svědění pokožky	8	20	14	35	13	32,5	3	7,5	2	5
Suchá pokožka	9	22,5	26	65	3	7,5	2	5	0	0
Dýchavičnost	21	52,5	12	30	4	10	3	7,5	0	0
Mdloby a závratě	27	67,5	7	17,5	3	7,5	3	7,5	0	0
Nechutenství	27	67,5	10	25	3	7,5	0	0	0	0
Vyčerpání/únava	0	0	6	15	22	55	11	27,5	1	2,5
Ztráta v citlivosti rukou/nohou	26	65	9	22,5	3	7,5	2	5	0	0
Nevolnost/podráždění žaludek	30	75	5	12,5	5	12,5	0	0	0	0
Potíže s cévním připojením	28	70	10	25	2	5	0	0	0	0

Tabulka č. 9 znázorňuje, do jaké míry obtěžují mé respondenty potíže, které se mohou vyskytovat u hemodialyzační léčby. 5 respondentů (12,5 %) velmi intenzivně obtěžovala bolest svalů. Dalším nepříjemným symptomem jsou křeče, které středně obtěžovaly 17 (42,5 %) respondentů, hodně až maximálně obtěžující byly pro 7 (17,5 %) respondentů. Svědění pokožky středně, hodně či maximálně obtěžovalo 18 respondentů (45 %). Dalším nepříjemným symptomem obtěžujícím mé respondenty je únava, která středně, hodně či maximálně trápí až 34 (85 %) respondentů.

### 7.3.4 Vyhodnocení dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup> - oblast Vliv onemocnění ledvin na Váš každodenní život

Důležité pro mě bylo zjistit, jaký má vliv onemocnění ledvin na každodenní život respondentů v jednotlivých oblastech, a do jaké míry je to obtěžuje, proto jsou uvedeny jednotlivé odpovědi na vybrané otázky (otázka č. 15, 17, 19, 20, 21, 22), které to přímo zjišťují.

**Otázka č. 15 Některým lidem vadí důsledky onemocnění ledvin v běžném životě více a někomu vůbec ne. Nakolik obtěžuje onemocnění ledvin Vás v dále uvedených oblastech?**

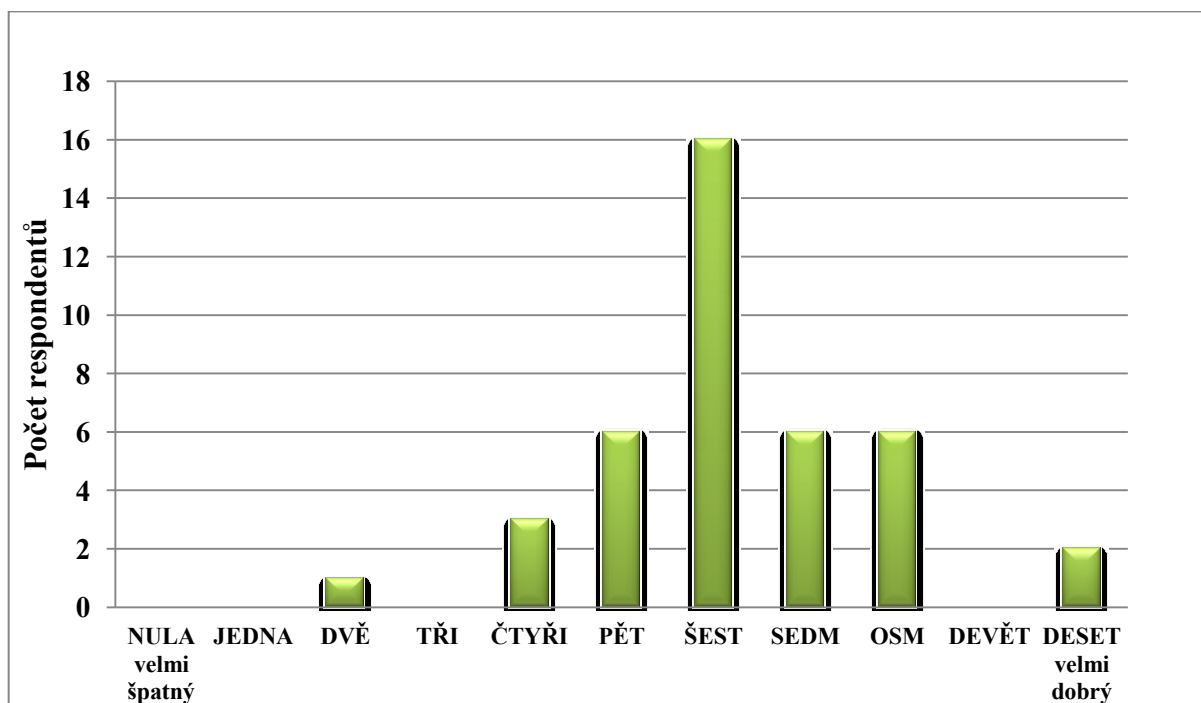
**Tabulka 10 Omezení související s hemodialyzační léčbou**

Oblasti	Odpovědi									
	Vůbec mě neobtěžovaly		Trochu mě obtěžovaly		Středně mě obtěžovaly		Hodně mě obtěžovaly		Maximálně mě obtěžovaly	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
Omezení tekutin	3	7,5	6	15	9	22,5	15	37,5	7	17,5
Dietní omezení	5	12,5	23	57,5	11	27,5	1	2,5	0	0
Schopnost provádět domácí práce	6	15	4	10	21	52,5	9	22,5	0	0
Schopnost cestovat	5	12,5	7	17,5	19	47,5	9	22,5	0	0
Závislost na lékařích a dalším zdravotnickém personálu	27	67,5	12	30	1	2,5	0	0	0	0
Stres nebo obavy způsobené ledvinovým onemocněním	29	72,5	9	22,5	1	2,5	1	2,5	0	0
Sexuální život	13	32,5	11	27,5	12	30	4	10	0	0
Osobní vzhled	37	92,5	3	7,5	0	0	0	0	0	0

Otázka č. 15 je zaměřena na důsledky onemocnění ledvin, související s hemodialyzační léčbou, které omezují běžný každodenní život. Z výsledků uvedených v Tabulce č. 10 vyplývá, že nejvíce omezující a obtěžující jsou pro mé respondenty restriktce tekutin, dietní omezení, omezení schopnosti provádět domácí práce, schopnosti cestovat a důsledky promítající se do oblasti sexuálního života. Omezení tekutin maximálně obtěžuje 7 respondentů (17,5 %), hodně 15 respondentů (37,5 %) a 9 respondentů (22,5 %) obtěžuje restriktce tekutin středně. Dietní režim středně obtěžuje 11 respondentů (27,5 %), trochu 23 respondentů (57,5 %). Omezení

v provádění domácích prací středně obtěžuje 21 respondentů (52,5 %), hodně obtěžuje 9 respondentů (22,5 %). Omezení v cestování středně obtěžuje 19 respondentů (47,5 %), hodně obtěžuje 9 respondentů (22,5 %). Omezení dopadající do oblasti sexuálního života neobtěžuje 29 respondentů (72,5 %) trochu obtěžuje 9 respondentů (22,5 %), středně 1 respondent (2,5 %) a hodně také 1 respondent (2,5 %).

**Otázka č. 17 Jak byste celkově hodnotil/a svůj spánek na stupnici od 0 do 10?**



**Obrázek 7 Graf znázorňující hodnocení spánku respondenty**

Další problematickou oblastí u hemodialyzovaných nemocných je spánek. Obrázek č. 7 znázorňuje, jak moji respondenti hodnotí celkově svůj spánek na stupnici od 0 do 10, kde 0 znamená „velmi špatný“, 10 „velmi dobrý“. Nejvíce respondentů (16 respondentů, tj. 40 %) hodnotí svůj spánek číslem 6. Šest (15 %) respondentů volilo číslo pět, stejně jako číslo sedm a osm. Číslem 4 ohodnotili spánek 3 respondenti (7,5 %). Stupněm dvě hodnotí svůj spánek 1 respondent (2,5 %). Nejvyšší stupeň 10 zvolili 2 respondenti (5 %).

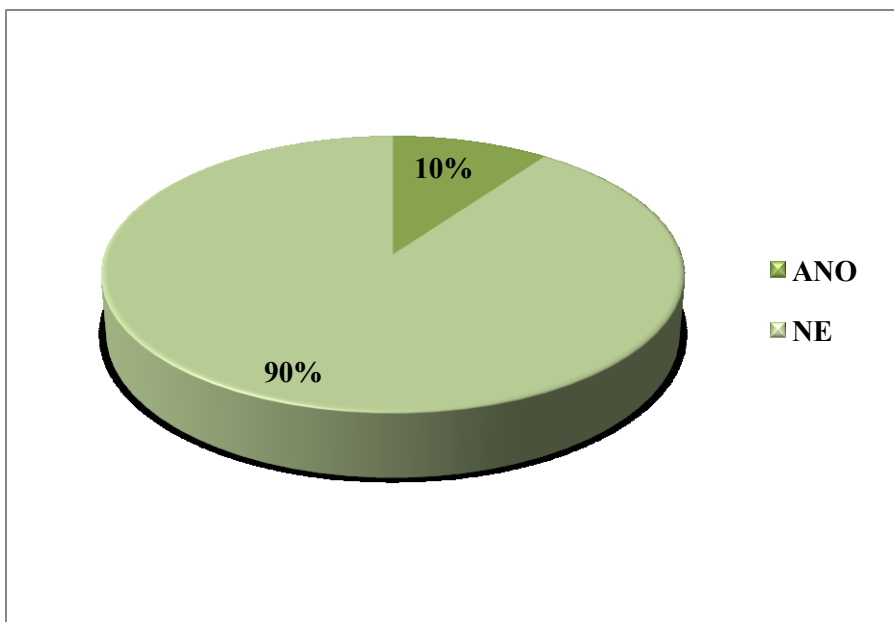
### Otázka č. 19 Pokud jde o Vaši rodinu a přátele, jak jste spokojen/a s...

Tabulka 11 Spokojenost s časem a podporou od rodiny a přátel

Podotázky	Odpovědi							
	Velmi nespokojen/a		Spíše nespokojen/a		Spíše spokojen/a		Velmi spokojen/a	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
Množstvím času, které můžete trávit s rodinou a přáteli	0	0	1	2,5	6	15	33	82,5
Podporou, které se Vám dostává od rodiny a přátel	0	0	1	2,5%	5	12,5	34	85

V otázce 19 měli respondenti uvést, jak jsou či nejsou spokojeni s časem strávený s rodinou a přáteli a zda dostávají od nich podporu. Jejich odpovědi jsou shrnuty v tabulce č. 11. S množstvím času, který mohou strávit s rodinou a přáteli je téměř většina respondentů velmi spokojena, a to 33 respondentů (82,5 %). Spíše spokojeno je 6 respondentů (15 %). Téměř všichni, a to 34 respondentů (85 %), uvedlo, že jsou velmi spokojeni s podporou, které se jim dostává od rodiny a přátel. Spíše spokojeno je 5 respondentů (12,5 %). Jeden respondent (2,5 %) uvedl, že je spíše nespokojen jak s množstvím času, který může trávit s rodinou a přáteli, tak i podporou od rodiny a přátel.

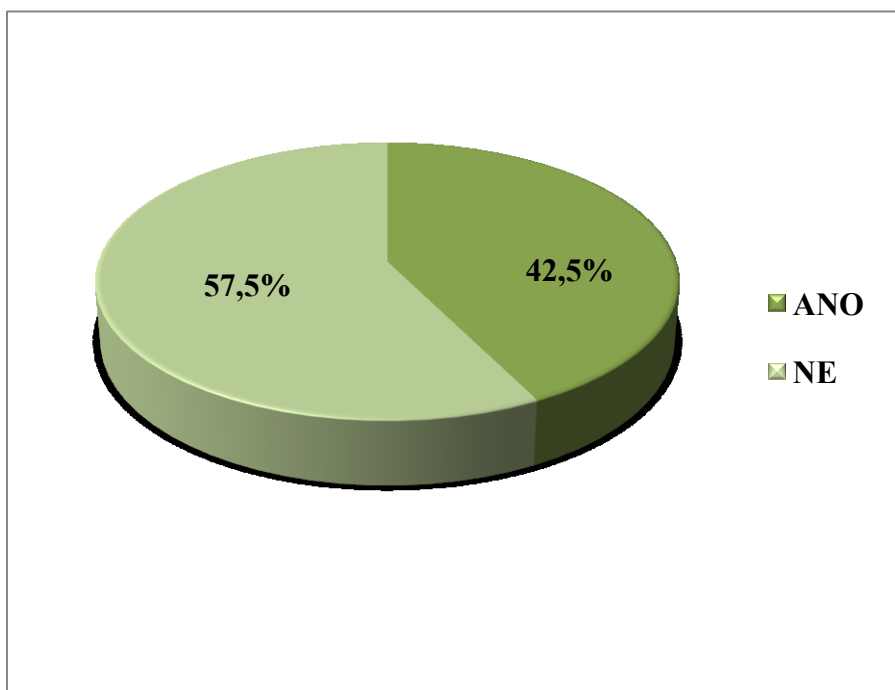
**Otázka č. 20 Vykonával/a jste v posledních 4 týdnech placenou práci?**



**Obrázek 8 Graf znázorňující vykonávání placené práce za poslední 4 týdny**

Obrázek č. 8 znázorňuje, zda respondenti vykonávali v posledních 4 týdnech práci. Pouze 4 respondenti (10 %) odpověděli, že v posledních 4 týdnech vykonávali placenou práci a 36 respondentů (90 %) placenou práci nevykonávalo.

**Otázka č. 21 Znemožňuje Vám zdravotní stav vykonávat placenou práci?**



**Obrázek 9 Graf znázorňující vliv zdravotního stavu na vykonávání placené práce**

Obrázek č. 9 znázorňuje, zda zdravotní stav respondentů znemožňuje vykonávat placenou práci. Zdravotní stav neznemožňuje vykonávat placenou práci u 23 respondentů (57,5 %) a u 17 respondentů (42,5 %) udává, že vzhledem ke zdravotnímu stavu nemohou vykonávat placenou práci.

## 8 Diskuze

**Výzkumná otázka číslo 1:** Jaká je kvalita života respondentů v jednotlivých oblastech hodnocených pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup>?

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na kvalitu života hemodialyzovaných pacientů, kterou jsem zjišťovala pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup>. Výsledky svého šetření prezentuji v tabulkách 5, 6 a 7.

Dotazník KDQOL-SF<sup>TM</sup> je složen ze dvou částí – generické a specifické. Generická část je shodná se standardizovaným dotazníkem SF-36, který slouží k hodnocení kvality života spojené se zdravím u obecné populace i širokého spektra onemocnění (Šťastná, 2008). Výzkum na české populaci provedl Sobotík (1998), který své výsledky publikoval v článku Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví. Při porovnání mého výzkumného souboru s předběžnými normami pro českou všeobecnou populaci bylo zjištěno, že pacienti s onemocněním ledvin z mého souboru dosahují v některých oblastech vyššího skóre (tj. lepší kvality života) než česká populace. Jedná se například o dimenzi tělesná bolest, kde průměrná hodnota české populační normy byla 69,5 bodu (Sobotík, 1998, s. 51) a průměrná hodnota sledovaného souboru byla 81 bodů (viz Příloha C, Tabulka č. 14), což znamená, že většina mých respondentů za poslední 4 týdny bolest neměla nebo uváděli velmi mírnou bolest.

Na bolest (bolest svalů a bolest na prsou) se zaměřovala i otázka dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup> č. 14, která zjišťovala potíže respondentů vlivem hemodialyzační léčby, taktéž za poslední 4 týdny. Bolest svalů velmi intenzivně obtěžovala 5 respondentů (12,5 %), naopak neobtěžovala (vůbec ne nebo trochu) 34 respondentů (85 %) a bolest na prsou neobtěžovala (vůbec nebo trochu obtěžovala) 40 respondentů (100 %), jak dokládá Tabulka č. 9.

Davison (2003) však uvádí výskyt bolesti až u 50 % hemodialyzovaných pacientů, přitom polovina z nich vnímá svou bolest jako závažnou komplikaci (Harris, 2012, s. 61). Haluzíková (2011, s. 166) uvádí, že výskyt bolesti u dialyzovaných pacientů je několikanásobně vyšší ve srovnání s běžnou populací.

Výrazně vyšší skóre v porovnání s hodnotami pro českou všeobecnou populaci bylo i v oblastech emoční pohoda (duševní zdraví), omezení pro emoční problémy (viz Příloha C, Tabulka č. 14).

Největší rozdíl v negativním smyslu oproti české populační normě byl zaznamenán u mých respondentů dimenzí fyzická činnost, celkové zdraví a v oblasti energie/únava, viz Příloha C, Tabulka č. 14. Průměrná hodnota pro českou populaci v oblasti fyzická činnost byla 86,2 bodu, hemodialyzovaní pacienti dosáhli v mém výzkumu 44 bodů, což je téměř o polovinu méně. Nízkého skóre v oblasti fyzická činnost dosáhli i hemodialyzovaní pacienti ve výzkumu M. R. Fructuosa et al. (2011), kde skóre jejich respondentů dosahovalo 31,9 bodu, což je ještě méně než v mém souboru. Srovnání viz Příloha C, Tabulka č. 14.

Mahrová uvádí (2009), že na fyzickou zdatnost a celkovou kvalitu života mají vliv i komplikace související s chronickým onemocněním ledvin (kostní nemoc, anémie a mnoho dalších). Dle Sulkové (2000, s. 244) je výkonnost dialyzovaných pacientů snížena na 56–60 % normálních hodnot z důvodů samotné nemoci a obvykle sedavého života.

Mahrová uvádí (2009), že pro chronicky nemocné jedince je důležité udržení nebo rozvoj dosavadních pohybových dovedností a schopností. Proto by součástí dialyzačního léčení měla být i pravidelná tělesná aktivita. Hlavním prospěchem pohybových aktivit pro dialyzované pacienty je to, že získají vyšší míru soběstačnosti a sebeobsluhy, a tedy i nezávislosti na pomoci druhých. V roce 2009 Mahrová testovala vliv 6měsíční aplikace řízené pohybové aktivity v průběhu dialýzy na kvalitu života podmíněnou zdravím u hemodialyzovaných pacientů. Použila 2 standardizované dotazníky WHOQOL-BREF a SF-36. Zjistila, že u pacientů, kteří podstoupili intervenční pohybový program během hemodialyzační procedury, je z dotazníku SF-36 nejvíce patrná tendence ke zlepšení v dimenzích omezení pro „emoční problémy“, „společenské fungování“ a ve „fyzické činnosti“. Vyhodnocení kvality života v tomto výzkumu naznačuje, že pravidelná pohybová intervence během hemodialyzačního léčení by mohla zlepšit nebo alespoň udržet kvalitu života v oblastech „fyzické činnosti“ a dalších (Mahrová, 2009).

Celkové zdraví bylo hodnoceno z generické části dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup> otázkami č. 1 a 11, kde byla průměrná hodnota mých respondentů 34 bodů (viz Tabulka č. 5). Bodláková (2001) uvádí, že pokud je skóre pod 50 bodů, svědčí to pro nízkou kvalitu života. V porovnání s normami pro českou obecnou populaci byla průměrná hodnota mých respondentů téměř o polovinu nižší, neboť hodnota pro českou populaci je 60,3. Ve výzkumu M. R. Fructuosa et al. (2011) dosahovali jeho respondenti také nízkého skóre v oblasti celkového zdraví, a to 46 bodů, což je však o třináct bodů více než v mém souboru, více viz Příloha C, Tabulka č. 14.



Další otázkou týkající se celkového zdraví, která se v tomto dotazníku vyhodnocuje samostatně, byla otázka č. 22, v které hodnotí respondenti subjektivně svůj celkový zdravotní stav na škále od 0 (nejhorší, co může být) do 10 (nejlepší, co může být). Nejčastěji respondenti hodnotili svůj zdravotní stav číslem 6 (17 respondentů, tj. 42,5 %). Průměrná hodnota v dimenzi celkového zdraví (dle otázky č. 22) byla u mých respondentů 55 bodů (viz Tabulka č. 6 – v komentáři k této tabulce se též zamýšlím nad možnou příčinou rozdílu v obou dimenzích týkajících se celkového zdraví). V porovnání s hodnotami pro americkou populaci bylo celkové zdraví mých respondentů o 4,4 bodů horší (viz Příloha C, Tabulka č. 14).

Výsledky specifické části dotazníku je možné porovnat s normami pro americkou populaci (Hays et al., 1997), jelikož normy pro českou populaci nebyly zatím vypracovány. Kvalita života sledovaných pacientů podle specifické části dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup> téměř ve všech hodnocených dimenzích (mimo oblasti břímě ledvinového onemocnění a sexuální fungování) přesáhla hodnoty americké normy (viz Příloha C, Tabulka č. 14). Nízké skóre bylo i v oblasti zaměstnání, kde průměrná hodnota sledovaného souboru v této dimenzi byla 34 bodů. U americké populace byla průměrná hodnota v oblasti „zaměstnání“ ještě nižší, a to 25,3 bodu (viz Příloha C, Tabulka č. 14).

Podobných výsledků dosáhli i respondenti z výzkumu M. R. Fructuosa et al. (2011), kde v oblasti břímě ledvinového onemocnění, sexuální fungování, zaměstnání a kognitivní funkce byly průměrné hodnoty jejich respondentů nižší jak u mého sledovaného souboru (viz Příloha C, Tabulka č. 14).

Moji respondenti (sledovaný soubor) měli největší potíže v oblastech fyzická činnost, celkové zdraví, energie/únava, břímě ledvinového onemocnění a v oblasti zaměstnání, v nichž nedosáhli ani 50 bodů (Příloha C, Tabulka č. 14). Dle Bodlákové (2001) to znamená nižší kvalitu života (tj. pod 50 bodů). V jejím sledovaném souboru se jednalo o dimenze omezení pro fyzické problémy, celkové zdraví, břímě ledvinového onemocnění, sexuální fungování, zaměstnání, energie/únava. Naopak v dimenzích symptomy/problémy při dialýze, kognitivní funkce, kvalita sociální interakce a pacientova spokojenost s péčí bylo skóre nad 80 bodů, dle Bodlákové (2001) svědčí skóre nad 80 bodů o dobré kvalitě života. Stejného skóre (nad 80 bodů) dosahoval můj sledovaný soubor v oblastech tělesná bolest, emoční pohoda, omezení pro emoční problémy,

společenské fungování, kognitivní funkce, kvalita sociální interakce, sociální opora, povzbuzení od dialyzačního personálu a spokojenost s péčí (viz Příloha C, Tabulka č. 14).

Jednou z problematických oblastí je spánek. Spánek nejčastěji hodnotili respondenti stupněm šest (tj. 16 respondentů, 40 %). Dalších 14 respondentů (35 %) hodnotili svůj spánek stupněm 7 a více (viz obrázek č. 7), což znamená, že jsou respondenti relativně spokojeni se svým spánkem. Podobných výsledků dosáhla i ve své bakalářské práci Kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou Zelinková (2015), kde její hemodialyzovaní respondenti uváděli nejčastěji hodnotu svého spánku stupněm 5, 6, 7, 8, 9 (vždy po 7 respondentech, 14 %) a 4 respondenti (9 %) ohodnotili svůj spánek stupněm deset.

Vlivem časové náročnosti, potíží a omezení, které mají vliv na celkový život hemodialyzovaných pacientů, se tyto potíže odrážejí i v oblasti zaměstnání. V tomto výzkumu bylo zjištěno, že v posledních 4 týdnech nevykonávalo placenou práci 36 respondentů (90 %), což může být ale zapříčiněno tím, že většina mých respondentů je již ve starobním důchodu (viz Obrázek č. 8 a Tabulka č. 3). Z mého výzkumu také vyplynulo, že v důsledku dialyzačního programu u 23 respondentů (57,5 %) žádné změny v oblasti zaměstnání nenastaly, respondenti byli již ve starobním důchodu. Další 4 respondenti (10 %) uvedli, že přešli do invalidního důchodu, ale nyní jsou ve starobním důchodu. V důsledku dialyzačního léčení odešlo 13 respondentů (32,5 %) do invalidních důchodů (viz Tabulka č. 3). Respondenti, kteří v posledních 4 týdnech pracovali, jsou mladšího věku, jednalo se o jednu ženu ve věku 39 let, a o tři muže ve věku 46, 51 a 55 let. Další otázka zaměřená na zaměstnání zjišťovala, jaký vliv má zdravotní stav na vykonávání placené práce u hemodialyzovaných pacientů. Téměř polovina respondentů (17 respondentů, 42,5 %) uvedla, že jim jejich zdravotní stav znemožňuje vykonávat placenou práci. (viz obrázek č. 10). Zoubková (2007) ve své práci také zjišťovala důsledky onemocnění ledvin ke změně zaměstnání. Z celkového počtu 64 respondentů uvedlo nejvíce respondentů (28 respondentů, 43 %) odchod do invalidního důchodu a 6 respondentů (10 %) uvedlo ztrátu nebo změnu zaměstnání. Ztráta zaměstnání má na kvalitu života dialyzovaných pacientů velký vliv. Se ztrátou zaměstnání klesá ekonomická úroveň pacienta, ale i jeho rodiny, což může vést k finančnímu, společenskému oslabení a zhoršování psychické oblasti až k rozvoji deprese (Znojová, 2007).

Pozitivním zjištěním bylo, že většina mých respondentů je velmi spokojena s podporou rodiny a přátel, a množstvím času, které můžou strávit s rodinou a přáteli (viz Tabulka č. 11). Loubková

(2011) ve své bakalářské práci na téma Faktory ovlivňující kvalitu života dialyzovaných pacientů, se také zajímala, zda jsou respondenti s podporou rodiny a přátel spokojeni. Z celkového počtu 97 respondentů bylo 44 respondentů (45,5 %) naprosto spokojeno s podporou rodiny a přátel a dalších 35 respondentů (36 %) bylo spíše spokojeno.

**Výzkumná otázka č. 2:** V jaké míře respondenty obtěžují symptomy a omezení provázející selhání ledvin a hemodialyzační léčbu, uvedené v otázkách č. 14 a 15 standardizovaného dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup>?

Mé respondenty nejvíce obtěžovaly únava, křeče a svědění pokožky. Únava hodně obtěžovala 11 respondentů (27,5 %) a 22 respondentů (55 %) uvedlo, že je obtěžovala středně (viz tabulka č. 9). Dle Americké nefrologické společnosti (ASN, The American Society of Nephrology) je únava jedním z nejčastějších symptomů u pacienta na dialýze. Ve výzkumu Šimové (2010), která se zaměřovala na hemodialyzované pacienty, se cítilo více unaveno 72 % (18) respondentů, zařazených do dialyzačního programu 6 a více let, zatímco u respondentů zařazených do programu méně než 4 let to bylo 36 % (9) respondentů. V bakalářské práci Zelinkové (2015) bylo vyčerpáním a únavou hodně obtěžováno 20 % hemodialyzovaných respondentů a středně únavou bylo obtěžováno 22 % respondentů. Další častou potíží mých respondentů byly křeče, které středně obtěžovaly 17 respondentů (42,5 %). Hodně a maximálně obtěžovaly křeče 7 respondentů (17,5 %), více viz Tabulka č. 9. Dle Klenera (2006) jsou křeče druhou nejčastější komplikací hemodialýzy. Méně často obtěžovalo respondenty svědění pokožky, které středně obtěžovalo 13 respondentů (32,5 %), hodně 3 respondenty (7,5 %), a 1 respondenta to obtěžovalo maximálně (2,5 %) více viz Tabulka č. 9.

Z výsledku sledovaného souboru vyplývá, že největšími a nejčastěji uváděnými obtížemi pacientů vlivem onemocnění ledvin bylo omezení tekutin, omezení schopnosti provádět domácí práce a schopnosti cestovat. Dietní omezení a sexuální život obtěžuje respondenty trochu a středně, dle jejich vyjádření. Většina respondentů pak také uvedla, že závislost na zdravotnickém personálu, stres/obavy způsobené ledvinovým onemocněním a osobní vzhled je neobtěžuje (viz Tabulka č. 10).

Omezení tekutin obtěžuje středně 9 respondentů (22,5 %), hodně 15 respondentů (37,5 %) a maximálně 7 respondentů (17,5 %). Omezení schopnosti provádět domácí práce středně obtěžuje 21 respondentů (52,5 %) a hodně to obtěžuje 9 respondentů (22,5 %). Omezení

schopnosti cestovat středně obtěžuje 19 respondentů (47,5 %) a hodně to obtěžuje 9 respondentů (22,5 %) více viz Tabulka č. 10.

Podobných výsledků dosáhli i respondenti v diplomové práci Reichelové (2009) na téma Život s dialýzou. Pro hemodialyzované pacienty bylo největším břemenem omezení tekutin a dodržování diety, což uvedli respondenti 39krát, dále časová náročnost léčby (28krát) a omezená možnost cestování (24 krát).

V práci Zelinkové (2015), která použila standardizovaný dotazník KDQOL-SF<sup>TM</sup>, její hemodialyzované respondenty nejvíce obtěžovalo také restrikce tekutin (hodně 35 % respondentů, maximálně 12 % respondentů), dietní režim (středně 16 % respondentů, hodně 10 % respondentů) a omezení schopnosti cestovat (hodně 22 % respondentů, maximálně 20 % respondentů). V menší míře pacienty obtěžovalo omezení v provádění domácích prací, závislost na zdravotnickém personálu, stres a osobní vzhled.

Z výsledků výzkumu společnosti Fresenius Media Care z roku 2014 vyplývá, že téměř necelá polovina hemodialyzovaných pacientů (46,4 %) nemá potíže s dodržováním dietních opatření. Dalších 42,7 % pacientů uvedlo, že má s dodržováním diety potíže, avšak dietu přesto dodržuje. Necelých 10 % pacientů uvedlo, že dietu nedodržuje. Dodržování pitného režimu (omezení příjmu tekutin) zcela zvládá 36,8 % pacientů, dalších 51,3 % pacientů uvedlo, že potíže s dodržováním pitného režimu má, ale přesto omezení dodržuje. Deset procent respondentů pitný režim nedodržuje. (Ságová, 2015, s. 25).

Respondenty v tomto výzkumu také obtěžovala omezená schopnost cestování. Pod tuto oblast můžeme zařadit např. dopravu na dialyzační středisko a zpět domů. Většina respondentů se dopravuje sanitkou, problém je právě čekací doba na sanitku po dialýze. Samotná dialýza trvá 4–5 hodin, ale s čekáním a cestou domů se celá záležitost prodlouží někdy dle Vlachové (2008) až na 7–9 hodin. Dalším faktorem, proč se cesta domů (ale i na středisko) prodlouží, je i fakt, že sanitka někdy odváží domů či přiváží z domova do střediska více pacientů, takže někteří pacienti zbytečně stráví v sanitce mnohem více času. Z tohoto důvodu mohou být pacienti nespokojení a nervózní, protože přijdou o hodně času, který by mohli využít např. doma k odpočinku, jelikož jsou většinou po dialýze unavení. (Vlachová, 2008). Linhartová (2009) ve své diplomové práci na téma Kvalita života u pacientů dlouhodobě dialyzovaných zjišťovala u pacientů spokojenost s přepravou v sanitním voze. Z jejího výzkumu vyplývá, že 37 respondentů je nespokojeno

s dlouhým čekáním na odvoz, 15 respondentů uvedlo, že jim vadí prodlužování cesty domů zajižďkami.

Pozitivním zjištěním v mém výzkumu je, že více jak polovina respondentů (75 %) nejsou nebo většinou nejsou nešťastní nebo otráveni z toho, že se musejí zabývat onemocněním ledvin i přes veškeré potíže a omezení, které s sebou onemocnění ledvin přináší. Více jak polovina respondentů (55 %, tj. 22 respondentů) také uvedla, že jim nepřipadá, že zatěžují rodinu a 13 respondentů (32,5 %) uvedlo, že jim většinou nepřipadá, že zatěžují rodinu (viz Tabulka č. 8). Další zajímavé zjištění se týkalo oblasti stresu. Dle Sulkové (2000) jsou dialyzovaní nemocní vystaveni stresům, které souvisejí s nevléčitelnou nemocí a s léčbou, která je důležitá pro přežití dialyzovaných pacientů. Výčet stresů dle izraelské psychiatričky A. K. De-Nour je obsáhlý a zahrnuje např. dietní omezení, omezení svobodného plánování, časovou náročnost dialýzy, ztrátu tělesných funkcí (močení, sexuální aktivita) a hrozbu smrti. (Sulková, 2000, s. 505).

Navzdory uváděným potížím a omezením většina respondentů (tj. 29 respondentů, 72,5 %) v mém výzkumu uváděli, že je vůbec neobtěžuje stres nebo obavy způsobené ledvinovým onemocněním (viz Tabulka č. 10). Důvodem může být to, že uváděné potíže a omezení související s onemocněním ledvin nemusí respondenti chápat jako “stresory”.

**Výzkumná otázka č. 3:** Jak respondenti hodnotí celkovou míru spokojenosti se životem a jaký je jejich index kvality života pomocí dotazníku SEIQoL s ohledem na věk?

Dle Křivohlavého (2009, s. 40) je „*kvalita života definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života*“. Irští psychologové O’Boyle, McGee a Joyce, kteří se v roce 1994 zamýšleli nad definicí kvality života, se shodují na tom: „*Definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec.*“ (Křivohlavý, 2009, s. 171).

Dotazník SEIQoL přináší dvojí hodnocení individuální kvality života. První hodnocení je kvalita života (QoL), která vzniká výpočtem z jednotlivých životních cílů. Druhé hodnocení je dáno označením subjektivní míry kvality života na vizuální analogové škále (VAS) od 0–100 %. Důležité pro mě je, že se zde odráží kvalita života vázaná nejen na zdraví, ale i na ostatní oblasti, které jsou pro respondenty důležité a které si respondenti sami určují.

Dle Zemana (2008) jsou při hodnocení kvality života považovány hodnoty nad 50 % za spíše dobré.

Průměrná hodnota indexu kvality života (vypočtená QoL) u všech respondentů je 74 % z maxima 100 %, což znamená dle Zemana (2008), že jejich kvalita života je spíše dobrá. Hodnota celkové spokojenosti se životem (subjektivní míra QoL) dosáhla také hodnoty vyšší než 50 %, a to 69 %, akorát byla oproti indexu kvality života o pár procent nižší. Jedinou výjimku tvořili respondenti ve věku 50–64 let, kde subjektivní míra QoL byla o jedno procento vyšší (viz Obrázek č. 5).

Z výsledků v mém výzkumu také vyplývá, že vypočtená kvalita života, ale i subjektivní míra QoL u respondentů ve věku 65 a více let je mírně nižší než u mladších jedinců ve věku 64 a méně let. Z čehož vyplývá, že mladší respondenti v mém výzkumném souboru hodnotí svou kvalitu spíše lépe než starší respondenti (viz Obrázek č. 5).

Zelenková (2010) ve své bakalářské práci Kvalita života hemodialyzovaných seniorů v regionu Prachatice použila dotazník SEIQoL u 5 hemodialyzovaných respondentů ve věku 66–83 let. Také v jejím výzkumu byla vyšší vypočtená kvalita života (57,7 %) oproti subjektivní míře spokojenosti (52,2 %), přičemž jsou obě hodnoty nižší než v mém souboru (jak celkově, tak u respondentů starších 65 let).

**Výzkumná otázka č. 4:** Jaká životní témata uváděná v dotazníku SEIQoL jsou pro respondenty nejdůležitější?

Křivohlavý (2002, s. 173) zmiňuje, že nejčastěji uváděnými životními cíli (cues) jsou zdraví, rodina, práce, náboženství, finance a další. Což se shoduje i v mém výzkumu, kde respondenti nejčastěji uváděli zdraví (40krát), rodinu (39krát), koníčky (33krát), finance (21krát), přátelství (17krát), soběstačnost (11krát) a víru (8krát). Avšak práce u mých respondentů nepatřila mezi nejčastěji uváděné cíle, uvedli ji pouze 4 respondenti (viz Tabulka č. 4). Důvodem může být to, že většina respondentů je ve starobním nebo invalidním důchodu a jejich zdravotní stav jim nedovolí vykonávat práci (viz Obrázek č. 9).

Co se týká důležitosti, pak nejdůležitějším tématem (cílem) bylo pro respondenty zdraví, což uvedlo 28 respondentů (70 %), 10 respondentů (25 %) uvedlo rodinu a pro 2 respondenty (5 %) byla rodina stejně důležitá jako zdraví (viz Obrázek č. 6). Znalost toho, které cíle jsou pro respondenty důležité a jak jsou tyto cíle naplňovány, nám pomáhá pochopit závažnost hodnocení

jednotlivých oblastí, vyplývající z vyhodnocení KDQOL-SF<sup>TM</sup>. Toto je však potřeba hodnotit individuálně a pro to v této práci není prostor.

Podobných výsledků dosáhl i výzkum Vachkové a kol. (2013), který zkoumal kvalitu života žen v období mateřství, kde respondentky uvedly za nejdůležitější téma zdraví, rodinu a mateřství (dítě). Zelenková (2010) uvádí, že většina jejich respondentů považuje za nejdůležitější zdraví ostatních členů rodiny a spokojenost v rodině.

**Výzkumná otázka č. 5:** Znají respondenti alespoň jednu společnost pomáhající dialyzovaným pacientům a časopis Stěžeň?

Výzkum společnosti Fresenius Medical Care se zaměřil mimo jiné i na informovanost hemodialyzovaných pacientů o nemoci a léčbě. Plných 90 % respondentů uvedlo, že má dostatek informací o své nemoci i o tom, jak může ovlivnit výsledky své léčby. Nejvíce informací získávají od lékaře (88 %) nebo od zdravotní sestry (67 %). Dalším zdrojem jsou písemné edukační materiály (24 %), necelá čtvrtina respondentů (23 %) jako další zdroj uváděli televizi, noviny a rozhlas, stejný počet respondentů uvedli internet. Více jak polovina (76 %) uvedla, že jim nechybějí informace o jejich nemoci a pouze 7 % respondentů odpovědělo, že mají nedostatek informací o možnostech léčby (Ságová, 2015, s. 24).

V mém výzkumu jsem zjišťovala pouze vybrané zdroje informací. Zaměřovala jsem se na to, zda respondenti znají nějakou společnost, která pomáhá dialyzovaným (otázka č. 7). Překvapujícím zjištěním bylo, že většina respondentů (87,5 %) odpověděla, že žádnou společnost pomáhající dialyzovaným neznají. Pouze 5 respondentů (12,5 %) uvedlo, že znají nějakou společnost (viz Obrázek č. 2), což specifikovali v otázce č. 8, kde všichni respondenti uvedli, že znají Společnost dialyzovaných a transplantovaných (SKDaT). Zajímavé je, že všech 5 respondentů, kteří odpovědi, že znají SKDaT, jsou ze soukromého dialyzačního střediska (A). Dále mě zajímalo, zda respondenti znají časopis Stěžeň. Opět většina respondentů (90 %) tento časopis nezná a pouze 4 respondenti (10 %) Stěžeň znají (viz Obrázek č. 3). Příčinou, proč většina respondentů časopis neznají, může být i to, že mohou znát i jiné časopisy pro dialyzované, já jsem se zaměřila pouze na časopis Stěžeň.

Avšak k rozdílným výsledkům došla Hakenová (2010) ve své bakalářské práci Kvalita života dialyzovaných pacientů, v které také zjišťovala, zda respondenti znají SKDaT a časopis Stěžeň. Z

celkového počtu 50 respondentů (100 %), většina respondentů (86 %) Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných zná. Časopis Stěžeň zná 46 % respondentů, a 54 % nikdy o časopise neslyšeli.

Respondentů jsem se také ptala, zda znají pojem „prázdninové dialýzy“. O „prázdninových dialýzách“ slyšelo 9 respondentů (22,5 %) a většina respondentů (31 respondentů, tj. 77,5 %) o tom neslyšela (viz Obrázek č. 4). K rozdílným výsledkům došla Fialová (2011) ve své práci Kvalita života dialyzovaných pacientů také zjišťovala, zda její respondenti znají pojem „prázdninová dialýza“. Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) většina (54 %) uvedla, že o „prázdninové dialýze“ slyšeli. 12 respondentů (24 %) využívají možnost prázdninové dialýzy a 11 respondentů (22 %) uvedlo, že nikdy o tom neslyšeli.

Z mých výsledků vyplývá, že většina respondentů vybrané zdroje informací nezná, domnívám se, že jednou z příčin, proč tyto informace neznají, může být nedostatečná edukace u těchto vybraných informací. Z výsledků také vyplývá, že respondenti, kteří znají vybrané informace, byli převážně ze soukromého centra „A“.

## **8.1 Limity a doporučení pro další výzkumy**

Limitem mé práce je malé množství respondentů (n=40), proto nelze výsledky výzkumu zobecňovat. Zjištěné výsledky se vztahují k této práci a mohly by být podnětem pro další výzkumy. Jako další problém vnímám složitost tématu. Život s hemodialýzou je velmi obsáhlý pojem, což se odrazilo i v této práci, kde je spousta zajímavých zjištění o životě s dialýzou, ale ne všechny oblasti jsou hlouběji rozebrány. Další výzkumy by se mohly zaměřit pouze na dílčí oblasti - výživu dialyzovaných (dodržování diety, informovanost), na cestování nebo na sociální problematiku u těchto pacientů a zjistit tak podrobnější informace. Zajímavým tématem pro závěrečnou práci by bylo zhodnocení kvality života u respondentů před a po transplantaci ledvin. Další téma na základě zjištěných výsledků sledovaného souboru (kde v několika dimenzích byly průměrné hodnoty pod normou obecné populace) by mohlo být zaměřeno na pohybovou aktivitu dialyzovaných pacientů, a jaký má vliv na jejich kvalitu života.

V neposlední řadě by bylo zajímavé efektivně využít hodnocení kvality života pro pacienty samotné – po primárním zhodnocení naplánovat intervence a s časovým odstupem zjistit, jak byly intervence pro kvalitu života daného pacienta přínosné.



## 9 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit kvalitu života hemodialyzovaných pacientů pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup>, zjistit, jaký je život těchto pacientů, jak zasahuje onemocnění ledvin do jejich každodenního života a pomocí dotazníku SEIQoL zjistit, co je pro respondenty v životě důležité a jak respondenti hodnotí svou míru spokojenosti se životem.

Kvalita života je pro svou multidimenzionalitu a komplexnost velmi široký a složitý pojem. Je předmětem zájmu mnoha oborů – medicíny, ošetřovatelství, psychologie i sociologie a velmi úzce souvisí s holistickou koncepcí člověka jakožto bio-eko-psycho-socio-spirituální jednotkou. (Svobodová, 2008, s. 122, 129, 131).

Na základě získaných výsledků mohu konstatovat, že onemocnění ledvin značně ovlivňuje život u většiny mých respondentů, což se odráží ve všech oblastech jejich života. Z výzkumu vyplynulo, že v souvislosti s onemocněním ledvin respondenty nejvíce omezuje restrikce tekutin, narušená schopnost provádět domácí práce a omezená schopnost cestovat. V menší míře mé respondenty obtěžovaly potíže týkající se sexuálního života a dietního omezení, avšak je otázkou, zda moji respondenti dietní opatření dodržují. Nízká kvalita života definována dle Bodlákové (2001) jako skóre pod 50 bodů, byla patrná v oblastech fyzická činnost, únava, břímě ledvinového onemocnění a zaměstnání. Ze symptomů mé respondenty nejvíce poznamenaly únava, křeče a svědění pokožky.

Naopak dobrá kvalita dle Bodlákové (2001), tj. skóre nad 80 bodů, byla zjištěna v oblastech tělesná bolest, emoční pohoda (duševní zdraví), omezení pro emoční problémy, společenské fungování, kognitivní funkce, kvalita sociální interakce, sociální opora, povzbuzení od dialyzačního personálu a spokojenost s péčí.

Zajímavým a pozitivním zjištěním pro mne bylo, že i přes veškerá omezení, které s sebou dialýza a onemocnění ledvin přináší, většina respondentů není nešťastná nebo otrávená z toho, že se musí zabývat onemocněním ledvin. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že většinu respondentů stres nebo obavy způsobené ledvinovým onemocněním neobtěžují.

Pomocí standardizovaného dotazníku SEIQoL jsem zjišťovala, jaká životní témata jsou pro mé respondenty důležitá a jaká je kvalita života mých respondentů vyplývající z těchto pro ně důležitých oblastí. Rozhodla jsem se pro tuto metodu proto, abych mohla lépe pochopit, jakou

váhu mají pro mé respondenty potíže v jednotlivých oblastech, zjištěné pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup>.

Vypočtená kvalita života (QoL) respondentů, opírající se o míru naplnění důležitých oblastí života (tzv. cílů), hodnocená metodou SEIQoL, byla v průměru 74 %, což znamená, že jejich kvalita života je spíše dobrá (hodnoceno dle kritérií uvedených u Zemana, 2008). Avšak jejich subjektivně hodnocená míra spokojenosti se životem byla nižší, a to průměrně 69 %.

Z výsledků také vyplývá, že pro respondenty je nejdůležitější zdraví, což uvedlo 28 respondentů (70 %), 10 respondentů (25 %) uvedlo rodinu a pro 2 respondenty (5 %) byla rodina stejně důležitá jako zdraví. Rodinu uvedlo mezi 5 životních cílů (39 respondentů ze 40). Pozitivním zjištěním je i to, že většina respondentů je velmi spokojena s podporou rodiny a přátel, a s množstvím času, který s nimi mohou trávit.

Jedním z cílů bylo zjistit, zda respondenti znají vybrané zdroje informací. Ptala jsem se, zda znají nějakou společnost pomáhající dialyzovaným, zda znají časopis Stěžeň a zda slyšeli o prázdninových dialýzách. Z výsledku vyplynulo, že mnou vybrané zdroje informací většina respondentů nezná, což je opravdu škoda.

Společnost dialyzovaných a transplantovaných připravuje pro pacienty spoustu zajímavých akcí, výletů a poskytuje i sociální poradenství, obdobně jako další společnosti pomáhající dialyzovaným. V časopisu Stěžeň a dalších časopisech pro dialyzované pacienty mohou najít různé informace související s dialýzou, ale také zajímavé příběhy ostatních pacientů.

Dotazník KDQOL-SF<sup>TM</sup> nám ukázal, v čem mají respondenti problém, ale i naopak, v čem jsou spokojeni, jak hodnotí své zdraví a v čem se (ne)cítí být omezeni. Dotazník SEIQoL je zajímavá metoda, která představuje osobitý pohled na kvalitu života (Vachková, 2013) a ukazuje nám, co je pro pacienty důležité, co je jejich cílem v životě a jak hodnotí míru spokojenosti se životem. Tato práce může být přínosem pro odbornou i laickou veřejnost, která by se chtěla dozvědět více zajímavých informací o životě dialyzovaných pacientů.

Komplexní pohled obou dotazníků na kvalitu života nás upozorňuje na důležitost brát pacienta jako holistickou, individuální bytost, komunikovat nejen s ním, ale i s jeho rodinou, zajímat se nejenom o to, co ho trápí fyzicky (jestli má nějaké obtíže, bolesti), ale i o to, jak se cítí, jak se má,

co ho těší nebo naopak trápí. I přesto, že dialýza značně ovlivňuje život pacientů, jsou tito pacienti spokojeni se svým životem, a jsou rádi, že díky dialýze mohou žít.

*„Mnohé příběhy dialyzovaných pacientů, které můžeme občas vyslechnout, jsou dokladem toho, že i člověk vystavený takové zkoušce, jakou je dialyzační léčení, může žít tak dobrý život, že mu ho budou zdraví lidé závidět“ (Znojová, 2004).*

## 10 Použitá literatura

3. Aktivity spolku. *Cikadapacienti.cz* [online]. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://cikadapacienti.cz>.
4. BODLÁKOVÁ, Barbora, Marcela ZNOJOVÁ, Sylvie SULKOVÁ a Jelena SKIBOVÁ. Hodnocení kvality života u dialyzovaných pacientů metodou KDQOL-SF™ - pilotní studie. *Praktický lékař*. 2001, **81**(6). ISSN 0032-6739.
5. BRAUN AVITUM S.R.O. Kvalita života s dialýzou. In: *Bbraun-avitum.cz* [online]. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: [http://www.bbraun-avitum.cz/documents/Services/02\\_Princip\\_hemodialyzy\\_CZ.pdf](http://www.bbraun-avitum.cz/documents/Services/02_Princip_hemodialyzy_CZ.pdf).
6. Dialyzační statistika. *Česká nefrologická společnost* [online]. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.nefrol.cz/odbornici/dialyzacni-statistika>.
7. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
8. DŽUMELOVÁ, Marcela. Dialyzovaný pacient a trávenie vo'lného času. *Florence*. 2009, **5**(1), 28–29 s. ISSN 1801-464X.
9. FIALOVÁ, Monika. *Kvalita života dialyzovaných pacientů*. Praha, 2011.
10. FRUCTUOSO, M. Rodrigues, R. CASTRO a I. OLIVEIRA. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia*[online]. 2011, **1**(31), s. 94 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.revistanefrologia.com/en-publicacion-nefrologia-articulo-quality-life-in-chronic-kidney-disease-X2013251411051195>.
11. GULÁŠOVÁ, Ivica. Psychosociálne problémy a význam komunikácie sestry u dialyzovaných pacientov. *Aktuality v nefrologii* [online]. 2004, (2) [cit. 2016-05-07].
12. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
13. HAKENOVÁ, Renata. *Kvalita života dialyzovaných pacientů*. Hradec Králové, 2010.
14. HALUZÍKOVÁ, Jana a Zdeňka ŘÍMOVSKÁ. Hodnocení bolesti u dialyzovaných pacientů z pohledu sestry. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2011, **4**(3), 116–117 s. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/a7e5e8a5ca18006dd54ff780cde632ec.pdf>.
15. HARRIS, TJ. a R. NAZIR. Kvalitní spánek a zejména léčba bolesti jsou klíčové komponenty kvality péče o hemodialyzované pacienty. *Postgraduální nefrologie* [online]. 2012, **10**(4) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/vzdelavani/knihovna/postgradualni-nefrologie/x-4-kvalitni-spanek-a-zejmena-lecba-bolesti-jsou-klicove-komponenty-kvality-pece-o-h/>.
16. HAYS, Ron D., Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.2. In: *Rand.org* [online]. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.rand.org/pubs/papers/P7928z2.html>.
17. Hemodialýza. *Ledviny.cz* [online]. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.ledviny.cz/hemodialyza>.

18. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
19. Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL). *Rand.org* [online]. [cit. 2016-05-7]. Dostupné z: [http://www.rand.org/health/surveys\\_tools/kdqol.html](http://www.rand.org/health/surveys_tools/kdqol.html).
20. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
23. LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
24. LINHARTOVÁ, Petra. *Kvalita života u pacientů dlouhodobě dialyzovaných*. Pardubice, 2009.
25. LOUBKOVÁ, Renata. *Faktory ovlivňující kvalitu života dialyzovaných pacientů*. Brno, 2011.
26. ŠIMOVÁ, Z., A. ŠULÍČOVÁ a J. CINOVÁ. *Vplyv hemodialýzy na kvalitu života pacientov*. Prešov.
27. LYEROVÁ, Ladislava. Metody náhrady ledvinné funkce – praktický postup u pacienta s chronickým onemocněním ledvin v predialýze. *Urologie pro praxi* [online]. 2012, **13**(4), s. 161–162 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/04/04.pdf>.
28. MAGUROVÁ, Dagmar. Edukácia pacienta v preddialyzačnom období. *Urologie pro praxi* [online]. 2009, **10**(3), s. 202 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/10.pdf>.
29. MAHROVÁ, Andrea, Jitka PRAJSOVÁ a Václav BUNC. Kvalita života dialyzovaných jedinců ČR ve vztahu k fyzické aktivitě. *Kontakt* [online]. 2009, **11**(2), 424-432 s. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330120858384021.pdf>
30. MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
31. MAREŠ, Jiří. Individualizovaná diagnostika člověka – inspirace pro metodologii pedagogiky. *Pedagogika* [online]. 2010, **60**(2) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=929&lang=cs>.
32. MAREŠ, Jiří. *Kvalita života žáků a škola* [online]. 2010, **1**(1) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.casopispedagogika.sk/rocnik-1/cislo-1/PEDAGOGIKA-SK-1-2010.pdf>.
33. MENGEROVÁ, Olga. Dieta pro nemocné v dialyzačním programu. In: *Stěžněň* [online]. 1994 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: [http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1994/04/1994\\_4\\_04.html](http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1994/04/1994_4_04.html).
34. NERMUTOVÁ, Ludmila. Současné možnosti asistované peritoneální dialýzy. In: *Florence* [online]. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv->

- florence/2013/7/8-symposium-o-peritonealni-dialyze-pracovist-cech-a-moravy-czech-pd-day/.
35. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
  36. REICHELOVÁ, Hana. *Život s dialýzou*. Praha, 2009.
  37. SÁGOVÁ, Michaela. Jak se cítí dialyzovaný pacient? Pilotní výsledky dotazníkového průzkumu v České republice. *Aktuality v nefrologii* [online]. 2015, **21**(1) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality\\_nefro/2015/05\\_sagova\\_avn\\_1-15.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality_nefro/2015/05_sagova_avn_1-15.pdf).
  38. SCHACHT, Linda. KDQOL ASSESSMENTS: Expectations & Challenges Presented by: Linda Schacht, LMSW, NSW-C. *Slideplayer.com* [online]. 2010 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://slideplayer.com/slide/7770400/>.
  39. SLOVÁČEK, Ladislav a Birgita SLOVÁČKOVÁ. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2012, **5**(1) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/e3c72ce27152cd71631cae1d0e071d51.pdf>.
  40. SLOVÁČEK, Ladislav, Birgita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ, Martin BLAŽEK a Jaroslav KAČEROVSKÝ. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004, **73**(1) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf).
  41. SOBOTÍK, Zdeněk. Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF-36). *Zdravotnictví v České Republice*. 1998, **1**(1-2), s. 50–54.
  42. STREJCOVÁ, Barbora, Andrea MAHROVÁ, Klára ŠVAGROVÁ, Monika ŠTOLLOVÁ a Vladimír TEPLAN. Změna kvality života pacientů během prvního roku po transplantaci ledviny vlivem pohybové a nutriční intervence. *Kontakt*. 2014, **16**(4). ISSN 1804-7122.
  43. SULKOVÁ, Sylvie a kol. *Hemodialýza*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2000, 693 s. ISBN 80-85912-22-8.
  44. SULKOVÁ, DUSILOVÁ, Sylvie. Kvalita života a kvalita dialýzy. *Postgraduální nefrologie* [online]. 2005, **3**(6) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: [http://www.transplant.cz/vzdelavani/2005/05\\_06.pdf](http://www.transplant.cz/vzdelavani/2005/05_06.pdf).
  45. SVOBODA, Lukáš a Andrea MAHROVÁ. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 271 s. ISBN 978-80-7387-147-5.
  46. SVOBODA, Lukáš a M. ČERNÁ. Bez pohybu jsem nesvůj, rozhovor s MUDr. Lukášem Svobodou. *Stěžeň* [online]. 2011, **22**(1) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2011/01/index.php?ap=pohyb>.
  47. ŠTASTNÁ, Lenka. Dotazník SF 36. *Adiktologie.cz* [online]. 2008 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1366/Dotaznik-SF-36>.
  48. ŠUBRT, Jiří. *Soudobá sociologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, 391 s. ISBN 978-80-246-1413-7.
  49. TEPLAN, Vladimír. *Akutní poškození a selhání ledvin*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 416 s. ISBN 978-80-247-1121-8.

50. TEPLAN, Vladimír. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 317 s. ISBN 978-80-204-2881-3.
51. TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 536 s. ISBN 80-247-1122-2.
52. TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ. *Klinická nefrologie*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7.
53. VACHEK, Jan, Oskar ZAKIYANOV a Vladimír TESAŘ. Chronické onemocnění ledvin. *Interní medicína*[online]. 2012, **14**(3) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/03/05.pdf>.
54. VACHEK, Jan, Oskar ZAKIYANOV a Vladimír TESAŘ. Chronické onemocnění ledvin-aktuální situace. *Medicína po promoci*. 2014, **15**(4), s. 66-68. ISSN1212-9445.
55. VACHKOVÁ, Eva. Kvalita života žen v období mateřství pomocí metody SEIQoL. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, **4**(2) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-02/6\\_vachkova\\_kol.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-02/6_vachkova_kol.pdf).
56. VIKLICKÝ, Ondřej, Libor JANOUŠEK a Peter BALÁŽ. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 384 s. ISBN 978-80-247-2455-3.
57. VIKLICKÝ, Ondřej. *Predialýza*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 298 s. ISBN 978-80-7345-356-5.
58. VIKLICKÝ, Ondřej, Vladimír TESAŘ a Sylvie SULKOVÁ. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 192 s. ISBN 978-80-247-3227-5.
59. VLACHOVÁ, Eva. Dialyzovaný pacient a jeho problémy s dopravou. *Stěžeň* [online]. 2008, (2) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: [http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2008/02/2008\\_2\\_06.html](http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2008/02/2008_2_06.html)
60. ZELENKOVÁ, Božena. *Kvalita života hemodialyzovaných seniorů v regionu Prachatice*. České Budějovice, 2010.
61. ZELINKOVÁ, Pavlína. *Kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou*. Pardubice, 2015.
62. ZEMAN, Marek. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt* [online]. 2008, 10(1) [cit. 2016-05-07]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120507004159191212.pdf>.
63. ZNOJOVÁ, Marcela. Deprese - Deprese u dialyzovaných pacientů. *Stěžeň* [online]. 2007, (3) [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: [http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2007/03/2007\\_3\\_11.html](http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2007/03/2007_3_11.html)
64. ZOUBKOVÁ, Božena. *Kvalita života dialyzovaných klientů*. Brno, 2007.

## **11 Přílohy**

Příloha A <i>Kategorie a kritéria GRF</i> .....	81
Příloha B <i>Překódování položek na bodové skóre</i> .....	82
Příloha C <i>Oblasti v dotazníku KDQOL-SF<sup>TM</sup></i> .....	83
Příloha D <i>Průměrné hodnoty</i> .....	84
Příloha E <i>Dotazník</i> .....	85



Příloha A Kategorie a kritéria GRF

Tabulka 12 Kategorie GRF u chronických onemocnění ledvin (Viklický, 2013, s. 18)

<b>Kategorie GRF (ml/s/1,73 m<sup>2</sup>) - popis a rozsah</b>	<b>G1</b>	normální nebo vysoká	> 1,5
	<b>G2</b>	lehce snížená	1,0–1,49
	<b>G3a</b>	lehce až středně snížená	0,75–0,99
	<b>G3b</b>	lehce až těžce snížená	0,5–0,74
	<b>G4</b>	těžce snížená	0,25–0,49
	<b>G5</b>	selhání ledvin	< 0,25

Tabulka 13 Kritéria dle KDIGO 2013 pro definici chronického onemocnění ledvin (přítomnost alespoň jednoho z faktorů > 3 měsíce) (Viklický, 2013, s. 15)

<b>Markery poškození ledvin (jeden nebo více)</b>	albuminurie (AER > 30 mg/d, ACR > mg/g (> 3 mg/mmol)); abnormality močového sedimentu; elektrolytové a další abnormality kvůli tubulárnímu poškození; histologické abnormality; strukturní abnormality podle zobrazovacích metod; transplantace ledviny
<b>Snížená GFR</b>	GFR < 1 ml/s na 1,73 m <sup>2</sup> (kategorie GFR G3a–G5)

Příloha B Překódování položek na bodové skóre

<b>Table 3: Step 1-- Recoding Items</b>		
<b>ITEM NUMBERS</b>	<b>Original response category [a]</b>	<b>To recoded value of</b>
4a-d, 5a-c, 21	1 ----- >	0
	2 ----- >	100
3a-j	1 ----- >	0
	2 ----- >	50
	3 ----- >	100
19a, b	1 ----- >	0
	2 ----- >	33.33
	3 ----- >	66.66
	4 ----- >	100
10, 11a, c, 12a-d	1 ----- >	0
	2 ----- >	25
	3 ----- >	50
	4 ----- >	75
	5 ----- >	100
9b, c, f, g, i, 13e 18b	1 ----- >	0
	2 ----- >	20
	3 ----- >	40
	4 ----- >	60
	5 ----- >	80
	6 ----- >	100
20	1 ----- >	100
	2 ----- >	0
1-2, 6, 8, 11b,d, 14a-m, 15a-h, 16a-b, 24a-b	1 ----- >	100
	2 ----- >	75
	3 ----- >	50
	4 ----- >	25
	5 ----- >	0
7, 9a, d, e, h, 13a-d,f 18a,c	1 ----- >	100
	2 ----- >	80
	3 ----- >	60
	4 ----- >	40
	5 ----- >	20
	6 ----- >	0

**Note:** Item 1 and items 7-8 are scored slightly differently by investigators from the New England Medical Center (c.f. Hays et al., 1993). Three of the KDQOL-SF™ items not listed in this table (items 16,17,22,23) require additional instructions (see page 5).

KDQOL-SF™ User's Manual, Version 1.2      Copyright © RAND 1995, 1996, 1997      Page 11.

Obrázek 10 Překódování jednotlivých položek na bodové skóre (Hayes et al., 1997, s. 11)

Příloha C Oblasti v dotazníku KDQOL-SF™

**Table 4: Step 2--Averaging Items to Form Scales**

Scale	Number of Items	After Recoding Per Table 3, Average the Following Items
<b><i>ESRD-targeted Areas</i></b>		
Symptom/problem list	12	14a-k, l (m)*
Effects of kidney disease	8	15a-h
Burden of kidney disease	4	12a-d
Work status	2	20, 21
Cognitive function	3	13b, d, f
Quality of social interaction	3	13a, c, e
Sexual function	2	16a, b
Sleep	4	17, 18a-c
Social support	2	19a, b
Dialysis staff encouragement	2	24a, b
Patient satisfaction	1	23
<b><i>36-item health survey (SF-36)</i></b>		
Physical functioning	10	3a-j
Role--physical	4	4a-d
Pain	2	7, 8
General health	5	1, 11a-d
Emotional well-being	5	9b, c, d, f, h
Role--emotional	3	5a-c
Social function	2	6, 10
Energy/fatigue	4	9a, e, g, i

**Note:** The SF-36 change in health and the 0-10 overall health rating items are scored as single items.

\* 14l is answered by those on hemodialysis; 14m is answered by those on peritoneal dialysis

Obrázek 11 Oblasti a k nim přiřazené jednotlivé položky z dotazníku KDQOL-SF™ (Hayes et al., 1997, s. 12)

Příloha D Průměrné hodnoty

Tabulka 14 Průměrné hodnoty jednotlivých oblastí u různých skupin

Generická část dotazníku KDQOL-SF <sup>TM</sup>		Průměrné hodnoty		
Dimenze	Sledovaný soubor (n=40)	Norma pro českou všeobecnou populaci*	Norma pro americkou populaci**	Výzkum Fructuoso***
Fyzická činnost	44	86,2	51,8	31,9
Omezení pro fyzické problémy	69	69,4	32,5	41,9
Tělesná bolest	81	69,5	60,4	57,6
Celkové zdraví	34	60,3	43	46
Emoční pohoda (duševní zdraví)	82	66,6	69,5	47,1
Omezení pro emoční problémy	96	70,7	57,8	42,3
Společenské fungování	88	74,6	63,6	62,2
Energie/únava	43	54,1	45,9	54,1
Specifická část dotazníku KDQOL-SF <sup>TM</sup>				
Symptomy/problémy při dialýze	79	-	71,2	71,8
Vlivy ledvinového onemocnění	71	-	57,3	59,4
Břímě ledvinového onemocnění	43	-	49,6	26,4
Zaměstnání	34	-	25,3	19,9
Kognitivní funkce	94	-	79,1	68,8
Kvalita sociální interakce	94	-	76,7	80,2
Sexuální fungování	61****	-	69,3	58,4
Spánek	67	-	60,7	58,7
Sociální opora	94	-	64,6	75,1
Povzbuzení od dialyzačního personálu	99	-	69,9	81,3
Spokojenost s péčí	94	-	71,4	70
Otázka č. 22 (dotazník KDQOL-SF <sup>TM</sup> )				
Celkové zdraví	55	-	59,4	46,5

\* standardizované průměrné hodnoty dimenzí SF-36 pro všeobecnou populaci ČR (Sobotík, 1998).

\*\* průměrné hodnoty americké populace dialyzovaných pacientů (Hays et al., 1997)

\*\*\* průměrné hodnoty hemodialyzovaných pacientů ve výzkumu M. R. Fructuosa (2011)

\*\*\*\* Na otázku (č. 16) týkající se sexuálního fungování odpovědělo pouze 20 respondentů

## **Dotazník pro hemodialyzované klienty**

Vážená paní, Vážený pane,

Jmenuji se Tereza Dymáková, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V rámci realizace mé bakalářské práce na téma „Život s hemodialýzou“, se snažím zjistit pomocí dotazníků jaký je Váš život s dialýzou.

Výzkumné šetření se skládá ze tří částí. První část se skládá ze základních údajů o Vás. Druhá část obsahuje krátký dotazník pro zjištění kvality života metodou SEIQoL, kde se Vás budu ptát na pět životních cílů, které jsou pro Vás v současné době nejdůležitější. Třetí část tvoří standardizovaný dotazník KDQOL-SF<sup>TM</sup> na hodnocení kvality života hemodialyzovaných pacientů.

Ujišťuji Vás, že odpovědi jsou zcela anonymní a důvěrné. Získaná data budou použita výhradně ke zpracování této práce.

Z nabízených možností v první části dotazníku vždy vyberte tu, která nejvíce odpovídá Vaší situaci, případně doplňte svými slovy v položce jiné. Další dvě části dotazníku mají pokyny uvedeny samostatně.

V průběhu vyplňování dotazníku Vám budu k dispozici a případné dotazy ráda zodpovím.

Předem Vám děkuji za Váš čas strávený s vyplněním tohoto dotazníkového šetření.

### **1. část - Základní údaje**

**1. Jaké je Vaše pohlaví:**

- ŽENA
- MUŽ

**2. Kolik je Vám let?**

---

**3. Odkdy jste zařazen/a do dialyzačního programu?**

---

**4. Kolikrát týdně dialyzační středisko navštěvujete?**

---

**5. Z jakého důvodu Vám selhaly ledviny?**

- Vlivem diabetes mellitus (cukrovky)
- Vlivem arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak)

- Vlivem nedědičného onemocnění ledvin
  - Vlivem dědičného onemocnění ledvin
  - Nevím
  - Jiné (prosím uveďte)
- 

**6. Nastala u Vás změna v zaměstnání od té doby, co jste zařazen/a v dialyzačním programu?**

- Ne, žádné změny nenastaly
  - Ne, žádné změny nenastaly, byl/a jsem již ve starobním důchodě
  - Ano, došlo ke změně zaměstnání
  - Ano, došlo ke ztrátě zaměstnání a nyní nepracuji
  - Ano, pracuji již jen na zkrácený úvazek
  - Ano, přešel /a jsem do invalidního důchodu
  - Jiné (prosím uveďte)
- 

**7. Znáte nějakou společnost, která pomáhá dialyzovaným?**

- Ne
- Ano

Následující otázku č. 8 vyplňte pouze v případě **kladné** odpovědi na otázku č. 7.

**8. Které ze společností pomáhajících dialyzovaným pacientů znáte?**

---

**9. Znáte časopis Stěžněň?**

- Ne
- Ano

**10. Byl/a jste někdy od zařazení do dialyzačního programu v zahraničí na dovolené?**

- Ne
- Ano

**11. Už jste někdy slyšel/la o „prázdninových dialýzách“?**

- Ne
- Ano

Následující otázku č. 12 vyplňte pouze v případě **kladné** odpovědi na otázku č. 11.

**12. Oslovil/a jste někdy nějakou společnost, která pomáhá dialyzovaným pacientům zařídit pobyt v zahraničí?**

---

## 2. část - dotazník SEIQoL

### Instrukce k vyplnění (Křivohlavý, 2009, s. 246–248):

1. Vypište celkem 5 pro Vás osobně **nejdůležitějších** oblastí - životních cílů. Každou oblast zájmů napište na jednu řádku. Nepište jich více ani méně. Napište nejprve heslovitě hlavní téma, např. rodina a potom toto téma rozved'te a konkrétněji popište, o co se jedná (vztahy v rodině, založení rodiny apod.).

2. Uved'te u každého tématu, jak se Vám podle vašeho zdání daří uskutečňovat to, čeho jste chtěli v dané oblasti zájmu dosáhnout, tj. jak jste s naplněním svého cíle **spokojeni**. Uved'te to v procentech od nuly do 100 %, kde 0 % je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojen/a) a 100 % znamená, že jsem zcela spokojen/a s daným zaměřením života (daří se mi to dokonale).

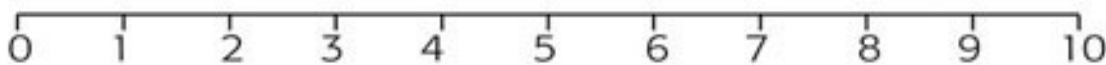
3. Uved'te u každé oblasti zájmu, jak moc je tato oblast pro vás **důležitá**. To napište na levý okraj - a sice v procentech. Představte si, že pro všech pět témat (řádek), které jste uvedl/a, máte k dispozici celkem 100 %. Vaším úkolem je rozdělit těchto 100 % mezi vámi uvedených pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro vás důležité. Součet všech pěti čísel v prvním sloupečku musí tak dávat dohromady 100 %.

4. Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměru vaší životní spokojenosti se životem“.

<b>Důležitost</b> daného tématu v %	<b>Životní téma - Oč Vám v životě jde a oč Vám jde především (nejvíce)</b>	<b>Míra spokojenosti</b> v % (v každé řádce od 0 až 100 %)

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100%.

### **Míra spokojenosti se životem:**



je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

-----  
Toto prosím nevyplňujte:

Celková úroveň QL (tzv. SEIQoL index):

Celková míra spokojenosti se životem:

### 3. část - standardizovaný dotazník KDQOL-SF™

---

# Vaše zdraví — a — spokojenost

## **Onemocnění ledvin a kvalita života (KDQOL-SF™)**

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o svém zdravotním stavu. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.



*Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku*

---

Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™)  
Czech Version 1.2  
Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona  
For Items 1 - 11: SF-36® Health Survey © 1988, 2002 by Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated.

f:\institut\cultadap\project\inn1903\question\finalversions\kdqolczech.doc-10/04/2003



# **Výzkum kvality života u dialyzovaných pacientů**

---

---

## **Co je cílem výzkumu?**

Tento výzkum probíhá ve spolupráci s lékaři a jejich pacienty. Cílem výzkumu je zhodnotit kvalitu života u pacientů s onemocněním ledvin.

## **O co budu požádán/a?**

Pro výzkum potřebujeme, abyste dnes vyplnil/a dotazník o svém zdravotním stavu, o svých pocitech a zázemí.

## **Je zaručena důvěrnost informací?**

Nikde nebude uvedeno Vaše jméno. Při prezentaci výsledků výzkumu budou Vaše odpovědi zpracovávány hromadně s odpověďmi ostatních účastníků. Veškeré informace, které by mohly vést k Vaší identifikaci, budou považovány za přísně důvěrné. Kromě toho budou veškeré získané informace použity jen pro účely tohoto výzkumu a nebudou zveřejněny nebo předány dále k jakémukoli jinému účelu bez Vašeho předchozího souhlasu.

## **Bude pro mne účast ve výzkumu užitečná?**

Z informací, které nám poskytnete, se dozvíme, co si myslíte o zdravotní péči, a dozvíme se více o vlivu lékařské péče na zdravotní stav pacientů. To nám pomůže zhodnotit poskytovanou péči.

## **Musím se zúčastnit?**

Nemusíte dotazník vyplňovat a nemusíte odpovídat na všechny otázky. Vaše rozhodnutí o účasti ve výzkumu neovlivní to, jaké péče se Vám dostane.

## Pokyny pro vyplnění dotazníku

---

---

- A. V dotazníku zjišťujeme, co si myslíte o svém zdravotním stavu. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.
- B. Dotazník obsahuje různé otázky o Vašem zdravotním stavu a o Vašem životě. Zajímá nás, co si o těchto oblastech myslíte.
- C. Odpovězte, prosím, na otázky tak, že zaškrtnete příslušný čtvereček nebo doplníte požadovanou odpověď.

### Příklad:

Jak moc Vás v posledních čtyřech týdnech bolela záda?  
(zaškrtněte jeden čtvereček)

- |             |                                     |   |
|-------------|-------------------------------------|---|
| vůbec ne    | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| velmi slabě | <input type="checkbox"/>            | 2 |
| slabě       | <input type="checkbox"/>            | 3 |
| středně     | <input type="checkbox"/>            | 4 |
| silně       | <input type="checkbox"/>            | 5 |

- D. V tomto dotazníku je několik otázek, které zjišťují vliv onemocnění ledvin na Váš život. Další otázky se týkají omezení, které souvisí s Vaším ledvinovým onemocněním, jiné se ptají na Vaši spokojenost. Některé otázky si jsou velmi podobné, ale každá se v něčem liší od těch ostatních. Odpovězte, prosím, na všechny otázky co nejpoctivěji. Pokud si nejste jist/a, jak odpovědět, zvolte tu nejhodnější odpověď, jakou můžete vybrat. Umožníte nám tím získat přesnější představu o různých zkušenostech osob s onemocněním ledvin.

**DĚKUJEME VÁM ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU**

## Váš zdravotní stav

Tento dotazník obsahuje různé otázky o Vašem zdravotním stavu a o Vašem životě. Zajímá nás, co si o těchto oblastech myslíte.

1. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově: [Označte křížkem ☒ čtvereček, který nejlépe vystihuje Vaši odpověď.]

výtečné	velmi dobré	dobré	docela dobré	špatné
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

2. Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

mnohem lepší než před rokem	poněkud lepší než před rokem	přibližně stejné jako před rokem	poněkud horší než před rokem	mnohem horší než před rokem
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

strana 1

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit

Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? [Označte křížkem ☒ čtvereček na každé řádce.]**

	ano, omezuje hodně	ano, omezuje trochu	ne, vůbec neomezuje
a <u>Usilovné činnosti</u> , jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů.....	τ	τ	τ
b <u>Středně namáhavé činnosti</u> , jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole .....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
c Zvedání nebo nošení běžného nákupu .....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
d Vyjít po schodech <u>několik</u> pater .....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
e Vyjít po schodech <u>jedno</u> patro .....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
f Předklon, sehnutí se, poklek .....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
g Chůze asi <u>jeden kilometr</u> .....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
h Chůze po ulici <u>několik set metrů</u> .....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
i Chůze po ulici <u>sto metrů</u> .....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
j Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci. ....	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>

**strana 2**

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit  
 Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?**

		ano		ne		
		τ		τ		
a	Zkrátil se <u>čas</u> , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti.....	<input type="checkbox"/>	1	.....	<input type="checkbox"/>	2
b	<u>Udělal/a jste méně</u> , než jste chtěl/a.....	<input type="checkbox"/>	1	.....	<input type="checkbox"/>	2
c	Byl/a jste omezen/a v <u>druhu</u> práce nebo jiných činnostech.....	<input type="checkbox"/>	1	.....	<input type="checkbox"/>	2
d	Měl/a jste <u>potíže</u> při práci nebo jiných činnostech (například jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí).....	<input type="checkbox"/>	1	.....	<input type="checkbox"/>	2

**5. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?**

		ano		ne		
		τ		τ		
a	Zkrátil se <u>čas</u> , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti.....	<input type="checkbox"/>	1	.....	<input type="checkbox"/>	2
b	<u>Udělal/a jste méně</u> , než jste chtěl/a.....	<input type="checkbox"/>	1	.....	<input type="checkbox"/>	2
c	Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně <u>pozorný/á</u> než obvykle.....	<input type="checkbox"/>	1	.....	<input type="checkbox"/>	2

**strana 3**

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute    Protocol:    KDQOL-SF    Screening Visit  
 Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

vůbec ne	trochu	mírně	poměrně dost	velmi silně
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

7. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

žádné	velmi mírné	mírné	střední	silné	velmi silné
τ	τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

vůbec ne	trochu	mírně	poměrně dost	velmi silně
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

strana 4

**9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a. Jak často v posledních 4 týdnech...**

	dost					
	pořád	většinou	často	občas	málokdy	nikdy
	τ	τ	τ	τ	τ	τ
a	jste se cítil/a plný/á elánu? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	jste byl/a velmi nervózní? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	jste pociťoval/a klid a pohodu? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	jste byl/a plný/á energie? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	jste pociťoval/a pesimismus a smutek? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	jste se cítil/a vyčerpaný/á? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	jste byl/a šťastný/á? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	jste se cítil/a unaven/a? .....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**strana 5**

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute    Protocol: \_\_\_\_\_    KDQOL-SF    Screening Visit  
 Subject Number: \_\_\_\_\_    Subject Initials: \_\_\_\_\_    Visit Number: \_\_\_\_\_    Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**10. Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?**

pořád	většinu času	občas	málokdy	nikdy
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí nebo neplatí každé z následujících tvrzení.**

	určitě platí	většinou platí	nejsem si jist/a	většinou neplatí	určitě neplatí
	τ	τ	τ	τ	τ
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí) poněkud snadněji, než jiní lidé .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Jsem stejně zdrav/a jako kdokoli jiný .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mé zdraví je perfektní.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**strana 6**

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit  
 Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Vaše onemocnění ledvin

12. Do jaké míry pro Vás platí nebo neplatí každé z následujících tvrzení?

	určitě platí	většinou platí	nejsem si jist/a	většinou neplatí	určitě neplatí
a Onemocnění ledvin značně ovlivňuje můj život.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Onemocnění ledvin mě připravuje o příliš mnoho času .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Jsem nešťastný/á nebo otrávený/á z toho, že se musím zabývat svým onemocněním ledvin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Připadá mi, že zatěžuji rodinu .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

strana 7

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit

Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**13. Tyto otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.**

**Jak často v posledních 4 týdnech...**

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
	τ	τ	τ	τ	τ	τ
a jste se vyhýbal/a lidem kolem Vás?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b jste zpomalně reagoval/a na to, co někdo řekl nebo udělal? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c jste s lidmi kolem Vás jednal/a podrážděně? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
d jste měl/a potíže se soustředěním nebo s myšlením? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
e jste vycházel/a dobře s ostatními? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
f jste byl/a zmatený/á? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

**strana 8**

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit

Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**14. Do jaké míry Vás v posledních 4 týdnech obtěžovaly dále uvedené potíže?**

	vůbec mě neobtěžovaly	trochu mě obtěžovaly	středně mě obtěžovaly	hodně mě obtěžovaly	maximálně mě obtěžovaly
	τ	τ	τ	τ	τ
a Bolest svalů? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Bolest na prsou? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Křeče? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Svědění pokožky? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Suchá pokožka? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Dýchavičnost? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Mdloby nebo závratě? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Nechutenství? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Vyčerpání nebo velká únava? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j Ztráta citlivosti v rukou nebo nohou? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k Nevolnost nebo podrážděný žaludek? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l (Pouze pro pacienty s hemodialýzou) Potíže s cévním připojením? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m (Pouze pro pacienty s peritoneální dialýzou) Potíže s katétrem? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**strana 9**

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit

Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Vliv onemocnění ledvin na Váš každodenní život

15. Některým lidem vadí důsledky onemocnění ledvin v běžném životě více a někomu vůbec ne. Nakolik obtěžuje onemocnění ledvin Vás v dále uvedených oblastech?

	vůbec mě neobtěžuje	trochu mě obtěžuje	středně mě obtěžuje	hodně mě obtěžuje	maximálně mě obtěžuje
	τ	τ	τ	τ	τ
a Omezení tekutin? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Dietní omezení? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Schopnost provádět domácí práce? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Schopnost cestovat? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Závislost na lékařích a dalším zdravotnickém personálu? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Stres nebo obavy způsobené ledvinovým onemocněním? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g Sexuální život? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h Osobní vzhled? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

strana 10

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol:

KDQOL-SF

Screening Visit

Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**16. Další dvě otázky jsou velmi osobní a týkají se Vaší sexuální aktivity, ale Vaše odpovědi jsou důležité pro to, abychom pochopili, jaké dopady má onemocnění ledvin na život člověka.**

**Jak velký problém pro Vás v posledních 4 týdnech představovaly následující oblasti?**

	žádný problém	malý problém	střední problém	velký problém	velmi závažný problém
	τ	τ	τ	τ	τ
a. Potěšení ze sexu? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Sexuální vzrušení? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**17. V následující otázce prosím zhodnoťte svůj spánek na stupnici od 0, což znamená “velmi špatný” až po 10, což znamená “velmi dobrý”.**

**Pokud si myslíte, že Váš spánek je uprostřed mezi “velmi špatný” a “velmi dobrý”, označte čtvereček pod číslem 5. Pokud si myslíte, že Váš spánek je o jeden stupeň lepší než 5, označte čtvereček pod číslem 6. Pokud si myslíte, že Váš spánek je o jeden stupeň horší než 5, označte čtvereček pod číslem 4 (apod.).**

**Jak byste celkově hodnotil/a svůj spánek na stupnici od 0 do 10? [Označte křížkem ☒ jeden čtvereček.]**

velmi špatný											velmi dobrý	
τ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	τ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**strana 11**

**18. Jak často v posledních 4 týdnech...**

	nikdy	málokdy	občas	dost často	většinou	pořád
a	τ	τ	τ	τ	τ	τ
jste se v noci probudil/a a nedařilo se Vám zase usnout? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b						
jste spal/a tolik, kolik potřebujete? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c						
dělalo Vám potíže zůstat vzhůru během dne? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

**19. Pokud jde o Vaši rodinu a přátele, jak jste spokojen/a s...**

	velmi nespokojen/a	spíše nespokojen/a	spíše spokojen/a	velmi spokojen/a
a	τ	τ	τ	τ
množstvím času, které můžete trávit s rodinou a přáteli? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4
b				
podporou, které se Vám dostává od rodiny a přátel? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4

strana 12

The R. W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit  
 Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**20. Vykonával/a jste v posledních 4 týdnech placenou práci?**

ano	ne
τ	τ
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**21. Znemožňuje Vám zdravotní stav vykonávat placenou práci?**

ano	ne
τ	τ
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**22. Jak byste celkově hodnotil/a svůj zdravotní stav?**

nejhorší, co může být (tak špatný nebo horší než být po smrti)				uprostřed mezi nejhorším a nejlepším				nejlepší, co může být		
τ					τ					τ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**strana 13**

The R.W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit

Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Spokojenost se zdravotní péčí

**23. Vezměte do úvahy péči, kterou dostáváte v souvislosti s dialýzou. Pokud jde o Vaši spokojenost, jak byste hodnotil/a vlídnost a zájem věnovaný Vaší osobě?**

velmi špatná	špatná	ucházející	dobrá	velmi dobrá	výborná	nejlepší
τ	τ	τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

**24. Do jaké míry pro Vás platí nebo neplatí každé z následujících tvrzení?**

	určitě platí	většinou platí	nejsem si jist/a	většinou neplatí	určitě neplatí
	τ	τ	τ	τ	τ
a	Personál na dialýze mě povzbuzuje, abych byl/a tak soběstačný/á, jak je to jen možné ..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2 ..... <input type="checkbox"/> 3 ..... <input type="checkbox"/> 4 ..... <input type="checkbox"/> 5				
b	Personál na dialýze mně pomáhá se vyrovnat s onemocněním ledvin ..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2 ..... <input type="checkbox"/> 3 ..... <input type="checkbox"/> 4 ..... <input type="checkbox"/> 5				

***Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku***

**strana 14**

The R. W. Johnson Pharmaceutical Research Institute Protocol: KDQOL-SF Screening Visit

Subject Number: \_\_\_\_\_ Subject Initials: \_\_\_\_\_ Visit Number: \_\_\_\_\_ Visit Date (m/d/y): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_