

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Pavλίna Zelinková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou

Pavčina Zelinková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavína Zelinková**
Osobní číslo: **Z12332**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou**

Zadávací 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. LACHMANOVÁ, Jana. Vše o hemodialýze pro sestry. 1. vydání. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-807-2625-529.
2. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
3. SCHÜCK, Otto. Nefrologie pro sestry: Učební text. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 213 s. Sestra. ISBN 80-701-3165-9.
4. BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ. Peritoneální dialýza: Učební text. 2. rozš. vydání. Praha: Maxdorf, 2007. 334 s. Sestra. ISBN 978-807-3450-052.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2015

Prohlášení

Tuto práci jsem 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 29.4.2015

Pavčina Zelinková

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Janě Škvrňákové, Ph.D. za pečlivé, zodpovědné a vstřícné vedení při vypracování této bakalářské práce a za její cenné rady a připomínky.

Děkuji také všem zúčastněným pracovníkům a pacientům, kteří se podíleli na výzkumu a sběru dat. V neposlední řadě děkuji vedoucímu lékaři Dialyzačního střediska Fresenius Medical Care, s.r.o. v Chrudimi MUDr. Janu Hajnému za umožnění provedení výzkumu.

Zároveň děkuji své rodině za podporu při studiu a vypracování bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce je věnována kvalitě života pacientů s chronickým selháním ledvin, kteří jsou léčeni metodou hemodialýzy a peritoneální dialýzou.

Kvalita života je hodnocena na základě standardizovaného dotazníku u takto léčených pacientů. Toto hodnocení umožňuje porovnat míru kvality života mezi dvěma skupinami dialyzovaných pacientů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Hemodialýza, kvalita života, onemocnění ledvin, peritoneální dialýza

TITLE

The quality of life of patients treated with hemodialysis and peritoneal dialysis

ANNOTATION

This bachelor thesis analyses the quality of life of chronic kidney disease patients who are treated with hemodialysis and peritoneal dialysis.

The quality of life is assessed by means of a standardized questionnaire. This assessment allows comparing the level of quality of life between the two groups of dialysis patients.

KEY WORDS

Hemodialysis, quality of life, kidney disease, peritoneal dialysis

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	10
SEZNAM TABULEK.....	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK.....	12
ÚVOD.....	12
CÍLE PRÁCE.....	15
I TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 Selhání ledvin.....	16
1.1 Akutní selhání ledvin.....	17
1.2 Chronické selhání ledvin a chronická renální insuficience.....	17
1.2.1 Patofyziologie CHSL.....	18
1.3 Vrozené dědičné poruchy.....	18
1.3.1 Polycystická choroba ledvin autozomálně dominantního typu.....	18
1.3.2 Nemoci kolagenu IV - Alportův syndrom.....	19
1.3.3 Vrozený nefrotický syndrom.....	19
1.4 Tumory ledvin.....	20
1.4.1 Wilmsův tumor.....	20
1.4.2 Nádory ledvinné pánvičky a ureteru.....	21
1.5 Glomerulonefritidy.....	21
1.5.1 Akutní glomerulonefritida.....	21
1.5.2 Chronická glomerulonefritida.....	21
1.5.3 Nefrotický syndrom.....	22
2 Metody léčby náhradní funkce ledvin u pacientů s onemocněním ledvin.....	24
2.1 Hemodialyzační léčba.....	24
2.2 Peritoneální dialýza.....	25
2.2.1 Metody peritoneální dialýzy.....	26
2.2.2 Indikace a kontraindikace peritoneální dialýzy.....	26
2.3 Transplantace ledvin.....	27
2.3.1 Zařazení na čekací listinu.....	27
2.4 Edukace pacientů a příprava dle dané léčebné metody.....	28

2.4.1 Edukace se dělí do pěti fází:.....	29
2.4.2 Cíle edukace u pacientů s dialýzou	29
2.5 Sociální dávky pro dialyzované pacienty.....	32
3 Kvalita života.....	33
3.1 Pojem kvalita života.....	33
3.2 Kvalita života a zdraví	34
3.3 Pojetí kvality života	34
3.3.1 Měření kvality života.....	35
3.3.2 Nástroje měření kvality života.....	35
3.4 Kvalita života dialyzovaných pacientů.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
4 Metodika	39
4.2 Standardizovaný dotazník KDQOL SF TM	39
4.4 Organizace výzkumného šetření.....	40
4.5 Charakteristika zkoumaného souboru	40
5 Výsledky výzkumného šetření.....	41
5.1 Výsledky hodnocení standardizovaného dotazníku KDQOL-SF TM v české verzi	41
6 Diskuze	68
7 Závěr	72
8 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	75
9 PŘÍLOHY	80
SEZNAM PŘÍLOH	80
Příloha A Princip hemodialýzy	81
Dialyzátor a dialyzační monitor	81
Cévní přístup	82
Příloha B Princip peritoneální dialýzy	85
Peritoneální katétr	86
Komplikace peritoneální dialýzy	87
Příloha C Demografická data	89

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Subjektivní hodnocení zdraví respondentů	41
Obrázek 2 Porovnání zdraví respondentů dnes se zdravím před rokem.....	42
Obrázek 3 Hodnocení problémů respondenty při denní činnosti	45
Obrázek 4 Emocionální potíže respondentů při běžných denních činnostech.....	46
Obrázek 5 Emoce a zdravotní stav ve společenském životě respondentů	47
Obrázek 6 Bolesti respondentů v posledních 4 týdnech	48
Obrázek 7 Bolesti bránic respondentům v práci.....	49
Obrázek 8 Zdravotní a emocionální potíže respondentů bránící společenskému životu.....	52
Obrázek 9 Hodnocení respondentů potěšení ze sexu.....	59
Obrázek 10 Hodnocení respondentů sexuálního vzrušení.....	60
Obrázek 11 Subjektivní hodnocení spánku respondenty.....	60
Obrázek 12 Problém s usnutím po probuzení.....	61
Obrázek 13 Spánek dle potřeby.....	62
Obrázek 14 Potíže respondentů zůstat během dne vzhůru	62
Obrázek 15 Spokojenost respondentů s časem stráveným s rodinou a přáteli	63
Obrázek 16 Spokojenost respondentů s podporou rodiny a přátel	64
Obrázek 17 Vykonávání placené práce respondenty.....	64
Obrázek 18 Vliv onemocnění ledvin respondentů vykonávat placenou práci.....	65
Obrázek 19 Celkové hodnocení zdravotního stavu respondenty.....	65
Obrázek 20 Vlídlost a zájem věnovaný respondentům.....	66
Obrázek 21 Hodnocení personálu na dialýze respondenty.....	67
Obrázek 22 Pomoc personálu s vyrovnáním se s onemocněním.....	67
Obrázek 23 Dialyzační systém 5008S CorDiax	81
Obrázek 24 Cévní přístupy	82
Obrázek 25 Princip peritoneální dialýzy	85
Obrázek 26 Vyústění místa katétru - exit site.....	86
Obrázek 27 Tenckhoffův peritoneální katétr, transfer set.....	87

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Omezení zdraví respondentů činnostmi.....	43
Tabulka 2 Pocity respondentů v posledních 4 týdnech.....	50

Tabulka 3 Nemoc a zdraví u respondentů	53
Tabulka 4 Subjektivní vnímání onemocnění ledvin respondenty.....	54
Tabulka 5 Pocity respondentů na své okolí	55
Tabulka 6 Potíže respondentů související s dialyzační léčbou	56
Tabulka 7 Omezení respondentů související s dialyzační léčbou.....	58
Tabulka 8 Komplikace hemodialýzy	84
Tabulka 9 Komplikace peritoneální dialýzy	88

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ABO	system krevních skupin
ABR	acidobazická rovnováha
ACEI	inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AS	alportův syndrom
ASL	akutní selhání ledvin
AST	aspartátaminotransferáza
ATB	antibiotika
AVF	arteriovenósní fistule
CAPD	kontinuální ambulantní peritoneální dialýza
CCPD	cyklická ambulantní peritoneální dialýza
CT	počítačová tomografie
DK	dolní končetina
eGF	odhadovaná (ze vzorce počítaná) glomerulární filtrace
HD	hemodialýza
HDS	hemodialyzační středisko
HLA	antigény histokompatibilního systému
CHRI	chronická renální insuficience
CHSL	chronické selhání ledvin
KDQOL	Kidney Disease Quality Of Life
KŽ	kvalita života
MR	magnetická rezonance
NF	nefrotický syndrom
PD	peritoneální dialýza
PDL	pravidelná dialyzační léčba
PCHLAD	polycystická choroba ledvin autozomálně dominantního typu
QUICK	protrombinový test
RTG	rentgenové vyšetření
TK	krevní tlak

TL	transplantace
UF	ultrafiltrace
USG	ultrasonografické vyšetření
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Koncept kvality života v medicíně a ošetrovatelství má svou nezastupitelnou specifickou pozici. Její začlenění do výzkumných projektů a praxe může poskytnout možnost porozumět podstatě lidského života. Jde o ucelený koncept, který charakterizuje oblast tělesné a psychické pohody, oblast spirituální, sociální vztahy, ale i somatické aspekty spojené s léčbou onemocnění. Umožňuje tak zdravotníkům plánovat péči tak, aby byla poskytována s nejvyšším prospěchem pro pacienta vzhledem k jeho potřebám, které se mění v závislosti na zdravotním stavu (Gurková, 2011, s. 13).

Plnohodnotný, šťastný život a zdraví je přáním většiny lidí. Hodnota zdraví je důležitá pro dobrou kvalitu života, plnění sociálních rolí a seberealizaci. Zdraví souvisí s kvalitou života, která je nejčastěji hodnocena u chronicky nemocných. Chronické onemocnění je nevyлéčitelné, invalidizující a trvá několik let, až do smrti nemocného. Mezi chronická onemocnění patří selhání ledvin a mnoho z nás si nedokáže představit, co všechno pacienti, kteří jsou zařazeni do pravidelné dialyzační léčby musí absolvovat. Nejde zde nejen o náročnost dialyzační léčby, ale i samotné prožívání pacienta a vyrovnání se s nejistotami, které tato léčba přináší. V bakalářské práci se snažím nastínit nejaktuálnější problémy těchto pacientů, najít řešení a tím se aktivně podílet na zkvalitnění jejich života.

Dříve se medicína zabývala spíše fyzickým stavem pacienta a klinickými projevy nemoci. V pozadí zůstávaly potřeby psychické, sociální a duševní. V současné době se v medicíně intenzivně hovoří o kvalitě života nemocných. Stále více je kladen důraz nejen na poskytování péče zdravotníkům, která je zaměřena na prodloužení délky lidského života, ale také na to, jak kvalitní budou měsíce a léta přidaná lidskému životu naší léčbou.

Výzkumem kvality života u dialyzovaných pacientů se zabývala autorka Mahrová, která hodnotí vliv šestiměsíční aplikace řízené pohybové aktivity v průběhu dialýzy v odborné studii *„Kvalita života dialyzovaných jedinců v ČR ve vztahu k fyzické aktivitě“*. Další publikovaný výzkum, který pojednává o kvalitě života u dialyzovaných pacientů jako součásti ošetrovatelství, je od autorů Olišárová, Dolák, Tóthová. Závěry tohoto výzkumu ukázaly, že k determinantám, které výrazně ovlivňují subjektivní hodnocení kvality života, patří věk, rodinný stav respondentů, výskyt chronických onemocnění a sociální zdraví.

Téma „Kvalita života u pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou“ jsem si vybrala z důvodu mého velkého zájmu o tyto pacienty. Otázka kvality života mě zajímala již

v době, kdy jsem pracovala jako dialyzační sestra a současně i jako sestra peritoneální. Zajímá mě, co si vybrané skupiny pacientů myslí, jak hodnotí svůj život a jak bychom mohli v této oblasti pacientům pomoci. Cílem této bakalářské práce je poznat a zhodnotit subjektivní vnímání kvality života dialyzovaných pacientů. Kvalita života je u nich narušena náročnou léčbou a zdravotní péčí, kterou však tyto pacienti k životu potřebují.

V České republice bylo v roce 2013 celkem 103 dialyzačních středisek a ke dni 31. 12. 2013 bylo léčeno dialýzou 6310 pacientů. Bylo provedeno celkem 904 006 hemoeliminačních výkonů, peritoneální dialýzou bylo léčeno 519 pacientů (ČNS, Ročenka, online, 2014). V roce 2014 bylo provedeno dle Koordinačního střediska transplantací 507 transplantací od žijících a kadaverózních dárců (Kst, online, 2015-04-15).

Postoj k léčbě a péči o pacienta v minulosti byl zaměřen na tělesný zdravotní stav. Psychickou, sociální a spirituální oblastí se zdravotnický personál příliš nezabýval. V dnešní době se situace změnila a pohled na pacienta je celostní a kvalita života je sledována i ve vztahu k délce života.

Rozvoj medicíny je v současné době na vysoké úrovni, neustále se zdokonaluje a vývoj postupuje dopředu. Toto se týká i dialyzační léčby, která je velice kvalitní, ale náročná pro pacienty ve všech složkách života (zaměstnání, rodinné vztahy, partnerské vztahy atd.). Tento typ terapie je spojen nejen s fyzickými obtížemi, ale i s depresemi, úzkostí, strachem, pocity beznaděje, agresivním chováním, ztrátou sociálních kontaktů, zájmů, koníčků, přátel. Dialyzační léčba má svá specifika, např. užívání léků, pitný režim, mění se způsob stravování, sestava jídelníčku, ale zasahuje i do rodinného zázemí. U většiny pacientů se setkáváme s oporou pacienta rodinnými příslušníky.

Autorka Znojová uvádí, že pacienti na dialýze snášejí pocity závislosti na přístroji a zdravotnickém personálu dialyzačního střediska psychicky hůře, než obavy z ohrožení života. Léčba je stresující a nemocný při ní cítí bolest, strach z punkce fistule jehlou a z jiných komplikací, které vyplývají z léčby (např. nevolnost, křeče, hypotenze aj.). Pro předcházení stresu, úzkosti, obav je dobré poskytnout nemocnému dostatek informací o léčbě, o tom, co ho čeká, o funkci dialyzačního přístroje, jak se má stravovat a v neposlední řadě i psychologickou oporu či péči odborníka. Jmenované intervence snižují tíhu stresu, zvyšují pacientovu spolupráci při léčbě, a tím i jeho kvalitu života. Odborné články, které se zaměřují na kvalitu života (KŽ) těchto pacientů, zmiňuje autorka Znojová ve svém článku „*Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa*“. Jedná se o výsledky šetření, které bylo

prováděno na 50 hemodialyzačních střediscích v celé ČR, zúčastnilo se ho 700 dialyzovaných pacientů. Na otázku: „Jak hodnotíte KŽ v posledním měsíci“, 525 nemocných uvedlo odpověď, že průměrnou nebo lepší. Pacienti, kteří žijí s dialýzou dlouho a dobře se adaptovali na léčbu, velmi často v rozhovorech říkají shodné čtyři věty: „Já chci žít.“ Pacient je rozhodnut žít za každou cenu i s dialýzou se všemi těžkostmi, které z léčby plynou. Druhá věta: „Jsem to stále já.“ U této věty často uvádějí, že i když dialýza převrátí jejich život naruby a postihuje tělesnou schránku, to podstatné v nich zůstává stejné jako před nemocí. Třetí tvrzení: „Stále mám svoji cenu.“ Pacienti s těžkým chronickým onemocněním mluví o tom, že mají stejnou cenu pro sebe a pro druhé, jako když byli zdraví. Čtvrtou větou: „Mám kontrolu nad svým životem.“ U této věty nemocní vyjadřovali, jak bude jejich život vypadat, protože mají svůj život pod kontrolou a řídí si ho (Stěžen, online, 2015-03-07).

Kvalitou života se zabývá i odborný článek Mária Ležoviča, který zjistil, jak hodnotí pacienti s chronickým selháním ledvin (CHSL) klíčové oblasti svého života, jak jsou pro ně důležité a jak jsou s nimi spokojeni. Výzkumu se zúčastnilo 100 pacientů z dialyzačních center v Bratislavě a výsledky hodnocení ukázaly, že 45 % pacientů hodnotí kvalitu života ani jako zlou, ani dobrou. Bylo 35 % mužů a 29 % žen se svým zdravím spokojeno. Závěr tohoto výzkumu byl, že KŽ s chronickým selháním ledvin (CHSL) nezpůsobuje jen fyzické problémy, ale zanechává následky na psychice. Proto je nutné se touto problematikou zabývat a věnovat pozornost psychickému stavu pacienta (Lekársky obzor, online, 2015-03-07).

V první části bakalářské práce jsou popsány teoretické poznatky o onemocnění ledvin, léčba, náhrada funkce ledvin a vysvětlení základních pojmů spojených s kvalitou života a zdraví.

Druhá část práce se zaměřuje na kvantitativní výzkum, který se zabývá subjektivním vnímání potřeb pacientů s onemocněním ledvin zařazených do pravidelného dialyzačního programu formou standardizovaného dotazníkového šetření KDQOL SFTM. Chtěla bych problematiku všem přiblížit a získané poznatky aplikovat v praxi.

CÍLE PRÁCE

Cílem bakalářské práce je vyhodnotit kvalitu života pacientů s chronickým selháním ledvin, kteří jsou zařazeni v pravidelném dialyzačním programu nejméně 1 rok a zvolili si metodu léčby hemodialýzou nebo metodu peritoneální dialýzy prostřednictvím standardizovaného dotazníku KDQOL SF™. Zaměřit se na oblasti sociální, psychické a fyzické. Jak je těmito pacienty onemocnění vnímáno a zda můžeme těmto pacientům v těchto oblastech pomoci zlepšit kvalitu života.

Cíle bakalářské práce:

1. Zhodnotit, jak respondenti s hemodialýzou a peritoneální dialýzou vnímají kvalitu života.
2. Poznat, jak respondenti vnímají vykonávání běžných všedních činností.
3. Posoudit dle výsledků, jak respondenti vnímají důsledky onemocnění v každodenním životě.
4. Zodpovědět, zda respondenti mají dostatek informací o své nemoci, léčbě, změnách životosprávy a jsou – li srozumitelně edukováni zdravotnickým personálem.

I TEORETICKÁ ČÁST

Bakalářská práce hodnotí kvalitu života u pacientů s onemocněním ledvin. V této kapitole jsou uvedeny parametry onemocnění ledvin, konzervativní léčba, metody náhrady funkce ledvin. Dále jsou v této kapitole uvedeny pojmy týkající se kvality života.

1 Selhání ledvin

„Selhání ledvin je stav, kdy ledviny nejsou schopny v dostatečném množství vylučovat produkty dusíkatého metabolismu a udržet stálost vnitřního prostředí. Výsledkem je hromadění metabolitů, vody a minerální rozvrat. Dle rychlosti selhávání rozlišujeme akutní selhání ledvin (ASL), vznikající náhle a chronické selhání ledvin (CHSL), při kterém jsou funkce ledvin narušovány pozvolně a tento stav může probíhat několik měsíců či let” (Lachmanová, 2008, s. 11).

Ledviny mají nezastupitelnou roli v organismu, která je umožněna následujícími funkcemi:

1. Vylučování endogenních katabolitů (např. dusíkatých látek) a řízení homeostázy vnitřního prostředí, dále udržení stálého objemu a složení extracelulární tekutiny z hlediska elektrolytového složení osmotické koncentrace a acidobazické rovnováhy (ABR).
2. Vylučování cizorodých látek, které narušují normální složení vnitřního prostředí. Do této skupiny patří i řada léků.
3. Metabolicko – endokrinní funkce zajišťující tvorbu látek hormonálního charakteru a díky metabolické přeměně v ledvině se tvoří z látek neúčinných (nebo méně účinné) látky vysoce biologicky aktivní. Jako příklad lze uvést tvorbu erythropoetinu, který stimuluje kostní dřeň k tvorbě erytrocytů, nebo přeměnu vitamínu D. V ledvinách dochází rovněž k metabolické inaktivaci některých hormonů např. inzulínu nebo parathormonu. Dále jsou zde tvořeny látky, které přímo nebo nepřímo ovlivňují oběhové ústrojí (např. renin, prostaglandiny) (Teplan a kol., 2000, s. 15).

Poruchy těchto ledvinných funkcí mohou vést nejen k selhání ledvin, ale ve vážných případech i ke smrti.

1.1 Akutní selhání ledvin

„Akutní selhání ledvin (ASL) je náhlý, výrazný, často reverzibilní pokles exkrečně – metabolické funkce ledvin, který je ve své těžší formě spojen s výrazným poklesem diurézy (oligurie, anurie)” (Teplan a kol., 2006, s. 17). Vzniká během několika hodin či dní a je vždy způsobeno poškozením funkce ledvin.

Příčiny ASL můžeme schematicky rozdělit:

1. Prerenální – dochází ke snížení renálních funkcí v důsledku hypoperfuze způsobené nedostatečným prokrvením ledvinové tkáně okysličenou krví. Může být zapříčiněna sníženým srdečním výdejem, poklesem objemu krve, krvácením, popáleninami apod.
2. Renální – způsobené glomerulonefritidami, vaskulitidami, ale i poškození tubulů a intersticia zánětlivým procesem, sepsí, polékovými nefritidami (např. ATB, analgetika, nesteroidní antiflogistika, antidiuretika apod.), systémovými onemocněními (lupénka), malárií či leptospirózou.
3. Postrenální – vznikající v důsledku dlouhodobé překážky v urodynamice a následným narušením odtoku moči, který způsobuje mechanické poškození ledvinné tkáně. Nejčastěji se jedná o konkrementy, hypertrofie či tumor prostaty, zúžení močovodu, otok sliznice a nekrózy.

1.2 Chronické selhání ledvin a chronická renální insuficience

„Chronické selhání ledvin CHSL je stav, kdy funkce ledvin je snížena, a ty nejsou schopny udržet složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek, speciálních dietních a medikamentózních opatření a vyrovnané metabolické situace organismu”. (Teplan a kol., 2006, s. 17)

„Chronické onemocnění ledvin CKD (termín užívaný místo dříve používaného termínu chronická renální insuficience CHRI) je způsob třídění chronických renálních onemocnění podle dvou parametrů. Změny renální funkce a velikosti ztrát albuminů do moče”. (Teplan a kol., 2006, s. 351) Rozlišujeme pět stupňů vývoje renální filtrační funkce a tři stupně ztrát albuminů do moče. Oba tyto parametry se zhoršují při zátěži organismu (např.: trauma, operace, infekce, patologický příjem tekutin, bílkovin, elektrolytů, nekorigovanou hypertenzí, dekompenzací diabetes mellitus apod.).

Metabolické změny se projevují nedostatečnou exkreační schopností, ale současně i změnami v metabolicko - endokrinní funkci ledvin.

1.2.1 Patofyziologie CHSL

Chronické onemocnění ledvin může vést k postupnému zániku funkčních nefronů a k rozvoji CHSL. Příčinou bývá patologický proces základního onemocnění nebo komplikující onemocnění (např. hypertenze). Při procesu zániku nefronů dochází k adaptivním změnám v reziduálních nefronech, které zajišťují přechodnou stabilizaci vnitřního prostředí organismu. Z dlouhodobého hlediska změny vedou k dalšímu poškození glomerulů a tubulů až ke skleróze. Projevující se poklesem eGF (odhadovanou clearencí kreatininu) a vzestupem sérové koncentrace kreatininu. Pokles je možné monitorovat a s určitou pravděpodobností lze předpovědět, za jak dlouho dojde u pacienta k rozvoji CHSL, a kdy bude nutné zahájit pravidelnou dialyzační léčbu. Názor, kdy zahájit pravidelnou dialyzační léčbu, se v posledních letech změnil, protože je dialyzační léčba dostupná. Je potřebné pacienta zařadit již při hodnotách kreatininu v krvi rozmezí 500 - 600 μ mol/l a při poklesu eGF pod 0,2ml/s. U pacientů s diagnózou diabetes mellitus se léčba zahajuje dříve, rozmezí hodnot kreatininu v krvi 400 - 500 μ mol/l. Onemocnění může probíhat řadu let skrytě a první příznaky (únava, otoky, nechutenství, nauzea, hypertenze, dušnost, bolesti hlavy a beder, svědění kůže, poruch srdečního rytmu) mohou být projevem pokročilé nedostatečnosti ledvin (Tesař, Schúck a kol., 2006, s. 483).

1.3 Vrozené dědičné poruchy

Do dědičných onemocnění, která mají vliv na selhávání funkce ledvin, bude uvedeno několik následujících onemocnění: polycystická choroba ledvin autozomálně dominantního typu (PCHLAD), Alportův syndrom a vrozený nefrotický syndrom.

1.3.1 Polycystická choroba ledvin autozomálně dominantního typu

PCHLAD je nejčastější vrozenou příčinou chronického selhání ledvin. Pacienti představují 7 % dialyzované populace v Evropě. Onemocnění se vyznačuje vznikem mnohočetných cyst v ledvinách, které je možno prokázat pomocí ultrazvukového vyšetření ledvin (USG). Je to neinvazivní a spolehlivá metoda zobrazující korové cysty o velikosti od 1cm v průměru, u menších cyst je spolehlivá počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR). Metody molekulární genetiky se zabývají analýzou genů PKD1 a PKD2, které jsou zodpovědné za

PCHLAD a napomáhají včasné diagnostice tohoto onemocnění. K renálním projevům onemocnění patří především zvětšené ledviny, akutní či chronické bolesti beder či břicha, mikroskopická hematurie, sekundární arteriální hypertenze, infekce močových cest, urolitiáza a progresse do chronického selhání ledvin (Viklický, Tesař, Sulková a kol., 2010, s. 66).

Kauzální léčba není známá. Mezi základní opatření, které se u pacientů s PCHLAD používají, je příjem tekutin maximálně do 3-4litrů denně, omezení příjmu kofeinu a soli. Doporučuje se užívání ACE inhibitorů pro dosažení krevního tlaku (TK) 125/75 mmHg (Viklický a kol., 2013, s. 94, 97; Reiterová, Tesař 2012, s. 73-74).

1.3.2 Nemoci kolagenu IV - Alportův syndrom

„AS je generalizovaná vrozená porucha bazálních membrán, projevující se především glomerulárním postižením, sensorineurálním typem hluchoty a typickými změnami na očích (přední leitikonos, pigmentové granulace sítnice)“. Z renálního hlediska se vyskytuje klinicky glomerulární mikroskopická erythrocytourie, dochází k rozvoji proteinurie, často k nefrotickému syndromu a s postupným selháním ledvin (Viklický, Tesař, Sulková a kol., 2010, s. 68).

Léčba u těchto pacientů je v současné době symptomatická, pro poslední stádium CHSL je volbou některá z dialyzačních metod. Pro zpomalení progresse a snížení intraglomerulárního tlaku jsou nevhodnější léky skupiny ACEI a podávání cyklosporinu (Tesař, Schüick a kol., 2006, s. 353).

1.3.3 Vrozený nefrotický syndrom

Nefrotický syndrom (NS) má genetický podklad a je charakterizován komplexem poruch následujících po závažném, prolongovaném zvýšení propustnosti glomerulární membrány a porušené tubulární resorpce pro bílkovinu. Vrozené onemocnění NS se vyznačuje těžkou albuminurií, hypoalbuminemií a obvykle bývá přítomna i hyperlipidémie. V klinickém obraze NS je dominantním nálezem otok víček, dolních končetin a ve vystupňovaných formách i otok genitálu a trupu. Nefrotické syndromy se mohou vyskytnout u celé řady jiných onemocnění ledvin. Lze jej rozdělit na kongenitální, sekundární a primární neboli idiopatický NS. Kongenitální (vrozený) NS bývá spojen s příznaky, které se vyvinuly v prvních třech měsících života a jedná se o vzácné onemocnění, velmi závažné, léčitelné pouze transplantací ledvin. Primární, neboli idiopatický syndrom, tvoří 90% všech případů NS u dětí. Léčebné postupy se zaměřují na symptomatická opatření. Sekundární NS se vyskytuje v rámci

systemových onemocnění (např. v rámci systémového lupus erythematosus nebo maligních onemocnění) (Teplan a kol., 2006, s. 308).

1.4 Tumory ledvin

Tumory urogenitálního traktu se objevují v každém věku u obou pohlaví. V dětském věku se vyskytuje především Wilmsův nádor, naproti Grawitzův nádor má maximum výskytu kolem 60let věku. Jsou dvakrát častější u mužů než u žen. Příčina vzniku těchto nádorů ledvin není známá. Například u nádorů pánvičky ledvinné je příčina v souvislosti s analgetickou nefropatií při zvýšeném abúzu analgetik. Příčinou je i kouření a mnohočetné cysty ledvin. Nejčastějším prvotním symptomem je hematurie, následuje bolest v lumbální krajině a hmatný nádor (tzv. trias příznaků nádorů ledviny). K diagnostickému potvrzení nádorů se nejčastěji používá USG a k upřesnění stadiu využíváme CT a vyšetření MR. Dále zařazujeme u nemocných biochemické vyšetření (urea, kreatinin, urikémie, ALT, AST, bilirubin, ALP, celkovou bílkovinu, mineralogram, Astrup, FW, KO + diff, QIUCK, APTT). K diagnostice zařazujeme i rentgenové vyšetření (RTG) plic a scintigrafii skeletu (Teplan, 2006, s. 264).

Léčbu nádorů rozdělujeme do dvou skupin. Operace záchovné, kdy se odstraňuje jen nádorově změněná tkáň s indikací malých, pólových nádorů rostoucí extrarenálně. Radikální operace, kdy se provádí transperitoneální nefrektomie, kompletní odstranění ledviny s tukovým pouzdrem a eventuelním odstraněním zvětšených regionálních lymfatických uzlin. Nyní je přístup nahrazován laparoskopickou nefrektomií. Komplexní léčba nádoru ledvin závisí na stupni postižení. Ozařování, nefrektomie, chemoterapie, hormonální léčba, imunoterapie (Teplan, 2002, s. 217).

1.4.1 Wilmsův tumor

Wilmsův tumor (nefroblastom) je nejčastějším maligním nádorem ledvin a močových cest u dětí, častěji u chlapců. Tumor vzniká v důsledku abnormálního bujení metanefritického blastému bez tkáňového rozlišení v tubuly a glomeruly. Mohou zahrnovat buňky různých tkání a struktur (vlákna hladké svaloviny, dlaždicového epitelu, chrupavky apod.). Mezi diagnostické metody používané k průkazu tumoru patří CT a USG. Základní léčbou je provedení nefrektomie s připojením léčby cytostatiky a záření (Teplan a kol., 2006, s. 309).

1.4.2 Nádory ledvinné pánvičky a ureteru

Jsou to nádory vycházející ze stěny dutých orgánů uropoetického systému. Postihuje osoby pracující s anilinovými barvami, dále se vyskytuje při nadměrném užívání analgetik a některých léků - cyklofosamid. Prvním projevem tohoto onemocnění je hematurie, příznaky obstrukce vývodných cest močových z horních cest jako hydronefróza nebo pyelonefritida. K potvrzení diagnózy se využívá vylučovací urografie, ascendentní pyelografie. Léčba radikální, provedení nefroureterectomie, u malých nádorů perkutánní operační techniky. Adjuvantní léčba cytostatiky je omezená, uplatňuje se lokální chemoterapie instilací cytostatik do dutého systému ledvin. Prognóza je velmi závažná a mortalita vysoká (Teplan a kol., 2006, s. 266).

1.5 Glomerulonefritidy

Jsou skupinou onemocnění s charakteristickým primárním postižením glomerulu. Glomerulopatie vznikají zpravidla v důsledku aktivace imunologických mechanismů se zánětlivými změnami v glomerulech. Klinicky rozlišujeme glomerulopatie primární neboli izolované postižení a sekundární postižení glomerulů, které je jedním z projevů systémového, cévního, metabolického nebo genetického onemocnění postihující i jiné orgány. Glomerulopatie rozdělujeme dle klinické symptomatologie a dynamiky změn do níže uvedených skupin (Teplan, 2002, s. 45; Teplan a kol., 2015, s. 113).

1.5.1 Akutní glomerulonefritida

Toto onemocnění je charakterizováno difúzními zánětlivými změnami v glomerulech. Do této skupiny nemocí patří i postinfekční glomerulonefritida. Klinicky se nemoc projevuje náhlou hematurií, mírnou proteinurií a v řadě případů těž hypertenzí, otoky, bolesti hlavy a poruchy zraku souvisejí nejčastěji s hypertenzí. Častá je i přechodná renální insuficience, kdy během několika týdnů dojde postupně k úpravě funkce ledvin do normálu. V těžkých případech může vézt k progresivní ztrátě funkce ledvin (Tesař, Schúck a kol., 2006, s. 179).

1.5.2 Chronická glomerulonefritida

Je skupina závažných onemocnění různé etiologie, definována patologicko – anatomicky difúzní sklerózou glomerulů. Chronická glomerulonefritida ohrožuje nemocné velmi pomalu (léta i desetiletí), ale soustavnou a často léčebně obtížně ovlivnitelnou progresí do CHSL. Etiologie není většinou jasná. Zdrojem antigénu vyvolávajícího imunitní reakci mohou být

různá infekční agens. Antigeny mohou být bakterie, viry, léky, ale i změněné struktury vlastního organismu. Základní význam při vzniku glomerulonefritidy mají imunitní mechanismy protilátkového typu. Imunokomplexy, které pod obrazem různých forem zánětu, poškozují struktury glomerulární filtrační membrány, čímž mají za následek sklerotizaci a zánik glomerulů. V patogenezi hrají významnou roli hemokoagulační procesy a agregace (shlukování) destiček. Klinicky se projevují mikroskopickou, makroskopickou, intermitentní nebo trvalou hematurií a proteinurií. Nemocní si stěžují na zvýšenou únavu, slabost, neurčitou bolest v bedrech. Obtíže mohou mít původ v hypertenzi vyskytující se u tohoto onemocnění, klesající eGF, která narůstá. Mohou se objevit otoky kolem víček nebo na DK. Většinou však probíhají bezpříznakově, nález hematurie, proteinurie jsou náhodné. Léčba je zaměřena na hypertenzi, která zpomaluje progresi CHSL. Antikoagulační a antiagregační terapie, která má příznivý účinek zabraňování tvorbě mikrotrombů v reziduálních nefronech a nízkobílkovinná dieta může omezit hemodynamické poměry v reziduálních glomerulech (Teplan, 2002, s. 61, 195).

1.5. 3 Nefrotický syndrom

Nefrotický syndrom (NS) je definován komplexem poruch následujících po závažném, prolongovaném zvýšení propustnosti glomerulární membrány a tubulární resorpci pro bílkoviny. Porucha může vzniknout primárně spojená s glomerulárním onemocněním (nefrotický syndrom s minimálními změnami glomerulů, glomeruloskleróza, membranósní nefropatie). Porucha může vzniknout sekundárně spojená s řadou chorob (diabetes mellitus, nádorová onemocnění, infekce, užívání některých léků a drog). Hlavními rysy jsou proteinurie, hypoalbuminemie, hyperlipidemie a periferní otoky. Pacienti s tímto syndromem mohou být ohroženi na životě infekčními a trombotickými komplikacemi (žilními trombózami, včetně trombóz renálních žil a plicní embolií), komplikacemi neléčené hyperlipidemie a progresí neléčeného základního onemocnění, které může způsobit terminální selhání ledvin.

Terapie nefrotického syndromu zahrnuje léčbu základního onemocnění a léčbu podpůrnou, která vyžaduje nutriční režim s omezením příjmu bílkovin (snižujeme na 0,8g/kg/den), soli, draslíku (60-80mmol/l/den), omezením tekutin (na méně než 1000ml/denně) za trvalého monitorování hmotnosti, příjmu a výdeje tekutin. Medikamentózní léčba zahrnuje podávání diuretik s thiazidovým účinkem. U nedostatečně reagujících pacientů na diuretika je nezbytná přístrojová ultrafiltrace (hemodialýza). Léčba hypertenze ACE inhibitory nebo antagonisty

angiotensinu (AA) sníží proteinurii. Pacienti s anamnézou žilní trombózy (včetně trombózy renální žíly) nebo plicní embolie mají být dlouhodobě účinně léčeni antikoagulační léčbou (Viklický, Tesař, Sulková a kol., 2010, s. 39).

2 Metody léčby náhradní funkce ledvin u pacientů s onemocněním ledvin

Pacienti s chronickým selháním ledvin jsou dispenzarizováni a léčeni v nefrologických ambulancích, kde se provádí všechny vyšetřovací metody. Zahájení včasné medikamentózní a dietní léčby pomůže oddálit úplný zánik ledvinných funkcí a invazivní léčba hemodialýzou a peritoneální dialýzou je oddálena až na několik let. V nefrologické ambulanci je pacient nejen léčen, sledován, ale připravován na léčbu hemodialýzou (HD) nebo peritoneální dialýzou (PD). Je zde očkovan proti hepatitidě B, je mu vytvořen trvalý cévní přístup nebo je objednan k zavedení peritoneálního katétru. K metodám léčby zajišťující náhradní funkci ledvin patří hemodialyzační, peritoneální léčba. Transplantace ledvin od žijícího nebo kadaverosního dárce ledvin je nejlepší způsob léčby CHSL, je však umožněn přísně vybraným skupinám pacientů.

2.1 Hemodialyzační léčba

Hemodialyzační léčbu zahájíme včas, dokud pacient nemá uremické příznaky. Nejčastěji při poklesu eGF pod 0,2ml/sec, nebo pokud sérové hodnoty urey dosahují hodnot nad 30 mmol/l a kreatininu nad 500 μ mol/l, je-li chronicky nízká hodnota vápníku < 2 mmol/l, vysoká hodnota fosforu > 2 mmol/l a acidóza pH kolem 7,1 je pacient indikován k zařazení do chronického dialyzačního léčení (Lachmanová, 2008, s. 11; Teplan a kol., 2015, s. 289). Zařazení do pravidelného dialyzačního léčení však závisí na lékaři hemodialyzačního střediska (HDS). U diabetiků raději dříve, než se rozvinou nezvratné orgánové komplikace (Pont'uch, 2003, s. 56).

Dialýza je léčebná metoda náhrady funkce ledvin nahrazující exkreční činnost ledvin. Indikace k zahájení dialyzačního léčení, respektive náhrady funkce ledvin se orientuje dle klinických a laboratorních ukazatelů. Klinické známky zahrnují stav hydratace, nutrice a urémie (bledost, hematomy na kůži, krvácení z nosu, nauzea, zvracení, průjmy, otoky dušnost, neklid, křeče, hypertenze). Tato metoda léčby se zahajuje dříve, než dojde k rozvoji uremického syndromu. Z laboratorních ukazatelů hodnotíme močovinu, kreatinin, ABR, fosfatémii, kalémii, nutrici, anémii a posouzení reziduální funkce ledvin pomocí výpočtu odhadované eGF. Hemodialýza je založena na očišťování krve, která se provádí umělou ledvinou, princip a popis dialyzačního přístroje je uveden (příloha A, obrázek 14). Při HD je nezbytný kvalitní cévní přístup (Obrázek 2), který zajistí dostatečný přítok krve od pacienta do dialyzátoru a zpět do pacientova oběhu. Za kvalitu dialyzační léčby zodpovídá lékař, za

provedení HD nese zodpovědnost převážně sestra, která plní ordinace plánované lékařem. K taktice léčby náleží počet HD/týden, délka HD, velikost krevního průtoku, typ dialyzátoru a dialyzačního roztoku, antikoagulační léčba při HD, technika punkce píštěle, plán odběrů krve na biochemická vyšetření, velikost ultrafiltrace (UF) a stanovení suché hmotnosti pacienta. Ta je definována jako váha po HD, při které nesmí mít pacient projevy z nadměrné UF (křeče, hypotenze), ale ani nedostatečná UF (otoky, hypertenze a kardiální selhávání), které jsou uvedeny jako komplikace při HD (Tabulka 8).

Antikoagulační léčba při hemodialýze je nutná, protože krev se dostává mimo tělo a dochází ke kontaktu s cizími materiály (sety, dialyzátor, jehly), což způsobuje srážení krve v těchto předmětech. Nejčastěji se aplikuje nefrakcionovaný heparin, jehož dávkování i způsob aplikace určuje lékař. Heparinizace je prováděna buď kontinuálně, kdy heparin je aplikován plynule do arteriálního setu pomocí heparinové pumpy (je součástí dialyzačního monitoru), nebo intermitentně, kdy je heparin podáván do arteriálního setu na začátku HD a poté po určitém intervalu (1 - 2x při HD). Nežádoucí účinek heparinu (krvácení) lze zrušit protamin sulfátem. Při krvácivých komplikacích pacienta, je indikována bezheparinová dialýza.

2.2 Peritoneální dialýza

Principem léčby je výměna látek mezi krví a peritoneálním dialyzačním roztokem instalovaným do peritoneální dutiny, která využívá pobřišnici pacienta jako biologickou membránu (Příloha B). Pobřišnice je přirozená polopropustná membrána, schopná difuze i ultrafiltrace, plocha pobřišnice se přibližně rovná ploše tělesného povrchu. Dialyzační schopnost pobřišnice ve srovnání s umělou polopropustnou membránou je menší, je však výhodnější, že krevní průtok podbřišní je udržován neustále i při hypotenzi (indikace PD u oběhově nestabilních nemocných). Na rozdíl od HD není při PD antikoagulační léčba vůbec potřeba. Je však nutná trvalá přítomnost peritoneálního katétru (Obrázek 26) zaváděného invazivním operačním způsobem do břišní dutiny, laparoskopicky v celkové anestézii. Po zavedení katétru je nutná pooperační péče, která je uvedena (Příloha B). Pravidelná peritoneální léčba se zahajuje 3-4 týdny po implantaci katétru. Pacient je edukován a zacvičován pod dohledem PD sestry. Sestra i pacient je v této „breaking“ periodě často v kontaktu, což je velmi důležité období ve vývoji spolupráce pacienta.

PD se provádí výměnami 1 – 3 litrů elektrolytového roztoku s glukózou, zaváděného do peritoneální dutiny několikrát denně. Při této metodě se přes trvale zavedený katétr napouští

do dutiny břišní sterilní dialyzační roztok v pravidelných intervalech, do kterého přecházejí zplodiny látkové výměny a nadbytečná tekutina. Jedna výměna sestává z napuštění čerstvého sterilního peritoneálního roztoku. Roztok v dutině břišní se ponechává po dobu 30 minut až 8 hodin a jeho následného vypuštění. Základní předpis CAPD jsou denní výměny 2 litrů dialyzačního roztoku 4x denně po šesti hodinách. Existují ale četné individuální varianty podle empirie lékařů i pacientů.

2.2.1 Metody peritoneální dialýzy

CAPD (kontinuální ambulantní peritoneální dialýza) nejčastěji používaná metoda. Dialyzační roztok je vyměňován ručně 4 – 5krát denně. Poslední výměna se provádí večer před spaním, roztok je v dutině břišní po celou dobu spánku.

CCPD (kontinuální „cyclor assisted“ peritoneální dialýza) výměny začínají večer po ulehnutí nemocného, kdy se provede napojení na automatický cyklovač. Během spánku se provede 5 – 7 výměn. Ráno se nemocný od přístroje odpojí, ale v dutině břišní se ponechá malé množství čerstvého peritoneálního roztoku, který se vypustí až večer při opětovném napojení na přístroj. Během dne má pacient „suché břicho“.

2.2.2 Indikace a kontraindikace peritoneální dialýzy

PD je indikována jako jedna z možností léčebné metody při selhání ledvin (Bednářová a kol, 2007, s. 48). Výběr pacientů pro léčbu PD ovlivňují důležité faktory, a to jak medicínské (např. věk, slepota, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční), tak psychosociální (např. pacientova preference, motivace, podpora rodiny). Většina pacientů nemá žádnou absolutní kontraindikaci pro PD a mohou se po poradě s lékařem nebo sami rozhodnout pro tuto metodu náhrady funkce ledvin (Viklický, Tesař, Sulková a kol., 2010, s. 169; Teplan a kol., 2010, s. 408).

PD je plně indikována u nemocných, kteří nemohou být léčeni HD. Například u pacientů s trombofilními stavy, u komplikovaných cévních přístupů, u rizika krvácivých komplikací, u oběhově nestabilních pacientů se sklonem k hypotenzi, u komplikovaných pacientů s diabetes mellitus na inzulínu. Dále i z demografických důvodů (vzdálenost mezi bydlištěm a dialyzačním střediskem). Je metodou první volby pro děti (Bednářová a kol, 2007, s. 53-54).

Kontraindikací PD jsou aktivní střevní onemocnění (kolitida, Crohnova choroba, divertikulóza), kolostomie, břišní tumory, nerozrušitelné břišní srůsty hlavně v dolní polovině

dutiny břišní. Překážkou může být hygienicky nevhodné domácí prostředí, psychická nestabilita a nespoupráce (EDTNA/ERCA, 2008, s. 139).

Výhody PD jsou svobodný pohyb nemocného, možnost cestovat, možnost být pravidelně zaměstnán. Metoda je snadno proveditelná, je volný příjem potravy a tekutin, ustálené vnitřní prostředí, pomalejší zánik zbytkové funkce vlastních ledvin než při HD, lepší kontrola TK. Odpadá celková heparinizace, krevní ztráty, starosti s cévním přístupem, riziko sérové hepatitidy (Bednářová a kol, 2007, s. 57; EDTNA/ERCA, 2008, s. 139).

Nevýhodou PD je riziko vzniku peritonitidy a ztráta účinnosti peritonea, trvalá přítomnost katétru, změněný tělesný vzhled vyústěním katétru, nutnost manuální zručnosti pro zvládnání výměn roztoku, dodržování čistoty a hygienických doporučení. (EDTNA/ERCA, 2008 s. 139).

2.3 Transplantace ledvin

Transplantace (TL ledvin představuje léčbu nezvratného selhání ledvin a nemocnému poskytuje nejen delší přežití než dialýza, ale i zlepšení kvality života, která se blíží kvalitě života běžné populace. Ve všech věkových skupinách transplantace zdvojnásobí, až ztrojnásobí přežití. Dokládají to data, která porovnávají evropskou a americkou populaci, kdy předpokládaná doba života evropských, dialyzovaných pacientů na čekací listině je průměrně necelých 6 let ve srovnání s více než 17 lety po transplantaci ledviny od zemřelého dárce. Podobná data pocházejí z amerických statistik, jež uvádějí, že ve věkové skupině 20-39 let je předpokládaná doba života na dialýze 14 let, zatímco po transplantaci 31 let (Viklický a kol, 2013, s. 214). Nejlepších výsledků je dosaženo, pokud se podaří transplantaci uskutečnit ještě dříve, než je léčba hemodialýzou zahájena. Tento typ TL se nazývá preemptivní a pacient se zcela vyhne dialyzačnímu léčení. V České republice je možno zařadit pacienta na čekací listinu pro TL ledviny od zemřelého dárce v období, kdy lze očekávat zahájení dialyzační léčby do 3 měsíců. Nejvhodnější řešení představují TL od žijícího dárce (Viklický a kol., 2008, s. 46).

2.3.1 Zařazení na čekací listinu

V ideálním případě má být nemocný zařazen na čekací listinu, pokud nemá ve svém okolí příbuzenského dárce, v době ještě před zahájením dialyzační léčby. Při zařazování pacientů do čekací listiny k transplantaci ledviny jsou doporučené postupy, které vycházejí

z publikovaných doporučení Americké transplantční společnosti a doporučení European Best Practice Guidelines (EBPG) (Viklický, Tesař, Sulková a kol., 2013, s. 115). V roce 2013 bylo v Česku dle České nefrologické společnosti úspěšně transplantováno 507 pacientů (ČNS, online, 2015-04-25). Vyšetření probíhá nejdříve v dialyzačním středisku nebo v nefrologické ambulanci a následně v předtransplantační ambulanci v příslušných transplantčních centrech. V České republice se nachází 7 transplantčních center provádějící orgánové transplantace. Vyšetřením nemocného před zařazením do čekací listiny minimalizujeme rizika vzniku komplikací po transplantaci. Pokud existuje rizikový faktor, je nutné se na něj zaměřit a vyžádat vyšetřování ve stanovených intervalech. Pouze tak lze dosáhnout optimálního stavu pacientů na čekací listině. Při jakékoli akutní komplikaci je nutné pacienta z čekací listiny vyřadit. Základním vyšetřením je posouzení kompatibility příjemce a dárce, tzv. biologické předpoklady (shoda ABO systému, negativní cross-match, neboli křížová zkouška detekující protilátky proti HLA, maximální shoda v HLA antigenech a minimální hladina antileukocytárních protilátek). Mezi další vyšetření nemocného patří fyzikální vyšetření, EKG, RTG srdce a plic, biochemické vyšetření, vyloučení fokální infekce ve všech dostupných oblastech (ORL, zubní, urologické, gastroenterologické, u žen gynekologické) (Viklický, Janoušek, Baláž a kol., 2008, s. 59 - 62).

2.4 Edukace pacientů a příprava dle dané léčebné metody

Přípravu pacientů pro léčbu chronického selhání ledvin zahajujeme přibližně 1 rok před odhadem doby zahájení léčby. Podle zvolené metody léčby probíhá edukace pacientů. Má svá specifika a je realizována edukátorem (zdravotníkem) a edukantem (pacientem).

Edukace pacienta probíhá kontinuálně a má řadu dílčích na sebe navazujících součástí. Nejčastější metody, které ve zdravotnictví využíváme, je přednáška, vysvětlování, kde se snažíme objasnit příčiny a souvislosti tak, aby byl pacient schopen pochopit své onemocnění a s tím spojená různá omezení. Dále seznamujeme pacienta s praktickou činností, např. u metody PD ukázkou výměny dialyzačního roztoku. Poté následuje vlastní nácvik pracovní činnosti. Edukačního procesu se účastní pacient, popřípadě rodinný příslušník (dle rozhodnutí pacienta), lékař, všeobecná sestra a sociální pracovník na smluvené schůzce v nefrologické poradně.

2.4.1 Edukace se dělí do pěti fází:

V první fázi počáteční pedagogické diagnostiky edukátor zjišťuje úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta. K potřebnému zjištění používá edukátor nejčastěji rozhovor a pozorování. Na základě této fáze se dále stanovují cíle edukace.

V druhé fázi tzv. projektování se edukátor snaží stanovit cíle edukace a volbu vhodné formy edukace, obsah edukace, pomůcky a časový rámec edukace.

Třetí fáze - realizace, zde je důležitá motivace pacienta, na kterou navazuje expozice, kdy předáváme nové poznatky edukantům. Důležité je aktivní zapojení edukanta. Na expozici navazuje fixace, kde jsou získané dovednosti a znalosti edukanta opakovány a procvičovány. Po fázi fixace následuje průběžná diagnostika pro ověření, zda edukant dostatečně pochopil obsah učiva a je schopen vhodně získané vědomosti aplikovat.

Čtvrtá fáze - prohlubování a upevnění učiva, která je nezbytná pro uchování vědomostí v dlouhodobé paměti.

Pátá fáze je fází zpětné vazby, kde hodnotíme výsledky edukačního procesu edukanta, ale i naše, právě pro onu důležitou zpětnou vazbu (Juřeníková, 2010, s. 21-22).

2.4.2 Cíle edukace u pacientů s dialýzou

Kognitivní oblast - prvním krokem u nemocných s CHSL je podání informací, neboli vysvětlení funkce ledvin a důsledků ztráty této funkce. Důležité jsou informace o klinických projevech a komplikacích, které se mohou objevit s klesající funkcí ledvin. Je nutné vysvětlení principů léčby (HD, PD, TL) a dopadů jednotlivých metod léčení pro daného pacienta (ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu, psychosociálním okolnostem, včetně rodinného zázemí, životního stylu a funkční zdatnosti). Edukovat je vhodné i rodinné příslušníky.

Psychomotorická oblast - edukace dále pokračuje po založení cévního přístupu - fistule k aktivní ochraně a sledování (Příloha A). Musíme zjistit, zda pacient dostatečně chápe a umí pečovat o cévní přístup.

Afektivní oblast – zjišťujeme, zda pacient chápe nutnost přiměřené hydratace (sledování otoků na DK, snížit příjem soli v jídle, sledování pitného režimu a diurézy), monitoring TK, dodržování zásad životosprávy, zejména dietoterapie (dietní omezení závisí na stádiu

poškození funkce ledvin, pacientům je umožněno konzultovat dietní opatření s nutričním terapeutem) (Ose, online, 2015-03-07).

V ideálním případě informace podává a zácvik vede školený tým zdravotníků pod vedením lékaře. Členy týmu jsou i školená všeobecná sestra, sociální pracovník, psycholog, nutriční terapeut. Velice důležité je edukovaný pacient s dostatkem informací pro dobrou spolupráci. To vede k jeho lepší adaptaci na léčbu a zvyšuje mu kvalitu života. Vždy je nutné edukace individualizovat a přihlídnout ke stavu pacienta, jeho dovednostem, schopnostem, znalostem i funkční zdatnosti. Musíme průběžně kontrolovat, zda danou probíranou oblast zvládá (např. manuální zručnost pacienta při provádění CAPD metody).

Reedukace pacientů na hemodialýze probíhá formou rozhovoru, jež se týká kontroly cévního přístupu a péče o fistuli v domácím prostředí. Kontrolujeme, zda a jak dodržuje zásady životosprávy. U pacientů na PD probíhá praktická reedukace formou nácviku výměny dialyzačního roztoku, zásad péče o vyústění místa katétru a zásad životosprávy.

Dodržování dietních opatření se liší od diety v predialyzačním období. U hemodialyzovaných pacientů je třeba zajistit nezbytně nutný příjem bílkovin a energie, kdy obsah bílkovin v potravě by měl činit 1,2-1,4g/kg tělesné hmotnosti a doporučený energetický příjem činí 1200 kJ/den (Bednářová a kol, 2007, s. 256).

Příjem tekutin u pacientů léčených HD závisí na zbytkové diuréze a je doporučováno množství tekutin 600-800ml nad zbytkovou diurézu. V mezidialyzačním období dochází k hromadění tekutiny v organismu, tím k hmotnostním přírůstkům.

Nadměrný příjem fosforu z bílkovin a nedostatečné vylučování vede k rozvoji kostní choroby (osteodystrofií) a hyperfosfatémií u dialyzovaných pacientů. Denní dávka fosforu činí 0,8-1,2g/den. Proto je nezbytné poučit pacienty o potřebě dlouhodobého užívání vazačů fosforu během jídla.

Obvyklý příjem vápníku je 1-2g/den. Vápník, je důležitý pro činnost většiny buněk v organismu a spolu s fosforem jsou hlavními stavebními jednotkami kostí. Při nevyrovnané hladině těchto iontů dochází k ovlivňování vylučování parathormonu, který negativně ovlivňuje stavbu kostí vedoucí k rozvoji kostní osteodystrofie.

Příjem draslíku u nemocících pacientů musí být v potravě omezen na 1,2-1,8g/den, protože u těchto pacientů na HD je schopnost vylučování snížena. Zeleninu lze před konzumací upravit vyluhováním a povařením.

Zaškolená sestra v oblasti nutriční má k dispozici biochemické nutriční parametry, krevní odběry, které se provádí ve frekvenci 1 x měsíčně a při odchylkách reedukuje pacienta v oblasti dietních opatření. Pacientovi jsou k dispozici odborné letáky, časopisy (Stěžeň, Péče pro mě), brožury, webové stránky, ale především osobní konzultace s nutriční terapeutkou.

V případě, že se pacient rozhodl pro metodu léčby peritoneální dialýzou, ve vysoké míře záleží na dobré kvalitě jeho vlastní péče, protože je tato metoda založena na sebeobsluze. Edukace probíhá formou rozhovoru a předání informací pacientovi o této metodě. Zahrnuje rozvržení denních výměn, zácvik a dodržování hygienických pravidel při provádění této metody (používání ústenky, dezinfekce rukou), poučení o vhodném oblečení, ohřívání vaku, denní hygieně, péče o exit site - vyústění místa katétru na povrch dutiny břišní (Obrázek 26). Pokračujeme s edukací o dietním a pitném režimu (dostatek bílkovin, omezení potravin, které obsahují velké množství draslíku a fosforu, omezení soli v potravinách a vodní bilanci) zdravém životním stylu (procházky, cvičení břišních svalů, pravidelný, kvalitní spánek). Zácvik v provádění výměn roztoku samostatně pod dohledem sestry je hlavní podmínkou pro zahájení léčby PD. Pokud pacient dobře zvládne techniku provádění výměn roztoku, může ji provádět samostatně v domácím prostředí. Sestra vysvětlí pacientovi případné komplikace (Tabulka 9), které se mohou vyskytnout u PD a předá mu písemné informace a telefonní kontakty, kam se pacient v případě komplikací může obrátit. Bývá to mateřské dialyzační středisko, kde pracuje vyškolený tým sester a lékařů. Pacienti jsou seznámeni i s možností cestovat na dovolenou po ČR i zahraničí. Mateřské dialyzační středisko jim zajistí dostatek materiálu, který je k provádění výměn nutný. Sestra zaškolená v peritoneální dialýze je pacientovi nápomocná i při dalším zvládnutí úskalí této metody léčby, navštěvuje pacienty v domácím prostředí, zajišťuje objednávání a dovoz materiálu potřebného pro provádění CAPD a APD přímo domů. Pacient, který pracuje a tuto metodu léčby si zvolil, bývá zpočátku v pracovní neschopnosti po dobu, než se seznámí s dialýzou. Poté se může rozhodnout, zda bude pracovat nebo ne (vhodné podmínky pro výkon povolání jsou - kratší pracovní doba, delší přestávky v práci pro provedení výměny doma či v práci v čistém prostředí). Pacienti s renálním selháním ledvin, kteří jsou zařazeni do pravidelného dialyzačního programu, mají nárok na plný invalidní důchod, zajištění dopravy na pravidelné měsíční kontroly do peritoneální poradny.

2.5 Sociální dávky pro dialyzované pacienty

O sociální dávky mají možnost dialyzovaní pacienti požádat na sociálním odboru příslušného městského úřadu případně magistrátu. Jedná se o mimořádné výhody I., II. a III. stupně. Týká se průkazů osoby těžce postižené (TP), zvláště těžce postižené (ZTP) a zvláště těžce postižené s průvodcem (ZTP/P) o příspěvek na péči (pokud je pacient závislý). Držitel průkazu ZTP má nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, přednost při osobním projednávání jeho záležitostí, na bezplatnou místní hromadnou dopravu a na slevu ve vnitrostátní autobusové a vlakové dopravě. Příspěvek na péči je stanoven ve čtyřech stupních a u dospělé osoby činí I. stupeň 800,- Kč, II. stupeň 4 000,- Kč, III. stupeň 8 000,- Kč a IV. stupeň 12 000,- Kč. Žádost o příspěvky se podává na úřadu práce podle místa trvalého bydliště a je upraven v zákoně č. 108/2006 Sb. Dalšími sociálními dávkami, o které mohou pacienti na dialýze žádat, jsou dávky v hmotné nouzi (zákon č. 111/2006 Sb.), který definuje příspěvek na živobytí např. na dietu, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc. Formuláře žádostí jsou k dispozici na krajských pobočkách úřadů práce nebo dostupné na webových stránkách MPSV (MPSV, online, 2015-03-07).

3 Kvalita života

Nyní si promysleme dobře tyto otázky: Čím se vyznačuje život člověka v porovnání se životem jiným? Je to individuální, komplexní. O KŽ mluvíme často s rizikem upřednostňování pohledu našeho před pohledem pacienta. Zamýšlíme se nad KŽ nás samých, ale jaká je KŽ nemocného člověka? Jak respektujeme jeho samého, jeho hodnoty, a jaký je náš vztah k němu?

3.1 Pojem kvalita života

Pojem kvality života byl poprvé v historii zmíněn ve 20. letech 20. Století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpoře chudých. V letech 70. se tento pojem objevil v oboru sociologie, kde jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti. Od 80. let se termín KŽ používá v medicíně, zejména v klinických studiích. V současnosti KŽ znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí. Je nutné se starat o člověka jako celek, tvořený bio – psycho – sociálními složkami. Proto se medicínské obory snaží nejen život nemocného prodlužovat, ale i zachovat nebo zlepšit kvalitu života (Dragomerická, Prajsová, 2006, s. 9).

V současné době se díky úspěšnosti léčby zvyšuje počet chronických pacientů, a tím i množství problémů, které je možné zařadit pod pojem KŽ (Křivohlavý, 2002, s. 163).

Existuje řada definic kvality života, které ji vymezují, ale zatím nedošlo k vytvoření jednotné odborné definice, i když se výzkumem kvality života zabývá mnoho vědeckých disciplín. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako: „ *Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu.*” (WHO, 1994). Většina definic vyjadřuje subjektivní hodnocení životní situace, která se zabývá nejen dobrým zdravotním stavem a nepřítomností nemoci, ale i stavem psychické kondice, sociálním uplatněním, ekonomickou situací apod. Jedná se tedy o multidimenzionální – komplexní pojem. Hnilicová (2005) uvádí, tři přístupy individuální KŽ (psychologický, sociologický a medicínský) (Gurková, 2011, s. 29). V medicíně je třeba brát ohled při rozhodování také na to, jaké strádání léčba pacientovi způsobí a nakolik mu pomůže zachovat nezávislost a vykonávat běžné životní role (Dragomerická, Bartoňová, 2010, s. 9).

3.2 Kvalita života a zdraví

Kvalitu života ovlivňují různé faktory, např. zdraví, minimální nepřítomnost symptomů, psychická kondice, náboženství, společenské postavení, spokojenost s léčbou, věk, vzdělání, pohlaví, ekonomická situace či rodinné zázemí. Zdraví, které zařazujeme na nejpřednější příčky žebříčku životních hodnot, tvoří nejdůležitější složku podílející se na plnohodnotném zajištění života člověka. WHO definuje zdraví jako „*Stav celkové, fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnosti nemoci*” (WHO, 1946). Vlastní definici zdraví a kvality zdraví uvádí autor Seedhouse (1995) „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*” (Křivohlavý, 2009, s. 40). V 80. letech se začal používat koncept KŽ související se zdravím. Autory jsou Kaplan a Bush a jeho používání navazovalo na konceptualizaci zdraví, podpory zdraví (*health promotion*) a hodnocení dopadů na zdraví (*health impact assessment*). Nejčastěji byly používány generické nástroje měření zdravotního stavu (Gurková, 2011, s. 42 – 43). Lze obecně říci, že kvalita života související se zdravím se týká především profesionálně poskytované zdravotní péče a je důležitým indikátorem výsledku péče zdravotníků.

3.3 Pojetí kvality života

V roce 1988 Engel a Bergsma definovali život člověka jako jedince a popisovali dílčí oblasti KŽ ve třech hierarchicky odlišných sférách, v makro - rovině, mezo - rovině a v personální rovině (Křivohlavý, 2002, s. 162-164).

První sféra dle Bergsma makro – rovina se zabývá nejhlubším zamyšlením o absolutním smyslu života, který je chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života se stává součástí základních politických úvah.

Druhá sféra mezo – rovina zahrnuje otázky KŽ v malých sociálních skupinách – např. škole, nemocnici, domově důchodců apod. Otázky KŽ se týkají sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence a sdílených hodnot.

Rovina osobní neboli personální je zaměřena na jednotlivce a při stanovení KŽ jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí, očekávání, přesvědčení (Křivohlavý, 2002, s. 168).

3.3.1 Měření kvality života

Pro zjišťování kvality života se využívá výzkum kvalitativní a kvantitativní.

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup, týkající se např. života lidí, chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Jsou vyloučeny číselné a statistické výpočty. Kvalitativní výzkumné metody využívají individuální nebo skupinové rozhovory. Můžeme uvést příklad v každodenní praxi sestry, která sbírá informace k sepsání ošetřovatelské anamnézy.

Kvantitativní výzkum, jehož úkolem je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti. Pracuje s velkým souborem respondentů a používá dotazníky, standardizované rozhovory. Tento výzkum se zabývá analýzou numerických informací (Kutnohorská, 2009, s. 21-22).

Pro hodnocení, měření a porovnávání kvality života bylo vytvořeno mnoho dotazníků, které zjišťují, jakým způsobem ovlivnila nemoc a její léčba život pacienta. Speciální dotazníky jsou určeny pro pacienty s určitými obtížemi a obsahují položky, které zjišťují dopad těchto obtíží na život nemocného. Metod měření KŽ je mnoho a rozdělují se do tří skupin:

Metody, kde KŽ hodnotí druhá osoba.

Metody, kdy hodnotitelem je sama daná osoba.

Metody smíšené, kombinace metod I. a II. (Křivohlavý, 2002, s. 165)

3.3.2 Nástroje měření kvality života

Pro zjišťování kvality života se nejčastěji využívají standardizované dotazníky dvojího typu - generické a specifické (Gurková, 2011, s. 116).

Generické dotazníky se používají pro jakýkoli soubor pacientů nebo zdravou populaci. Lze je aplikovat všeobecně bez ohledu na věk, vzdělání či pohlaví. Mezi nejčastěji používanými generickými dotazníky jsou:

- WHOQOL – 100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), zaměřen na 24 aspektů života, sdružených do šesti domén. Otázky týkající se fyzického zdraví, úrovně nezávislosti, sociálních vztahů, prostředí, spirituality a celkové kvality života. V praxi se více využívá zkrácená verze s 26 položkami WHOQOL-BREF, které jsou

sduženy do čtyř domén – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (Dragomerická, Bartoňová, 2006, s. 28).

- SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) dotazník přeložený Křivohlavým, který zjišťuje KŽ vycházející z osobních představ dotazovaného, co klient považuje za důležité (Křivohlavý, 2002, s. 172).
- SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form) dotazník zaměřující se na zdravotní stav obyvatelstva, který zkoumá fyzické a mentální zdraví (Gurková, 2011, s. 145).
- EQ-5D (European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D) zaměřen na subjektivní hodnocení zdravotního stavu a objektivní ukazatele. Subjektivní ukazatel zahrnuje vizuální analogovou škálu na stupnici 0 (nejhorší zdravotní stav) – 100 (nejlepší zdravotní stav). Objektivní ukazatel (pohyblivost, sebeděče, provádění obvyklých činností, bolest, úzkost), kde ukazatelem hodnocení nejlepšího stavu je hodnota 1 a nejhoršího zdravotního stavu 0 (Gurková, 2011, s. 146).

Specificky orientované dotazníky, které vycházely z kooperace mezi odborníky z psychologické oblasti a zdravotnickými profesionály, jsou orientovány na určitý typ onemocnění. Příklady těchto dotazníků u specifických onemocnění jsou tyto:

- QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire – Core 30) dotazník používaný k hodnocení KŽ onkologických pacientů.
- DCP (Diabetes Care Profile), DQOL (Diabetes Quality of Life) dotazníky pro měření KŽ u pacientů s cukrovkou.
- APQLQ (Angina Pectoris of Life Questionnaire), QLMI (Quality of Life Myocardial Infarction) nejčastěji používanými dotazníky hodnocení KŽ pacientů s kardiovaskulárními chorobami.
- KDQ (Kidney Disease Questionnaire), KDQOL (Kidney Disease Quality of Life), KDQOL-SF™ (Kidney Disease Quality of Life-Sort Form) dotazníky, které představují komplexní instrument k posouzení KŽ zaměřený na pacienty s onemocněním ledvin.

3.4 Kvalita života dialyzovaných pacientů

Je nemožné předpovědět KŽ konkrétní osoby, protože kombinace složek, které způsobují, že se daná osoba cítí šťastná, je u každé osoby jiná. Požadavky na kvalitní život, aby člověk mohl žít přijatelným způsobem se svými blízkými, věnovat se svým zájmům, být soběstačný a netrpěl bolestí u nemocných s CHSL, patří v ošetrovatelství mezi významné ukazatele k dosažení maximální možné míry v péči o tyto pacienty, a je jedním z kritérií samotné kvality ošetrovatelské péče. Dialýza je pro člověka velkým břemenem. Nemoc přináší nepříjemné příznaky, řadu komplikací a omezení spojených s léčbou. Zpočátku pacienti reagují negativně, uvědomují si, že tato terapie významně zasáhne do jejich dosavadního života, ale po několika týdnech léčby většina pacientů vnímá svoji situaci odlišně, jsou schopni se přizpůsobit po stránce psychické a nacházejí smysl života i v náročných životních situacích.

Základními požadavky kvalitního života těchto nemocných je vyrovnání se se změnami zdravotního stavu, s novými omezeními v životě, identifikace s novými rolami. Zdravotníci mají znalosti a zkušenosti, pomocí kterých mohou dialyzovanému pacientovi zlepšit KŽ a pomoci tvořit život přijatelné a rozumné kvality.

Metody zlepšující KŽ u dialyzovaných pacientů se opírají o subjektivní výpověď pacienta, která je považována za více informativní, než když posuzuje KŽ jiná osoba (lékař, sestra). Kvalita života je multidimenzionální a je nutné při jejím hodnocení posuzovat všechny dimenze pacientova života: funkční stav, příznaky, emocionální stav, sociální kontext, zaměstnání (Bednářová, Sulková a kol., 2007, s. 80).

II PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů byly položeny následující otázky:

1. Jak respondenti vnímají vlastní zdravotní stav?
2. Jakou kvalitu života budou uvádět respondenti léčení metodou hemodialýzy a peritoneální dialýzy?
3. Jaký vliv má onemocnění ledvin na každodenní život?
4. Jak respondenti hodnotí spokojenost se zdravotní péčí?

4 Metodika

Výzkumné šetření hodnotilo kvalitu života u pacientů s chronickým onemocněním ledvin léčených hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou. Jednalo se o záměrný výběr respondentů v rámci jednoho dialyzačního centra.

Pro sběr dat byla použita metoda dotazníku (Příloha E). Dotazníkové metody bylo využito z důvodu systematického shromažďování, analýzy numerických informací a přehledné prezentace výsledků. Vzhledem k tomu, že existuje specifický standardizovaný dotazník KDQOL SF™ v české verzi, který se zabývá kvalitou života u nemocných s chronickým selháním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument, využila jsem ke sběru dat u našich respondentů tento dotazník. Nepodařilo se nám dohledat autory české verze standardizovaného dotazníku KDQOL SF™, proto jsme požádali o pomoc prof. MUDr. Sylvii Dusilovou Sulkovou, DrSc. Dle jejího sdělení je dotazník používán v rámci hodnocení kvality života u pacientů s chronickým selháním ledvin a doporučila nám jeho použití v rámci našeho výzkumného šetření. Dotazník je přístupný na internetových stránkách.

Všechna získaná data byla zpracována do přehledných tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel a poté vyhodnocena pomocí popisné statistiky.

Pro zpracování výzkumu bylo využito veličin absolutní četnosti (n_i) a četnosti relativní (f_i), která je vyjádřena v procentech. Celkový počet je vyjádřen celkovou četností (Σ). Vzorec pro výpočet relativní četnosti je $f_i (\%) = n_i/n \times 100$ (Chrásková, 2007).

4.2 Standardizovaný dotazník KDQOL SF™

Tento dotazník zjišťuje, co si respondenti myslí o svém zdravotním stavu, jak se cítí a jak se jim daří zvládat obvyklé denní činnosti. Několik otázek v tomto dotazníku zjišťuje vliv onemocnění ledvin na každodenní život, omezení související s ledvinovým onemocněním a hodnocení zdravotní péče. Standardizovaný dotazník v české verzi obsahuje celkem 24 uzavřených otázek. Na začátek jsme zařadily tři identifikační, obecné, otevřené otázky, zaměřené na pohlaví, věk a vzdělání.

4.4 Organizace výzkumného šetření

Dotazník KDQOL SF™ byl určen pro dvě skupiny pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Jednu skupinu (HD) tvořili pacienti léčení metodou hemodialýzy a druhou skupinu (PD) pacienti na peritoneální dialýze. Všichni respondenti zařazení do souboru podstupují pravidelnou dialyzační léčbu nejméně 1 rok.

Celkem jsem distribuovala mezi respondenty 65 standardizovaných dotazníků, z toho 15 dotazníků bylo určeno pro peritoneální pacienty a 50 dotazníků pro pacienty léčených hemodialýzou. Sběr dat probíhal od poloviny ledna do konce února 2015 a průměrná doba pro vyplnění dotazníku pacienty z obou skupin činila přibližně 5 až 10 minut. K zajištění anonymity pacienta byla připravena v čekárně pacientů sběrná schránka pro vyplněné dotazníky. Návratnost dotazníků byla 100% a 1 dotazník nebyl vyplněn, proto byl z šetření vyřazen. Zastoupení respondentů v jednotlivých skupinách není rovnoměrně zastoupeno vzhledem k tomu, že pacienti jsou častěji léčení metodou hemodialýzy.

Pacienti byli informováni o zařazení do výzkumného šetření ústní formou při samotném rozdávání dotazníků a svůj souhlas se zařazením do výzkumu potvrdili podpisem.

Dotazník respondenti vyplňovali samostatně, pouze 7 pacientů na dialyzačním středisku požádalo při vyplňování o pomoc z důvodu chybějících brýlí.

4.5 Charakteristika zkoumaného souboru

V pravidelném dialyzačním programu na dialyzačním středisku, ve kterém výzkumné šetření probíhalo, je zařazeno celkem 94 pacientů léčených hemodialýzou (48 mužů a 46 žen). Průměrný věk těchto pacientů je 65 let. Peritoneální dialýzou je léčeno 15 pacientů (6 mužů a 9 žen). Průměrný věk této skupiny respondentů je 65 let.

Do výzkumného souboru bylo zařazeno 64 respondentů s chronickým selháním ledvin, kteří jsou zařazení v dialyzačním programu déle než 1 rok a jsou klienty hemodialyzačního střediska v Chrudimi. Ve skupině HD bylo 49 pacientů, z toho 29 mužů a 20 žen. Průměrný věk respondentů je 55 - 65 let, nejnižší 31 let a nejvyšší 87 let. Většina respondentů skupiny HD dosáhla nejvyššího vzdělání vyučen/a. Ve skupině PD bylo 15 pacientů, z toho 6 mužů a 9 žen. Průměrný věk těchto klientů je 56 - 65 let, nejnižší 35 let a nejvyšší 74 let. Nejvyšší vzdělání v této skupině je rovněž vyučen/a (Příloha C).

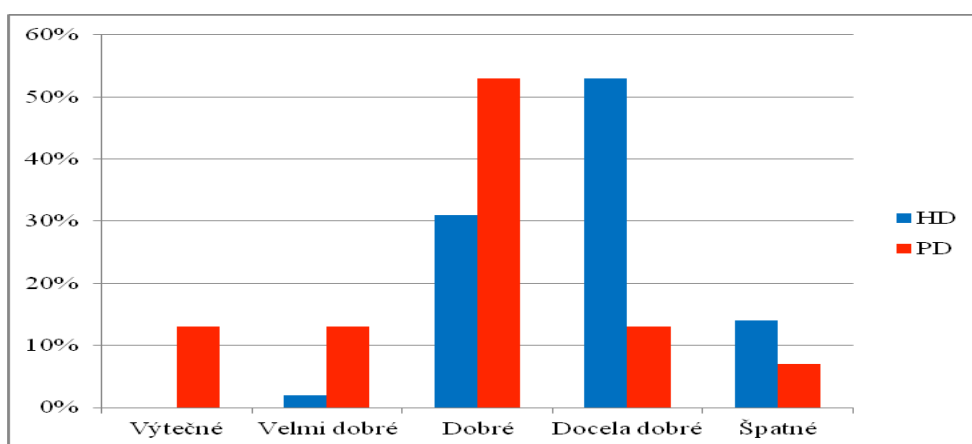
5 Výsledky výzkumného šetření

5.1 Výsledky hodnocení standardizovaného dotazníku KDQOL-SF™ v české verzi

První část standardizovaného dotazníku se zaměřuje na zdravotní stav respondentů a vliv zdravotního stavu na běžné denní činnosti, otázka 1 – 11.

Otázka 1

Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

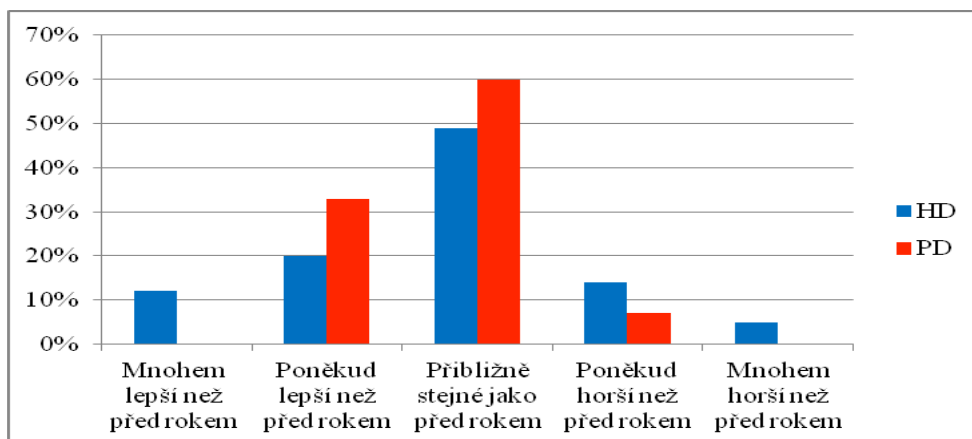


Obrázek 1 Subjektivní hodnocení zdraví respondentů

Otázka 1 ze standardizovaného dotazníku KDQOL™ hodnotí vnímání celkového zdraví pacienty. Obrázek 1 znázorňuje, výtečné zdraví u 2 (13 %) respondentů na PD. Velmi dobré zdraví vnímá 1 (2 %) respondent na HD a 2 (13 %) respondenti na PD. Dobré zdraví hodnotilo 15 (31 %) respondentů na HD a 8 (53 %) respondentů na PD. Docela dobré zdraví uvedlo 26 (53 %) pacientů na HD a 2 (13 %) osoby na PD. Jako špatné zdraví, bylo hodnoceno 7 (14 %) respondenty z HD a 1 (7 %) respondentem z PD.

Otázka 2

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



Obrázek 2 Porovnání zdraví respondentů dnes se zdravím před rokem

Obrázek 2 ukazuje, jak respondenti hodnotí své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem. Mnohem lépe než před rokem se cítilo 6 (12 %) pacientů na HD. Kategorie odpovědí poněkud lepší než před rokem byla zastoupena pacienty z HD skupinou 10ti (20 %) respondentů a 5ti (33 %) respondenty z PD. Nejčastěji se obě skupiny respondentů cítí přibližně stejně jako před rokem. Pacienti na HD tak odpověděli 24x (49 %) a pacienti na PD 9x (60 %). Poněkud hůře než před rokem se cítí 7 (14 %) klientů na HD a 1 (7 %) na PD. Mnohem hůře než před rokem se cítí 2 (5 %) pacienti na HD. Respondenti léčení PD tuto možnost neoznačili.

Otázka 3

Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

Tabulka 1 Omezení zdraví respondentů činnostmi

Podotázky	Odpovědi					
	ano, omezuje hodně		ano, omezuje trochu		ne, vůbec neomezuje	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
Usilovné činnosti, jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	76	33	12	27	12	40
Středně namáhavé činnosti, jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	35	0	35	40	31	60
Zvedání, nebo nošení běžného nákupu	29	7	27	7	45	87
Vyjít po schodech několik pater	41	20	29	27	31	53
Vyjít po schodech jedno patro	20	13	31	13	49	73
Předklon, sehnutí se, poklek	22	0	37	27	41	73
Chůze asi jeden kilometr	41	20	22	13	37	67
Chůze po ulici několik set metrů	35	7	20	0	45	93
Chůze po ulici sto metrů	16	7	27	0	57	93
Koupání doma, nebo oblékání bez cizí pomoci	12	7	16	13	71	80

Otázka 3 se týkala zdraví a jeho vlivu na běžné denní činnosti respondentů. Podbarvená data v Tabulce 1 označují nejčastější míru omezení u jednotlivých činností vzhledem ke zdraví pacientů.

Usilovné činnosti *hodně omezují* respondenty na HD v počtu 37 (76 %) pacientů, na PD v počtu 5 (33 %) pacientů. *Trochu omezují* usilovné činnosti 6 (12 %) respondentů na HD a 4 (27 %) respondenty na PD. Šest (12 %) pacientů na HD a 6 (40 %) pacientů na PD usilovné činnosti *neomezují vůbec*.

Hodně omezuje středně namáhavé činnost 17 (35 %) pacientů z HD. Z pacientů na PD nevedl tuto možnost žádný respondent. Stejný počet respondentů z HD *omezuje* středně namáhavé činnosti *trochu*. Tento jev se projevil u 17 (35 %) pacientů a 6 (40 %) respondentů na PD. Možnost *žádné omezení* uvedlo 15 (31 %) osob z HD a 9 (60 %) osob z PD.

Zvedání a nošení běžného nákupu *hodně omezuje* 14 (29 %) respondentů na HD a 1 (7 %) respondenta na PD. Tuto činnost *trochu omezuje* 13 (27 %) klientů na HD a 1 (7 %) klienta na PD. *Vůbec neomezují* nošení běžného nákupu 22 (45 %) klientů na HD a 13 (60 %) klientů na PD.

Otázky týkající se **chůze a vyjít jednoho nebo více pater** jsou více obtížné pro pacienty na HD. Vyjít po schodech několik pater *hodně obtěžovalo* 20 (41 %) respondentů z HD a 3 (20 %) respondenty z PD. *Trochu zatěžovalo* vyjít několika pater 14 (29 %) pacientů na HD a 4 (27 %) pacienty na PD. Vůbec *žádné omezení* nevnímá 15 (31 %) klientů z HD a 8 (53 %) klientů z PD.

Menší zátěží pro pacienty obou skupin bylo **vyjít po schodech jedno patro**. Tuto aktivitu *hodně omezovalo* 10 (20%) respondentů z HD a 2 (13 %) klienty z PD. *Trochu omezovalo* 15 (31 %) respondentů z HD a 2 (13 %) respondenty z PD. Většina respondentů uvedla, že vyjít po schodech jedno patro je *neobtěžuje vůbec*. Tuto variantu uvedlo 24 (49 %) pacientů z HD a 11 (73 %) respondentů z PD.

Podotázka fyzických činností, jako je **předklon, sehnutí a poklek**, je pro pacienty z uvedených odpovědí méně náročná. Z Tabulky 1 vyplývají odpovědi, že *hodně omezují* tyto činnosti 11 (22 %) respondentů z HD, PD pacienti neuvedli u této možnosti žádnou odpověď. *Omezení trochu* vnímá 18 (37 %) pacientů z HD a 4 (27 %) pacienti z PD. Nejvíce frekventovanou odpovědí byla varianta *žádné omezení*. Pro ni se rozhodlo 20 (41 %) respondentů z HD a 11 (73 %) respondentů z PD.

Následující položky se věnovaly **chůzi** respondentů v rozsahu **od několika set metrů, až po jeden kilometr**.

Sto metrů chůze po ulici *omezuje* 8 (16 %) pacientů z HD a 1 (7 %) pacienta z PD. Odpověď „*Ano, trochu omezuje*” uvedlo 13 (27 %) pacientů z HD, pacienti z PD skupiny tuto odpověď neuvedli. Možnost, *neomezuje vůbec*, uvedlo 28 (57 %) klientů z HD a 14 (93 %) klientů z PD.

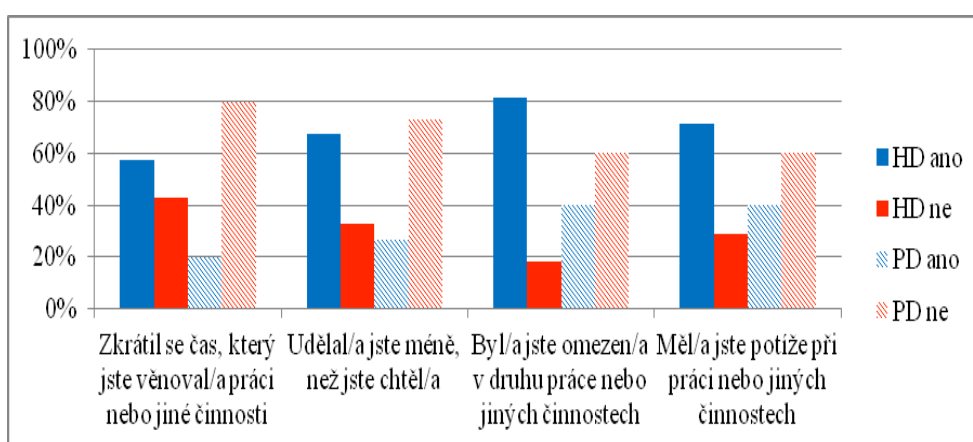
Chůzi v rozsahu **jednoho kilometru** *omezuje hodně* 20 (41 %) klientů z HD a 3 (20 %) klienti z PD. *Trochu omezuje* 11 (22 %) klientů z HD, 2 (13%) klienti z PD. *Vůbec neomezuje* 18 (37 %) klientů na HD a 10 (67 %) klientů na PD.

Chůzi po ulici několik set metrů *hodně omezuje* 17 (35 %) pacientů z HD a 1 (7%) pacienta z PD. *Trochu* jsou omezeni v této činnosti respondenti z HD v počtu 10 (20%) pacientů. Skupina PD neuvedla žádnou odpověď. **Několik set metrů bez omezení ujde** 22 (45 %) klientů z HD a 14 (93 %) z PD.

Dle odpovědí respondentů bylo zjištěno, že **koupání a oblékání omezuje hodně** 6 (12 %) pacientů z HD a 1 (7 %) z PD. Tuto aktivitu *trochu omezuje* 8 (16 %) pacientů z HD a 2 (13 %) pacienti na PD. Nejčastější odpovědí bylo, že koupání a oblékání respondenty *neomezuje*. Tuto variantu označilo 35 (71 %) respondentů na HD a 12 (80 %) respondentů na PD (Tabulka 1).

Otázka 4

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

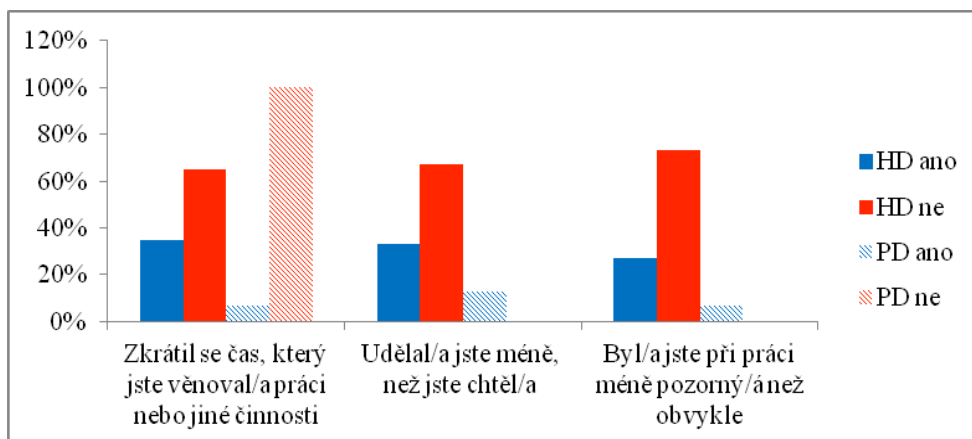


Obrázek 3 Hodnocení problémů respondenty při denní činnosti

Na obrázku 3 jsou ve sloupcovém grafu znázorněny odpovědi na otázku zdravotních potíží, které klienta obtěžovaly v posledním měsíci. Čas, který věnovali práci, se zkrátil u 28 (57 %) respondentů na HD a 3 (20 %) respondentů na PD. 21ti (43 %) na HD a 12ti (80 %) klientům na PD se čas při práci nezkracoval. Udělalo méně práce, než chtělo 33 (67 %) pacientů na HD a 4 (40 %) pacienti na PD. 16 (33 %) respondentů z HD a 11 (60 %) respondentů z PD nemělo problém při práci. Omezení v práci a jiných činnostech v posledních 4 týdnech vykazuje skupina 40ti (82 %) respondentů na HD a 6ti (60 %) respondentů na PD. Omezení v práci a činnostech nemělo 9 (18 %) klientů z HD a 9 (60%) klientů na PD. Potíže při práci nebo jiných činnostech uvedlo 33 (71 %) pacientů z HD, naopak ze skupiny PD tak odpovědělo pouze 6 (40 %) pacientů. Ze skupiny HD pak nemělo potíže při práci 14 (29 %) klientů a 9 klientů z PD.

Otázka 5

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

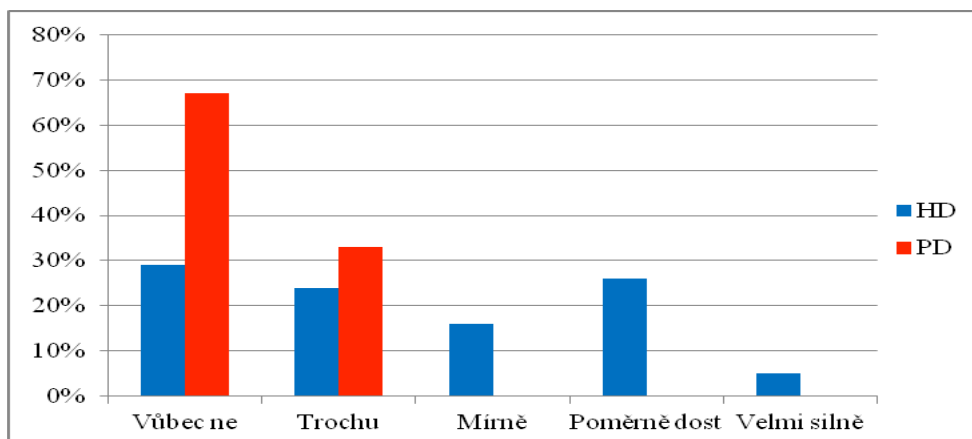


Obrázek 4 Emocionální potíže respondentů při běžných denních činnostech

Z obrázku 4 vyplývá, že z důvodu deprese a úzkosti se zkrátil čas věnovaný práci u 17ti (35 %) pacientů na HD a 1 (7 %) respondenta na PD. Naopak u 32 (65 %) respondentů z HD a 14ti (93 %) respondentů z PD nevykazovalo zkrácení času při činnosti z důvodu emocionálních potíží. Méně práce v důsledku deprese a úzkosti vykonalo 16 (33 %) pacientů z HD a 2 (13 %) pacienti na PD. 32 (67 %) klientů ze skupiny HD a 14 (87 %) klientů z PD uvedlo, že splnili méně, než chtěli. Nepozornost při práci uvedlo 13 (27 %) respondentů na HD a 1 (7%) respondent na PD. Problém s pozorností při práci nemá 36 (73 %) klientů na HD a 14 (93%) klientů na PD.

Otázka 6

Uveďte, 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.

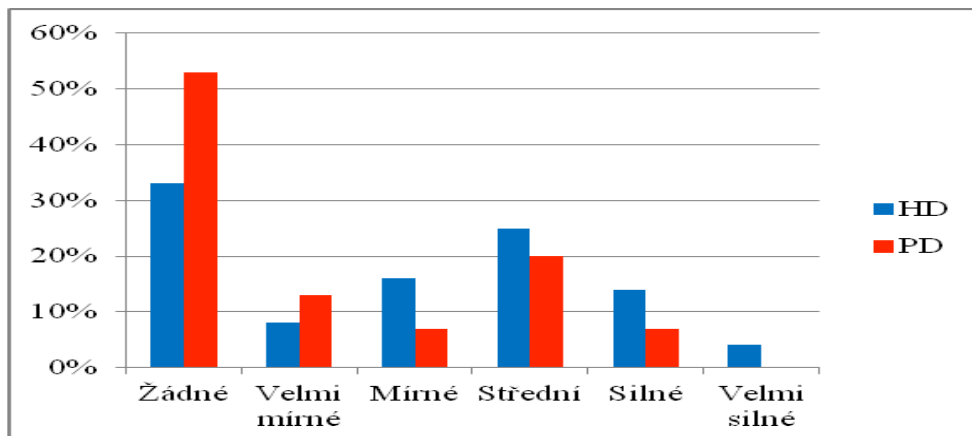


Obrázek 5 Emoce a zdravotní stav ve společenském životě respondentů

Obrázek 5 ukazuje, jak emocionální a zdravotní potíže brání respondentům ve společenském životě. Vůbec nebrání společenskému životu 14ti (29 %) respondentům z HD a 10ti (67 %) respondentům z PD. Trochu brání tyto potíže ve společenském životě, v rodině a mezi přáteli 12ti (24 %) pacientům na HD a 5ti (33 %) pacientům na PD. Mírně brání 8 (16 %) pacientům, poměrně dost 13 (26 %) a velmi silně 2 (5 %) pacientům ze skupiny HD. Skupina PD tuto odpověď neuváděla.

Otázka 7

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

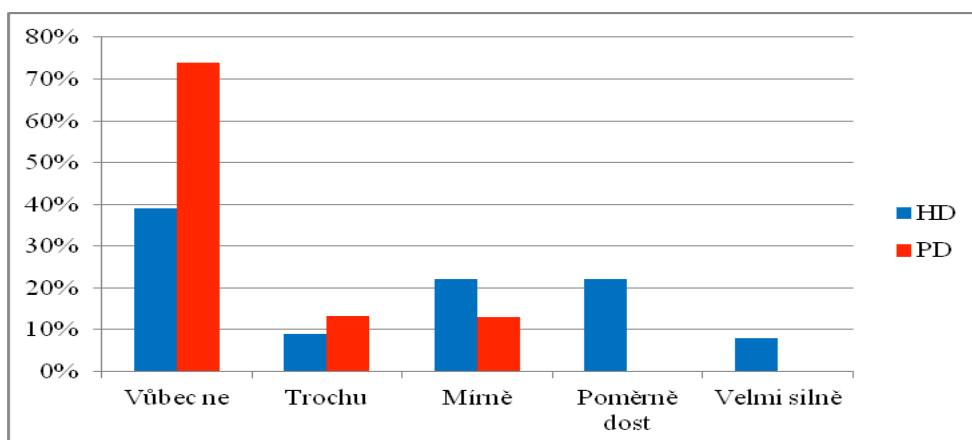


Obrázek 6 Bolesti respondentů v posledních 4 týdnech

Otázka 7 znázorňuje stupeň bolesti udávanou respondenty za poslední 4 týdny. Žádnou bolest v tomto období nepocíťovalo 16 (33 %) respondentů na HD a 8 (53 %) respondentů na PD. Velmi mírnou bolest uvedli 4 (8 %) pacienti na HD a 2 (13 %) na PD. Mírnou bolest označilo 8 (16 %) pacientů na HD a 1 (7 %) na PD. Střední bolest v dotazníkovém šetření označilo 12 (25 %) klientů na HD a 3 (20 %) na PD. Silné bolesti za poslední 4 týdny uvádí 7 (14 %) respondentů na HD a pouze 1 (7 %) na PD. Pocíťovanou velmi silnou bolest uvedli pouze 2 (4 %) pacienti na HD, ze skupiny pacientů léčených PD tuto možnost nikdo neoznačil (Obrázek 6).

Otázka 8

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



Obrázek 7 Bolesti bránící respondentům v práci

V této otázce respondenti uváděli, v jaké míře jim pociťovaná bolest bránila v práci (v zaměstnání i doma). Z kategorie pacientů léčených HD uvedlo možnost „vůbec ne“ 19 (39 %), ze skupiny pacientů na PD jich bylo 11 (74 %). Trochu bránila bolest v práci 4 (9 %) respondentům na HD a 2 (13 %) na PD. Mírné omezení v práci pociťovalo 11 (22 %) pacientů na HD a 2 (13 %) pacienti na PD. Poměrně dost bránila bolest v práci 11 (22 %) pacientům na HD a velmi silně také 4 (8 %) pacientům na HD. Skupina pacientů na PD poslední dvě možnosti v obrázku 7 neoznačila (Obrázek 7).

Otázka 9

Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. Jak často v posledních 4 týdnech ...

Tabulka 2 Pocity respondentů v posledních 4 týdnech

Podotázky	Odpovědi					
	pořád		většinou		dost často	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
jste se cítil/a plný/á elánu	0	7	21	20	15	13
jste byl/a velmi nervózní velmi nervózní?	2	0	6	0	8	0
jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	0	0	4	0	2	0
jste pociťoval/a klid a pohodu?	6	67	49	13	9	13
jste byl/a plný/á energie?	4	13	14	27	18	13
jste pociťoval/a pesimismus a smutek?	2	33	10	0	4	0
jste se cítil/a vyčerpaný/á?	6	0	8	0	27	20
jste byl/a šťastný/á?	8	27	24	20	12	33
jste se cítil/a unaven/a?	10	0	16	7	24	7
Podotázky	Odpovědi					
	občas		málokdy		nikdy	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
jste se cítil/a plný/á elánu	36	47	23	7	6	7
jste byl/a velmi nervózní velmi nervózní?	24	20	37	53	22	27
jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	20	7	18	20	55	73
jste pociťoval/a klid a pohodu?	19	7	15	0	2	0
jste byl/a plný/á energie?	20	27	37	13	6	7
jste pociťoval/a pesimismus a smutek?	22	7	18	60	43	0
jste se cítil/a vyčerpaný/á?	27	27	22	27	10	27
jste byl/a šťastný/á?	35	7	16	13	4	0
jste se cítil/a unaven/a?	24	40	18	20	6	27

V tabulce 2 jsou vyjádřeny odpovědi, které se věnují oblasti vitality respondentů, jak se cítili v posledních 4 týdnech. Podbarvení vystihuje pocity, které respondenty nejvíce zatěžují. Plný/á **elánu**, hodnoceno odpovědí „*pořád*“, se necítil žádný respondent z HD a 1 (7 %) respondent z PD. *Většinou* se cítilo plno elánu 11 (21 %) pacientů z HD a 3 (20 %) pacienti z PD. Osm (15 %) klientů na HD a 2 (13 %) klienti na PD se cítili plný/á elánu *dost často*. Možnost *občas* byla zastoupena 19ti (36 %) pacienty na HD a 7 (47 %) na PD. *Málokdy* použilo odpověď 12 (23 %) respondentů z HD a 1 (7 %) respondent na PD. *Nikdy* se necítili plný/á elánu 3 (6 %) klienti z HD a 1 (7 %) z PD.

Nervózní se *pořád* cítil 1 (2 %) klient z HD, PD skupina tento pocit neuvedla. *Většinou* se nervózně cítili 3 (6 %) pacienti z HD, PD skupina neuvedla žádnou odpověď. *Dosti často* nervozitu uvedli 4 (8 %) klienti z HD a žádný klient z PD. Dvanáct (24 %) respondentů na HD, 3 (20 %) respondenti na PD vykazují nervozitu *občas* a možnost *málokdy* označilo 18 (37 %) pacientů na HD a 8 (53 %) pacientů na PD. Nervozitu *nikdy* nepocítuje 11 (22 %) klientů z HD a 4 (27 %) na PD.

Deprese *pořád* netrpěl žádný respondent z obou skupin. *Většinou* deprese trpěli pouze 2 (4 %) pacienti a možnost *dost často* uvedl 1 (4 %) pacient ze skupiny HD. *Občasné potíže* s depresemi má 10 (20 %) pacientů z HD a 1 (7 %) pacient na PD. *Málokdy* trpí depresemi 9 (18 %) klientů z HD a 3 (20 %) klienti na PD. *Nikdy* netrpí depresemi 27 (55 %) respondentů na HD a 11 (73 %) na PD.

V klidu a pohodě jsou *pořád* 3 (6 %) pacienti na HD a 10 (67 %) pacientů na PD. *Většinou* pocítovali pohodu klienti z HD, a to 23 (49 %) respondentů, u PD tuto variantu označili 2 (13 %) respondenti. *Dosti často* pocítovali klid a pohodu 4 (9 %) pacienti na HD a 2 (13 %) pacienti na PD. Možnost *občas* zvolilo 9 (19 %) klientů z HD a 1 (7 %) klient z PD. Míru pocitu klidu a pohody hodnocenou variantou *málokdy* volili pouze respondenti ze skupiny HD, a to 7 (15 %) pacientů. Odpověď *nikdy* nepocítoval klid a pohodu pouze 1 (2 %) klient ze skupiny HD.

Hodnocení otázek, zda byli klienti **plný/á energie** jsou výsledky hodnocené v posledních 4 týdnech následující. *Pořád* měli energii 2 (4 %) respondenti ze skupiny HD a 2 (13 %) respondenti ze skupiny PD. Odpověď *většinou* uvedlo 7 (14 %) klientů na HD a 4 (27 %) klienti na PD. *Dost často* se cítí plný/á energie na HD 9 (18 %) respondentů a 2 (13 %) respondenti na PD. Variantu *občas* uvedlo 10 (20 %) pacientů z HD a 4 (27 %) pacienti z HD.

Pesimismus a smutek pocítovalo *pořád* 5 (33 %) klientů z HD a *většinou* 5 (10 %) klientů z PD. Odpověď *občas* uvedlo 11 (22 %) klientů z HD.

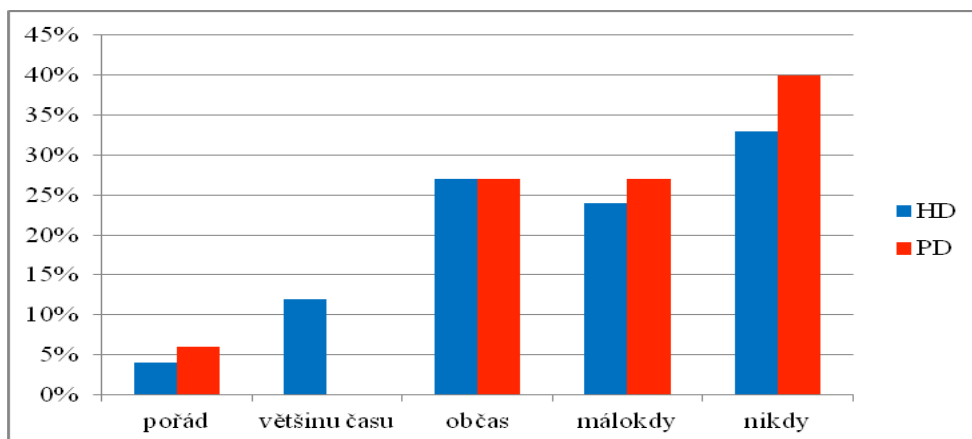
Vyčerpání, *dost často* pocítovalo 13 (27 %) pacientů z HD a 3 (20 %) pacienti na PD.

Pocit štěstí vyjadřovali *občas* respondenti odpověďmi na HD 17 (35 %) a *málokdy* v počtu 8 (16 %).

Únavou trpělo *pořád* 5 (10 %), *většinou* 8 (16 %) a *dost často* 12 (24 %) pacientů na HD. Pacienti PD uvedli únavu nejvíce v odpovědi *občas* v počtu 6ti (40 %) (Tabulka 2).

Otázka 10

Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní problémy nebo emocionální potíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)



Obrázek 8 Zdravotní a emocionální potíže respondentů bránící společenskému životu

Otázka 10 se zaměřuje na zjištění, jak často ovlivňují zdravotní či emocionální potíže společenský život oslovených respondentů. Nikdy – je jedna z nejvíce zastoupených odpovědí obou skupin a je tvořena 16ti (33 %) respondenty na HD a 6ti (40 %) respondenty na PD. Málokdy brání zdravotní a emocionální potíže společenskému životu 12ti (24 %) pacientům na HD a 4 (27 %) pacientům na PD. Občasné potíže při návštěvách rodiny a přátel uvedlo 13 (27 %) klientů na HD a 4 (27 %) klienti na PD. Většinu času bylo hodnoceno respondenty z HD a to 6ti (12 %) klienty. Dva (4 %) pacienti z HD a 1 (6 %) pacient z PD uvedli, že jim potíže trvale brání ve společenském životě (Obrázek 8).

Otázka 11

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

Tabulka 3 Nemoc a zdraví u respondentů

Podotázky	Odpovědi					
	určitě platí		většinou platí		nejsem si jist/a	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí) poněkud snadněji, než jiní lidé	14	0	24	20	20	20
Jsem stejně zdrav/a jako kdokoli jiný	2	7	6	7	20	13
Očekávám, že se mé zdraví zhorší	24	7	31	13	31	20
Mé zdraví je perfektní	0	0	12	7	6	27
Podotázky	Odpovědi					
	většinou neplatí		určitě neplatí			
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)		
Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí) poněkud snadněji, než jiní lidé	14	40	27	20		
Jsem stejně zdrav/a jako kdokoli jiný	27	4	45	27		
Očekávám, že se mé zdraví zhorší	6	53	8	7		
Mé zdraví je perfektní	31	47	51	20		

Otázka 11 je zaměřena na zdraví a nemoc. V podbarvených polích, tmavší barvy (respondenti z HD) a světlé barvy (respondenti z PD), jsem se zaměřila na hodnocení odpovědí, které hodnotili respondenti jako nejvíce zatěžující. *Určitě platí*, pro 7 (14 %) respondentů na HD, kde pacienti konstatovali, že **onemocní snadněji** než jiní lidé, *většinou platí*, byla odpověď u 12ti (24 %) pacientů z HD a 3 (20 %) pacientů z PD a *není si jisto* 10 (20 %) klientů na HD a 3 (20 %) klientů z peritoneální dialyzy.

V počtu 13ti (27 %) respondentů na HD a 7 (47 %) respondentů z PD uvedlo, že *většinou neplatí* tvrzení, že jsou stejně **zdraví jako kdokoli jiný** a *určitě neplatí* toto tvrzení u 22ti (45 %) pacientů z HD a 4 (27 %) pacientů na PD.

Zhoršení zdraví očekává 15 (31 %) klientů na HD a 2 (13 %) klienti na PD uvedenou odpovědí *většinou platí*. *Není si jisto* 15 (31 %) klientů z HD a 3 (20 %) klienti z PD.

Perfektní zdraví ve *většině neplatí* u 15ti (31 %) respondentů na HD a 7 (47 %) respondentů na PD, *určitě neplatí*, uvedlo 25 (51 %) respondentů na HD a 3 (20 %) respondenti na PD (Tabulka 3).

Druhá část standardizovaného dotazníku zjišťuje vliv onemocnění ledvin na život respondentů, otázka 12 – 14.

Otázka 12

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

Tabulka 4 Subjektivní vnímání onemocnění ledvin respondenty

Podotázky	Odpovědi					
	určitě platí		většinou platí		nejsem si jist/a	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
Onemocnění ledvin značně ovlivňuje můj život	73	13	14	27	2	2
Onemocnění ledvin mě připravuje o příliš mnoho času	55	7	30	7	4	4
Jsem nešťastný/á nebo otrávený/á z toho, že se musím zabývat svým onemocněním ledvin	29	0	16	33	4	4
Připadá mi, že zatěžuji rodinu	24	13	24	20	4	4
Podotázky	Odpovědi					
	většinou neplatí		určitě neplatí			
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)		
Onemocnění ledvin značně ovlivňuje můj život	8	27	2	7		
Onemocnění ledvin mě připravuje o příliš mnoho času	11	47	0	20		
Jsem nešťastný/á nebo otrávený/á z toho, že se musím zabývat svým onemocněním ledvin	35	40	16	20		
Připadá mi, že zatěžuji rodinu	16	13	31	47		

Tabulka 4 ukazuje data, jak respondenti vnímají onemocnění ledvin. Tmavším podbarvením (HD pacienti), světlejším podbarvením (pacienti z PD) jsou vyznačeny odpovědi nejvíce zatěžující pro respondenty. Nejvíce respondentů z HD uvedlo, že **onemocnění ledvin značně ovlivňuje život** a *určitě platí* u 36ti (73 %) respondentů, *většinou platí*, hodnotili 4 (27 %) respondenti na PD. U 26ti (55 %) respondentů na HD a 1 (7 %) respondenta na PD, určitě platí tvrzení, že **onemocnění ledvin je připravuje o příliš mnoho času**. *Určitě platí* i tvrzení u 14ti (29 %) klientů na HD, kteří jsou ze svého onemocnění **nešťastný/á**, *většinou platí* jak u 8 (16 %) respondentů na HD, tak i 5ti (33 %) klientů z PD. Pro 12 (24 %) klientů na HD a 2 (13 %) klienty na PD *určitě platí*, že **zatěžují rodinu** a *většinou platí* u 3 (20 %) PD klientů.

Otázka 13

Tyto otázky se týkají Vašich pocitů. Jak často v posledních 4 týdnech ...

Tabulka 5 Pocity respondentů na své okolí

Podotázky	Odpovědi					
	pořád		většinou		dost často	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
jste se vyhýbal/a se lidem kolem Vás?	4	0	2	0	2	13
jste zpomaleně jste reagoval/a na to, co někdo řekl nebo udělal?	0	0	6	7	4	13
jste s lidmi kolem Vás jednal/a podrážděně?	2	0	0	0	4	0
jste měl/a jste potíže se soustředěním nebo s myšlením?	0	7	0	7	2	0
jste vycházel/a jste dobře s ostatními?	41	53	29	20	10	0
jste byl/a jste zmatený?	0	0	0	0	0	0
Podotázky	Odpovědi					
	občas		málokdy		nikdy	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
jste se vyhýbal/a jste se lidem kolem Vás?	14	7	14	13	63	67
jste zpomaleně jste reagoval/a na to, co někdo řekl nebo udělal?	6	0	33	27	51	53
jste s lidmi kolem Vás jednal/a podrážděně?	20	13	27	27	47	60
jste měl/a jste potíže se soustředěním nebo s myšlením?	20	7	31	27	47	53
jste vycházel/a jste dobře s ostatními?	4	0	6	7	10	20
jste byl/a jste zmatený?	0	0	20	13	80	87

V otázce 13, jsou hodnoceny pocity respondentů k jejich okolí. U výsledků jsou ponechány stejná barevná označení jako u předchozích tabulek a mapují odpovědi negativního vnímání respondentů ve vztahu ke svému okolí. **Lidem ve svém okolí se občas vyhýbalo** 7 (14 %) pacientů na HD a 1 (7 %) pacient na PD a *dost často* 2 (13 %) také klienti z PD. **Zpomaleně reagovalo** na své okolí *dost často* 2 (4 %) a 2 (13 %) respondenti z obou skupin. **Podrážděně** na lidi ve svém okolí *občas* reagovalo 10 (20 %) klientů z HD a 2 (13 %) klienti z PD. *Občas* má **potíže s myšlením a soustředěním** 10 (20 %) klientů z HD a 1 (7 %) klient z PD. *Nikdy* se svým okolím **nevycházelo** 5 (10 %) respondentů z HD a 3 (20 %) na PD. **Zmateno málokdy** bylo 10 (20 %) klientů z HD a 2 (13 %) z PD (Tabulka 5).

Otázka 14

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

Tabulka 6 Potíže respondentů související s dialyzační léčbou

Podotázky	Odpovědi					
	vůbec mě neobtěžovaly		trochu mě obtěžovaly		středně mě obtěžovaly	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
Bolest svalů?	39	53	20	27	27	0
Bolest na prsou?	69	93	16	7	8	0
Křeče?	35	47	39	33	12	13
Svědění pokožky?	37	60	31	27	18	13
Suchá pokožka?	45	73	29	13	16	13
Dýchavičnost?	57	73	14	13	20	7
Mdloby nebo závratě?	71	80	18	0	6	13
Nechutenství?	78	67	10	27	10	7
Vyčerpání nebo velká únava?	31	47	24	27	22	20
Ztráta citlivosti v rukou nebo nohou?	65	93	12	0	12	7
Nevolnost nebo podrážděný žaludek?	59	60	20	20	12	20
Potíže s cévním připojením?	65		24		2	
Potíže s katétrem?		93		7		0

Podotázky	Odpovědi			
	hodně mě obtěžovaly		maximálně mě obtěžovaly	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
Bolest svalů?	10	20	4	0
Bolest na prsou?	2	0	4	0
Křeče?	12	0	2	7
Svědění pokožky?	12	0	2	0
Suchá pokožka?	8	0	2	0
Dýchavičnost?	6	7	2	0
Mdloby nebo závratě?	2	7	2	0
Nechutenství?	0	0	2	0
Vyčerpání nebo velká únava?	20	7	2	0
Ztráta citlivosti v rukou nebo nohou?	2	0	8	0
Nevolnost nebo podrážděný žaludek?	6	0	2	0
Potíže s cévním připojením?	6		2	
Potíže s katétrem?		0		0

Otázka 14 je zaměřena na potíže, které se vyskytují při dialyzační léčbě. Barevné odlišení skupin je ponecháno. *Středně obtěžovali* respondenty z HD, hlavně **bolesti svalů** u 13ti (27 %) pacientů, **křeče** 6 (12 %) pacientů, **svědění pokožky** 9 (18 %) pacientů, suchá pokožka obtěžuje 8 (16 %) pacientů. **Potíže s dýcháním** uvedlo 10 (20 %) pacientů, **únavu a vyčerpání** pociťovalo 11 (22 %) respondentů. **Ztráta citlivosti nohou nebo rukou** *středně*

obtěžuje 6 (12 %) klientů. **Mdloby a závratě** se vyskytovali u 3 (6 %) respondentů. **Nechutenství** trpělo na HD 5 (10 %) pacientů a **nevolností** trpělo 6 (12 %). **Potíže s cévním připojením** *středně obtěžovalo* 1 (2 %) pacienta, 3 (6 %) klienty *hodně* a *maximálně* 1 (2 %) respondentů na HD. *Hodně obtěžovali bolesti svalů* na HD tři (10 %) respondenty, *maximálně* obtěžovali bolesti svalů a na prsou 2 (4 %) respondenty. **Křečemi a svěděním pokožky** u HD *hodně trpí* 6 (12 %) pacientů, *maximálně* 1 (2 %) respondent. **Vyčerpáním a únavou** je *hodně obtěžováno* 10 (20 %) klientů, *maximálně* 1 (2 %) klient na HD. **Ztrátou citlivosti v rukách nebo nohách** *maximálně* trpí 4 (8 %) respondentů.

Peritoneální pacienty *středně obtěžovali* ve stejném počtu 2 (13 %) klientů **křeče, svědění pokožky, suchá pokožka, mdloby a závratě**. **Vyčerpání, únavu a nevolnost**, uvedlo také stejné odpovědi 3 (20 %) klienti. **Dýchavičnost, nechutenství a ztráta citlivosti rukou**, *středně obtěžuje* 1 (7 %) klienta. Jednoho (7 %) klienta *hodně obtěžují* mdloby, dýchavičnost a vyčerpání. Maximálně 1 (7 %) klient trpí křečemi (Tabulka 6)

Třetí část standardizovaného dotazníku je zaměřena na každodenní život, který ovlivňuje onemocnění ledvin, otázka 15 – 22.

Otázka 15

Nakolik obtěžuje onemocnění ledvin Vás v dále uvedených oblastech?

Tabulka 7 Omezení respondentů související s dialyzační léčbou

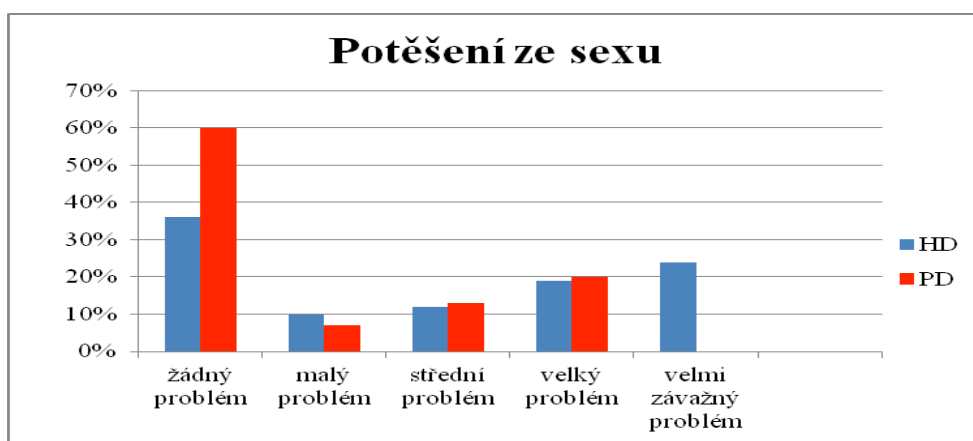
Podotázky	Odpovědi					
	vůbec mě neobtěžuje		trochu mě obtěžuje		středně mě obtěžuje	
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)
Omezení tekutin?	12	73	27	20	14	7
Dietní omezení?	45	73	27	20	16	7
Schopnost provádět domácí práce?	39	67	22	20	14	13
Schopnost cestovat?	29	67	14	20	14	7
Závislost na lékařích a dalším zdravotnickém personálu?	47	80	22	20	20	0
Stres nebo obavy způsobené ledvinovým onemocněním?	39	67	24	33	24	0
Sexuální život?	52	73	5	7	9	7
Osobní vzhled?	67	80	8	7	13	7
Podotázky	Odpovědi					
	hodně mě obtěžuje		maximálně mě obtěžuje			
	HD (f _i %)	PD (f _i %)	HD (f _i %)	PD (f _i %)		
Omezení tekutin?	35	0	12	0		
Dietní omezení?	10	0	2	0		
Schopnost provádět domácí práce?	14	0	10	0		
Schopnost cestovat?	22	7	20	0		
Závislost na lékařích a dalším zdravotnickém personálu?	6	0	4	0		
Stres nebo obavy způsobené ledvinovým onemocněním?	6	0	6	0		
Sexuální život?	9	7	25	7		
Osobní vzhled?	6	7	6	0		

Otázka 15 je zaměřena na oblasti, které omezují respondenty v každodenním životě související s dodržováním léčebného režimu na HD i PD. Restrikce tekutin a dietní režim je pro respondenty nejvíce zatěžující. Trochu obtěžuje pacienty na PD, a to u 3 (20 %), hodně obtěžuje 17 (35 %) respondentů a maximálně 6 (12 %) na HD. Provádění domácích prací, středně obtěžuje 2 (13 %) klienty z PD, hodně obtěžuje 7 (14 %) a maximálně 5 (10 %) klientů na HD. Cestování hodně omezuje respondenty na HD u 11ti (22 %) a maximálně u

10ti (20 %) klientů. Stres a obavy z onemocnění, středně obtěžuje 12 (24 %) pacientů, hodně 3 (6 %) a maximálně také 3 (6 %) pacienty léčené HD. Sexuální život, hodně obtěžuje 4 (9 %) respondenty na HD a 1 (7 %) na PD. Maximální zátěž při sexu, uvedlo 11 (25 %) respondentů na HD a 1 (7 %) respondent na PD. Osobní vzhled, středně obtěžuje 7 (13 %) pacientů na HD, 1 (7 %) na PD, hodně obtěžuje 3 (6 %) pacienty na HD a 1 (7 %) pacienta na PD (Tabulka 7).

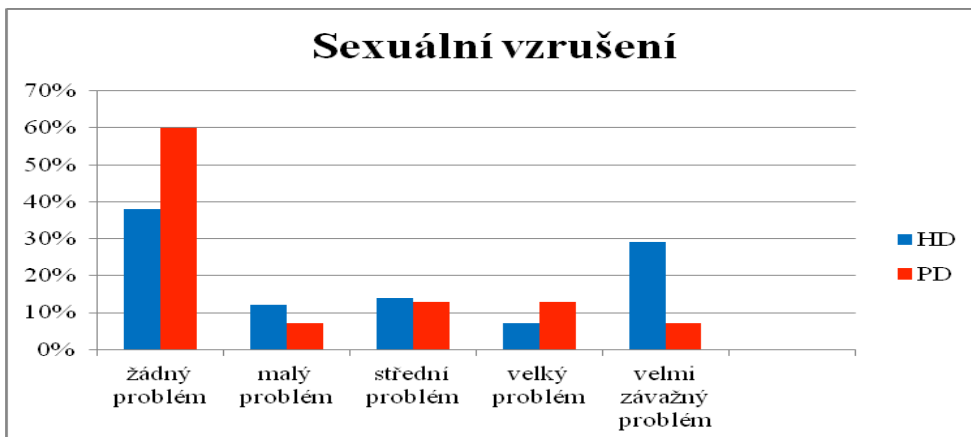
Otázka16

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



Obrázek 9 Hodnocení respondentů potěšení ze sexu

Otázka 16 hodnotí sexuální oblast respondentů. Jedná se o velmi intimní záležitost, a proto ne všichni respondenti (7 pacientů na HD) na tuto otázku odpověděli. Žádný problém při potěšení ze sexu nepocítuje 15 (36 %) klientů na HD a 9 (60 %) klientů na PD. Čtyři (10 %) pacienti na HD a 1 (7 %) pacient na PD se potýká s malými problémy v oblasti potěšení ze sexu. Středními problémy se v této oblasti zabývá 5 (12 %) klientů na HD a 2 (13 %) klienti na PD. Velkými problémy při potěšení trpí 8 (19 %) klientů na HD a 3 (20 %) klienti na PD. Velmi závažný problém v otázce potěšení ze sexu uvedlo 10 (24 %) klientů léčených hemodialýzou (Obrázek 9).

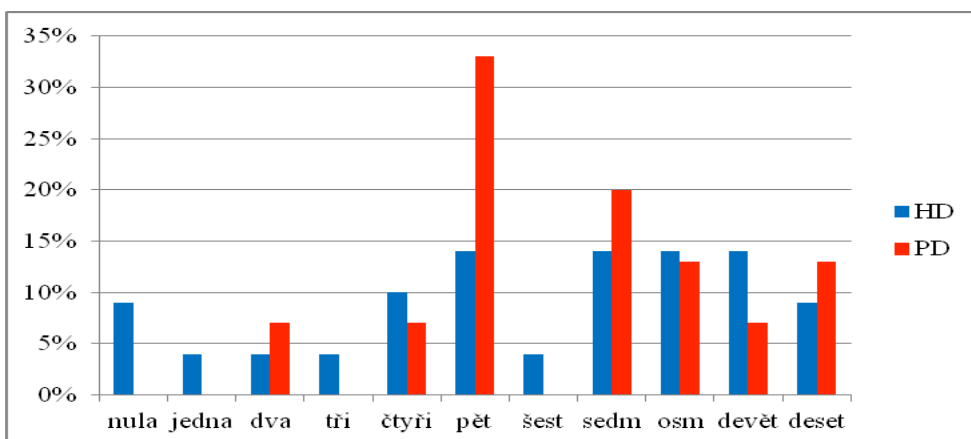


Obrázek 10 Hodnocení respondentů sexuálního vzrušení

Obrázek 10 znázorňuje výsledky šetření zabývající se problémy se sexuálním vzrušením u pacientů s onemocněním ledvin. V posledních 4 týdnech netrpí žádnými problémy při sexuálním vzrušení 16 (38 %) klientů na HD a 9 (60 %) klientů na PD. Malý problém se sexuálním vzrušením uvedlo 5 (12 %) klientů z HD a 1 (7 %) klient na PD. Střední problém v této oblasti označilo 6 (14 %) klientů z HD a 2 (13 %) klienti z PD. Velký problém v otázce sexuálního vzrušení pociťují 3 (7 %) klienti z HD a 2 (13 %) klienti z PD. Velmi závažný problém se sexuálním vzrušením uvedlo 12 (29 %) klientů léčených hemodialýzou a 1 (7 %) klient z PD léčený peritoneální dialýzou.

Otázka 17

Jak byste celkově hodnotil/a svůj spánek na stupnici od 0 do 10?



Obrázek 11 Subjektivní hodnocení spánku respondenty

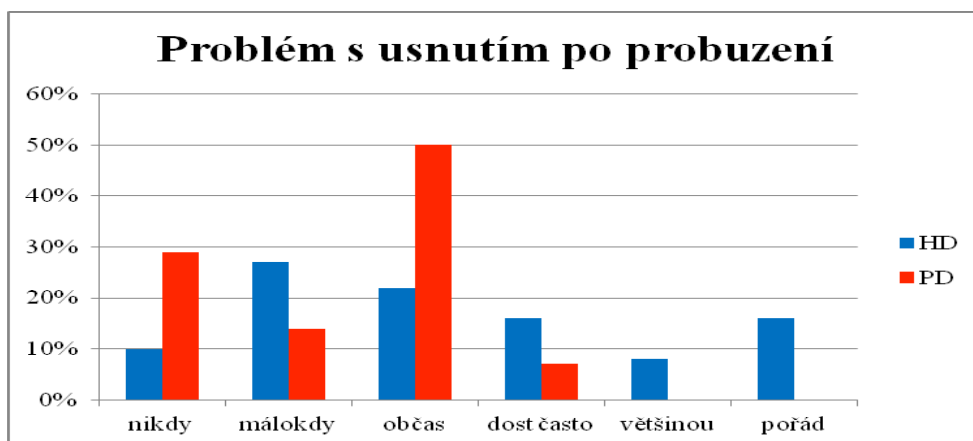
V následující otázce respondenti hodnotí svůj spánek na stupnici od 0 (velmi špatný) do 10 (velmi dobrý). Pacienti z HD stupnici nula a deset označily 4x (9 %). Ze stejné kategorie

respondentů byla stupnice 1, 2 a 3 zvolena 2 (4 %) pacienti a stupnice čtyři 5ti (10 %) pacienti. Stupnice 5, 6, 7, 8 a 9 je shodně vybrána 7 (14 %) respondenty. Bodem šest hodnotili spánek 2 (4 %) respondenti z této kategorie.

Skupina respondentů z PD svůj spánek nehodnotila na stupnici 0, 1, 3 a 6. Číslo 2, 4 a 9 označil vždy 1 (7 %) respondent. Největší zastoupení u respondentů této skupiny má číslo 5, které se ve výzkumném šetření objevilo 5x (33 %). Sedmičkou hodnotí svůj spánek 3 (20 %) klienti na PD. Číslo osm a deset vykazují u pacientů na PD stejné zastoupení - 2 (13 %) respondenti (Obrázek 11).

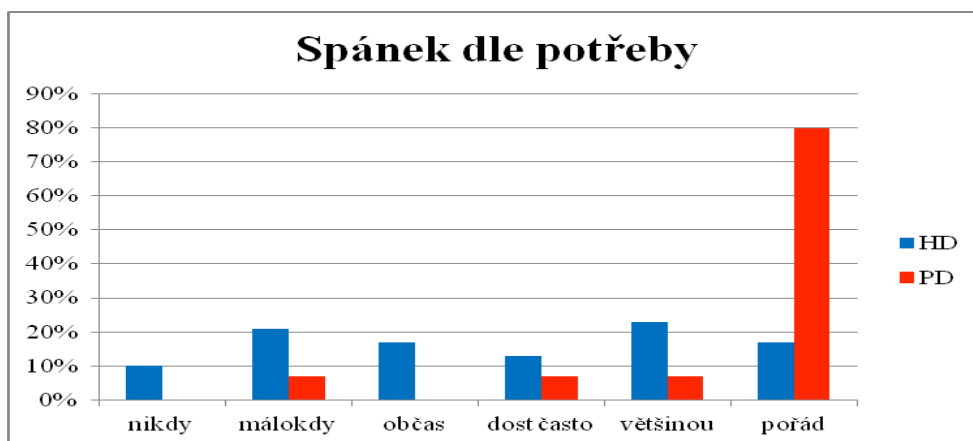
Otázka18

Jak často v posledních 4 týdnech ...



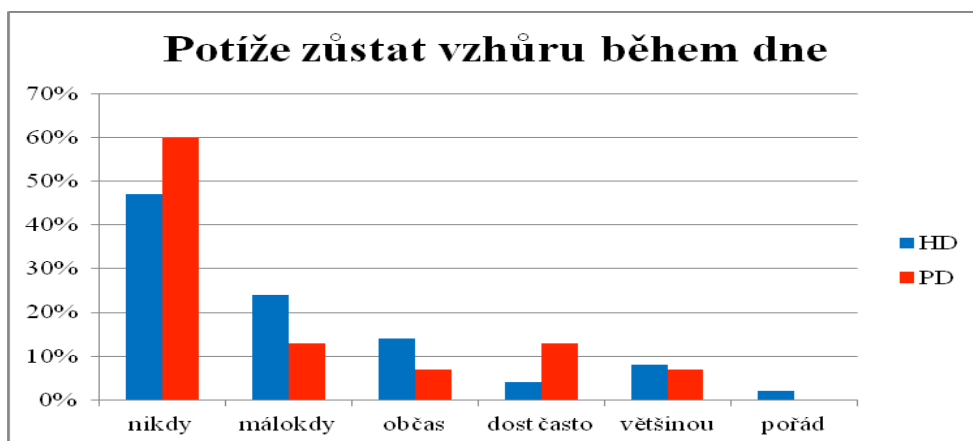
Obrázek 12 Problém s usnutím po probuzení

Obrázek 12 posuzuje potíže respondentů zůstat během vzhůru. Nikdy, nemělo problém zůstat během dne vzhůru 23 (47 %) klientů na HD, a 9 (60 %) klientů na PD, málokdy tento problém hodnotilo 12 (24 %) klientů na HD, a 2 (13 %) na PD, občasné potíže se spánkem zůstat ve dne vzhůru uvedlo 7 (14 %) respondentů z HD a 1 (7 %) z PD. 2 (4 %) klientům z HD i 2 (13 %) klientům z PD dost často dělalo potíže zůstat ve dne vzhůru, většinou 4 (8 %) pacientům z HD a 1 (7 %) z PD. Pořád měl tento problém 1 (2 %) klient z HD, PD pacienti tuto odpověď neuváděli.



Obrázek 13 Spánek dle potřeby

Na obrázku 13 respondenti hodnotí svůj spánek, zda spali tolik, kolik potřebovali. Odpověď „nikdy“ uvedlo 5 (10 %) respondentů ze skupiny HD, PD skupina nehodnotila spánek odpovědí nikdy a občas. „Málokdy“ spali, tolik, kolik potřebovali 10 (21 %) pacientů na HD, 1 (7 %) pacient na PD. „Občas spalo“ 8 (22 %) klientů na HD, „dost často“ 6 (13 %) respondentů na HD a 1 (7 %) respondent na PD. Možnost „většinou“ vybralo 11 (23 %) respondentů z HD a 1 (7 %) respondent na PD, pořád vybralo odpověď 8 (17 %) pacientů na HD a nejvíce odpověděli respondenti z PD v počtu 12ti (80 %).



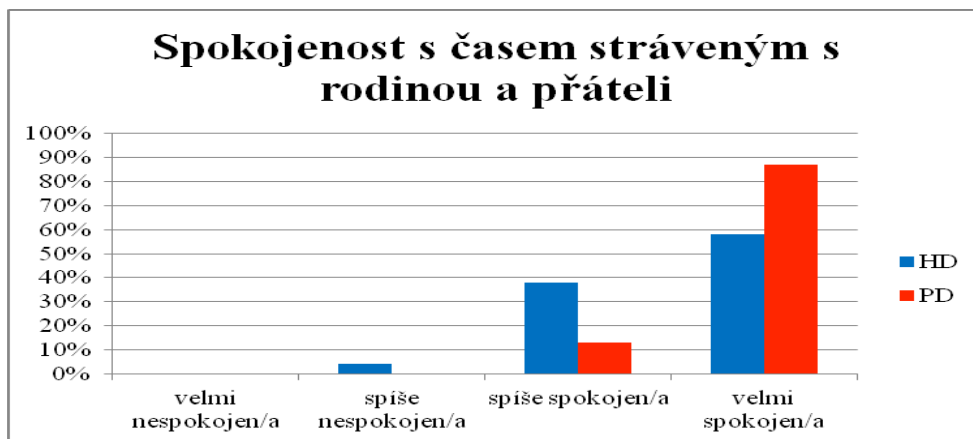
Obrázek 14 Potíže respondentů zůstat během dne vzhůru

Obrázek 14 posuzuje potíže respondentů zůstat během dne vzhůru. Nikdy nemělo problém zůstat během dne vzhůru u 23 (47 %) klientů na HD a 9ti (60 %) klientům na PD, málokdy tento problém hodnotilo 12 (24 %) klientů na HD a 2 (13 %) na PD, občasné potíže se spánkem zůstat ve dne vzhůru uvedlo 7 (14 %) respondentů z HD a 1 (7 %) z PD. Dvěma (4 %) klientům z HD i 2 (13 %) klientům z PD, dost často dělalo potíže zůstat ve dne vzhůru,

většinou 4 (8 %) pacientům z HD a 1 (7 %) z PD. Pořád měl tento problém 1 (2 %) klient z HD, PD pacienti tuto odpověď neuváděli.

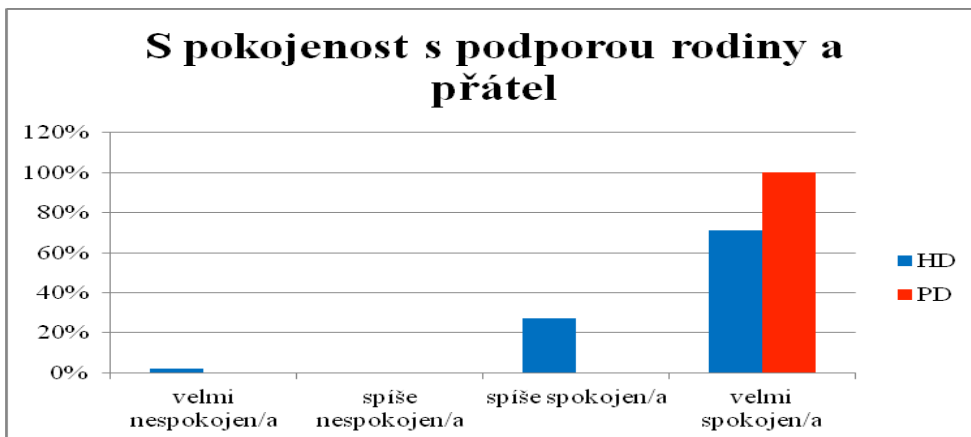
Otázka 19

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



Obrázek 15 Spokojenost respondentů s časem stráveným s rodinou a přáteli

Obrázek 15 znázorňuje spokojenost klientů s množstvím času, který mohou vzhledem ke svému onemocnění strávit se svou rodinou a přáteli. Na tuto otázku 1 respondent ze skupiny HD neodpověděl. Velmi spokojeno s množstvím času, které mohou trávit s rodinou a přáteli je 28 (58 %) pacientů z HD. Spíše spokojen/a uvedlo 18 (38 %) klientů léčených stejnou metodou a pouze 2 (4 %) respondenti uvedli spíše nespokojenost s množstvím času, který mohou s rodinou a přáteli strávit. Třináct (87 %) pacientů léčených perkutánní hemodialýzou je velmi spokojeno s množstvím času věnovaný rodině a přátelům a 2 (13 %) z nich je s množstvím času spíše spokojeno.

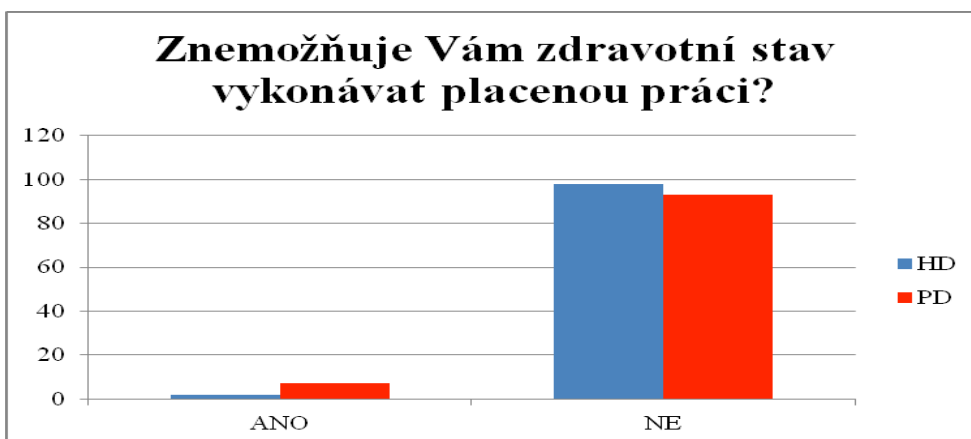


Obrázek 16 Spokojenost respondentů s podporou rodiny a přátel

Všichni (100 %) klienti podstupující léčbu peritoneální hemodialýzou jsou velmi spokojeni s podporou, která se jim dostává od rodiny a přátel. Ve skupině pacientů léčených hemodialýzou tomu je u 35ti (71 %) respondentů. Možnost spíše spokojen/a uvedlo 13 (27 %) klientů na HD. Velmi nespokojen s podporou rodiny a přátel je z této kategorie 1 (2 %) respondent (Obrázek16).

Otázka 20

Vykonával jste v posledních 4 týdnech placenou práci?

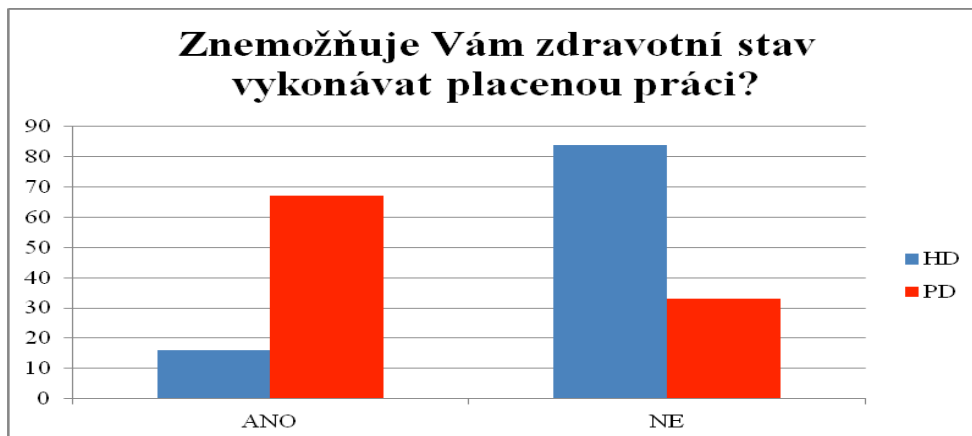


Obrázek 17 Vykonávání placené práce respondenty

Pacienti s onemocněním ledvin vykonávají placenou práci jen velmi ojediněle. V kategorii respondentů léčených na HD tuto možnost uvedlo 48 (98 %) pacientů, v kategorii PD to je již o něco méně a to 14 (93 %) (Obrázek 17).

Otázka 21

Znemožňuje Vám zdravotní stav vykonávat placenou práci?

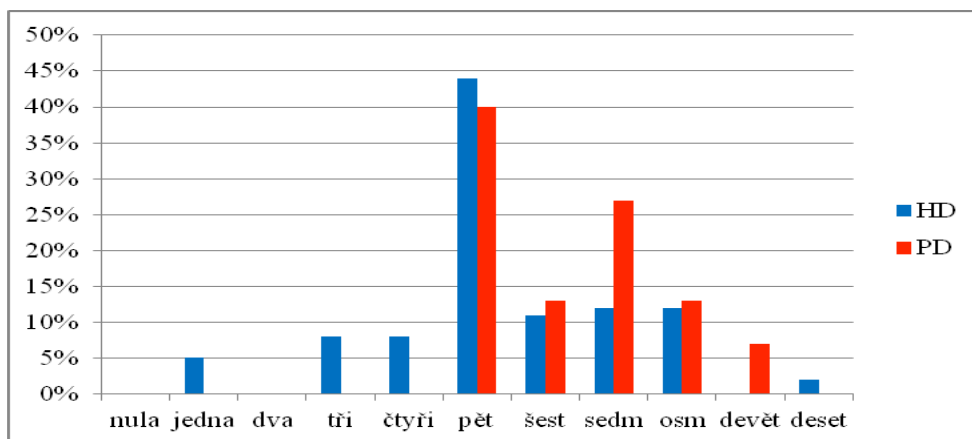


Obrázek 18 Vliv onemocnění ledvin respondentů vykonávat placenou práci

Otázka 21 hodnotí, jak onemocnění ledvin brání respondentům vykonávat placenou práci. Pouze 8 (16 %) pacientům na HD znemožňuje jejich onemocnění vykonávat placenou práci. Ve skupině pacientů na PD je tomu naopak, neboť jejich zdravotní stav umožňuje vykonávat placenou práci u 10ti (67 %) pacientů (Obrázek 18).

Otázka 22

Jak byste celkově hodnotil/a svůj zdravotní stav?



Obrázek 19 Celkové hodnocení zdravotního stavu respondenty

Celkový zdravotní stav klienti hodnotili na stupnici od 0 (nejhorší co může být) do 10 (nejlepší co může být).

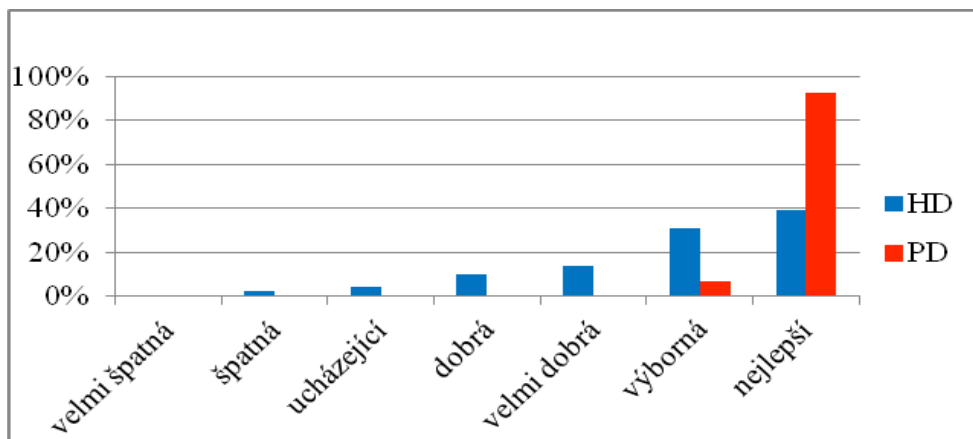
V kategorii klientů na HD číslo 1 označili 2 (5 %) pacienti, číslo 3 a 4 označili 4 (8 %) pacienti. Nejčastěji klienti na HD svůj celkový zdravotní stav hodnotí číslem 5, uvedlo tak 21 (43 %) respondentů. Šestku vybralo 5 (11 %) pacientů na HD a číslo 7 a 8 uvedlo 6 (12 %) pacientů z téže kategorie. Číslo deset označil pouze 1 (2 %) klient léčený prostřednictvím hemodialýzy.

Kategorie pacientů na PD uváděla nejčastěji číslo 5. Uvedlo tak 6 (40 %) respondentů z 15 (100 %). Číslo 6 a 8 bylo zastoupeno 2 (13 %) klienty. Celkový zdravotní stav číslem 7 ohodnotili 4 (27 %) pacienti léčení perkutánní dialýzou a číslem devět 2 (7 %) klienti z PD (Obrázek 19).

Čtvrtá část standardizovaného dotazníku hodnotí spokojenost respondentů se zdravotní péčí, otázka 23 - 24.

Otázka 23

Pokud jde o Vaši spokojenost, jak byste hodnotil/a vlídnost a zájem věnovaný Vaší osobě?

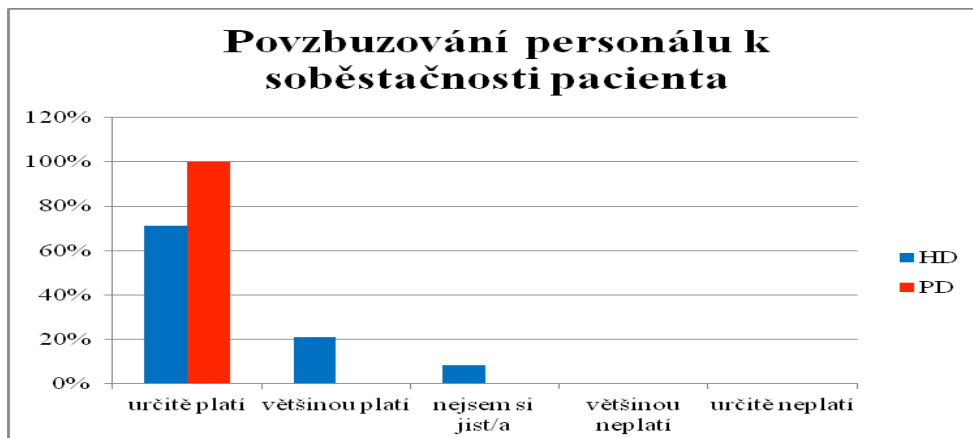


Obrázek 20 Vlídlost a zájem věnovaný respondentům

V této otázce respondenti hodnotili vlídnost a zájem věnovaný jejich osobě. Hodnocení nejlepší péče označilo 19 (39 %) respondentů na HD, 14 (93 %) respondentů na PD. Výbornou péči hodnotilo 15 (31 %) respondentů na HD a 1 (7 %) respondent na PD. Zbývající odpovědi uváděli respondenti z HD a to jako velmi dobrou v zastoupení 7 (14 %) pacientů, dobrou 5 (10 %), ucházející 2 (4 %) a špatnou 1 (4 %) u respondenta (Obrázek 20).

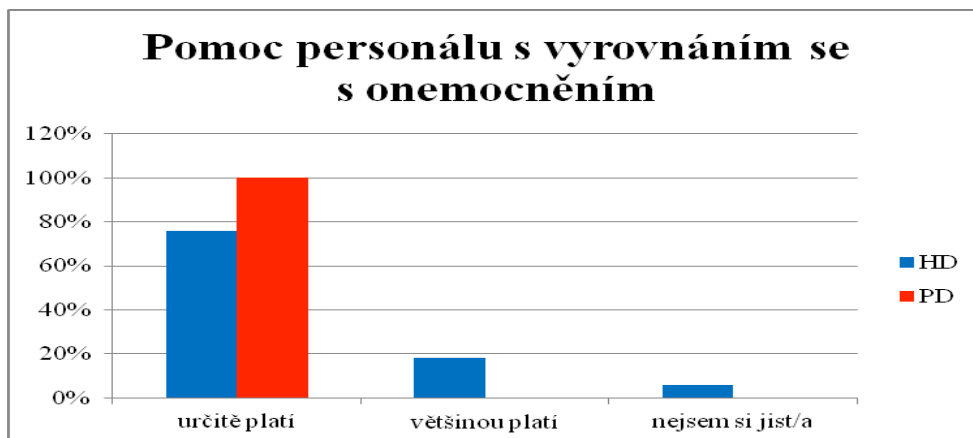
Otázka 24

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



Obrázek 21 Hodnocení personálu na dialýze respondenty

Obrázek 21 znázorňuje hodnocení personálu z pohledu respondentů při podpoře samostatnosti klienta. Všichni 15 (100 %) respondentů ze skupiny PD označili možnost „určitě platí“. Ve skupině pacientů na HD stejné vybralo 35 (71 %) klientů. Většinou personál povzbuzuje pacienta k samostatnosti dle jeho možností u 10ti (21 %) respondentů v kategorii HD a 3 pacienti (8 %) si s povzbuzováním od personálu nejsou jisti.



Obrázek 22 Pomoc personálu s vyrovnáním se s onemocněním

Ve skupině pacientů léčených peritoneální dialýzou opět všichni 15 (100 %) respondentů uvedli, že určitě platí, že jim personál na dialýze pomáhá vyrovnat se s onemocněním. Tuto možnost vybralo 37 (76 %) klientů léčených hemodialýzou. Devět (18 %) respondentů zvolilo možnost „většinou platí“ a 3 (6 %) respondenti si nejsou jisti s pomocí personálu vyrovnat se s onemocněním (Obrázek 22).

6 Diskuze

V této části jsou představeny výsledky praktické části bakalářské práce, které byly získány pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL SF™. Dále jsou zodpovězeny výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku výzkumného šetření.

Výzkumná otázka 1: Jak respondenti vnímají vlastní zdravotní stav?

Chronické onemocnění představuje trvalé znevýhodnění pacientů. Může sice dojít ke zlepšení, resp. úpravě stavu, ale chronicky nemocného nikdy nelze zcela vyléčit. Pacienti musí přijmout nemoc jako součást své identity a musí se s tímto onemocněním naučit žít. Vliv dialyzační léčby na život a vnímání vlastního zdravotního stavu je závislý na celé řadě faktorů, jako je věk, kompenzace chronického onemocnění, podpora rodiny, personálu dialyzačního střediska, zaměstnavatele a také na možnosti věnovat se zájmům jako před onemocněním. V našem souboru respondentů/pacientů léčených hemodialýzou, z odpovědí vyplynulo, že své zdraví celkově vnímalo jako docela dobré 26 (51 %) pacientů. Na peritoneální dialýze hodnotilo 8 (53 %) pacientů zdraví jako dobré. Obě skupiny pacientů si uvědomují, že jejich zdravotní stav je vážný a očekávají v budoucnu zhoršení jejich zdraví (Obrázek19).

Onemocnění ledvin značně ovlivňuje život u 36ti (73 %) pacientů na HD a 2 (13 %) respondentů na PD. Výsledky výzkumného šetření poukazují na rozdílné vnímání vlastního zdraví mezi skupinou pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou. 37 (76 %) respondentů na hemodialýze uvedlo, že tato metoda léčby je omezuje hodně ve vykonávání běžných denních činností. Oproti tomu 6 (40 %) respondentů na peritoneální dialýze uvedlo, že při této metodě léčby nepocítují omezení v běžných denních činnostech (Tabulka 1).

Z dostupných pramenů není možné porovnat výkon běžných denních činností u pacientů léčených perkutánní dialýzou a hemodialýzou. Valová (2014) se sice ve svém výzkumném šetření zabývá kvalitou života pacientů s hemo a peritoneální dialýzou, avšak při hodnocení výsledků nerozlišuje typ léčby. Její výzkum probíhal na dialyzačních střediscích v Jindřichově Hradci a Táboře u 74 pacientů a poukazuje na to, že chronické onemocnění ledvin zasahuje do vykonávání běžných denních činností pacientů. Se svým pracovním výkonem bez rozlišení není spokojeno 20 (27 %) klientů léčených hemodialýzou a perkutánní dialýzou. Pro vyhodnocení kvality života použila dotazníkové šetření s využitím metodiky WHQOL-BREF Světové zdravotnické organizace.

Hakenová (2010) ve svém výzkumu „Kvalita života dialyzovaných pacientů“, který proběhl na dialyzačním středisku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze u 50 respondentů, uvádí, že u 23 (46 %) dotazovaných, se cítí částečně omezeno při vykonávání běžných denních činností.

V naší práci byl prokázán rozdíl ve vnímání bolesti u skupin pacientů s PD a HD. Peritoneálně dialyzovaný pacient netrpí bolestmi jako dialyzovaný pacient na umělé ledvině, což uvedlo 8 (53 %) klientů. Tito pacienti se cítí subjektivně lépe než pacienti na hemodialýze, které trápí bolesti – uvedlo 12 (25 %) respondentů, i když 16 (33 %) klientů opovědělo, že netrpí žádnými bolestmi.

Dle dlouholetých zkušeností s ošetřováním pacientů dialyzačního centra se domníváme, že pacienti na PD nejsou ovlivňováni při denních činnostech v takové míře jako pacienti na HD, neboť jsou soběstační a schopni provádět metodu léčby v domácím prostředí. Nemusí dojíždět denně na dialyzační středisko a jsou i v menší míře ohroženi komplikacemi spojenými s léčbou. V našem výzkumném šetření je 10 (66 %) respondentů z PD se svojí schopností zvládat každodenní činnosti spokojena a má dostatek elánu, oproti 20ti (80 %) respondentům z HD, kteří nemají dostatek elánu při provádění každodenních činností kvůli zdravotním potížím.

Výzkumná otázka 2: Jakou kvalitu života budou uvádět respondenti léčení metodou hemodialýzy a peritoneální dialýzy?

Pro porovnání kvality života musíme brát zřetel na rozdílnost obou skupin. Skupina PD pacientů si léčebnou metodu provádí sama v domácím prostředí. Skupina pacientů léčená hemodialýzou je odkázána na přístroj v dialyzačním středisku kam musí pravidelně dojíždět a je obsluhován vyškoleným personálem. Toto dokazuje i výzkum kvality života v roce 2009, autorkami Bužgovou, Hájkovou a Jasiokovou, které zjistili, že dialyzovaní pacienti ve srovnání s běžnou populací hodnotí kvalitu života podstatně hůře. Dále při porovnávání skupin HD a PD vyšlo najevo, že respondenti na PD dosahují vyšší kvality života než respondenti docházející na HD 2 – 3krát týdně.

Většina respondentů našeho zkoumaného vzorku je spokojena se svým životem i přes všechna úskalí, která s sebou léčba přináší. Nejvíce respondentů z obou skupin hodnotí svůj život jako kvalitní a smysluplný. Paní doktorka Marcela Znojová (Stěžeň, 2004) dospěla ve svém šetření ke stejnému závěru. Výzkum probíhal na 50 dialyzačních střediscích v celé České republice a zúčastnilo se ho 700 dialyzovaných pacientů. Jedna z otázek, na kterou respondenti

odpovídali, byla zaměřena na celkové hodnocení kvality života v posledních 4 týdnech. 525 dotazovaných pacientů uvedlo hodnocení své kvality života jako průměrnou nebo lepší. Dále uvádí, že dialyzovaný pacient je často podstatně spokojenější, než si my zdravotníci myslíme.

Mészárosová (2012) ve své bakalářské práci „Životní styl a kvalita života dlouhodobě dialyzovaných pacientů“ provedla výzkumné šetření na dialyzačních střediscích v Nemocnici České Budějovice, Nemocnici Tábor, Nemocnici Český Krumlov, Fresenius Medical Care Příbram, Nemocnici Písek, Nemocnici Strakonice, IKEMu, transplantačním centru, klinice nefrologie (Hemodialýza Praha) v roce 2012. Výzkum byl proveden pomocí kvantitativního a kvalitativního šetření u 71 klientů. Pacienti odpověděli jednoznačně na vnímání kvality svého života termínem – špatně. Zde autorka neuvedla absolutní četnost.

Výzkumná otázka 3: Jaký vliv má onemocnění ledvin na každodenní život?

Z výsledků vyplývá, že téměř každý klient se setkává s těžkostmi, které dialyzační léčba přináší. Mezi nejčastější omezení, které respondenti uváděli, bylo omezení tekutin a dietní režim. Omezení tekutin na HD hodně obtěžuje 17 (35 %), maximálně 6 (12 %) respondentů, na PD trochu obtěžuje pouze 3 (20 %) respondenty. Omezení týkající se dietního režimu, obtěžuje 13 (27 %) klientů na HD a 3 (20 %) klientů na PD (Tabulka 7).

Zoubková (2007) ve své bakalářské práci „Kvalita života dialyzovaných klientů“ formou dotazníkového šetření, které proběhlo na hemodialyzačních střediscích v Třebíči a Fakultní nemocnici U Svaté Anny u 64 klientů, uvádí, že obtíže s dodržováním pitného režimu nepocítuje, nebo jej vnímá málo 40 (62 %) z 64 respondentů. Dietních opatření 37 (52 %) klientů nevnímá jako zásadní omezení.

Neschopnost cestovat, závislost na lékařích, dietní doporučení, stres uvedly obě skupiny, že je neobtěžují vůbec.

Spánek obě skupiny respondentů hodnotili nejčastěji stupněm pět. U klientů na PD byl spánek takto hodnocen 5 (33 %) klienty, u respondentů na HD 7 (14 %) klienty (Obrázek 13). Nejčastěji hemodialyzovaní pacienti uvádějí, že mají problém po probuzení znovu usnout a dále mají pocit nedostatku spánku (Obrázek 13).

Přes častý výskyt komplikací u chronického onemocnění ledvin, většina pacientů netrpí stresem a nevzdávají se ani možnosti cestování. Z výzkumu vyplývá pro 14 (29 %) klientů HD a 10 (67 %) PD, možnost cestovat bez omezení. Stres nebo obavy způsobené ledvinovým onemocněním, neobtěžuje 19 (39 %) respondentů na HD a 10 (67 %) na PD (Tabulka 6). Se

svým rodinným zázemím je spokojena většina respondentů. Nemoc neovlivnila přístup rodiny k nim a mají v nich podporu, která jim napomáhá překonat krizová období. Data dokazují údaje (Obrázek 16) kdy 35 (71 %) klientů na HD a 15 (100 %) klientů na PD jsou velmi spokojeni s podporou rodiny.

Oblastí sexuální problematiky u chronického onemocnění ledvin se v minulosti výzkumy a studie příliš nezabývaly. Domníváme se, že se jedná o velmi intimní oblast, na kterou pacienti neradi odpovídají. Na otázky týkající se sexu odpovědělo 42 respondentů z celkového počtu 49 dotazovaných na HD, a 15 respondentů na PD. 16 (38 %) respondentů z HD a 9 (60 %) z PD neudává problémy při sexu. Vzhledem k věkovému rozložení respondentů se domníváme, že na otázky sexu odpovídali především klienti mladší věkové kategorie.

Dále bylo zjištěno, že respondenti z obou skupin nevykonávají placenou práci, protože jsou ve starobním nebo invalidním důchodu a jsou omezeni svou nemocí. Dialyzační léčba je velmi náročná na čas, neboť zahrnuje dopravu na středisko a délku terapie, která se pohybuje v časovém rozmezí 4 – 5 hodin a i z tohoto důvodu je ovlivněn společenský život pacientů, neboť při každé dialýze v centru stráví každý pacient až 6 hodin. U klientů s PD lze tuto situaci řešit pomocí APD (cyclarem), která umožňuje nemocnému více volného času během dne a může být i zaměstnán. Pouze 1 respondent (věk 31 let) ze 49 dotazovaných v našem výzkumném vzorku vykonává placenou práci při léčbě HD a 1 respondent (věk 35 let) při léčbě PD. Zoubková ve své závěrečné práci (2007) uvádí, že 27 (81 %) respondentů s onemocněním ledvin ztratilo zaměstnání nebo bylo nuceno v důsledku svého onemocnění a podstupování pravidelné dialyzační léčby odejít do invalidního důchodu. Ztráta zaměstnání je jeden z faktorů ovlivňující kvalitu života. Zhoršuje se nejen psychická, ale i sociální a ekonomická situace klientů.

Svůj zdravotní stav označilo za průměrný 21 (44 %) klientů na HD a 6 (40 %) klientů z PD, tedy méně než polovina. Na stupnici od 0 (nejhorší, co může být) do 10 (nejlepší, co může být) se odpovědi respondentů blížili k hodnotě 10, tedy nejlepšímu zdravotnímu stavu (Obrázek 19). Z výsledku je patrné, že tito pacienti se o své celkové zdraví starají, mají zájem dodržovat omezení, které tato léčba doporučuje a jsou dostatečně motivováni a podporováni rodinnými příslušníky. Podporu rodiny dokládá ve svém výzkumu, „Kvalita života u dialyzovaných pacientů” v dialyzačních centrech v Novém Městě na Moravě, Pelhřimově, Havlíčkově Brodě a v Jihlavě u 104 respondentů, Vonešová (2012), kde uvádí, že 81 (78 %) respondentů je plně rodinou podporováno.

7 Závěr

Cílem mé práce, bylo zmapovat aktuální situaci ve vnímání kvality života samotnými pacienty. Z výzkumného šetření je patrné, že kvalita života pacientů s chronickým selháním ledvin je závislá na vnímání vlastního zdraví. Nemocní trpí komplikacemi po i v průběhu dialyzační terapie a sama dialýza jim přináší omezení v běžném životě.

Hlavním přínosem práce jsou poznatky, které se týkají dialyzovaných pacientů léčených metodami hemodialýzy a peritoneální dialýzy a jaký vliv mají tyto metody na kvalitu života těchto pacientů. Uvádím zásadní informace, které kvalitu života těchto pacientů ovlivňují a jejich výskyt. A to tak, jak naši pacienti hodnotili kvalitu života v souvislosti se svým zdravotním stavem.

Limity mého výzkumu spočívají nesourodostí skupin, kdy počet pacientů na hemodialýze byl 49, a na peritoneální dialýze 15 pacientů. Jde také o různou technologii léčby, klinicky stejných pacientů. Pacienti při svých odpovědích mohli být také ovlivněni naší dlouhodobou ošetrovatelskou péčí. Tímto se mohli cítit respondenti vůči nám zavázáni a neuvedli vždy úplně pravdivé odpovědi. Výsledky šetření nelze zevšeobecňovat a platí pouze pro tuto bakalářskou práci.

Respondenti hodnotili svůj zdravotní stav jako průměrný na HD u 21 (44 %) klientů na HD a 6 (40 %) na PD. Zbývající pacienti hodnotili zdravotní stav na stupnici (Obrázek 12), který se blížil k hodnotě 10 (nejlepší, co může být). Proto se domnívám, že o své zdraví mají pacienti zájem a aktivně ho upevňují. Zdravotní stav je omezován hlavně režimem léčby pacientů s onemocněním ledvin. Na druhé straně vyplynulo, že onemocnění, hodně obtěžuje 36 (73 %) pacientů na HD a 4 (27 %) pacienti na PD.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že zdraví respondentů na hemodialýze je značně omezováno dialyzační léčbou pro vykonávání činností během dne u 35ti (76 %) respondentů. Šest (40 %) peritoneálně dialyzovaných pacientů hodnotilo tuto oblast, že je neomezuje vůbec. Výzkum také ukázal, že důsledky dialyzační léčby (bolesti, křeče, suchá pokožka, dušnost, nechutenství, potíže s cévním připojením u HD pacientů a potíží s katétrem u PD pacientů) při onemocnění ledvin v běžném životě neobtěžovalo 29 (59 %) respondentů na HD a 80 % respondentů na PD. Velkým problémem se mi zdá pohybová aktivita u obou skupin respondentů.

Jedním z cílů práce také bylo zjistit, jak respondenti vnímají důsledky svého onemocnění v každodenním životě. Důsledky onemocnění ledvin v běžném životě se nejvíce dotýkají oblasti restrikce příjmu tekutin, podpory rodiny a přátel a vykonávání zaměstnání. Šetřením bylo zjištěno, že 17 (35) % pacientů na HD hodně obtěžuje dodržování omezení příjmu tekutin. U dotazovaných 11 (73) % pacientů na PD příjem tekutin neobtěžuje. Odpovědi na otázky týkající se podpory rodiny a přátel u dialyzovaných pacientů nás informují o přístupu rodiny a přátel ke klientovi a jeho nemoci. U 35ti (71 %) respondentů na HD a 15ti (100 %) respondentů na PD vypověděli, že je rodina a přátelé zcela podporují. Velký přínos pro nemocné je rodina, která má velmi pozitivní vliv na celkové zvládání jeho nemoci. Největší handicap u našich pacientů spatřujeme v nemožnosti vykonávat zaměstnání v důsledku onemocnění a tím dochází i k snížení jejich životní úrovně. Výzkumné šetření dokazuje, že 48 (98 %) hemodialyzovaných pacientů a 14 (93 %) pacientů na PD jsou omezení vykonávat placenou práci.

V posledním cíli bakalářské práce jsme zjišťovali, jak jsou pacienti z HD i PD edukováni o své nemoci, léčbě a životosprávě. Hodně pozitivní bylo zjištění, že téměř všichni respondenti s ohledem na věk, délku onemocnění, pohlaví a vzdělání byli velmi spokojeni se zdravotnickým personálem a jejich podporou v průběhu léčby, prokazují to výsledky dotazníkového šetření. Dle mého názoru to souvisí nejen se skladbou pacientů, ale i s edukací pacientů o léčbě, dietním režimu, péči o AVF apod. Personál je pravidelně školen o vhodné komunikaci s pacientem a je připraven odpovědět klientovi na jeho dotazy. Oblast edukace je našim střediskem na výborné úrovni, máme vyškolené sestry, které se zabývají a jsou nápomocné pacientům v oblasti sociální pomoci, dodržování dietních a pitného režimu, edukace u pacientů s peritoneální dialýzou, pro středisko je zajištěna i psychologická pomoc odborníka, kterou doporučuje lékař HDS. Domníváme se, že pokud je respondent informován a pečlivě edukován ve všech jmenovaných oblastech, řídí se, a dodržuje veškerá doporučení, a tím lze předcházet komplikacemi, které dialyzační léčba přináší.

Přínosem pro naše středisko je, že vyškolený personál začal během výzkumu ještě více komunikovat a zajímat se o zdravotní stav pacientů v čase mezi jednotlivými dialýzami. Zdravotnický personál aktivně vyhledává informace o vzniklých komplikacích respondentů, jak se jim daří zvládat běžné denní činnosti a jak jsou respondenti soběstační.

Pro praxi bych ráda doporučila podporu fyzické aktivity respondentů cvičením pomocí míčků, gumových pásků, které by byly součástí dialyzační terapie, které není běžné pro dialyzační

střediska v České republice. Pro peritoneálně dialyzované pacienty sestavit cvičební plán se cviky, které by se zaměřily na posílení břišní stěny. Výzkum by se tak dále mohl zabývat otázkami kvality života ve vztahu fyzické aktivity u dialyzovaných pacientů.

Výsledky práce použiji pro svou praxi vrchní sestry na hemodialyzačním středisku a v peritoneální ambulanci. Poznatky z výzkumu uplatním ve výchově nových sester a v přípravě na jejich náročné povolání. Především v oblasti komunikace s pacientem je vždy co zlepšovat. Závěrem bych chtěla dodat, že v České republice trpí chronickým onemocněním ledvin a podstupuje pravidelnou dialyzační léčbu 6 310 pacientů. Každý člověk je individuální, a proto je třeba přistupovat ke každému jinak, k tomu je zapotřebí větší snaha nás zdravotníků navázat důvěrný vztah nejen s nemocným, ale i s jeho rodinou proto, abychom mohli neustále kvalitu života zlepšovat.

8 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

I. Tištěné zdroje:

- **Monografie**

1. BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ. *Peritoneální dialýza*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 334 s. ISBN 9788073450052.
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka Bartoňová. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 8085121824.
3. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 9788087142059.
4. EDTNA/ERCA. *Chronické onemocnění ledvin (CKD). Doporučení pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: RRD, 2008. 289 s. ISBN 978-84-612-5925-0.
5. EDTNA/ERCA. *Chronické onemocnění ledvin (CKD). Úvod do klinické praxe*. 1. vyd. Praha: RRD, 2007. 185 s. ISBN 978-84-611-8259-6.
6. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 9788024736259.
7. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
8. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 9788024721712.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 8024701790.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 9788024727134.
12. LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008, 130 s. ISBN 9788072625529.

13. PONTŮCH, Peter. *Diabetická nefropatie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 139 s. ISBN 8024703122.
14. TEPLAN, Vladimír a kol. *Nefrologie vyššího věku*. 2015. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2015, 347 s. ISBN 9788020428813.
15. TEPLAN, Vladimír. *Akutní poškození a selhání ledvin*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 416 s. ISBN 9788024711218.
16. TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie*. 2. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 496 s. ISBN 8024711222.
17. TESAŘ, Vladimír a Otto SCHÜCK. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 650 s. ISBN 80-247-0503-6.
18. VIKLICKÝ, Ondřej a Petr BOUČEK. *Predialýza*. Praha: Maxdorf, 2013, 298 s. Jessenius. ISBN 978-807-3453-565.
19. VIKLICKÝ, Ondřej a Sylvie SULKOVÁ. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. 1. vyd. Editor Vladimír Tesař. Praha: Grada, 2010, 192 s. ISBN 9788024732275.
20. VIKLICKÝ, Ondřej, Libor JANOUŠEK a Peter BALÁŽ. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 380 s. ISBN 9788024724553.

- **Závěrečná VŠ práce**

21. BREZAIOVÁ, Tamara. *Kvalita života dialyzovaných pacientů*. Hradec Králové, 2011, 93 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce prof. PhDr. Jiří Mareš Csc.
22. HAKENOVÁ, Renata. *Kvalita života dialyzovaných pacientů*. Hradec Králové, 2010, 127 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Mgr. Eva Vachková.
23. KALMUKOVÁ, Nikol. *Kvalita života u dialyzovaných pacientů*. Olomouc, 2014. 89 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Majerová.
24. MÉSZÁROSOVÁ, Eva. *Životní styl a kvalita života dlouhodobě dialyzovaných pacientů*. České Budějovice, 2012. 68 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Iveta Drábková.
25. SOBKOVČÍKOVÁ, Gabriela. *Kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním ledvin*. České Budějovice, 2009. 108 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v

Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. MUDr. Jan Janda.

26. VALOVÁ, Radka. *Kvalita života pacientů s hemo a peritoneální dialýzou*. Jindřichův Hradec, 2014. 81 s. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta managementu. Vedoucí práce Ing. Ondřej Lešetický.
27. VONEŠOVÁ, Jana. *Kvalita života u dialyzovaných pacientů*. Jihlava, 2012. 74 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Chválová.
28. ZOUBKOVÁ, Božena. *Kvalita života dialyzovaných klientů*. Brno, 2007. 78 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Solařová.

II. Elektronické zdroje:

- WWW stránky

29. Edukace dialyzovaného klienta. VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA. Hradec Králové. *Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče* [online]. [citace 2015-030-07]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=10>.
30. Koordinační středisko transplantací. KOORDINAČNÍ STŘEDISKO TRANSPLANTACÍ. *Statistiky* [online]. 2014 [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <http://kst.cz/web/home.php>.
31. Ministerstvo práce a sociálních věcí: Státní sociální podpora. *Ministerstvo práce a sociálních v ČR* [online]. 2015 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>.
32. RYCHLÍK, Ivan, LOPOT, František. Česká nefrologická společnost. *Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2013* [online]. 2015 [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.nefrol.cz/odbornici/dialyzacni-statistika>.
33. Vyhláška č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů: Česká republika*, [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
34. Vyhláška č. 111/2006 Sb., Zákon o pomoci v hmotné nouzi. In: *Sbírka zákonů: Česká republika*, [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-111>.

- **Články v elektronickém časopise**

35. BUŽGOVÁ, Radka, Martina HÁJKOVÁ a Agáta JASIOKOVÁ. Zkušenosti měření kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů. *Kontakt* [online]. 2009, **11** (1) 246-251 s. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: www.casopis-zfsju.zsf.jcu.cz. ISSN 1212-4117.
36. DUSILOVÁ, SULKOVÁ, Sylvie. Kvalita života a kvalita dialýzy. *Moje medicína: Časopis postgraduální nefrologie* [online]. 2005, **3**(6), 87-89 s. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: www.mojemedicina.cz. ISSN 1214-178X.
37. DUSILOVÁ, SULKOVÁ, Sylvie. Kvalita života a kvalita dialýzy: Komentář. *Postgraduální nefrologie* [online]. 2005, **3**(6), 87-89 s. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/vzdelavani/knihovna/postgradualni-nefrologie/iii-6-kvalita-zivota-a-kvalita-dialyzy/>. ISSN 1214-178X.
38. LEŽOVIČ, Mário. Kvalita života dialyzovaných pacientov. *Lekársky obzor* [online]. 2011, **60**(2), 70-75 s. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-2-2011/kvalita-zivota-dialyzovanych-pacientov>. ISSN 0457-4214.
39. LOPOT, František. Princip umělé ledviny Dialyzační přístroj. *Stěžeň* [online]. 2012, **23** [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2012/04/index.php?ap=ledvina>. ISSN 1210-0153.
40. 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. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://casopis-zfsju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2009>. ISSN 1212-4117.
41. OLÍŠÁROVÁ, Věra, František DOLÁK a Valérie TÓTHOVÁ. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt* [online]. 2012, **11**(1), 14-24 s. [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: Dostupné z: www.casopis-zfsju.zsf.jcu.cz. ISSN 1212-4117.
42. POLAKOVIČ, Vladimír. Cévní přístupy pro hemodialýzu: arteriovenózní fistule, centrální žilní katétry. *Stěžeň* [online]. 2014, **25** [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2014/01/clanky/clanek_06.htm. ISSN 1210-0153.

43. ZNOJOVÁ, Marcela a Sylvie DUSILOVÁ, SULKOVÁ. Hodnocení stresu u dialyzovaných pacientů. *Časopis lékařů českých* [online]. 2001, 4 108-111 s. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/hodnoceni-stresu-u-dialyzovanych-pacientu-25786?confirm_rules=1. ISSN 0008-7335.
44. ZNOJOVÁ, Marcela. Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa. *Stěžněň* [online]. 2004, [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2004/03/2004_3_06.html. ISSN 1210-0153.

9 PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Princip hemodialýzy.....	81
Příloha B Princip peritoneální dialýzy.....	85
Příloha C Demografická data.....	89
Příloha D Dotazník	90
Příloha E Standardizovaný dotazník KDQOL SF TM	91

Příloha A Princip hemodialýzy



Obrázek 23 Dialyzační systém 5008S CorDiax

Zdroj: Foto autora

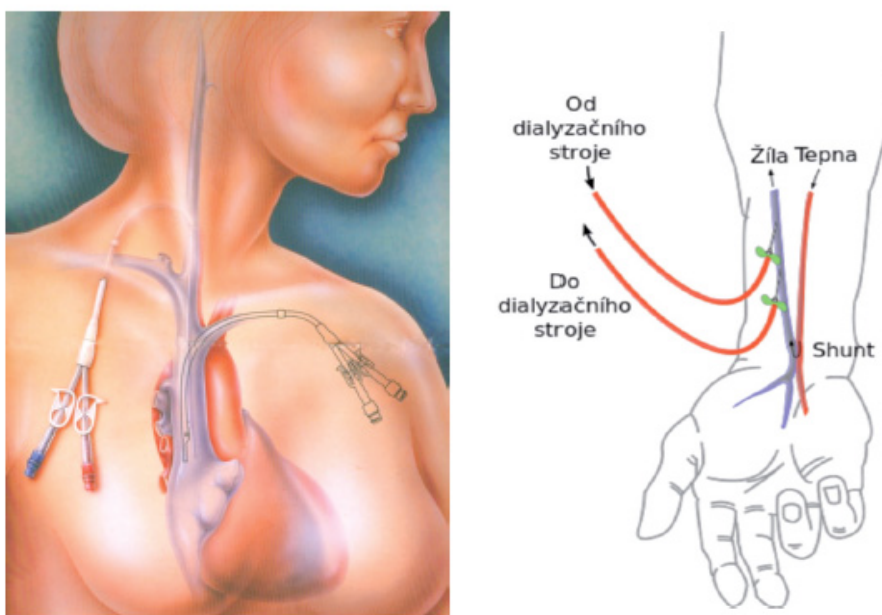
Hlavním mechanismem hemodialýzy je transport látek přes polopropustnou membránu dialyzátoru. Látky přes membránu procházejí především na principu difúze dle koncentračního gradientu mezi roztoky (krví a dialyzačním roztokem), tedy z prostředí s vyšší koncentrací látek do prostředí s koncentrací nižší, na molekulové hmotnosti látek a permeabilitě membrány (tj. na tloušťce a velikosti pórů a tloušťce membrány). Další mechanismus je filtrace, která v průběhu dialýzy slouží převážně k odstraňování vody, a nazýváme ji ultrafiltrací (UF). Rychlost UF závisí na transmembranosním tlaku, který je výsledkem hydrostatického tlakového gradientu mezi tlakem krve vytvářeným krevní pumpou a podtlakem dialyzačního roztoku na odtokové straně dialyzačního monitoru. Ultrafiltrační modul zajišťuje splnění požadované UF (hodinové i celkové).

Dialyzátor a dialyzační monitor

Pro provedení hemodialyzační léčby je zapotřebí dialyzátor a dialyzační monitor, které tvoří funkční celek. Dialyzátor je nejdůležitější součástí umělé ledviny v němž probíhá očišťování krve. Dialyzátor je tvořen membránou s milióny mikroskopických pórů (množstvím

tenoučkových kapilár), jimiž protéká očišťovaná krev a umožňují odstraňovat z krve určité látky, například ureu, kreatinin, elektrolyty a vodu. Z vnější strany jsou všechny kapiláry tvořící filtr, omývány solným roztokem přesného složení (dialyzačním roztokem). Dialyzátor má dva oddíly (cesty), krevní a dialyzační. Ty jsou od sebe odděleny polopropustnou membránou. V krevní části proudí setem přiváděná krev jednotlivými kapilárami a do dialyzační části je vpouštěn roztok, který proudí proti směru toku krve mezi kapilárami (EDTNA/ERCA, 2008, s. 98-99; Stěžeň, 2012).

Cévní přístup



Obrázek 24 Cévní přístupy

Zdroj: Cévní přístupy pro hemodialýzu Arteriovenózní fistule, Centrální žilní katétry (online), 2014 (cit. 2015-02-28) Dostupné z WWW:
http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2014/01/clanky/clanek_06.html

Pacient, který je indikován k hemodialyzační léčbě, musí zavedený cévní přístup, který je nutný pro dostatečný krevní průtok krve dialyzátorem. Možností cévních přístupů je několik: arteriovenózní spojka (fistule, shunt), umělá cévní náhrada (graft), nebo dialyzační katétry zaváděné do centrálních žil. Slouží k opětovnému a dlouhodobému napojování nemocných na dialyzační přístroj a jejich průtok je požadován v rozmezí 300 – 380ml/min.

Odborná literatura uvádí dva typy katétrů:

- dočasný cévní přístup

- trvalý cévní přístup.

U nemocných s akutním/ náhlým selháním ledvin, s omezeným počtem výkonů volíme dočasný cévní přístup. Nejčastější katetrizační metodou je metoda podle Seldingera, kdy se zavádí jeden katétr s dvojitým lumen. Dostatečný průtok krve zajistí žíly vena subclavia, vena jugularis a vena femoralis.

U pacientů zařazených v pravidelné dialyzační léčbě, kteří docházejí na HD 3x týdně zvolíme trvalý cévní přístup arteriovenózní zkrat, kde chirurg z malého podkožního řezu provede spojení mezi tepnou a žílou, nejčastěji používané cévy jsou arteria radialis a vena cephalica či arteria brachialis a vena cephalica. Upřednostňuje se nedominantní končetina. U pacientů s obtížným založením AVF (nemá vhodný žilní systém) se zakládá netypický cévní přístup, jako jsou žilní štěpy nebo umělé cévní protězy grafty. Tyto přístupy se implantují především na paži nebo předloktí. V současnosti se do trvalých cévních přístupů zařazuje permanentní centrální žilní katétr s manžetou.

Zkratová žíla se obvykle do 1 měsíce rozšíří a je připravena k zavádění jehel, a proto je potřebné pečlivé ošetřování a sledování cévního přístupu zdravotníky i pacientem. Z tohoto důvodu je pacient již časně edukován ohledně zásad, které je nutné dodržet pro co nejdelší zachování funkčního cévního přístupu.

Zásady péče a používání na končetině s cévní spojkou se týká zákazu měření krevního tlaku, provádění krevních odběrů, nošení těžkých břemen, zaškrcování končetiny oblečením, nenosit hodinky, vyvarovat se poranění, úderů a jiným zraněním, respektovat hygienická doporučení, omytí AVF dezinfekčním mýdlem před punkcí, denně kontrolovat funkčnost fistule (hmatný puls, vír, šelest), hlásit personálu dialyzačního střediska veškeré změny v okolí fistule (otok, krvácení apod.).

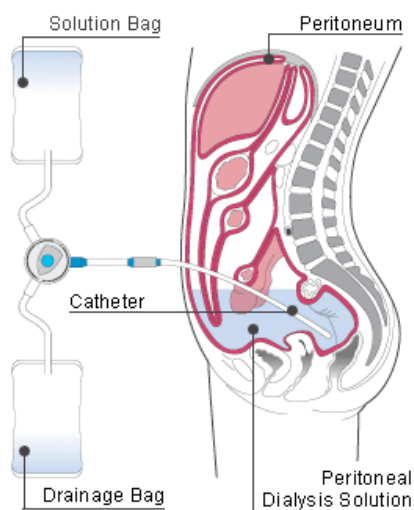
Komplikace hemodialýzy

Komplikace, které nastávají během dialyzační léčby a přímo související s hemodialýzou jsou uvedeny v tabulce 8.

Tabulka 8 Komplikace hemodialýzy

Komplikace průběhu HD	Příčiny
Hypotenze	vznikají v důsledku ztráty tekutin a pokles tlaku v krevním řečišti, vysoké mezidialyzační přírůstky, antihypertenziva, srdeční faktory - hypertrofie LK
Křeče	hypotenze, použití dialyzačního roztoku s nízkým obsahem sodíku, vysoká ultrafiltrace, což má za následek rychlé přesuny tekutin
Krvácení	nadměrná antikoagulace v průběhu dialýzy, vypadnutí arteriální, vnózní jehly, rozpojení krevních setů
Nauzea a zvracení	souvisí s hypotenzí, úzkost při první HD
Bolest hlavy	hypertenze, disekvilibrační syndrom
Bolesti v zádech	souvisí s hypotenzí, angína pectoris
Svědění	alergická reakce na účinné látky - heparin, krevní sety
Sraženiny v krevním setu	nedostatečná dávka antikoagulans při HD, sraženina v cévním přístupu, nízký průtok krve
Srdeční arytmie	konečné stádium selhání ledvin související se srdečním onemocněním
Horečka	souvisí nejčastěji s infekcí cévního přístupu (katétru)
Vzduchová embolie	vniknutí vzduch do mimotělního oběhu

Příloha B Princip peritoneální dialýzy



Obrázek 25 Princip peritoneální dialýzy

Zdroj: Fresenius medici care, History of peritoneal Dialysis: The fundamentals of peritoneal dialysis (online), 2013 (cit. 2015-01-30) Dostupné z WWW: <http://www.fmc-ag.com/263.htm>

Pobřišnice je přirozená polopropustná membrána, schopná difuze i ultrafiltrace, plocha pobřišnice se přibližně rovná ploše tělesného povrchu. Dialyzační schopnost pobřišnice ve srovnání s umělou polopropustnou membránou je menší, je však výhodnější, protože krevní průtok podbřišní je udržován i při hypotenzi (indikace PD u oběhově nestabilních nemocných). Difuze (prostup látek o malé molekulární hmotnosti skrze pobřišnici) je nejrychlejší v prvních 2 hodinách, po 4 hodinách je již silně zpomalená, později po vyrovnání koncentrací látek na obou stranách peritoneální membrány se téměř zastavuje. Proto se volí krátké a častější výměny dialyzačního roztoku, chceme – li dusíkaté látky z krve odstraňovat rychleji. Ultrafiltrací se odstraňuje především voda. Na rozdíl od hemodialýzy se při peritoneální dialýze využívá principu osmózy (pohyb vody přes peritoneální membránu z oblasti s nižší krevní do oblasti s vyšší koncentrací dialyzačního roztoku koncentrací osmotickynaktivních látek). Peritoneální dialyzační roztok má obsah glukózy s vyšší osmotickou koncentrací než plazma. Proto z krve ”nasává” vodu do břišní dutiny. Čím je koncentrace glukózy v peritoneálním dialyzačním roztoku větší, tím více vody je z krve odnímáno do dutiny břišní a při výměně roztoků se tento filtrát změní. (EDTNA/ERCA, 2008, s. 88-89)



Obrázek 26 Vyústění místa katétru - exit site

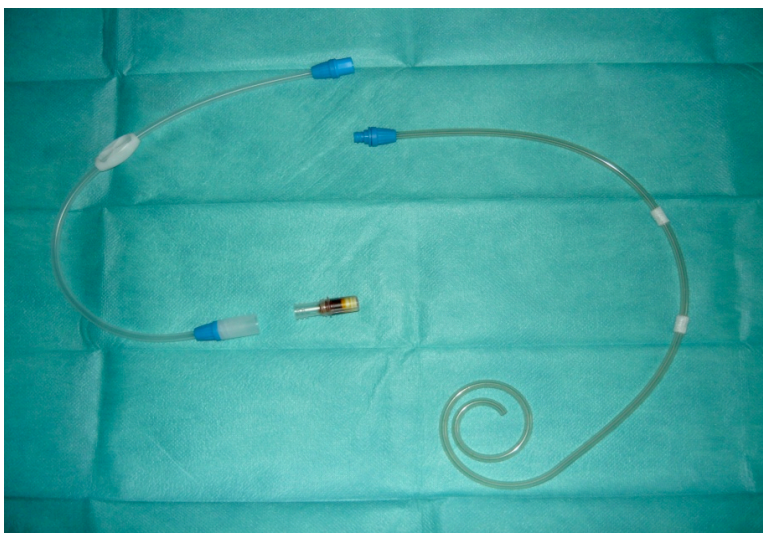
Zdroj: Foto autora

Peritoneální katétr

Přístup dialyzačního roztoku do dutiny břišní k pobřišnici zajišťuje peritoneální katétr. Pro akutní peritoneální dialýzu obvykle používá akutní peritoneální katétr, pro chronické léčení permanentní katétr. Nejpoužívanějším katétrem je Tenckhoffův (obrázek 18), který je rovný s dvěma Dacronovými manžetami, do kterých po implantaci katétru vrůstají fibrózní vlákna a katétr fixují. Swan – neck katétr je zahnutý ve střední části katétru a též jeho součástí jsou dvě Dakronové manžety. Intraabdominální část katétru pro dospělé měří obvykle 15 cm, v průběhu trubice jsou četné otvůrky a koncová část katétru je stočená – „pig tail”. Střední část prochází břišní stěnou a je vybavena již zmíněnými manžetami. Na zevní část katétru se nasazuje koncovka neboli tzv. transfer set, na který se připojují vaky s dialyzačním roztokem. Manžety, kromě připevnění brání vniku bakterií do dutiny břišní cestou podél katétru. Většinou se trvalý katétr zavádí chirurgicky, laparoskopicky nebo punkčně do Douglasova prostoru v malé pánvi. (Bednářová, Sulková a kol., 2007, s. 20)

Pooperační péči o pacienta, po zavedení peritoneálního katétru zajišťuje peritoneální sestra. Provádí proplach PD katétru na operačním sále pro zjištění funkčnosti katétru. Po dobu hospitalizace proplachuje peritoneální dutinu každý den v poloze pacienta vleže na zádech, po propuštění do domácího ošetření se katétr proplachuje množstvím 300-500ml 1,5 % dialyzačním roztokem s glukózou 1krát týdně při návštěvě pacienta v peritoneální poradně. Při hemoragickém dialyzátu se provádí častěji. Školená sestra zajišťuje převaz operační rány a

okolí katétru před propuštěním a dále 1krát týdně, častěji při prosakování či krvácení. Stehy po zavedení jsou odstraňovány 10. den po výkonu. Pacient je edukován o ošetřování katétru, po vyndání stehů se může sprchovat, osušit, dezinfikovat vyústění místa katétru určeným dezinfekčním prostředkem, podložit sterilním čtvercem a fixovat ke kůži sterilním krytím. Konec katétru svinout do peritoneálního pásu, umístěný na břišní krajině.



Obrázek 27 Tenckhoffův peritoneální katétr, transfer set

Zdroj: Foto autora

Komplikace peritoneální dialýzy

Zdravotní komplikace, které přímo souvisí s peritoneální dialýzou, řadíme komplikace infekční a neinfekční. Mezi infekční komplikace patří záněty peritonea, záněty vyústění peritoneálního katétru (exit site) a infekce podél peritoneálního katétru, tunelová infekce. Neinfekčními komplikacemi jsou únik dialyzačního roztoku, hernie, hyperhydratace, hypokalémie, hemoperitoneum. Klinické projevy jsou uvedeny v tabulce 13.

Tabulka 9 Komplikace peritoneální dialýzy

Infekční komplikace PD	Klinické projevy
Peritonitida	zkalený dialyzát, bolesti břicha, nauzea, zvracení, teplota, průjem, zvýšený počet leukocytů, zarudnutí
Infekce podkožního tunelu	zarudnutí, edém, bolestivost, zánětlivá sekrece, teplota, leukocytóza
Neinfekční komplikace PD	Klinické projevy
Únik dialyzačního roztoku	dušnost, fluidothorax, trubicové dýchání
Hernie umbilikální, tříselné	bolest břicha
Hyperhydratace	oboustranná srdeční dekompenzace, ortopnoe, otoky DK, zvýšená náplň krčních žil, hypertenze
Hypokalémie	průjem, zvracení
Hemoperitoneum	růžové zbarvení dialyzátu, u žen při menstruaci,

Příloha C Demografická data

Pohlaví				
	HD		PD	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
žena	20	41%	9	60%
muž	29	59%	6	40%
Σ	49	100	15	100

Vzdělání				
	HD		PD	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
základní	10	20%	2	13%
vyučen/a	22	45%	9	60%
střední	14	29%	4	26%
VOŠ	1	2%	0	0%
VŠ	2	4%	0	0%
Σ	49	100	15	100

Věk				
	HD		PD	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
31 - 55	11	22%	4	27%
56 - 65	13	27%	5	33%
66 - 75	11	22%	6	40%
76 - 85	10	20%	0	0%
86 a více let	4	8%	0	0%
Σ	49	100	15	100

Příloha D Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Pavlína Zelinková, pracuji jako vrchní sestra na dialyzačním středisku. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra. Píši bakalářskou práci na téma „ Kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou ”. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku pro praktickou část mé práce. Dotazník se skládá ze 4 otázek identifikačních a dále je použit standardizovaný dotazník KDQOL SF™, před jeho vyplněním si pozorně přečtete každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakřížkujte odpověď, která Vaše pocity nejlépe vystihuje.

Dotazník je anonymní a zaručuje Vám, že s Vašimi údaji bude po celou dobu nakládáno důvěrně a nebudou po celou dobu nikde zveřejněny (dle platných zákonů). Prosím Vás o pravdivé vyplnění všech položek dotazníku.

Děkuji za Vaši spolupráci a čas, který jste vyplněním strávili.

Pavlína Zelinková

1. Vaše pohlaví?
 Žena
 Muž

2. Váš věk?
Prosím napiště.....

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 Základní
 Vyučen/a
 Střední
 VOŠ
 VŠ

Příloha E 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.

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 nejvhodnější 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
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

strana 1

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte 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 Usilovné činnosti, jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů.....
..... 1 2 3
- b Středně namáhavé činnosti, jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole 1 2 3
- c Zvedání nebo nošení běžného nákupu 1 2 3
- d Vyjít po schodech několik pater 1 2 3
- e Vyjít po schodech jedno patro 1 2 3
- f Předklon, sehnutí se, poklek 1 2 3
- g Chůze asi jeden kilometr 1 2 3
- h Chůze po ulici několik set metrů 1 2 3
- i Chůze po ulici sto metrů 1 2 3
- j Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci.. 1 2 3

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
▼ ▼

- a Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti..... 1 2
- b Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a 1 2
- c Byl/a jste omezen/a v druhu práce nebo jiných činnostech 1 2
- d Měl/a jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí) 1 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
▼ ▼

- a Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti..... 1 2
- b Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a 1 2
- c Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle 1 2

strana 3

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
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

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
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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...

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
a	▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼					
jste se cítil/a plný/á elánu?	<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 byl/a velmi nervózní?	<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 měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	<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 pociťoval/a klid a pohodu?	<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 byl/a plný/á energie?	<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 pociťoval/a pesimismus a smutek?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g						
jste se cítil/a vyčerpaný/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
h						
jste byl/a šťastný/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
i						
jste se cítil/a unaven/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

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

		většinu			
pořád	čas	čas	občas	málokdy	nikdy
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<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	většinou	nejsem si	většinou	určitě
		platí	platí	jist/a	neplatí	neplatí
		▼	▼	▼	▼	▼
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

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 přípravuje 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

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...

			dost			
	pořád	většinou	často	občas	málokdy	nikdy
	▼	▼	▼	▼	▼	▼

a jste se vyhýbal/a lidem kolem Vás? 1 2 3 4 5 6

b jste zpomaleně reagoval/a na to, co někdo řekl nebo udělal? 1 2 3 4 5 6

c jste s lidmi kolem Vás jednal/a podrážděně? 1 2 3 4 5 6

d jste měl/a potíže se soustředěním nebo s myšlením? 1 2 3 4 5 6

e jste vycházel/a dobře s ostatními? 1 2 3 4 5 6

f jste byl/a zmatený/á? 1 2 3 4 5 6

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
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 Nevlnost 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

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
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

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
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.]

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
velmi špatný ▼	<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"/>
▼ velmi dobrý											

18. Jak často v posledních 4 týdnech...

	nikdy	málokdy	občas	dost často	většinou	pořád
a	▼	▼	▼	▼	▼	▼
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	▼	▼	▼	▼
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

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

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

21. Znemožňuje Vám zdravotní stav vykonávat placenou práci?

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

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

nejhorší, co může být (tak špatný nebo horší než být po smrti)											nejlepší, co může být
	uprostřed mezi nejhorším a nejlepším										
▼											▼
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

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
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<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
	▼	▼	▼	▼	▼
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 mě 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

Pani
Zelinková Pavlína
Strojařů 1226
537 01 Chrudim IV
e-mail: pavlina.zelinkova@fmc-ag.com

Fresenius Medical Care – DS, s.r.o.

Evropská 423/178
160 00 Praha 6
Telefon: ++420 273 037 900
Telefax: ++420 235 350 506

E-mail: fresenius@fresenius.cz
<http://www.fresenius.cz>

V Praze 13.11.2014

Věc: Souhlasné stanovisko s provedením výzkumu formou dotazníku

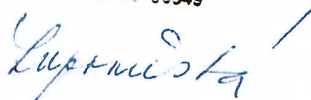
Vážená kolegyně,

tímto souhlasím s provedením Vašeho výzkumu formou dotazníku, který je součástí Vaší bakalářské práce s názvem „Kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou“, kterou zpracováváte v rámci studia na Univerzitě Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, 532 10 Pardubice 2.
Průzkum bude proveden v FMC – DS Chrudim.

Máme však jednu podmínku, a to, že budeme seznámeni se závěry Vaší bakalářské práce.

Mgr. Ivana Lupoměská
hlavní sestra
Fresenius Medical Care - DS,s.r.o.
Evropská 423/173
160 00 Praha 6

Fresenius Medical Care - DS, s.r.o.
Evropská 423/178, 160 00 Praha 6
Tel: ++420 235 358 212
E-mail: fresenius@fresenius.cz
© 45790949



®