Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

EDUKACE KLIENTŮ V DIALYZAČNÍM PROGRAMU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: **Autor:**

Mgr. Šulistová Radka **Pinkasová Eva**

2009

Education of patients in dialysis programme

Abstract

Kidney diseases belong among the most serious ones. It is difficult for a person suffering from this kind of disease to accept his/her state of health and to learn to live with it. Education in nephrology is indispensable and it is an important means to improve the quality of life of a dialyzed patient. The education is provided by the physician and the nurse. The nephrological nurse informs the patient and his family, educates and trains him/her in order to achieve optimal rehabilitation and the patient's independence. This bachelor thesis deals with education of clients in dialysis programme.

The research survey was a quantitative one, to collect data anonymous questionnaires were applied questioning nurses and patients at nephrology departments. The research was carried out in chosen hospitals of the South Bohemian Region, in Písek, Tábor and Prachatice. The clients were distributed 110 questionnaires in total, 65 (100%) of which were used for the research. Nurses of the hemodialysis centers were offered 27 questionnaires, of which 15 (100%) were applied.

This paper has set two goals, the first of which was to determine whether nurses provide education of dialyzed patients applying written material. The second goal aimed at finding out whether dialyzed patients are satisfied with the level of care provided by the education. These goals have been fulfilled.

Three hypotheses were set. The first hypothesis presumed that nurses at hemodialysis center carry out the education solely by means of written materials. This hypothesis was not confirmed, for nurses apply also other forms of education. The second hypothesis presumed that dialyzed patients are positive about the written materials at the dialysis center. This hypothesis was confirmed. More than one half of patients, 35 out of 65, said they were provided information by means of written material and they considered this method comprehensible. The third hypothesis presumed that within education at the hemodialysis center the patients' questions were always answered. This hypothesis was also confirmed.

The research has shown that nurses at hemodialysis centers educate patients by means of written material and they also discuss the issue with patients. Dialyzed patients are satisfied with the level of education and they consider the information received comprehensible and they are given enough time for questions and have a sufficient feedback.

By means of this education the patients get new knowledge, new skills and a different view on the hierarchy of values. The right understanding and attitude to his/her state and treatment are necessary. Respecting the process of treatment, respecting the diet the patient may slow down the disease and delay the artificial replacement of lost kidney function. It is therefore very important to keep education of dialyzed patients in mind.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „ *Edukace klientů v dialyzačním programu“* vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b Zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne…….

……

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Šulistové Radce, za trpělivost, odborné vedení a cenné rady při zpracování a vyhodnocení této práce. Též bych také ráda poděkovala respondentům dialyzačních programů za ochotu a spolupráci.

Obsah

Úvod **3**

1. Současný stav **4**

1.1 Historický vývoj dialýzy ***4***

1.2 Anatomie a fyziologie ledvin ***5***

1.3 Selhání ledvin a renální insuficience ***5***

1.3.1 Akutní selhání ledvin (ASL) 6

1.3.2 Chronická renální insuficience a chronické selhání ledvin (CHSL) 6

1.4 Možnosti nahrazující funkci ledvin ***8***

1.4.1 Hemodialýza 8

1.4.2 Peritoneální dialýza 10

1.4.3 Transplantace 11

1.5 Psychosociální problematika dialyzovaného klienta ***12***

1.5.1 Nejčastější problémy dialyzovaného klienta 12

1.5.2 Spolupráce a následná adaptace dialyzovaného klienta 13

1.5.3 Kvalita života dialyzovaných klientů 14

1.6 Edukace ve zdravotnictví ***15***

1.6.1 Teoretická východiska edukace 16

1.6.2 Základní pravidla a zásady edukace 17

1.6.3 Edukační proces a jeho fáze 18

1.6.4 Formy a metody edukace 21

1.7 Role setry v nefrologii ***23***

1.8 Edukace klientů v dialyzačním programu ***24***

1.8.1 Dietní opatření u dialyzovaných klientů 24

1.8.2 Fyzická aktivita u dialyzovaných klientů 25

1.8.3 Péče o cévní přístup a AV fistuli u dialyzovaných klientů 26

1.8.4 Nácvik peritoneální dialýzy 27

1.9 Cíl edukace klientů v dialyzačním programu..... 27

2. Cíle a hypotézy..... 29

2.1 Cíle práce..... 29

2.2 Hypotézy..... 29

3. Metodika..... 30

3.1 Metodika práce..... 30

3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... 30

4. Výsledky 31

5. Diskuse..... 72

6. Závěr..... 78

7. Seznam použitých zdrojů..... 80

8. Klíčová slova 84

9. Seznam příloh 85

Úvod

Dialyzovaný klient vede vysoce abnormální život. Musí docházet na terapii několikrát týdně a trávit zde mnoho hodin. Stává se zcela závislým na dialýze. V dnešní době již klient není pasivním příjemcem informací, jak tomu bylo dříve, ale přebírá aktivní roli v péči o své zdraví. K tomu, aby mohl o něj správně pečovat a podílet se na jeho navrácení či udržení, musí být správně edukován a mít dostatek informací. Je třeba si uvědomit, že dialýza představuje nejen náhradu funkce ledvin, tedy proces očišťování krve, ale že jde o složitou péči o pacienta s mnoha možnými dalšími komplikacemi a problémy, které mohou souviset s onemocněním ledvin přímo či vzdáleně.

V 60. letech, v počátcích chronického hemodialyzačního programu, bylo považováno za úspěch, když klient nezemřel. Následný vývoj technických a medicínských poznatků byl obrovský a dnes je cíl posunut mnohem dál. Patří sem především poskytnout léčbu všem, kteří ji potřebují, a vybrat pro ně optimální modifikaci ze všech nabízených, aby se zabránit akutním i chronickým komplikacím nebo aby se alespoň minimalizovaly. Cílem není jen klientovi zachránit život, ale také mu zajistit co nejpřijatelnější kvalitu dalšího života a pomoci mu zvládnout zátěž, kterou toto onemocnění přináší.

V dnešní době jsou kladeny stále vyšší nároky na povolání zdravotní sestry. Sestra musí zvládat mnoho rolí. Je to role jak koordinátorky, tak manažerky, obhájkyně, učitelky, vychovatelky, ale také role edukátorky. Musí být připravena zodpovědět klientovi nejrůznější otázky a současně ho nenuceně a opakovaně edukovat.

Tato bakalářská práce je zaměřena na výchovu a vzdělávání klientů v dialyzačních programech. Jejím cílem je zjistit, zda sestry provádějí edukaci klientů písemnou metodou a zda jsou klienti spokojeni s úrovní péče v rámci edukace.

1. Současný stav

1.1 Historický vývoj dialýzy

Dějiny hemodialýzy se datují již od roku 1854, od doby, kdy skotský chemik Thomas Graham jako první studoval dialýzu na prostupnosti stěny hovězího močového měchýře, který byl použit k sestavení primitivního dialyzátoru (30).

O rok později v r. 1855 pokračoval německý fyziolog Adolph Fick ve studiu difúze s různými kolodiovými membránami. Tento princip v roce 1860 v laboratorních podmínkách W. Schumacher. Jeho zásluhou byly vytvořeny podmínky pro baltimorské fyziology Johna J. Abela, L. G. Rowntree a B. B. Turnera, kteří v roce 1912 sestrojili první dialyzátor, podobný svojí soustavou kolódiových kapilár současným kapilárovým dialyzátorům (30, 39).

Ve 40. letech nastal konečně čas, kdy se uskutečnila úspěšná hemodialýza u člověka. Tehdy mladý holandský lékař Willem J.Kolff v roce 1945 úspěšně vyléčil pacientku s akutním hepatorenálním syndromem. Prokázal tak, že lze člověka s akutním selháním ledvin hemodialýzou zachránit. Pokrok na poli pravidelné dialyzační léčby nenechal již na sebe dlouho čekat. Dne 9. 3. 1960 implantoval Belding Scribner a Wayne Quinton svůj první tzv. Scribnerův zevní arteriovenózní zkrat (30,39).

V padesátých letech vznikala v USA a v Evropě první dialyzační střediska. Podle statistik Evropské dialyzačně transplantační společnosti bylo v Evropě v roce 1957 sedm dialyzačních středisek, z nichž jedno také bylo založeno u nás na II.interní klinice prof. Vančury 1. LF UK v Praze. Toto pracoviště provedlo úspěšně svoji první akutní dialýzu dne 10. 12. 1955 u klientky s akutní intoxikací sublimátem. Klientka se po třech dialýzách uzdravila (17, 30, 39).

Dialyzační léčba pro ty, kteří jí potřebují, se u nás stala dostupná až v 90. letech, kdy došlo ke změně k politickému systému. V této době dochází k rychlému rozvoji HDS (příloha 1). V roce 1991 bylo u nás založeno již 40 center. V roce 1995 jich bylo 85, v roce 2000 pak 83 a v roce 2006 již bylo 92 středisek, z nichž tři byly pro děti (Praha, Brno, Ostrava). V současné době je dialyzační aktivita na úrovni vyspělých evropských zemí. Všechny HDS mají kvalitní technické vybavení (17).

1.2 Anatomie a fyziologie ledvin

Ledvina (ren, nefros) je párová žláza o velikosti 12 cm x 6 cm x 3 cm. Má typický fazolovitý vzhled a je uložena po obou stranách bederní páteře v retroperitoneálním prostoru. Skládá se z vnější vrstvy (kůry) a vnitřní vrstvy (dřeně). Korová vrstva ledviny obsahuje asi jeden milión mikroskopických jednotek neboli nefronů. Nefron je základní funkční jednotkou ledviny. Ledviny plní tři hlavní funkce. Jednak vylučují katabolity, dále regulují vodní, elektrolytovou i acidobazickou rovnováhu, a také tvoří některé látky. Ledviny tedy udržují stálé vnitřní prostředí. V případě selhání ledvin musí být jejich činnost nahrazena (4,30).

V glomerulech ledviny se vytváří filtrát krevní plasmy. V tubulech se vstřebávají zpět jednotlivé součásti filtrátu tak, jak je potřebné pro udržení homeostázy vnitřního prostředí. Jsou to látky, které jsou pro organizmus důležité. Je to zejména glukosa, aminokyseliny a mikroproteiny, dále elektrolyty (např. sodík, chloridy) a voda. Látky, které je třeba z organizmu vyloučit, nejsou vstřebávány a dochází k jejich tubulární sekreci. V tubulech dochází tedy aktivně jak k resorpci, tak k sekreci. Ledviny podle potřeby organizmu moč zřeďují nebo koncentrují. Každou minutu protéká ledvinami 600 ml plasmy a filtrací se vytvoří během minuty okolo 120 ml filtrátu. Denní diuréza se pohybuje okolo 1,0 až 1,5 l /24 hod. Z toho vyplývá, že většina profiltrované plasmy se vstřebává.

V ledvinách se tvoří také látky hormonálního charakteru např. erytropoetin, který stimuluje kostní dřeň k tvorbě erytrocytů, nebo zde dochází k přeměně provitaminu D na jeho aktivní formu (28, 30, 31).

1.3 Selhání ledvin a renální insuficience

Renální insuficience je charakterizována stavem, kdy jsou ledviny schopny udržet složení vnitřního prostředí za bazálních podmínek, nikoliv při zátěži. Pokud ledviny nejsou schopny zbavit se dusíkatých katabolitů a udržet vodní a elektrolytovou rovnováhu ani za bazálních podmínek, nastává patologický stav. Mluvíme o selhání ledvin. Glomerulární filtrace zdravých ledvin se pohybuje okolo 1,5ml/sec. K selhání ledvin dochází, pokud klesá pod 0,16- 0,2 ml/sec., a v tomto případě je nutné ledviny

nahradit. Podle rychlosti a vývoje tohoto selhání hovoříme o akutním nebo chronickém selhání ledvin (11, 12, 30).

1.3.1 Akutní selhání ledvin (ASL)

Akutní selhání ledvin je charakteristické náhlým poklesem ledvinných funkcí, a to nejčastěji během několika hodin, někdy i několika dnů. Tento pokles je zpravidla doprovázen oligoanurií až anurií, a tak je často nezbytná hemodialýza.

Příčiny ASL lze rozdělit do 3 skupin:

První skupinu tvoří prerenální příčiny, kdy dochází k zmenšení objemu extracelulární tekutiny a poklesu krevního tlaku. To je způsobeno nejrůznějšími patologickými stavy, mezi něž patří velké krevní ztráty (při polytraumatech, krvácení do GIT, při komplikovaných porodech aj.), velké ztráty tekutin (při průjmech a zvracení) a šokové stavy (akutní pankreatitida, infarkt myokardu, sepse aj.).

Druhou skupinu tvoří renální příčiny, kdy pod vlivem nejrůznější noxy (organických látek, těžkých kovů, léků) dochází k poškození tabulárních buněk. ASL z této příčiny má většinou dobrou prognózu. Další příčinou může být i akutní glomerulonefritida, okluze renálních arterií nebo trombóza renálních žil.

Třetí poslední skupinou jsou postrenální příčiny. Zde dochází k obstrukci močových cest, která je způsobena většinou kamenem, tumorem nebo fibrózou retroperitonea. Hrozí zde nebezpečí, že pokud trvá obstrukce delší dobu, může dojít k trvalému poškození ledvinného parenchymu.

Léčba ASL zahrnuje především dočasnou dialýzu, omezení tekutin a nízkobílkovinnou, málo slanou a nízkosodíkovou dietu (10, 32, 39).

1.3.2 Chronická renální insuficience a chronické selhání ledvin (CHSL)

Chronickou renální insuficiencí rozumíme takový stav, kdy funkce ledvin klesne na takovou úroveň, že dochází k výrazným změnám ve složení extracelulární tekutiny. Také se projevují změny, které jsou způsobeny nedostatečnou exkreční schopností. Dále jsou to změny v metabolicko-endokrinní funkci ledvin. Tyto změny jsou vystupňovány při zátěži organizmu, jako je trauma, infekce a operace. Glomerulární filtrace klesá na

hodnoty kolem 0,3ml/hod a koncentrace močoviny a kreatininu stoupá (i při omezení příjmu bílkovin nad horní hranici normy). Dochází k tzv. urémii (27, 30, 31).

CHSL se vyvíjí měsíce nebo roky. Je to stav, kdy funkce ledvin je snížena tak, že ledviny nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek, speciálních diet a medikamentózních opatření, i při vyrovnané metabolické situaci organizmu. CHSL je způsobeno konečným stádiem nejrůznějších chorob (např. chronická glomerulonefritida, nefroskleróza, diabetická neuropatie), které vedou až ke zničení ledvinného parenchymu (27, 30, 31).

Při chronickém renálním selhání dochází ke komplexní metabolické poruše, která se v klinice nazývá uremický syndrom. Dochází k retenci katabolitů, vodní a elektrolytové nerovnováze, metabolické acidóze a deficitu látek, které jsou produkovány v ledvinách (30).

Možnosti léčby:

CHSL se léčí konservativně, kdy se dietou a léky snažíme upravit anebo příznivě ovlivnit metabolické odchylky renální insuficience či selhání ledvin. Léčení může být postačující u nemocných, u nichž glomerulární filtrace neklesla pod 0,l až 0,2 ml/sec. Dříve než se nemocní dostanou do takto pokročilého stadia chronického selhání ledvin, je třeba je připravit k zařazení do dialyzačně transplantačního programu. O osudu nemocných rozhoduje dlouhodobá konzervativní léčba, započatá již v časných údobích renální insuficience při hodnotách sérového kreatininu jen mírně zvýšených na 140 až 150 umol/l (norma je do 113umol/l) a pouze lehce snížené hodnotě glomerulární filtrace. O způsobu léčby rozhoduje lékař (27, 30, 35, 39).

Mezi hlavní zásady terapie patří dietoterapie, která spočívá v nízkobílkovinné dietě (0,5 - 0,3 g bílkovin/kg za den), ale s dostatečným přísunem kalorií (150 kJ/den). Pro každého klienta je vždy dieta individuální, připravuje jí dietní sestra. Příjem sodíku, draslíku a tekutin se řídí dle ordinací lékaře podle aktuálních laboratorních výsledků klienta.

Další možností je podávání léků, které ordinuje lékař podle laboratorních hodnot, obtíží a klinického stavu klienta. K úpravě acidózy podáváme natrium bikarbonát. Při poruchách kalcio-fosfátového metabolizmu vazače fosfátů podáváme

kalcium carbonicum, Ca-aceticum nebo Ca-lacticum a vitamin D. U anémie klient užívá rekombinantní lidský erytropoetin, kyselinu listovou a vitamin B6, při deficitu železa Aktiferrin nebo Ferronat a na hypertenzi různá antihypertenziva (27, 30, 35, 39).

1.4 Možnosti nahrazující funkci ledvin

Mezi možnosti, jak nahradit špatnou funkci ledvin, patří hemodialýza, peritoneální dialýza a transplantace. Dialyzovaný klient musí být seznámen se všemi stávajícími možnostmi náhrady funkce ledvin a mít možnost s k nim i sám aktivně vyjádřit. Mělo by to být v dostatečném časovém předstihu, tzn. v období konzervativní léčby v nefrologické ambulanci. Při vysvětlování všech aspektů léčby spolupracuje lékař, sestra a za optimální se považuje spolupráce s psychologem.

Tyto metody často zachrání lidem s renální insuficiencí život nebo ho prodlouží i o několik desítek let. A jsou cíleny k tomu, aby co nejúčinněji nahradily funkci vlastních ledvin. Velmi důležité je při těchto metodách dodržovat léčebný režim, především speciální dietu (podrobněji v kapitole *1.8.1*). Bohužel dialýzou lze nahradit pouze vylučovací a regulační funkce, nikoli funkce endokrinní.

Při rozhodování, kterou z možných metod zvolit, zda hemodialýzu či peritoneální dialýzu, se vždy respektují dvě hlavní okolnosti, a to medicínská kritéria a přání klienta (6, 30).

1.4.1 Hemodialýza

Hemodialýza je v současné době nejčastěji používaná léčebná metoda při selhání ledvin, jejímž cílem je náhrada jejich vylučovací funkce tak, že je klientova krev vyváděna mimo tělo do hemodialyzátoru (příloha 2), kde dochází k jejímu očištění od některých škodlivých látek. Všechny hemodialyzátory fungují na principu difůze a ultrafiltrace. Pomocí nich udržují rovnováhu tělních tekutin a iontů, napravují acidobazickou rovnováhu a odstraňují odpadní látky. Využívá se k tomu polopropustná membrána. Pacientova krev prochází po jedné straně membrány, zatímco po druhé straně prochází dialyzační roztok. Díky tomu, že je membrána polopropustná, dochází k osmóze a difúzi. To umožňuje odstraňování odpadních látek a přebytečné tekutiny. Před

první hemodialýzou musí být klient očkován proti hepatitidě typu B. Provádí se preventivně jako ochrana před infekčním zánětem jater, který se může u dialýzovaných lidí vyskytnout (6, 17, 30, 39).

Předpokladem hemodialyzační léčby je vytvoření cévního přístupu. Pomocí tohoto přístupu je krev odebírána a zpětně vrácena do těla klienta během hemodialýzy. Umožňuje v průběhu celého dialyzačního léčení opakované napojování na dialyzační monitor. K zajištění cévního přístupu se užívá arterio - venozní spojka tzv. AV fistule, dočasný centrální žilní katétr nebo trvalý (permanentní) centrální žilní katétr.

AV fistule se používá nejčastěji (příloha 3). Jedná se o malý chirurgický výkon prováděný v místní anestezii. Pro nemocného není zatěžující. AV fistuli je nutno zhotovit v dostatečném předstihu, minimálně osm týdnů před předpokládaným zahájením léčby, protože se musí rozvinout, aby vyhovovala potřebám léčení.

V případě, že je potřeba získat přístup k dialýze rychle např. u akutního selhání ledvin nebo při zániku AV fistule, zavádí se dočasný centrální katétr. Používá se jako přechodné řešení na 1-2 měsíce. Nejčastěji se volí místo vpichu v podklíčkové oblasti (v.subclavie).

Permanentní žilní katétr neboli permcath se umisťuje podobně jako dočasný katétr v lokálním znecitlivění do vény juguláris nebo vény subclavie, odkud je vyveden podkožním tunelem do oblasti prsního svalu. Před vyústěním z těla nemocného je vstup do podkoží chráněn speciálním kroužkem, který vroste do podkoží, a tím chrání před průnikem infekce. Permcath lze používat až několik let. Zavádí se u pacientů, u nichž nelze založit dobrou AV fistuli (6, 17, 30, 35, 39).

O dialyzované pacienty se starají lékaři a speciálně školené hemodialyzační sestry. Před hemodialýzou se zavedou do AV fistule dvě jehly. Jednou sací jehlou je krev přiváděna dialyzačním setem do hemodialyzátoru, kde je rozvedena do vlasových dutých vláken, které jsou z vnější strany oplachovány dialyzačním roztokem. Dochází k čištění krve od zplodin a nadbytečné tekutiny. Na druhém konci dialyzátoru je očištěná krev přiváděná dialyzačním setem a návratnou jehlou zpět ke klientovi.

Během hemodialýzy může dojít k některým komplikacím, které jsou většinou spojeny s rychlými změnami v tělesných tekutinách a v chemické rovnováze během procedury.

Nejčastějšími komplikacemi bývají svalové křeče a hypotenze, která často trvá i několik měsíců, než si klient na hemodialýzu zvykne. Těmto komplikacím lze většinou předejít, pokud klient dodržuje léčebný režim a užívá předepsané léky. Proto musí sestra opakovaně edukovat klienta o příjmu tekutin (podrobněji v kapitole *1.8.1*). Před hemodialýzou klienta zváží a nastaví dle ordinace lékaře podle stanovené suché váhy klienta ultrafiltraci. Průběžně během hemodialýzy klientovi měří krevní tlak, sleduje ho a ptá se, jak se cítí (10, 17, 30).

Hemodialýza se provádí podle potřeby 2-3x týdně. Kriteriem četnosti dialýzy je stupeň postižení ledvin. Obvykle každá léčba trvá 3-4 hodiny. Výhodou je kratší čas a široká dostupnost léčby. Nevýhodou je zvýšená krvácivost, protože pacient je heparinizován z důvodu hrozící trombózy během dialýzy. Proto musí pravidelně klientovi odebírat krev na vyšetření krvácivosti a srážlivosti (INR, APTT). Sestra poučí klienta, že bude mít větší sklony ke krevním výronům (modřinám), ke krvácení ze sliznic. Hemodialyzovaný klient si musí dávat větší pozor na řezná poranění, aby nedošlo k velkému krvácení, a v případě komplikací ihned kontaktovat lékaře. Dále sestra poučí klienta, že před jakýmkoliv chirurgickým výkonem, musí předem hlásit lékaři, že je v dialyzačním programu a že je heparinizován (10, 17, 30).

1.4.2 Peritoneální dialýza

Mezi léčebné metody chronického selhání ledvin patří též peritoneální dialýza. V běžné klinické praxi se používá již téměř dvacet let, a to u klientů, kteří se pro ni, po předchozí konzultaci s lékařem, rozhodnou. Předpokladem úspěšné léčby peritoneální dialýzou je dobré sociální zázemí klienta, který tuto dialýzu provádí sám doma. Dalším nezbytným předpokladem pro dobrý průběh je správná edukace klienta (podrobněji v kapitole *1.8.4*).

Při peritoneální dialýze se používá jako dialyzátor vlastní klientova peritoneální membrána. Tato membrána ohraničuje peritoneální dutinu a je selektivní, což jí umožňuje, aby přes ni přecházela urea, kreatinin, glukóza a voda. Dialyzační léčba se provádí zavedením dialyzačního roztoku do peritoneální dutiny přes permanentně umístěný peritoneální katétr. Když je tekutina zavedena do dutiny pomocí mechanické

pumpy nebo gravitace, může si klient na několik hodin sednout. Tím se umožní transport tekutiny a rozpuštěných částic. Po určité době, přibližně po šesti hodinách, se tekutina z peritoneální dutiny vyčerpá. Spolu s dialyzátem vycházejí také odpadní produkty a přebytečná tekutina. Tekutina pro peritoneální dialýzu se vyměňuje 4-5 krát denně.

Výhodou je méně dietetických opatření, a také možnost provádět ji doma. Dialyzovaní klienti mohou jet i na dovolenou k moři, neboť nemusejí pravidelně docházet na dialýzu do hemodialyzačního střediska, jak je tomu u hemodialyzovaných klientů. Další výhodou je, že peritoneální dialýza nevyžaduje cévní přístup, uchovává zbytkovou funkci ledvin delší dobu, kardiovaskulární systém není tolik zatížen a nepoužívá se celková heparinizace. Nevýhodou je riziko vzniku peritonitidy, vymývání proteinů a časová náročnost (6, 17, 30, 34).

1.4.3 Transplantace

Součástí komplexní péče o nemocného se selháním ledvin je jejich transplantace. Nepřímo navazuje na nefrologickou péči o klienta v chronické renální insuficienci, přímo na léčbu hemodialyzační, popřípadě peritoneální dialyzační.

Klientovi je chirurgicky implantována ledvina získaná od žijícího příbuzného dárce nebo od dárce zemřelého. Legislativa naší země přesně upravuje tuto problematiku tzv. Transplantačním zákonem. Jedná se o zákon č. 285/2002 Sb. Vzhledem k tomu, že je mnoho možností a vybraný orgán dárce musí být co nejpodobnější příjemci, jsou zavedeny tzv. čekací listiny, z nichž je pak vybrán vhodný příjemce (6, 31).

Transplantovaná ledvina přebírá funkci klientovy vlastní ledviny. Před transplantací se musí udělat krevní a chromozomatické vyšetření, zda je dárcova ledvina kompatibilní s imunitním systémem příjemce. Aby se zabránilo odmítnutí ledviny tělem příjemce, podávají se antisuppresivní léky. Pokud příjemcovo tělo ledvinu odmítne, je zařazen znovu do dialyzačního programu. Po najití vhodného dárce může podstoupit další transplantaci. Tato metoda je jediná, plně nahrazující vlastní ledviny. Bohužel, ale čekatelů na transplantaci stále více převyšuje počet nabízených orgánů. Výhodou je, že klienti nemají žádné dietetické omezení, léčebný čas je minimální, hodnoty urey a

kreatininu v krvi jsou normální. Nevýhodou je odmítavá reakce, antisuppresivní léčba, rekurentní nemoc (6, 31).

1.5 Psychosociální problematika dialyzovaného klienta

Psychické a sociální dopady se začaly zkoumat až s určitým časovým odstupem, a to díky nárůstu počtu dialyzovaných klientů, kterým byl díky dialýze prodloužen život. Zároveň jim také začaly narůstat problémy, proto v komplexu péče o nemocné se selháním ledvin nezůstala stranou ani psychosociální problematika. V září roku 1989 vznikla Společnost dialyzovaných a transplantovaných s cílem dostupnosti léčby všem, kteří dialýzu potřebují. V dnešní době jde o pomoc při úředních jednáních, ale hlavním úkolem je pracovat s lidmi, kteří mají poškozené sociální vazby. Úkolem sociálního pracovníka je spolu s klientem tyto vazby napravit, ale také poskytnout sociálně-právní poradenství, kde klienty informuje o nárocích na různé peněžní dávky, jako je např. příspěvek na individuální dopravu, zvýšení důchodu pro bezmocnost, invalidní důchod, příspěvek na telefon, nárok na mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené, různé peněžní dávky a příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu. Psychologické a sociální otázky u dialyzovaných klientů jsou zaměřeny na adaptaci na dialýzu, zvládání stresu, maladaptivní projevy, sexuální problémy, pracovní problémy, dopady na rodinu, strategii vyrovnání a kvalitu života (30, 39).

1.5.1 Nejčastější problémy dialyzovaného klienta

Dialyzovaný klient je vystaven trvalému stresu, který vyplývá z těžké nevyléčitelné choroby, kdy se stává závislým na druhých lidech, na dialyzačním přístroji, dochází k omezení společenského života a často i k finančním problémům. Stres je způsoben také doprovodnými příznaky onemocnění a náročným způsobem léčby. Všechny tyto problémy se kumulují a dopadají na klienta, ale také na celou jeho rodinu. To je způsobeno všeobecnou nejistotou, co bude, změnou jeho chování a změnou rolí v rodině (30, 39).

Mezi nejčastější problémy dialyzovaných klientů patří úzkost, deprese a agresivita. Tyto problémy se odrážejí ve všech oblastech biopsychosociospirituálních, ty

somatické problémy souvisí s psychickými problémy klienta, proto na ně nesmíme zapomínat (30, 39).

K nejčastějším pocitům dialyzovaného klienta patří úzkost. Je spojena s velkým množstvím nejistoty a nepředvídatelných událostí. Často má úzkost podobu spíše psychické nepohody nebo somatických projevů. Klienti pociťují bolesti hlavy, svírání na prsou, mají pocit, že se nemohou nadechnout aj..

Za jeden z nejdůležitějších psychologických problémů dialyzovaného klienta je považována deprese. Tu zažije asi každý dialyzovaný klient. Deprese je především prožitkem smutku, bezmoci a beznaděje. Trvá měsíce i roky a často je příčinou špatné spolupráce klienta s personálem. Deprese zkracuje život nemocných, zvyšuje malnutrici a mění imunologické funkce. Lehkou depresi lze zvládnout prostředky sociální podpory, jako jsou projevy zájmu, pochvala aj.. Při těžké depresi je zapotřebí léčba psychofarmaky.

Dalším nejčastějším problémem dialyzovaného klienta je agresivita. Ta patří k přirozené pudové výbavě každého člověka a přiměřená míra agresivního jednání je faktorem prodlužujícím život. Pokud nedojde k zvládnutí agrese, může vyústit v nespokojenost, kritičnost, zlost a hněv (30, 39).

1.5.2 Spolupráce a následná adaptace dialyzovaného klienta

Podmínkou dobré dialyzační léčby je dobrá spolupráce klienta se zdravotnickým personálem. Dobře spolupracující klient je se svým životem spokojený, touží žít, je zodpovědný. Uvědomuje si, že svým chováním může ovlivnit své zdraví i nemoc. Základní podmínkou dobré spolupráce je dobrá informovanost. Velmi důležitý je postoj zdravotnického personálu. Vlídné, empatické chování je velice důležité. Klient je více otevřený novým informacím, mnohem lépe spolupracuje a lépe se na dialyzační léčbu adaptuje (30).

Adaptace na dialýzu je u každého individuální, ale většinou trvá kolem šesti měsíců. Dobře adaptovaní klienti umějí přijmout stávající situaci, dívat se na problémy objektivně, snaží se hledat řešení problémů a mít svůj život pod kontrolou (3, 30).

Podle Mohapla adaptace dialyzovaných klientů prochází několika fázemi.

Počáteční je fáze radosti ze záchrany života, která je bohužel jen krátká. Každý nemocný si totiž záhy uvědomí závislost na dialýze a vše co toto onemocnění obnáší. Dochází pak k fázi rozčarování. Klient si začne uvědomovat závislost na dialyzačním přístroji a propadá pocitům bezmoci, deprese a ambivalence. Fáze přizpůsobení je dlouhodobá adaptace na změnu života dialyzovaných klientů. Přizpůsobí si život dialyzační léčbě a všem omezením, které s ní souvisí. Tím přechází do poslední fáze adaptace.

Adaptace klienta na dialýzu není u každého stejná. Důležité je najít podporu blízké osoby a zapojit ji do léčby. Velmi dobrá je také návštěva psychologa a sociálního pracovníka (21).

1.5.3 Kvalita života dialyzovaných klientů

Kvalitu života lze velmi obtížně definovat. Medicína musela urazit značný kus cesty, aby začala vnímat člověka komplexně jako soubor biologických, psychologických a sociálních funkcí. Ptáme-li se na kvalitu života klienta, musíme se zajímat, jaký má dopad jeho onemocnění na jeho psychiku, způsob života a celkovou spokojenost v životě. Hlavním ukazatelem fyzického stavu klienta je jeho schopnost samostatně žít a umět se o sebe postarat. O psychickém stavu svědčí zejména jeho převládající nálada, vyrovnání se s nemocí a její prožívání. Důležité je také znát sociální život klienta, údaje o jeho vztazích k blízkým, jeho roli v rodině a společnosti, způsob komunikace aj. (30, 39).

Definovat kvalitu života se snaží Maslowova teorie potřeb. Podle této teorie naplnění základních biologických potřeb, mezi něž patří i potřeba nasycení a spánku, je předpokladem uspokojení potřeb subtilnějších, jako je potřeba blízkosti, bezpečí a sebeúcty. Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří i věk, pohlaví, vzdělání a rodinná situace. Je nutno si uvědomit, že mezi objektivním a subjektivním hodnocením kvality života může být rozdíl. Někdy i těžce handicapovaný klient může žít kvalitní život s pocitem spokojenosti a životního štěstí. Vždy se musíme zaměřit při posouzení kvality života klienta na stránku subjektivní, na to, jak on sám vnímá svojí situaci. U

dialyzovaných klientů jde o tak velký zásah do osobního života, že klient vnímá svoji životní situaci, tedy i kvalitu života, většinou velmi negativně (30, 39).

Nefrologická sestra je členem pečujícího týmu, který musí vykazovat velmi velikou znalost v oblasti biomedicínské, ale i psychosociální. Je na ni kladen velký důraz, neboť musí posoudit všechny aspekty života klienta. Nepostradatelné místo v nefrologii zaujímá edukace, která významně přispívá k zlepšení kvality života dialyzovaného klienta. Pomocí edukace si klient osvojuje nové poznatky, získává nové dovednosti a nový pohled na hierarchii hodnot. Podle Světové zdravotnické organizace je zdravý člověk takový, který nemá problémy v biologické, psychosociální a sociální rovině osobnosti. Proto je kladen velký důraz na sestru, která by měla umět pracovat s těmito všemi rovinami klienta (30, 39).

1.6 Edukace ve zdravotnictví

Kořeny edukace ve zdravotnictví sahají hluboko do minulosti, ať už se jedná o informace ze strany léčby nebo různých léčebných doporučení. V době první světové války o nemocné pečovaly hlavně všeobecné a řádové sestry. Edukace spočívala zejména v poradenské službě, ale i v domácí péči, kde se začala zaměřovat také na prevenci. Jednalo se o prevenci různých onemocnění, o podporu zdraví, ale také se edukace začala zaměřovat na rodinu, na jejich výchovné problémy a rodinné hospodaření. Tato edukace byla nazývána osvětou, která zahrnovala například prevenci infekčních onemocnění, očkování, dodržování hygienických opatření, poučení v otázkách zdravého bydlení a stravování. Sestry a porodní asistentky pracovaly samostatně. To se ale změnilo počátkem 70. let minulého století, kdy sestrám byly odebrány kompetence a staly se pouhými pomocnicemi lékaře. Edukace se orientovala pouze na jednoduché instrukce a informace (5, 9, 18, 19, 20, 26, 42).

Koncem 80. let při změně politického systému se mění role sestry, která se stává nejen asistentkou, ale i ošetřovatelkou, manažerkou, koordinátorkou a obhájkyní klienta, v neposlední řadě edukátorkou. Ke klientovi se začíná přistupovat holistisky, klade se důraz na individualitu každého klienta. V této době dochází také k rychlému rozvoji hemodialyzačních středisek. Dialyzační léčba je dostupná i lidem s chronickým

selháním ledvin a dlouhodobá udržovací léčba je zpřístupněna většímu okruhu klientů. Edukace dialyzovaných klientů se stává nepostradatelnou. To vše vyžaduje změnu ve vzdělání sester. V 90. letech 20. století začíná být kladen důraz na vysokoškolské vzdělání sester. Mění se tradiční vztah lékař-sestra a současně se také mění přístup k pacientovi. Péče se nesoustředí jen na stanovení diagnózy a z ní vyplívající terapie, ale rozšiřuje se o kontinuální poskytování informací pacientovi, a také jeho rodině (5, 9, 18, 19, 20, 26, 41, 42).

1.6.1 Teoretická východiska edukace

S pojmem edukace se setkáváme v moderní pedagogice, kde označuje výchovu a vzdělávání. Edukace (educo, educare) pochází z latinského jazyka a v nejobecnějším významu označuje jakoukoliv situaci, při níž dochází k nějakému výchovně-vzdělávacímu procesu za přítomnosti lidí.

Edukace je nedílnou součástí ošetřovatelství. Jedná se o výchovně-vzdělávací proces klienta, případně jeho rodiny. Sestra edukuje klienta, případně jiné osoby, v ošetřovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy v rozsahu své odborné způsobilosti. Podle zákona č. 427/2004 Sb. je sestra oprávněna podávat pouze poučení v rámci svých profesních kompetencí. Není oprávněna informovat klienta o diagnóze, prognóze a postupu léčby. S těmito informacemi může pouze pracovat (16, 24, 25, 36, 40, 42).

Osobu, která edukaci provádí, označujeme jako edukátora. Je to osoba, která je aktivním producentem vyučování. V nefrologii je to nefrologická sestra. Pro cílený výsledek edukace jsou velmi důležité její osobnostní vlastnosti, jako je např. charakter, temperament, profesionální chování, zodpovědnost, ale velmi důležité jsou i zkušenosti. Edukantem se stává kterákoliv osobu, která podléhá učení, v nefrologii se jedná o dialyzovaného klienta. K tomu, aby edukace byla co nejúčinnější, je zapotřebí jeho aktivní spolupráce. Cílem edukace je získat nové vědomosti, osvojit si nové poznatky a naučit se novým dovednostem. Proto se stává edukace nepostradatelnou součástí léčby klienta (1, 2, 13, 23, 24, 25, 41, 42).

1.6.2 Základní pravidla a zásady edukace

Abychom v edukaci dosáhli kladného výsledku, měla by se edukace řídit určitými pravidly a zásadami. Tyto pravidla a zásady by měl každý edukátor dobře ovládat. Edukovat musíme vždy od jednoduchého ke složitému a od základního k podrobnému. Při edukaci se snažíme vycházet z dosavadních vědomostí klienta. Velmi důležitá je spolupráce lékaře, sestry a klienta (1, 7, 14, 23, 25).

Mezi zásady edukace patří také vhodné edukační prostředí. Je to místo, kde edukace probíhá. Jedná se o souhrn vnějších (sociálních, ekonomických, demografických, etnických) a vnitřních (fyzikálních a psychosociálních) podmínek působících v edukačním procesu (24).

Jednou z edukačních zásad je názornost. V dialyzační léčbě se uplatňuje především při nácviku peritoneální dialýzy, kterou si klient provádí většinou sám doma. Při ní využíváme modelových situací, vhodných pomůcek, dále vlastních zkušeností, a to i zkušeností klienta. Volíme vhodné pomůcky, jako jsou nákresy, modely, zvukové záznamy a vzorky (např. set a vak na výměnu dialyzačního roztoku při peritoneální dialýze). Dialyzovaný klient musí mít dostatek času, aby si je prohlédl, osahal a popřípadě vyzkoušel (1, 2, 14, 23, 24, 34, 42).

Mezi další edukační zásady řadíme přístupnost a přiměřenost. Dialyzovaní klienti jsou často vyššího věku, čemuž musíme přizpůsobit obsah učiva, aby mu klient porozuměl. Postupujeme od snadného k složitějšímu, od známého k neznámému a od blízkého k vzdálenému. Stanovíme si krátkodobé a reálné cíle. Musíme se vyvarovat velkému množství informací, protože velké množství informací se stává pro klienta nepoužitelným, nemůže si je zapamatovat.

S tím souvisí komunikační schopnosti edukátora. Každý edukátor musí mít dobré komunikační dovednosti. Sestra by měla umět komunikovat s každým klientem a dodržovat zásady správné komunikace, neboť bez dobré komunikace není dobrá spolupráce, a ta je mezi sestrou a klientem nepostradatelná. Při komunikaci s klientem má mluvit klidně, vlídně, volit jednoduchý a srozumitelný jazyk, přiměřený vzdělání a intelektu nemocného a sledovat vždy jeho reakce (1, 7, 8, 14, 22, 23, 38, 42).

Soustavnost je další edukační zásadou. Při edukaci informace nepodáváme nahodile, ale musí na sebe logicky navazovat. Edukátor musí brát ohled na různý stupeň poznávacích schopností dialyzovaných klientů, na jejich rozdílné možnosti a zájmy. Při každé edukaci je nezbytné opakování. Jedině tak si klient informace může zapamatovat. Nejčastěji používáme informace audiovizuální nebo písemné. Tyto informace vždy doplníme ústním vysvětlením a názorným předvedením. Klientům musíme dát dostatek prostoru na dotazy (1, 7, 14, 23, 42).

Každý zdravotnický pracovník by měl přistupovat ke klientům citlivě, měl by umět odhadnout jejich emocionální stav, duševní úroveň a informovanost. Musí počítat s překážkami, které znesnadňují edukační činnost. Je to např. změna psychiky, související s vlastním onemocněním či bolestí, nebo organické vady a poruchy. Důležité je taky vhodně klienta motivovat. Motivace je předpokladem účinné edukace. V motivaci klienta má role sestry nezastupitelné místo. Motivací je sestra schopna klienta z velké části ovlivnit sama. Vnitřní motivace je dána osobnostními rysy klienta a jeho vůlí. Je podmíněna znalostmi a zkušenostmi edukovaného. Vnější motivací je odměna, hrozba nebo nátlak. V průběhu edukace je vhodné klienta chválit, povzbuzovat ho a poukazovat na důležitost získání nových znalostí. Během edukace může sestra využívat pouze legitimní přesvědčovací strategii, jako je odvolávání se na autoritu, na většinu a na morální aspekt. Naprosto nevhodné je využívání nelegitimních přesvědčovacích strategií, jako jsou různé konfrontace a zesměšňování (1, 2, 7, 15, 23, 42).

1.6.3 Edukační proces a jeho fáze

Edukační proces je záměrný, plánovaný a cílevědomý proces, při kterém dochází k předání a výměně informací, ze kterých se stávají vědomosti a dovednosti. V ošetřovatelství se jedná o výměnu informací mezi zdravotní sestrou a klientem. Edukační a ošetřovatelské procesy mají mnoho společného (příloha 4). U obou dochází nejprve ke sběru informací, k analýze dat, dále k diagnostice (v případě edukačního procesu určením cílů edukace a u ošetřovatelského procesu ke stanovení ošetřovatelské diagnózy), k plánování, k realizaci a nakonec k analýze a hodnocení. U dialyzovaných

klientů je tento proces dlouhodobý. Dialyzovaní klienti jsou v dialyzačním programu mnohdy několik let (14, 15).

Edukační proces je ovlivňován různými edukačními faktory. Jedná se o všechny plány, teorie, předpisy, veškerý výukový materiál a pomůcky, které sestra při edukaci používá. Mezi edukační faktory se také řadí kontrola a porovnání výsledků. Při edukaci musíme vždy brát zřetel na schopnosti, inteligenci, případné smyslové nebo tělesné postižení edukanta, na jeho celkový přístup ke zdraví, životnímu stylu a ochotě tento styl změnit. To dělá největší problémy především starým lidem. Velmi důležitou úlohu při edukaci plní sestra dialyzačního střediska svou rolí edukátorky, která musí znát zásady správné komunikace. Velký důraz je také kladen na její profesní vzdělání, zkušenosti a na schopnosti je předat dál, neboť problematika léčby dialyzovaných klientů je složitá.

Důležitou součástí edukačního procesu u dialyzovaných klientů je dokumentace, která nám poskytuje záznam o plánování a vykonané edukaci klienta. Tato dokumentace by měla být přesná a srozumitelná, měla by obsahovat reakce klienta a výsledky, jakých dosáhl (14, 15, 17, 23, 37, 41, 42).

Edukační proces členíme do pěti fází:

V první fázi si musí sestra objasnit edukační problém dialyzační léčby, proč je nutná změna a v jaké oblasti má klient nedostatek informací. Dále zde dochází ke stanovení priorit edukace. Sestra musí umět posoudit, jaké informace bude klient potřebovat, a kterým dovednostem by se měl naučit. Je nutné si uvědomit, jaké k tomu má podmínky, osobní možnosti a potenciál. Tato část by měla vždy vznikat ve spolupráci s klientem a musí vždy vycházet z jeho potřeb (14, 15, 41, 42).

Druhá fáze spočívá ve stanovení edukační diagnózy a stanovení cílů edukace dialyzovaného klienta. U každé diagnózy je třeba problém přesně specifikovat. Sestra dialyzačního střediska využívá společných setkání během dialyzační terapie, na kterou klient dochází pravidelně. Zde je velmi důležitá empatie sestry vůči klientovi. Sestra musí projevit zájem o klientův problém. Tím si získá jeho důvěru a on je ochotný spolupracovat (14, 15, 30, 42).

Třetí fáze obsahuje vlastní přípravu edukačního plánu. Plánování edukace dialyzovaného klienta probíhá vždy podle jeho aktuálních potřeb. Sestra se zaměřuje na motivaci, na přípravu klienta být edukovaný a ochotný něco měnit. Snaží se volit metody, kterými získá klienta k co největší spolupráci. Tato spolupráce je pro průběh dialyzační terapie nezbytná. Vytváří plán edukace a snaží se klienta do něj přímo zapojit. Na konci této fáze by měla sestra vědět, koho bude edukovat, zda pouze dialyzovaného klienta či i jeho rodinu. Dále by měla vědět, čeho chce dosáhnout, jakým způsobem bude edukovat a co chce, aby se klient naučil (14, 15, 42).

Čtvrtá fáze se týká realizace edukačního plánu. Vlastní edukace dialyzovaného klienta musí být dokonale připravená a naplánovaná. Při této fázi je potřeba hodnotit, počítat s případnými změnami a podle úrovně vědomostí a potřeb klienta měnit učební plán. Sestra musí vždy zhodnotit stav klienta před edukací a po ní. Při komunikaci s klientem hovoří jasně, stručně, vyhýbá se cizím slovům a odborným výrazům. Musí odstranit rušivé elementy, které brání koncentraci klienta. Volí vhodné pomůcky, přitahující pozornost a urychlující proces vnímání. Při edukaci udržuje takové tempo, které si určuje klient podle svých individuálních schopností a potřeb. Během edukace sestra sleduje reakce klienta a dané informace opakuje, aby si je lépe zapamatoval (14, 15, 38, 42).

V páté fázi zhodnotíme efektivnost edukačního procesu. Pomocí této fáze je sestra schopna posoudit efektivnost edukace, zvolit další postup, popřípadě stanovit nový edukační plán. Pokud došlo v edukaci k nezdaru, musí se sestra zamyslet, proč k tomu došlo a zda byly potřeby a cíle edukace vhodně zvoleny. U dialyzovaných klientů je nutné edukaci provádět opakovaně. Sestra se zamýšlí, zda měl klient pro vstřebání informací dostatek času a zda byl vhodně motivován. Mezi nejčastější příčiny nezdaru patří špatně stanovený odhad potřeb, stanovení nereálných cílů nebo nesprávné či nedostatečné stanovení edukačních intervencí, ale také vykonávání edukace v nevhodném čase. Mezi časté chyby patří i nedostatečná či neefektivní komunikace (14, 15, 42).

1.6.4 Formy a metody edukace

Didaktika je pedagogická disciplína. Zabývá se otázkami řízení edukačního procesu. Součástí didaktiky jsou formy, metody a prostředky výchovně-vzdělávacího procesu. Formy vyučování se vytvářejí z cílů, obsahu a metod edukátora a edukovaných. Ve zdravotnictví se jedná o sestru nebo jiného zdravotnického pracovníka a klienta. Podle počtu edukovaných k edukátorovi rozlišujeme formy edukace frontální, skupinové a individuální. Při frontální edukaci sestra pracuje s větší skupinou klientů plánovitě, v určitém čase. U skupinové edukace se vytvářejí malé skupiny klientů, kteří si vzájemně vyměňují zkušenosti a řeší společné problémy. Při edukaci individuální sestra pracuje s jedním klientem, kterému musí zajistit intimitu. Tato forma se využívá nejčastěji při rozhovoru, konzultaci po telefonu a při nácviku některých praktických dovedností, jako je např. nácvik provádění peritoneální dialýzy.

Podle místa, kde edukaci provádíme, dělíme edukační proces na formální a neformální. Formální vyučování probíhá ve školách nebo institucích. V nemocnicích se jedná o edukaci neformální. Podle samostatnosti při práci a výuce dělíme formy vyučování na individuální práci, kdy edukant pracuje samostatně, skupinovou práci, kdy edukanti spolupracují na společném řešení, a formální práci, kdy každý edukant pracuje samostatně na společném úkolu a cíli (1, 23, 24, 29, 34, 42).

Vyučování má mimo různých forem také metody a obsah. Metoda je cílevědomý, uvědomělý a záměrný postup, směřující k určitému cíli. Mezi nejjednodušší metody lze zařadit napodobování (1, 23, 42).

Maňák, jak uvádí Skalková, dělí edukační metody podle zdroje poznatků a typu poznatků na slovní, praktické a názorně-demonstrační (29).

Slovní metody patří k nejstarším metodám. V edukačním procesu má slovo ať už mluvené, psané či tištěné velký význam a je nezbytným nástrojem lidského myšlení. V praxi je výchovné působení mluveným a psaným slovem velmi účinné a lze ho použít kdekoliv. Slovní metody vystupují jednak samostatně nebo doplňují a doprovázejí všechny ostatní metody. Aby metoda mluveného slova splňovala očekávaný cíl, musí být projev sestry dobře promyšlený a vždy v souladu se zásadami edukace. Ve zdravotnictví se používá stále při každé komunikaci s klientem.

Mezi metody tištěného slova patří heslo, leták, článek, časopis a kniha. Letáky jsou hlavně určeny k přenosu informací pro velký počet lidí. Používáme je především jako doplněk mluveného slova. Časopis je menší kniha a může podle svého obsahu sloužit např. jako pokyny pro dialyzovaného klienta. Kniha se zdravotně-výchovným zaměřením se zaměřuje na problém komplexně (1, 23, 29, 42).

Metody mluveného slova se dělí na monologické a dialogické. Do monologických-výkladových metod patří přednáška a výklad. Při přednášce a vysvětlování je nutné si myšlenkové pochody logicky utřídit, aby byly pro dialyzovaného klienta srozumitelné. Můžeme ji také doplnit o názorné pomůcky, jako jsou obrázky a filmy. Zdrojem monologických-výkladových metod je edukátor. Diskuse by měla být neoddělitelnou součástí přednášky. Nevýhodou je příliš mnoho informací najednou, neboť se stávají pro klienta špatně zapamatovatelné. Klienti by měli dostat vždy prostor, aby mohli vyjádřit svůj názor (1, 23, 29, 42).

Do metody dialogické patří individuální rozhovor a beseda. U dialogické metody využíváme především vědomostí edukovaných klientů. Rozhovor sestry a dialyzovaného klienta je součástí každé dialyzační terapie. Je velmi důležitý pro získání klientovy důvěry, proto musí sestra dobře ovládat nejen vyučovací problematiku, ale hlavně techniku rozhovoru. Během rozhovoru sestra postupuje podle edukačního plánu. Pro menší skupiny je vhodná forma skupinové besedy. Tu lze s výhodou využít při setkání dialyzovaných klientů, kde si mohou mezi sebou vyměnit svoje zkušenosti. Spojuje je společný problém a zájem (1, 23, 30, 42).

Při praktických metodách je zdrojem poznání aktivní činnost. K těmto metodám patří analogicko-systematická metoda, při které jeden postup navazuje na druhý, induktivní metoda, která je konkrétní a názorná, a deduktivní metoda, která je opakem induktivní. Postupujeme od všeobecného pojmu k jednotlivému. Mezi další praktickou metodu patří pozorování. Pomocí něj zjistíme shodu nebo rozdíl různých jevů lidí nebo činností (1, 23, 42).

Při výchovně vzdělávacím procesu se metody různě prolínají a doplňují. Edukanti přijímají informace od edukátora pomocí zraku i sluchu a dělají si poznámky. Během výuky edukátor používá mluvené slovo, ale také názorné pomůcky. Patří sem

metoda informačně-receptivní a reprodukční, dále heuristická, výzkumná, alternativní, situační, metoda brainstormingu a problémový výklad (1, 23, 42).

1.7 Role setry v nefrologii

Profese nefrologické sestry zahrnuje určitý systém rolí, které spolu navzájem souvisejí. Sestry plní nejen roli koordinátorky, manažerky, obhájkyně, učitelky, vychovatelky, ale také role edukátorky. To vyžaduje od sester široké spektrum vědomostí a profesionalitu, samostatnost v rozhodování a vysokou míru odpovědnosti. Nefrologická sestra je registrovaná sestra se zkušenostmi v oboru praktické péče o nefrologické klienty a s příslušnou kvalifikací v oboru nefrologické péče (14, 20, 41, 42).

Práce nefrologické sestry je velice důležitá a v nefrologii má nezastupitelné místo. Jako každá práce, tak i práce sestry v nefrologii, má svoje specifika:
Součástí každodenní práce je edukace klienta a jeho rodiny (podrobněji v následující kapitole). Sestra sestavuje spolu s klientem a jeho rodinou program ošetřovatelské péče, pomoci a výchovy. Vede záznamy o fyzických a psychologických problémech, o terapii a ošetřovatelské péči o hemodialyzovaného klienta. Poskytuje podporu klientovi i jeho rodině podle individuálních potřeb. Pečuje o cévní přístup klienta, snaží se zamezit případným komplikacím a cvičí klienta jak o něj pečovat. Před každou hemodialýzou sestra klienta zváží, zkontroluje, zda je dobře nastavena ultrafiltrace dle suché váhy klienta, kterou určuje lékař. Během hemodialýzy měří klientovi krevní tlak. Nefrologická sestra asistuje lékaři při různých výkonech (17, 41).

Úloha sestry pracující na hemodialyzečním středisku je složitá a náročná. Nejde jen o zvládnutí technické problematiky této práce, ale také zahrnuje další souhrn otázek a problémů, které musí sestra řešit. Ať už je to práce s klientem samým nebo s jeho rodinou. Jedná se především o starší klienty, kteří docházejí do dialyzačního střediska mnohdy i několik let. Tato práce sestru často vyčerpává, neboť jde o práci, která nejen že přináší klientovi úlevu, ale také někdy, i při veškeré snaze, se nemoc zvládnout nepodaří a klient na svojí chorobu zemře (17, 30).

1.8 Edukace klientů v dialyzačním programu

Onemocnění ledvin patří mezi velmi vážná onemocnění. Pro takto nemocného člověka je velmi obtížné přijmout skutečnost o svém zdravotním stavu, smířit se se svou nemocí a naučit se s ní žít. Edukace v nefrologii je nepostradatelná a tvoří významný způsob ke zlepšení kvality života dialyzovaného klienta. Pomocí edukace si klient osvojuje nové poznatky, získává nové dovednosti a nový pohled na hierarchii hodnot. Správné vědomosti a postoj k vlastnímu stavu a léčbě jsou pro něho nepostradatelné. Při dodržování léčebného režimu, hlavně dodržováním diety, může zpomalit onemocnění a oddálit nutnost náhrady funkce ledvin. Provádí ji lékař, ale také nefrologická sestra. Ta zjistí individuálně schopnosti a potřeby klienta, jeho znalosti o problematice. Pak navrhne vhodný výchovný, informační a výcvikový program podle potřeb klienta a jeho rodiny. Nefrologická sestra klienta a jeho rodinu informuje, vychovává a školí, aby bylo dosaženo optimální rehabilitace a nezávislosti dialyzovaného klienta. Jedná se souhrn rad a pokynů, které se týkají např. dietních opatření, fyzické aktivity, péče o cévní přístup a nácvik peritoneální dialýzy (17, 41).

1.8.1 Dietní opatření u dialyzovaných klientů

Dietní režim se sestavuje vždy individuálně podle sérových výsledků hladiny draslíku, sodíku, fosforu, dále dle diurézy, přidružených onemocnění, a také dle dialyzačního programu. Nefrologická sestra edukuje klienta, aby plně pochopil a dodržoval svůj dietní režim a příjem tekutin. Vede klienta a jeho rodinu k tomu, aby co nejlépe využívali nutričních hodnot potravin. Klade důraz na omezování přísunu fosforu, draslíku, tekutin, a jestliže se jedná o diabetika, tak i cukrů a vysvětlí důležitost dodržování těchto opatření. Sestra klientovi vždy vysvětlí proč je to důležité. Edukuje klienta, že má přijímat potraviny kaloricky hodnotné a bohaté na bílkoviny. Příjem bílkovin by měl být 1,2-1,4 g/kg/den, z toho by měly tvořit 50% bílkoviny živočišného původu např. maso a vejce. Energetický příjem by měl být 150-160 kJ/kg/den. Pokud organizmus nemá dostatečný energetický příjem, pak slouží za energetický zdroj bílkoviny, zvyšuje se katabolizmus a výrazně stoupá urea, kreatinin, kyselina močová. Vhodné je podávat různé vitamíny, zejména vitamin C, B, D. Mezi další dietní opatření

patří také omezení solí, a to u nemocných s hypertenzí, se srdečním selháním, ale hlavně u lidí, kteří nejsou schopni pro žízeň udržet nízké váhové přírůstky. Sestra edukuje klienta, aby toto opatření dodržoval, a vysvětlí mu, proč je to pro něho důležité (6, 33, 41).

Dále sestra klientovi doporučí, které potraviny jsou pro něho vhodné a kterým se musí vyvarovat. Edukuje ho, že musí z jídelníčku vyřadit čerstvé ovoce, kompoty, džemy, omezit luštěniny a zeleninu, to vše pro vysoký obsah draslíku. Doporučí klientovi výživové tabulky, které mu pomohou při výběru vhodné stravy. Je v nich uveden obsah bílkovin (v gramech), sodíku, draslíku a fosforu (v mg) na 100g hmotnosti určité potraviny. Omezení se týká také fosforu, neboť zvýšená koncentrace nepříznivě ovlivňuje průběh kostní nemoci. Optimálním řešením pro dodržování správné diety je návštěva klienta u dietní sestry. Jelikož nadbytečná voda z těla klienta je odstraňována pomocí dialýzy, musí mít každý nemocný stanovenou tzv. optimální suchou váhu. Ta vyjadřuje, kolik by nemocný za současného stavu výživy vážil při správném zavodnění. Regulace tekutin, a tím i správné udržování optimální suché váhy, má pro nemocného zásadní význam. Především nezatěžuje organismus, a tím i zlepšuje zdravotní stav.

Příjem tekutin se omezuje v závislosti na velikosti diurézy. U anurických klientů se tekutiny omezují na 300-500ml/den, aby nedocházelo k nežádoucím mezidialyzačním příbytkům na tělesné hmotnosti a následným komplikacím během dialýzy. To je pro ně velmi obtížné. Sestra doporučí klientovi nápoje, které jsou vhodné pro zahnání pocitu žízně. Jedná se především o nápoje studené např. sifon, voda s citrónem nebo čaj. Klienti si měří bilanci tekutin, kterou předkládají lékaři (6, 33, 41).

1.8.2 Fyzická aktivita u dialyzovaných klientů

Cílem dialyzační léčby je dobře dialyzovaný klient, který vykonává stejnou fyzickou aktivitu jako před onemocněním. Bohužel často tomu tak není. Nefrologická sestra pomáhá klientovi se vyrovnat se změnou jeho fyzické kondice. Vychovává klienta ke zdravému kondičnímu cvičení, vždy přiměřeného k jeho věku, k jeho schopnostem a případným přidruženým onemocněním. Cviky názorně klientovi ukáže a

doporučí mu vhodné sporty. Jedná se spíše o sportování rekreačního typu, jako je plavání, stolní tenis, kuželky, turistika, jízda na kole. Edukuje klienta, jakým sportům by se měl vyvarovat. Jedná se o sporty, kde hrozí riziko zvýšené úrazovosti, nebo kde je zapotřebí maximální fyzické zátěže (30, 39, 41).

Co se týká zaměstnání, je to vždy individuální. Sestra i zde edukuje klienta, jakým činnostem by se měl vyvarovat a jaká práce je pro něho vhodná. Asi dvě třetiny nemocných se do zaměstnání nevrací a pro všechny další platí zásada, že musí vykonávat práci s minimální zátěží v teple a suchu. Vhodná je třeba práce jen na půl úvazku nebo podnikatelská činnost, kde si klient upraví pracovní dobu podle potřeby. Během sportu, cvičení či práce musí vždy dialyzovaný klient dávat pozor na cévní přístup a AV fistuli, to bude popsáno podrobněji v následující kapitole (30, 39, 41).

1.8.3 Péče o cévní přístup a AV fistuli u dialyzovaných klientů

Cévní přístup kontroluje sestra vždy před každou hemodialýzou. Vstup i okolí kanyly musí být čisté, chráněné před zalomením, a při každém napojení na hemodialýzu se musí dbát na sterilitu. Nefrologická sestra vychovává a cvičí klienta v péči o cévní přístup. Klienti si mezi jednotlivými dialýzami nechávají kanylu zalepenou, pravidelně ji kontrolují a udržují ji v čistotě. Pokud nastanou nějaké komplikace (jako např. krvácení, hematom v okolí nebo jiné nejasnosti), ihned kontaktují hemodialyzační zařízení (17, 30, 41).

O AV fistuli je nutno se pečlivě starat, jak ze strany ošetřujícího personálu, tak ze strany klienta. To obnáší pravidelné sledování její funkce. Sestra vede klienta v nácviku, jak má AV fistuli kontrolovat, a názorně mu ukáže, jak postupovat. Klienta poučí, že pokud dojde k nějaké změně, je nutno to ihned hlásit lékaři. Také různé zánětlivé změny v okolí AV fistule je nezbytné hlásit a okamžitě léčit, neboť může dojít k jejímu zániku. Klient musí horní končetinu chránit před větší námahou, před dlouhodobým stlačením, a také před poraněním. Na končetině s AV fistulí nelze měřit krevní tlak ani odebírat krev, či aplikovat léky do žíly. O tom všem sestra klienta edukuje. Je důležité klienta vést, aby při každé návštěvě praktického lékaře nebo při hospitalizaci v nemocnici hlásil, na jaké končetině má AV fistuli (6, 17, 30, 41).

1.8.4 Nácvik peritoneální dialýzy

Peritoneální dialýzu, dále jen PD, si většinou klienti provádějí sami doma v režimu CAPD (kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy), proto musí sestra zjistit schopnosti klienta a jeho rodinné zázemí. Pokud je klient spolupracující a schopný provádět peritoneální dialýzu doma, navrhne pro něj a jeho rodinu nefrologická sestra vhodný výchovný, informační a výcvikový program. Vychovává klienta ke správnému hygienickému režimu tak, aby se zabránilo infekci. Vysvětlí a názorně ukáže, jak má postupovat.

Do dutiny břišní se připraveným peritoneálním katétrem napustí stanovené množství dialyzačního roztoku ohřátého na 37 C°. Roztok se ponechá v dutině břišní stanovenou dobu, poté se vypustí do připraveného vaku a do břicha se napustí roztok nový. Takto se výměna provádí neustále. V mezidobí se může klient pohybovat, pracovat a věnovat se svým zájmům. Je nutno postupovat asepticky, aby nedošlo k infekci v dutině břišní. Nefrologická sestra vede, povzbuzuje a pomáhá klientovi do doby, než dokáže PD provádět sám, nezávisle a asepticky.

Naučí klienta rozpoznávat symptomy peritonitidy, mezi něž patří bolesti břicha, zakalený dialyzát nebo špatný odtok dialyzátu, zimnice, třesavka a zvýšená tělesná teplota. Edukuje klienta, že pokud u něho nastanou tyto zmíněné příznaky, musí ihned kontaktovat lékaře. Sestra navštěvuje klienta v jeho bytě za účelem kontroly a poskytnutí pomoci (6, 41).

1.9 Cíl edukace klientů v dialyzačním programu

Cílem edukace klientů v dialyzačním programu je, aby klienti získali nové vědomosti, osvojili si nové poznatky a naučili se nové dovednosti, které se týkají jejich onemocnění, případné léčby a možných komplikací. Důležité je, aby si osvojili vědomosti ohledně úpravy dietního režimu a životosprávy celkově, získali aktivní pocit zodpovědnosti za svůj zdravotní stav a vytvořili se zdravotnickým personálem systém otevřené a neformální komunikace. Je zapotřebí docílit aktivní spolupráce rodiny v péči o dialyzovaného klienta, rozptýlit obavy a předsudky z dialyzační léčby, zodpovědět všechny dotazy klienta a případné nejasnosti vysvětlit. V neposlední řadě je vhodné

klientovi doporučit různé informační zdroje, jako je internet, literatura, a doplnit během edukace mluvené slovo tištěnou formou v podobě různých letáků a brožur. Výhodou je spolupráce s psychologem. Aby tyto cíle edukace dialyzovaných klientů byly splněny, musí edukační proces obsahovat všech pět fází, a to posouzení, stanovení edukační diagnózy, příprava edukačního plánu, jeho realizace a hodnocení (4, 30, 41).

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda sestry provádějí edukaci dialyzovaných klientů písemnou metodou.

Cíl 2 Zjistit, zda jsou dialyzovaní klienti spokojeni s podanými informacemi.

2.2 Hypotézy

H 1 Sestry provádí edukaci na hemodialyzačním středisku pouze písemnou metodou.

H 2 Dialýzovaní klienti kladně hodnotí písemnou metodu edukace na hemodialzyzačním středisku.

H 3 Klientům jsou vždy zodpovězeny dotazy v rámci edukace na hemodialyzačním středisku.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat byl použit kvantitativní výzkum. Sběr dat probíhal formou dotazníkového šetření. Dotazník 1 (viz příloha 5) byl určen dialyzovaným klientům tří nemocnic Jihočeského kraje. Dotazník 2 (viz příloha 6) byl určen sestrám pracujících na hemodialyzačních střediscích stejných nemocnic.

Dotazník 1 obsahoval 22 otázek. Z toho bylo 15 uzavřených, 6 polootevřených a 1 otevřená. Na začátku dotazníku byly otázky identifikační, pak následovaly otázky zjišťovací.

Nejdříve byly otázky identifikační a následně zjišťovací.

Dotazník 2 obsahoval 18 otázek, z toho 12 uzavřených a 6 polootevřených. Nejdříve byly otázky identifikační a následně zjišťovací.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

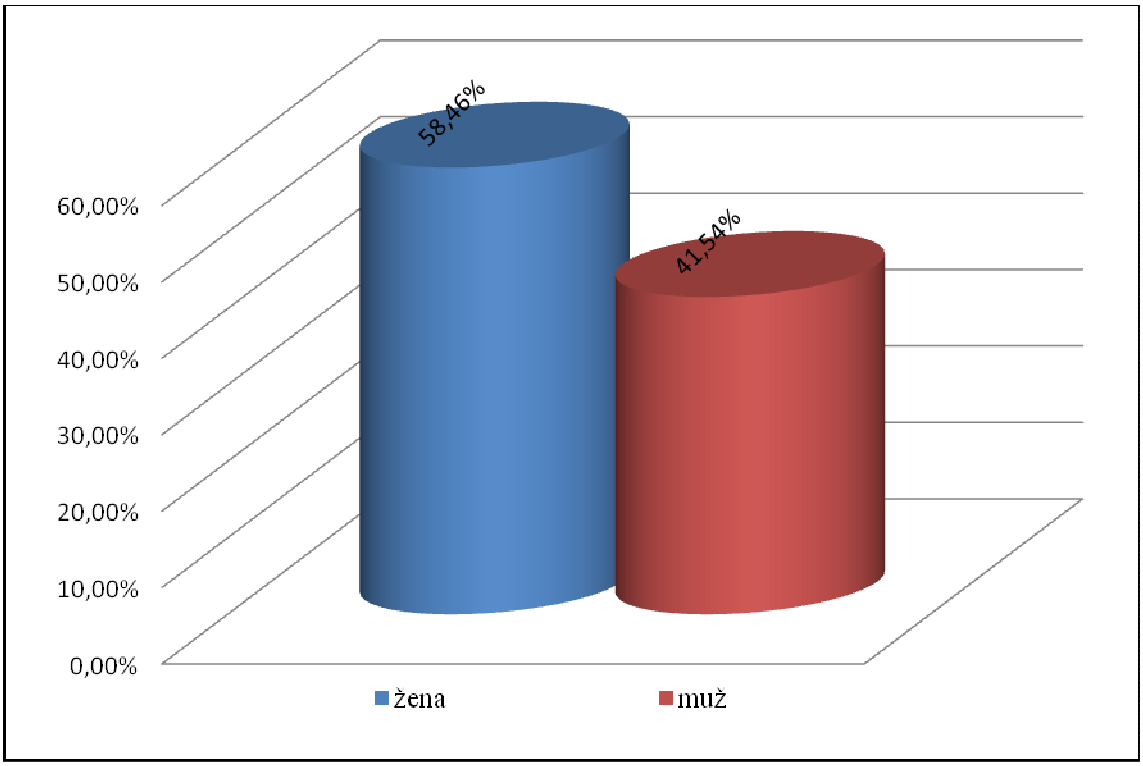
Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili klienti zařazení do trvalého dialyzačního programu v nemocnicích Písek, Prachatice, Tábor a sestry pracující na příslušných hemodialyzačních střediscích. Výzkumné šetření probíhalo v prvním čtvrtletí roku 2009.

První výzkumný soubor tvořili dialyzovaní klienti. Celkem bylo dialyzovaným klientům rozdáno 110 dotazníků a vrátilo se jich 68, z toho 3 dotazníky pro neúplnost byly vyřazeny. K vyhodnocení bylo použito 65 dotazníků. Návratnost dotazníků je tedy 59,09%.

Druhý výzkumný soubor tvořily sestry hemodialyzačních středisek. Bylo rozdáno celkem 27 dotazníků, z toho 10 dotazníků sestrám hemodialyzačního střediska v Písku, které vrátily 4 dotazníky, což je návratnost 40%. Sestrám hemodialyzačního střediska v Prachaticích bylo rozdáno 7 dotazníků a vrátilo se jich též 7, což je návratnost 100%. 10 dotazníků bylo rozdáno sestrám hemodialyzačního střediska v Táboře a vráceny byly 4, což je návratnost 40%. Celkem se vrátilo 15 dotazníků, celková návratnost je tedy 55,55%.

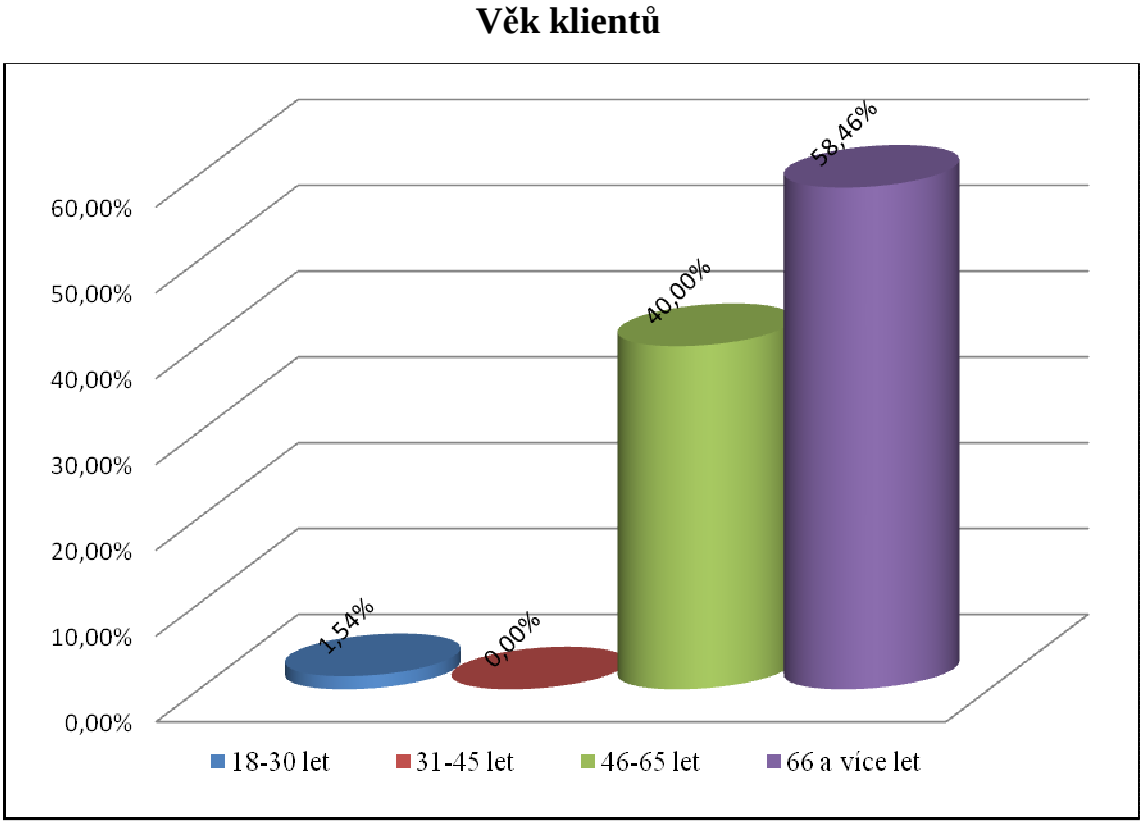
4. Výsledky

Graf 1



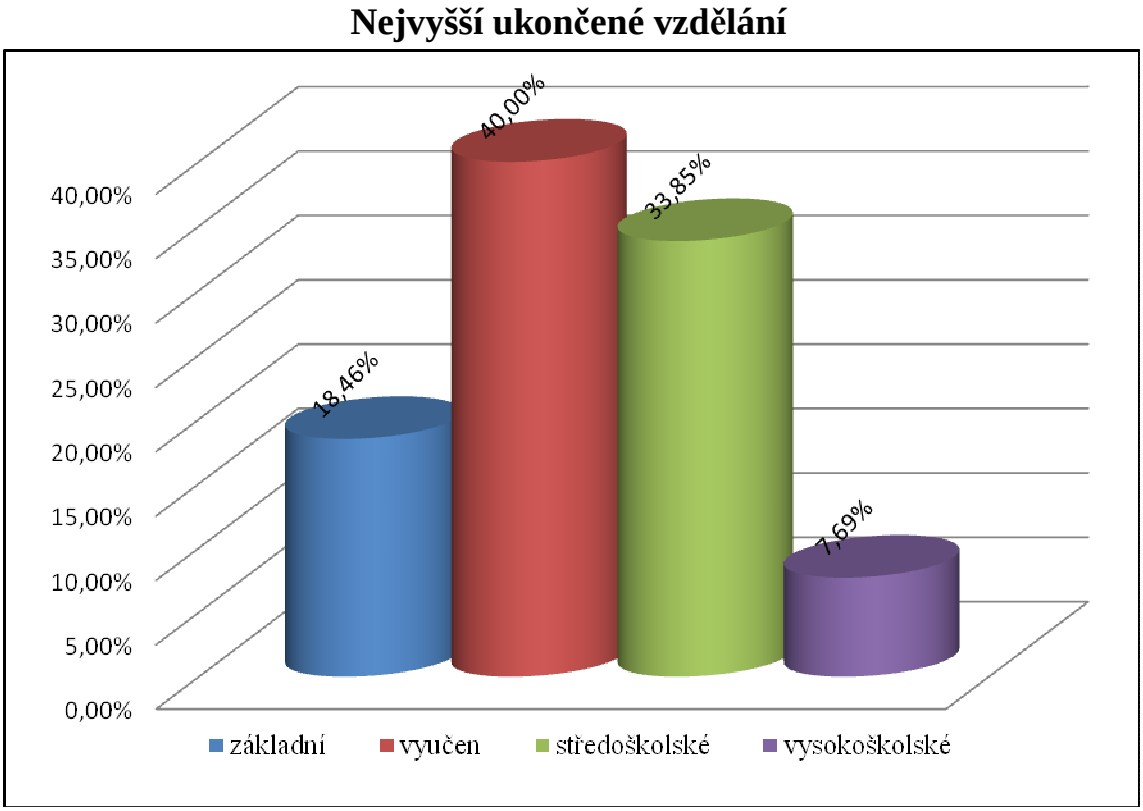
Graf 1 ukazuje rozlišení klientů dle pohlaví. Z celkového počtu 65ti (100%) klientů, 38 (58,46%) dotazovaných klientů tvoří ženy, 27 klientů (41,54%) tvoří muži.

Graf 2



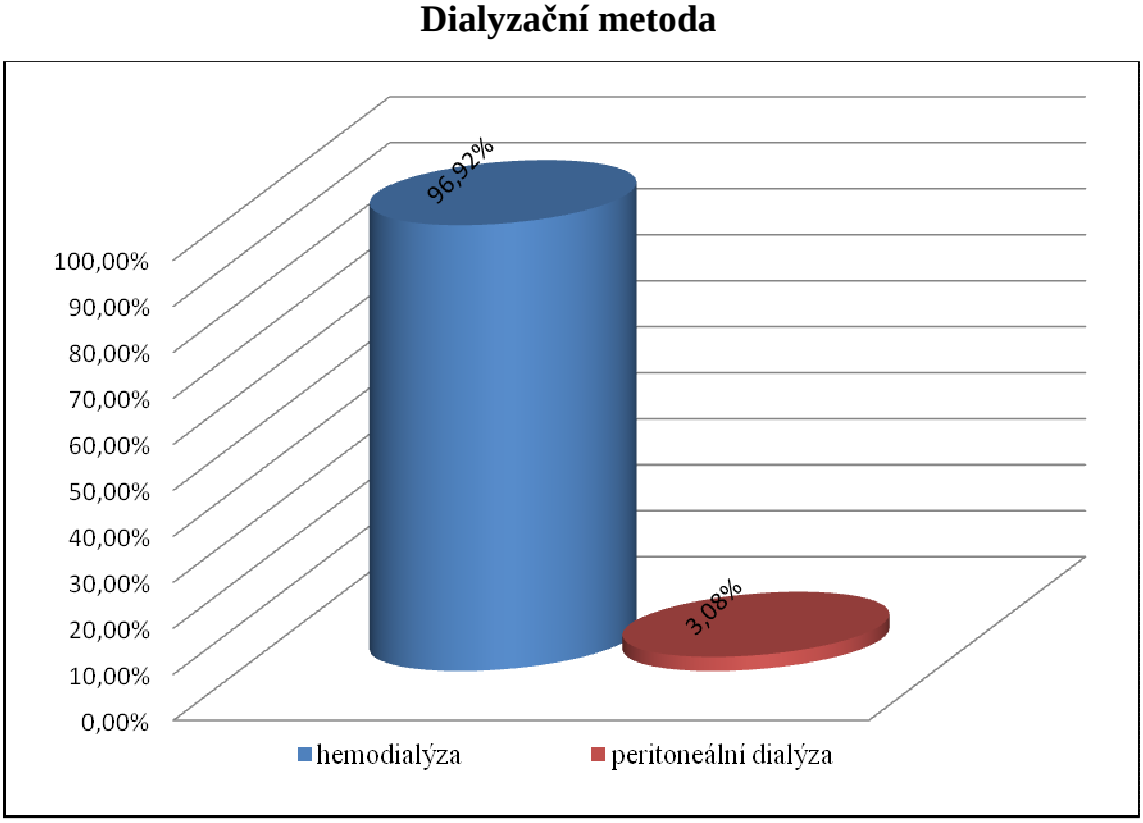
Graf 2 ukazuje rozčlenění klientů dle věku. Z celkového počtu 65ti (100%) klientů byl 1 klient (1,54%) ve věku 18-30 let, 26 klientů (40,00%) bylo ve věku 46-65 let, 38 klientů (58,46%) bylo ve věku 66 a více let.

Graf 3



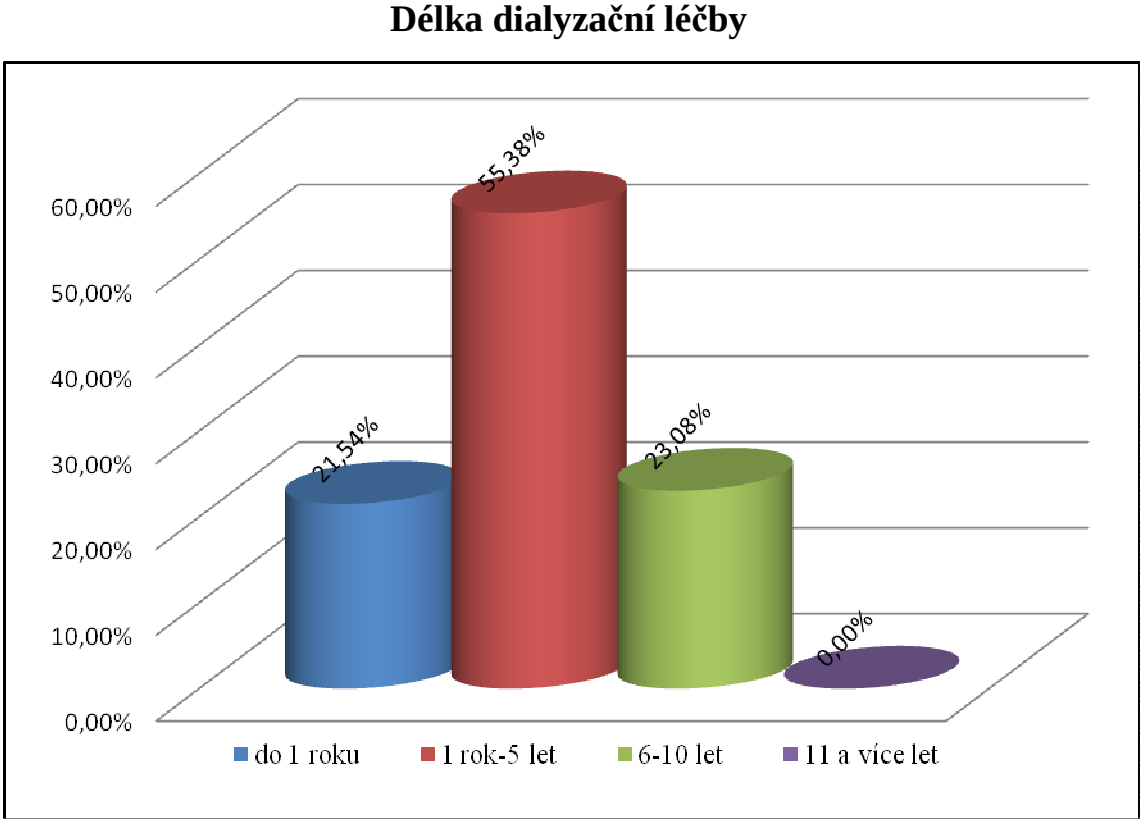
Graf 3 ukazuje rozčlenění klientů dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Z celkového počtu 65ti (100%) klientů, 12 klientů (18,46%) mělo základní vzdělání, 26 klientů (40,00%) bylo vyučených, 22 klientů (33,85%) mělo středoškolské vzdělání, 5 klientů (7,69%) mělo vysokoškolské vzdělání.

Graf 4



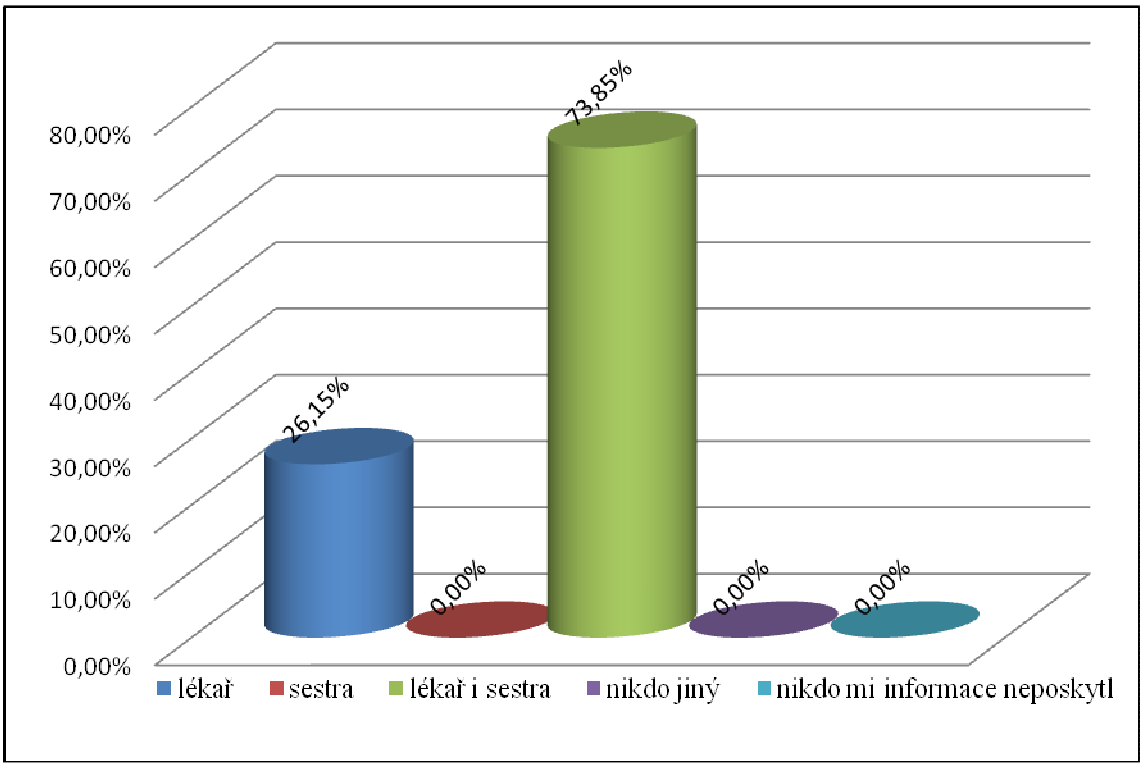
Graf 4 znázorňuje, jakou klienti využívají dialyzační metodu. Nejpočetnější skupinu tvořilo 63 klientů (96,92%) z celkového počtu 65ti (100%) klientů, kteří udali, že využívají metodu hemodialýzy. Využívání peritoneální dialýzy označili 2 (3,08%) klienti.

Graf 5



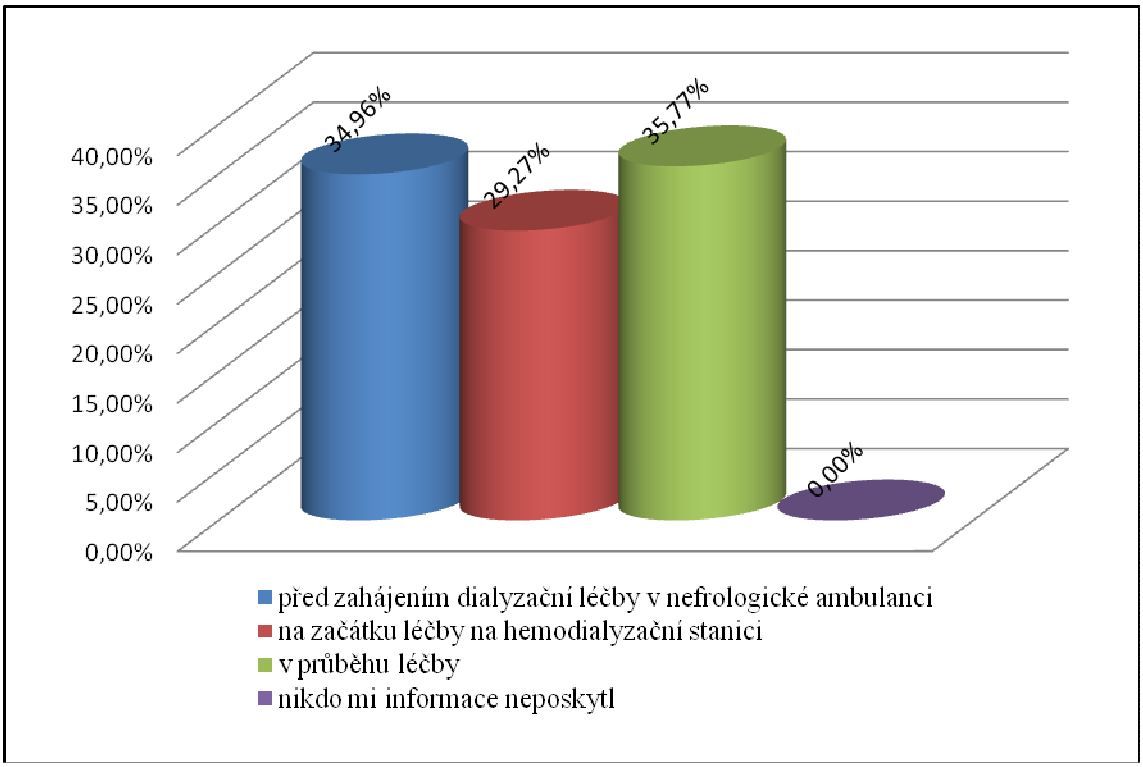
Graf 5 znázorňuje délku dialyzační léčby u jednotlivých klientů. 14 klientů (21,54%) bylo dialyzovaných do 1 roku, 36 klientů (55,38%) bylo dialyzovaných 1-5 let. 15 klientů (23,08%) bylo dialyzovaných 6-10 let. Žádný klient z 65ti (100%) dotazovaných nebyl dialyzován více než 10 let.

Graf 6



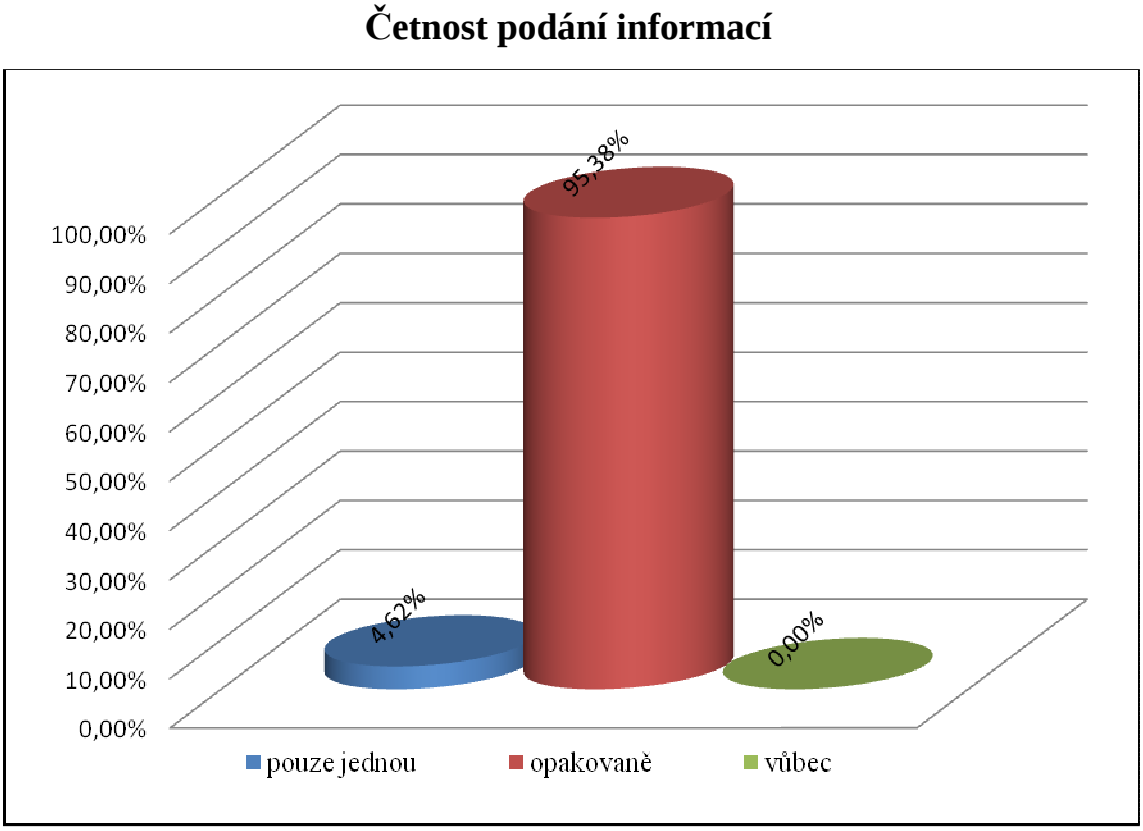
Graf 6 ukazuje, kdo klientům poskytl informace o léčebném režimu při dialýze. 17 klientů (26,15%) udalo, že informace jim poskytl lékař. 48 klientů (73,85%) uvedlo, že jim informace o léčebném režimu při dialýze poskytli lékař i sestra.

Graf 7



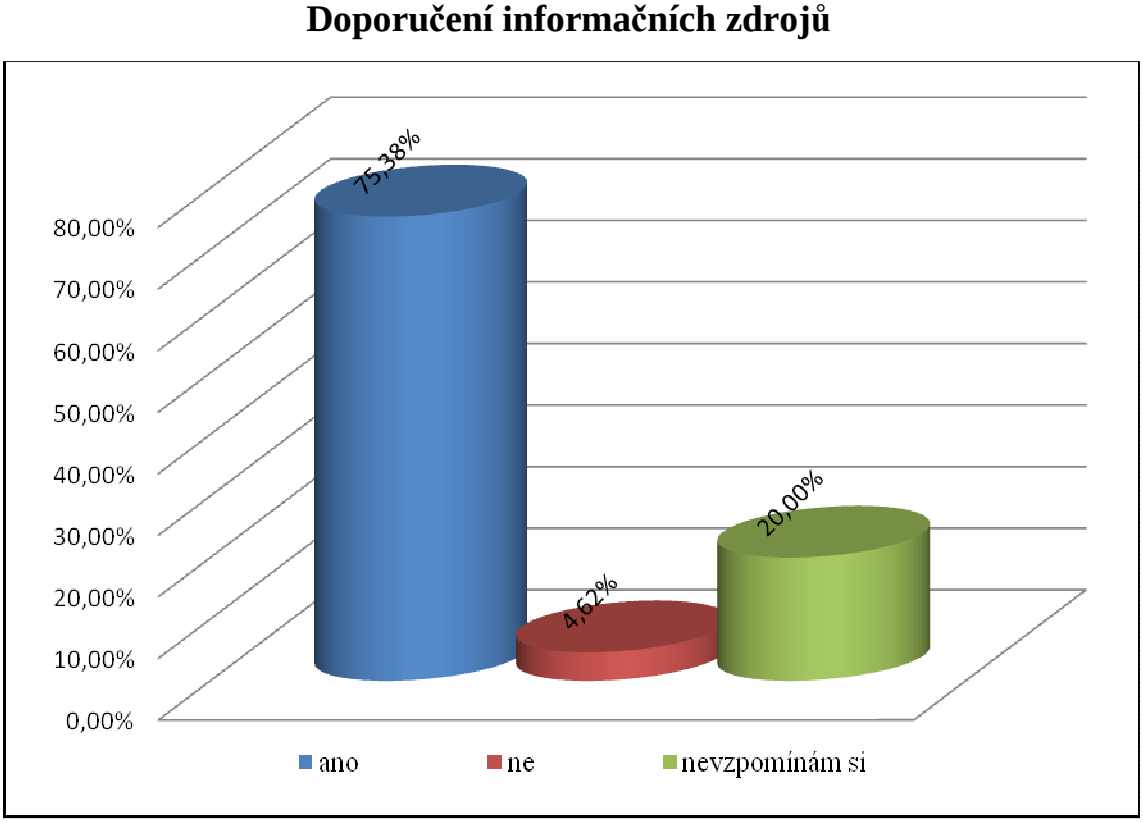
Graf 7 ukazuje na to, kdy byly informace klientovi podány. 43 klientům (34,96%) byly informace podány před zahájením dialyzační léčby v nefrologické ambulanci, 36 klientů (29,27%) bylo informováno na začátku hemodialyzační léčby na hemodialyzační stanici, 44 klientů (35,77%) bylo informováno v průběhu léčby.

Graf 8



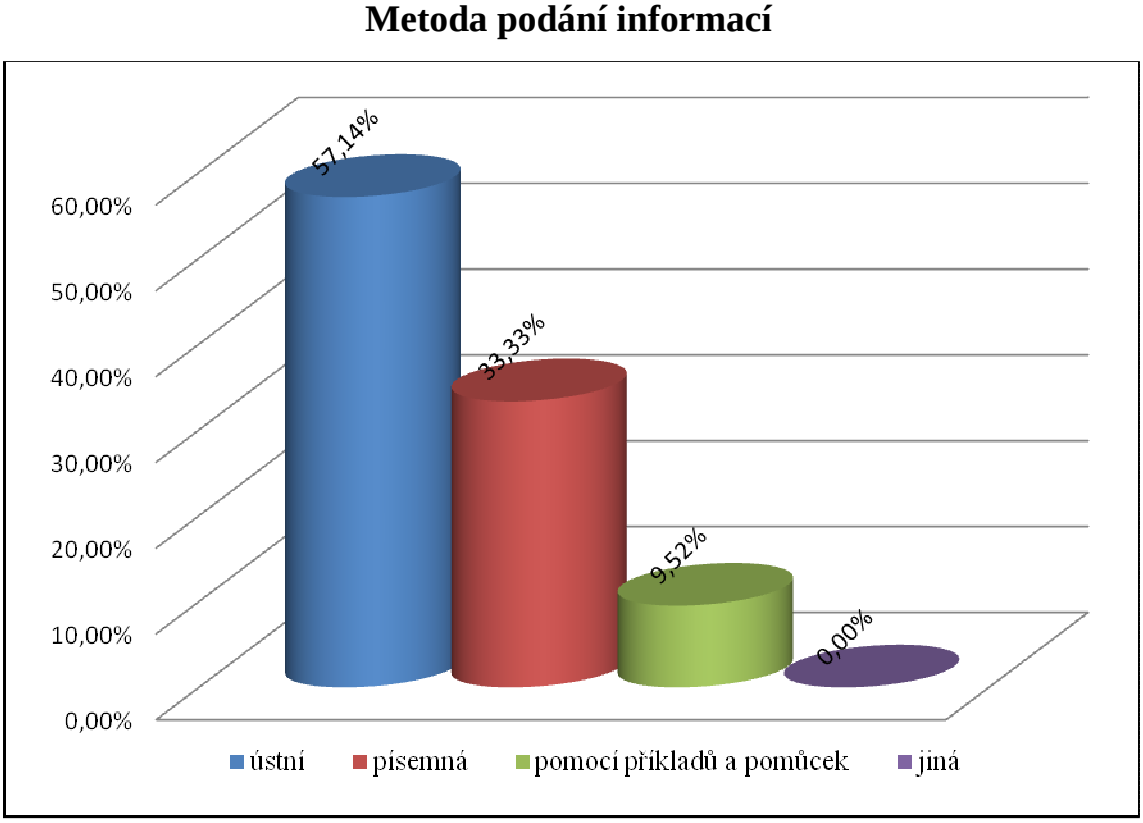
Graf 8 ukazuje, kolikrát informace klientovi byly sděleny. 3 klienti (4,62%) byli informováni pouze jednou, 62 klientů (95,38%) udalo, že byli informováni opakovaně.

Graf 9



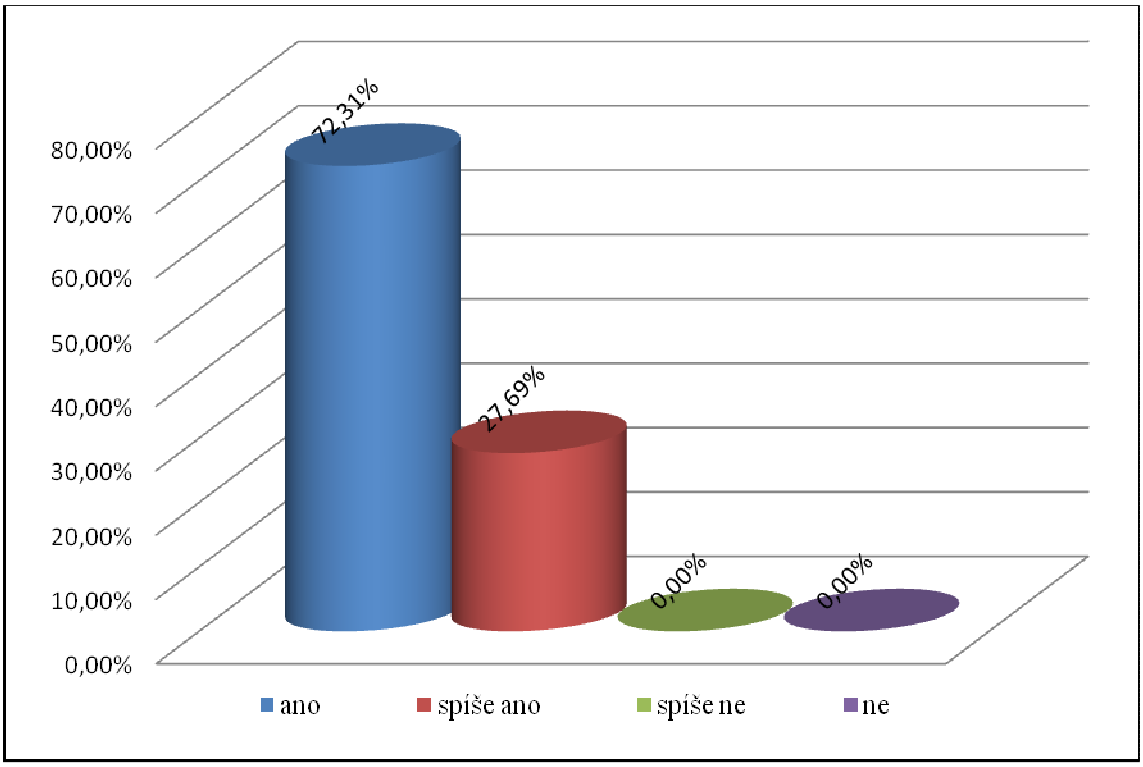
Graf 9 ukazuje, zda klientům byly doporučeny informační zdroje, kde lze najít další informace týkající se jejich onemocnění. 49 klientů (75,38%) udalo, že jim byly informační zdroje doporučeny, 3 klientům (4,62%) nebyly doporučeny informační zdroje, 13 klientů (20,00%) si nevzpomnělo, zda jim informační zdroje byly doporučeny.

Graf 10



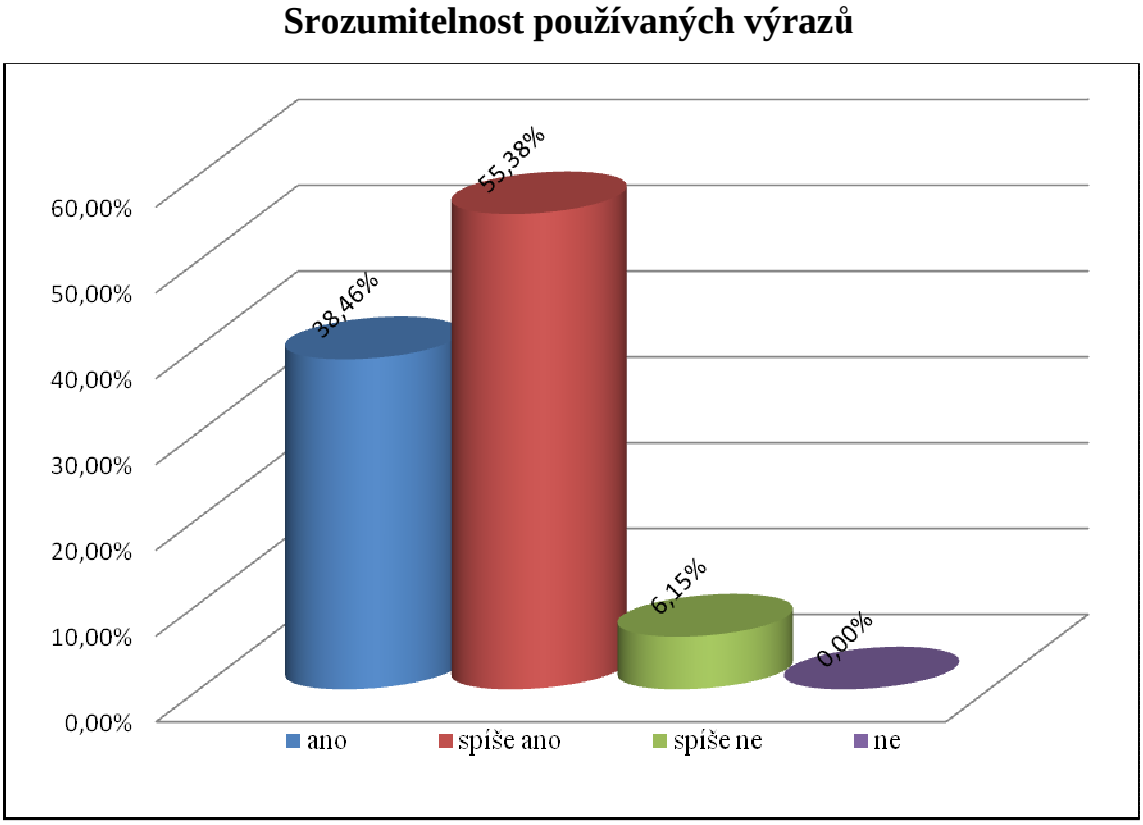
Graf 10 ukazuje, jakou metodou byly informace klientům podány. Klienti mohli označit i více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 105 (100%). U 60 klientů (57,14% odpovědí) byly informace podány ústní metodou, u 35 klientů (33,33% odpovědí) byly informace podány písemnou metodou. 10 klientů (9,52% odpovědí) uvedlo, že jim byly podány informace pomocí příkladů a pomůcek.

Graf 11



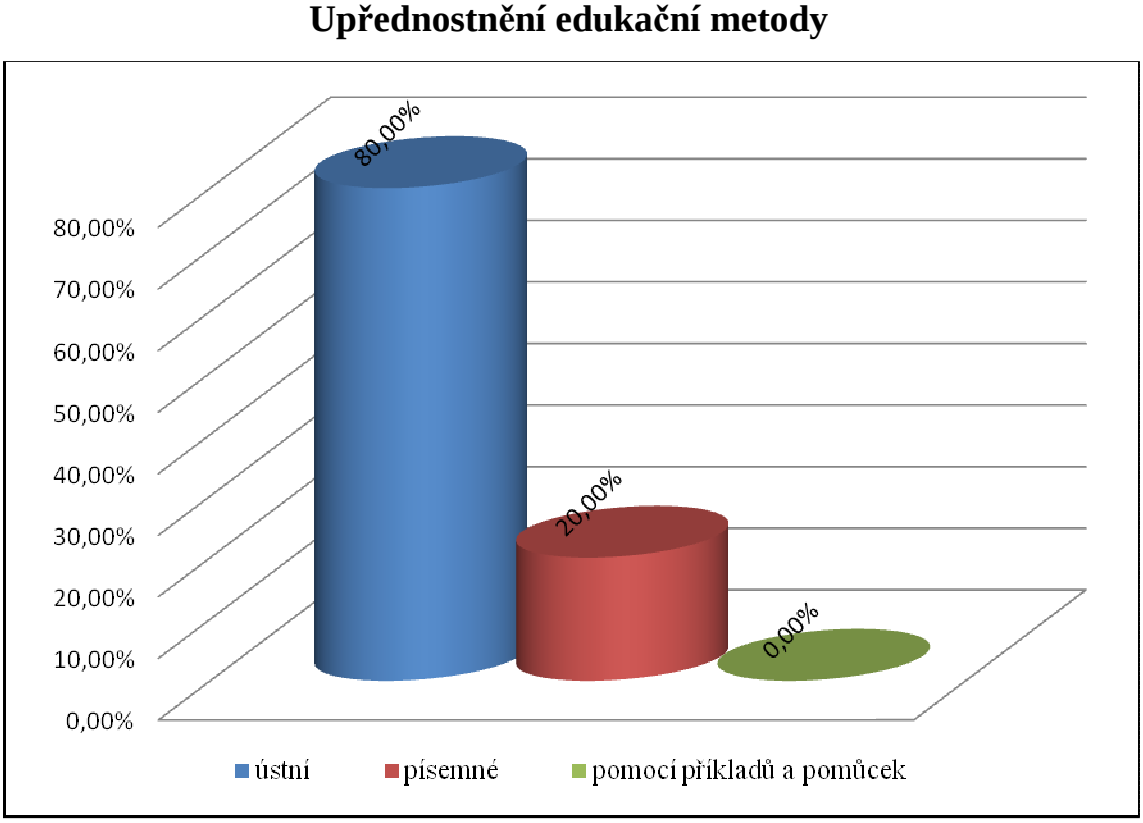
Graf 11 znázorňuje, zda klienti tuto metodu podání informací považují za srozumitelnou. Z celkového počtu 65 klientů (100%), 47 klientů (72,31%) udalo, že ji považují za srozumitelnou, 18 klientů (27,69%) považuje zvolenou metodu spíše za srozumitelnou.

Graf 12



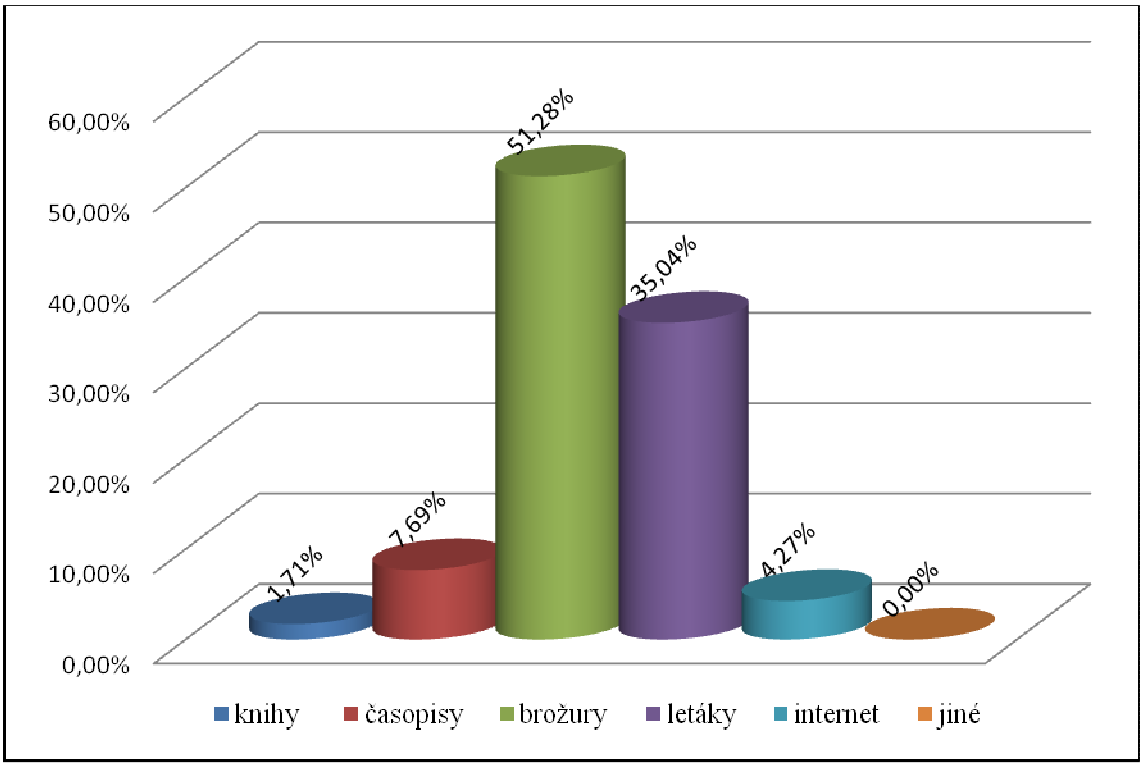
Graf 12 ukazuje na to, zda klienti rozumí všem používaným výrazům. 25 klientům (38,46%) byly výrazy srozumitelné, 36 klientů (55,38%) udává, že jim byly výrazy spíše srozumitelné, pro 4 klienty (6,15%) byly výrazy spíše nesrozumitelné.

Graf 13



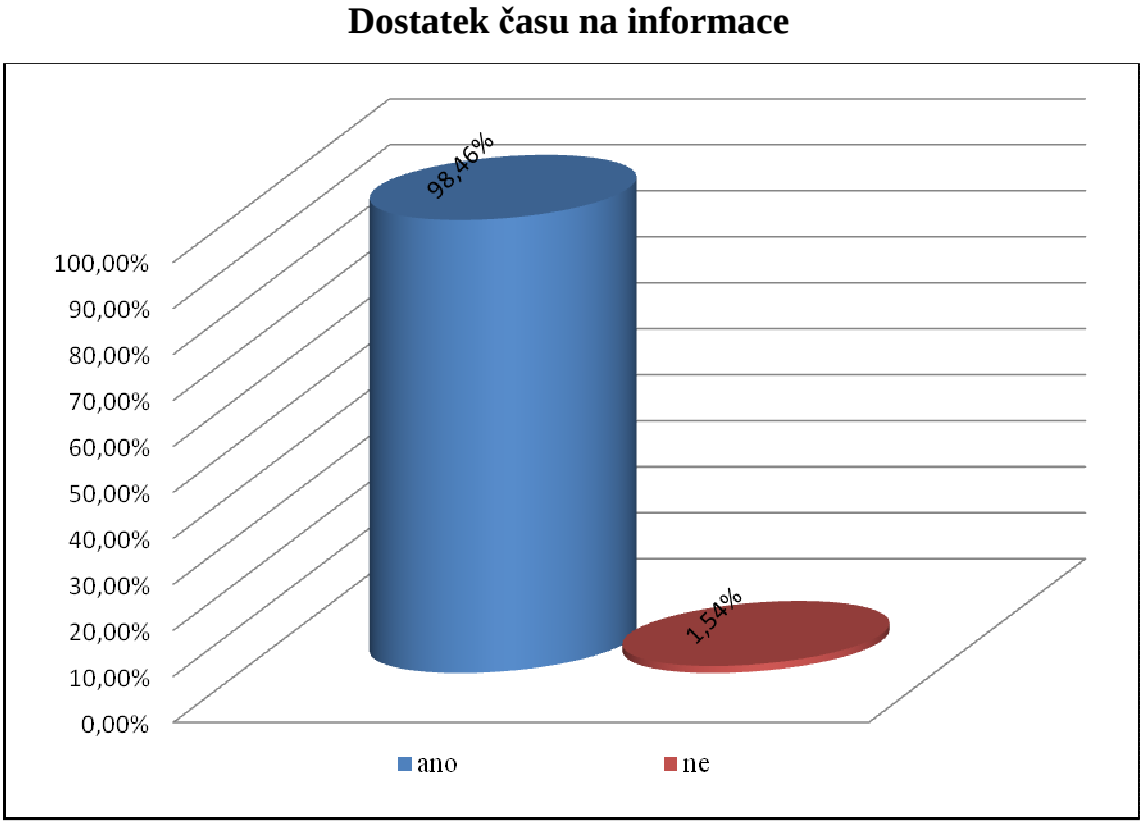
Graf 13 ukazuje, jaké edukační metodě dává klient přednost. 52 klientů (80%) upřednostňuje ústní edukační metodu, 13 klientů (20%) dává přednost písemné edukační metodu.

Graf 14



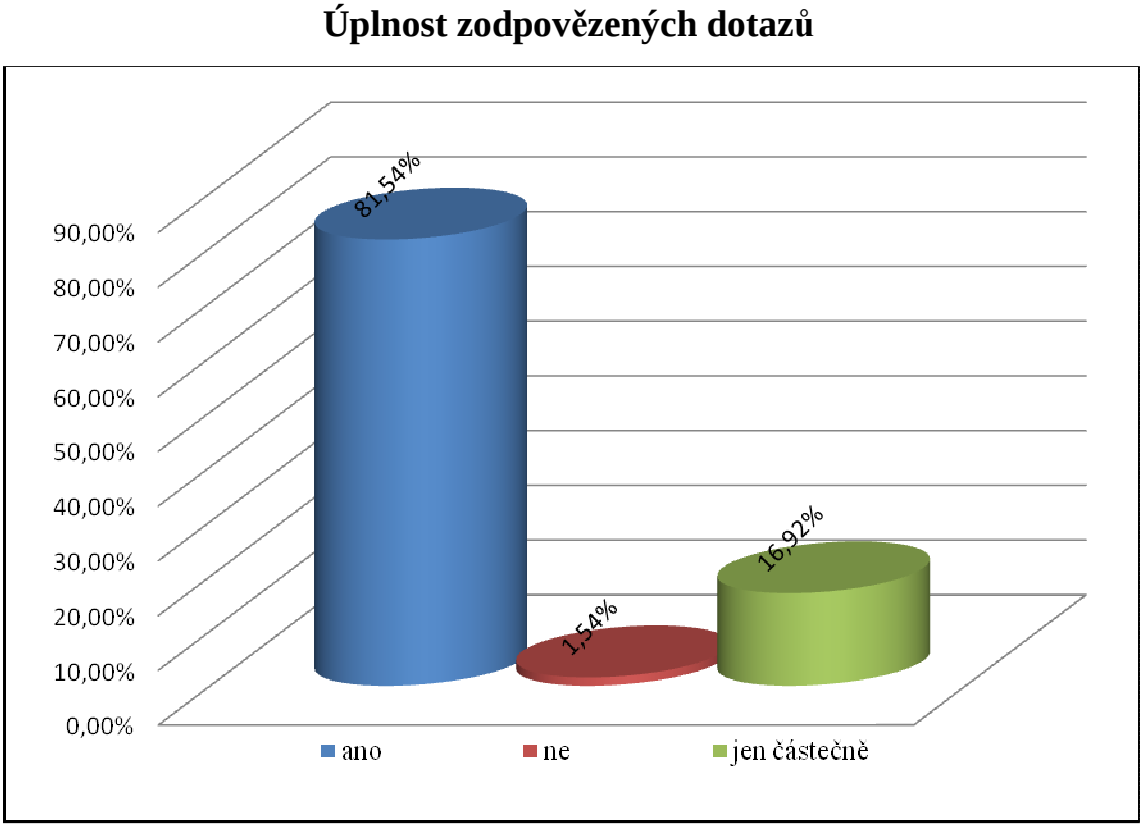
Graf 14 znázorňuje, jaké klientům byly doporučeny informační zdroje. Klienti mohli označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 117 (100%). 2 klienti (1,71% odpovědí) uvedli, že jim byly doporučeny knihy, 9 klientů (7,69% odpovědí) označilo časopisy, 60 klientům (51,28% odpovědí) byly doporučeny brožury, 41 klientům (35,04% odpovědí) byly doporučeny letáky, internet byl doporučen 5 klientům (4,27% odpovědí).

Graf 15



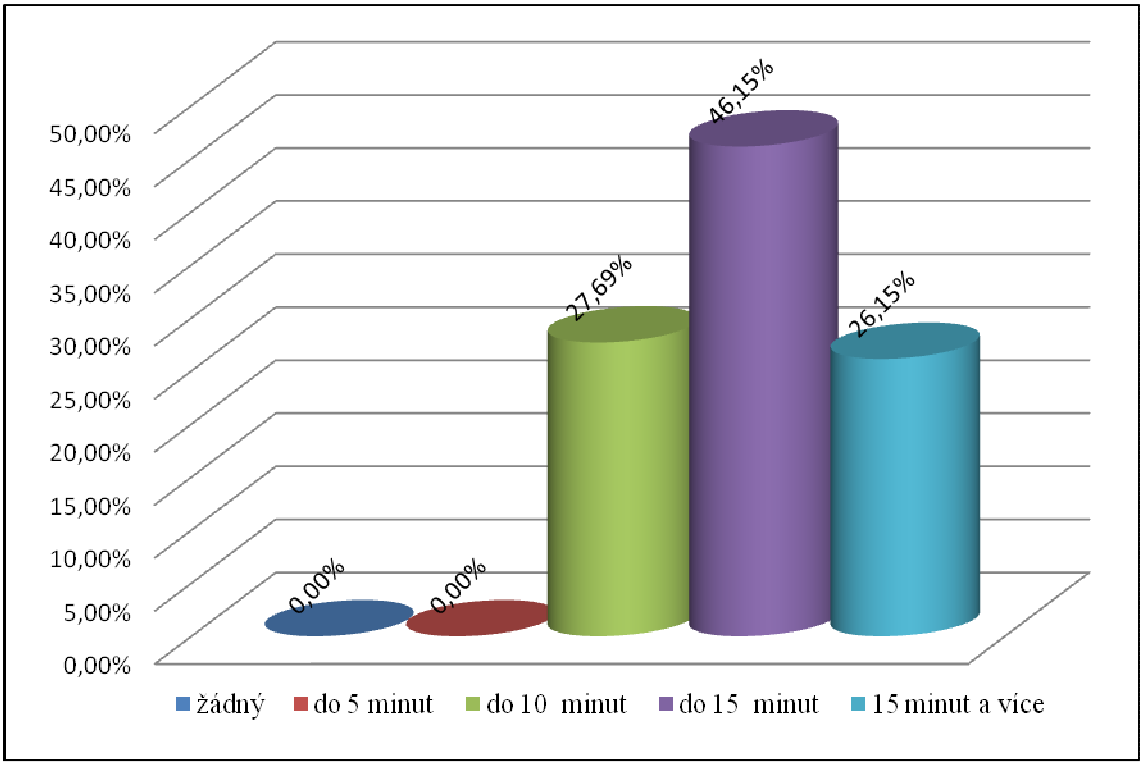
Graf 15 ukazuje, zda měli klienti na informace dostatek času. 64 klientů (98,46%) mělo dostatek času na informace, 1 klient (1,54%) označil, že na informace dostatek času neměl.

Graf 16



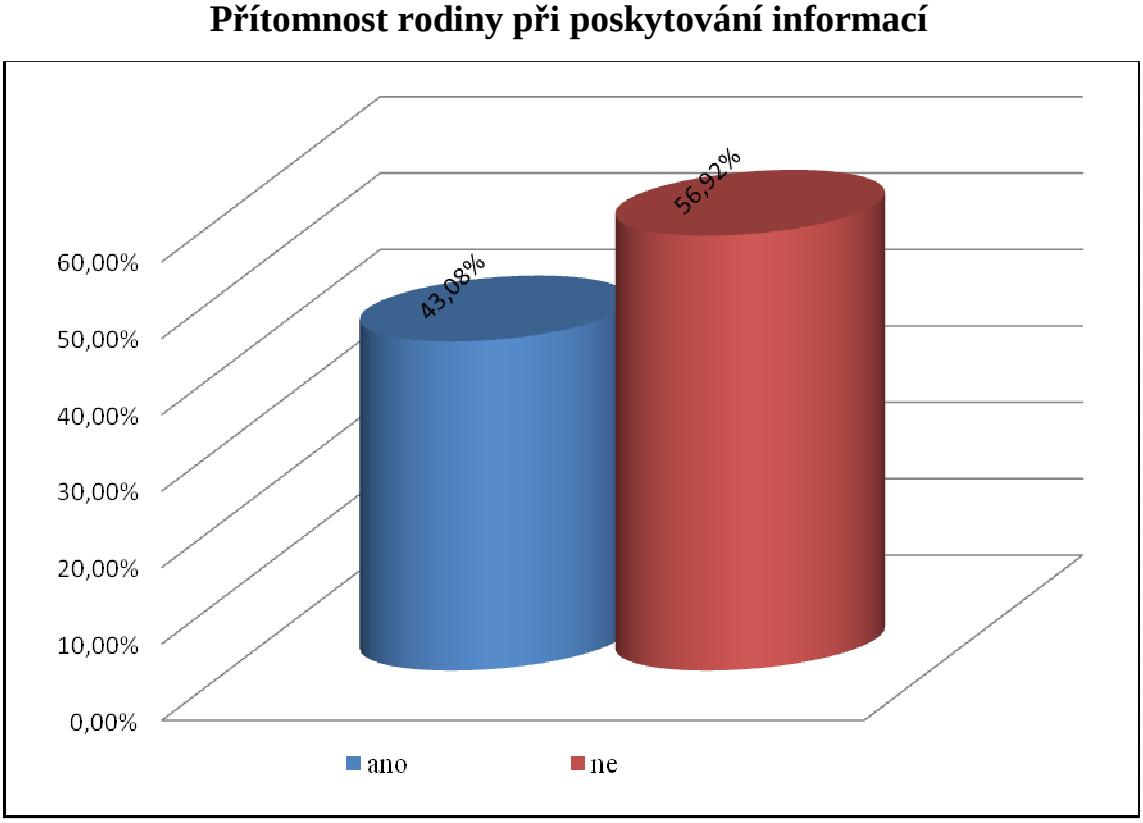
Graf 16 ukazuje, zda byly klientům zodpovězeny všechny dotazy. U 53 klientů (81,54%) byly dotazy zodpovězeny úplně, 1 klient (1,54%) udal, že mu všechny dotazy zodpovězeny nebyly, u 11 klientů (16,92) byly dotazy zodpovězeny jen částečně.

Graf 17



Graf 17 ukazuje, kolik času bylo klientům na informace poskytnuto. 18 klientů (27,69%) označilo poskytnutý čas na informace do 10 minut, u 30 klientů (46,15%) byl poskytnutý čas na informace do 15 minut, 17 klientů (26,15%) udalo, že jim bylo poskytnuto 15 a více minut na informace.

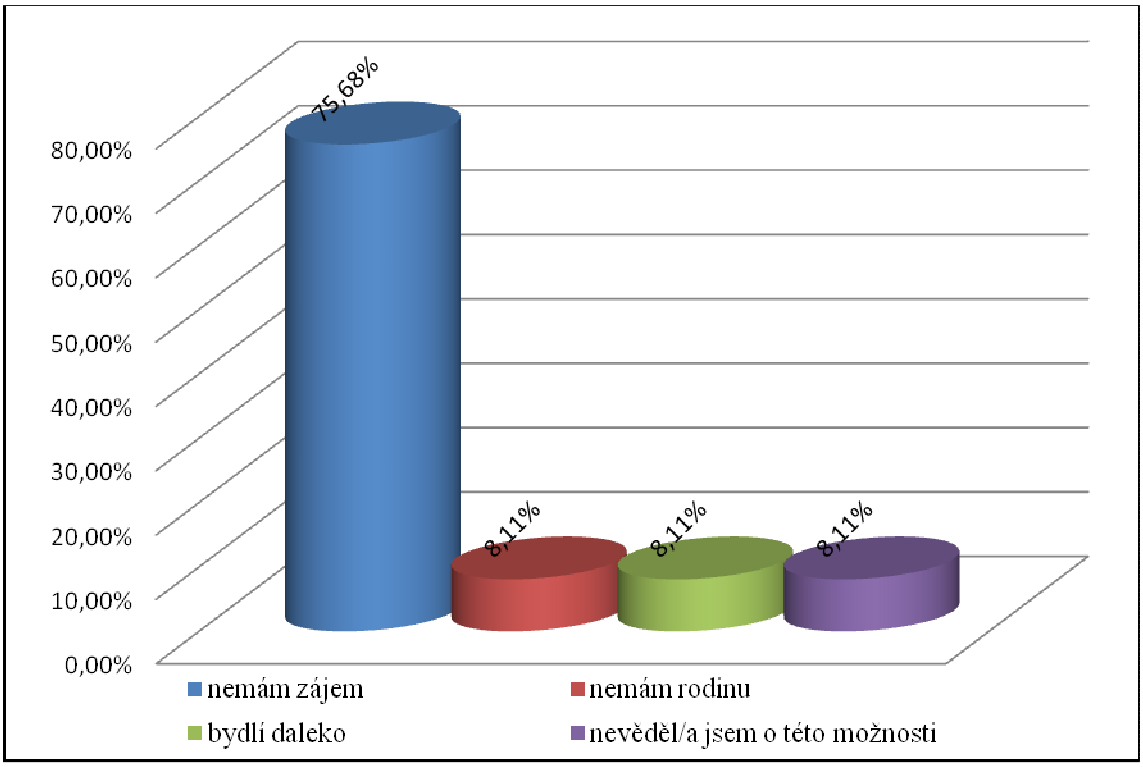
Graf 18



Graf 18 ukazuje, zda byla přítomna rodina klienta při poskytování informací. U 28 klientů (43,08%) rodina byla přítomna, 37 klientů (56,92%) udalo, že při poskytování informací rodina přítomna nebyla.

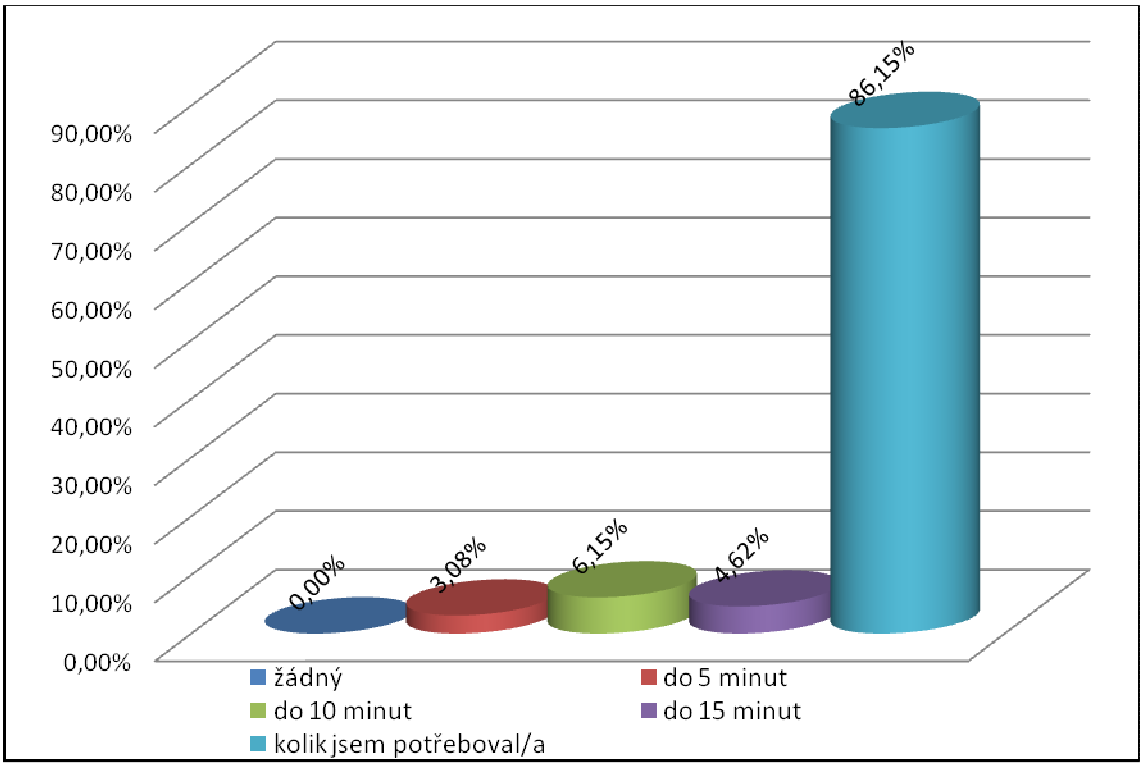
Graf 19

Důvod nepřítomnosti rodiny při poskytování informací



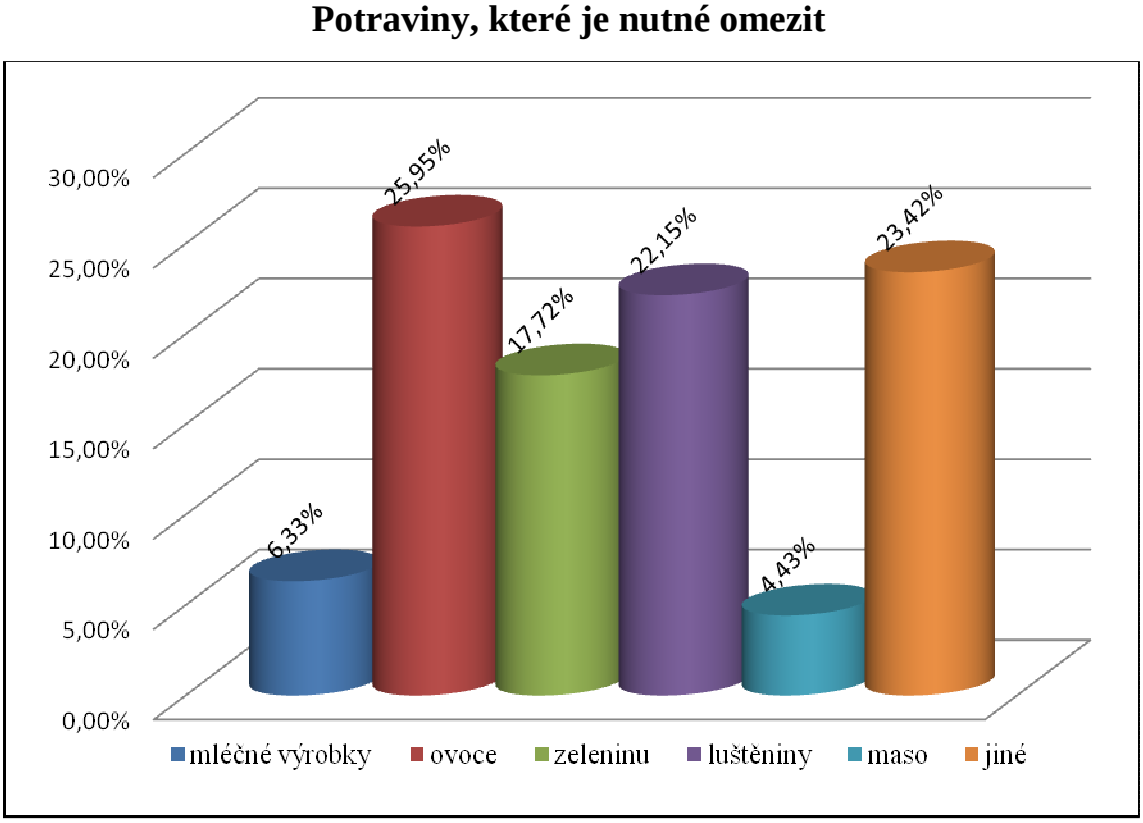
Graf 19 ukazuje důvody nepřítomnosti rodiny při poskytování informací. 28 klientů (75,68%) z celkového počtu 37 (100%) nemělo zájem, aby byla rodina přítomna při poskytování informací. 3 klienti (8,11%) udali, že rodinu nemají. U 3 klientů (8,11%) bydlela rodina daleko a 3 klienti (8,11%) klienti nevěděli o této možnosti.

Graf 20



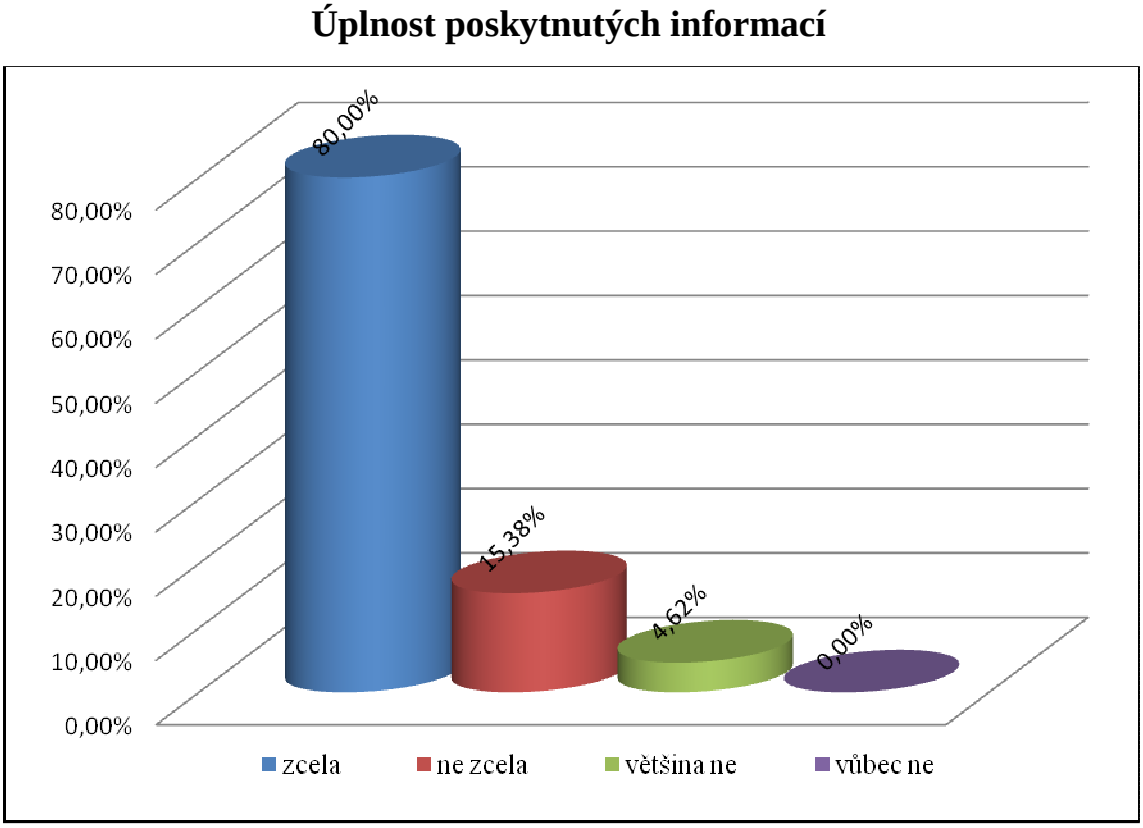
Graf 20 ukazuje, kolik času měli klienti na případné dotazy. 2 klienti (3,08%) měli čas na případné dotazy do 5ti minut, 4 klienti (6,15%) označili čas do 10 minut a 3 klienti (4,62%) čas do 15 minut. Nejpočetnější skupinu tvořilo 56 klientů (86,15%), kteří měli čas na dotazy, kolik bylo třeba.

Graf 21



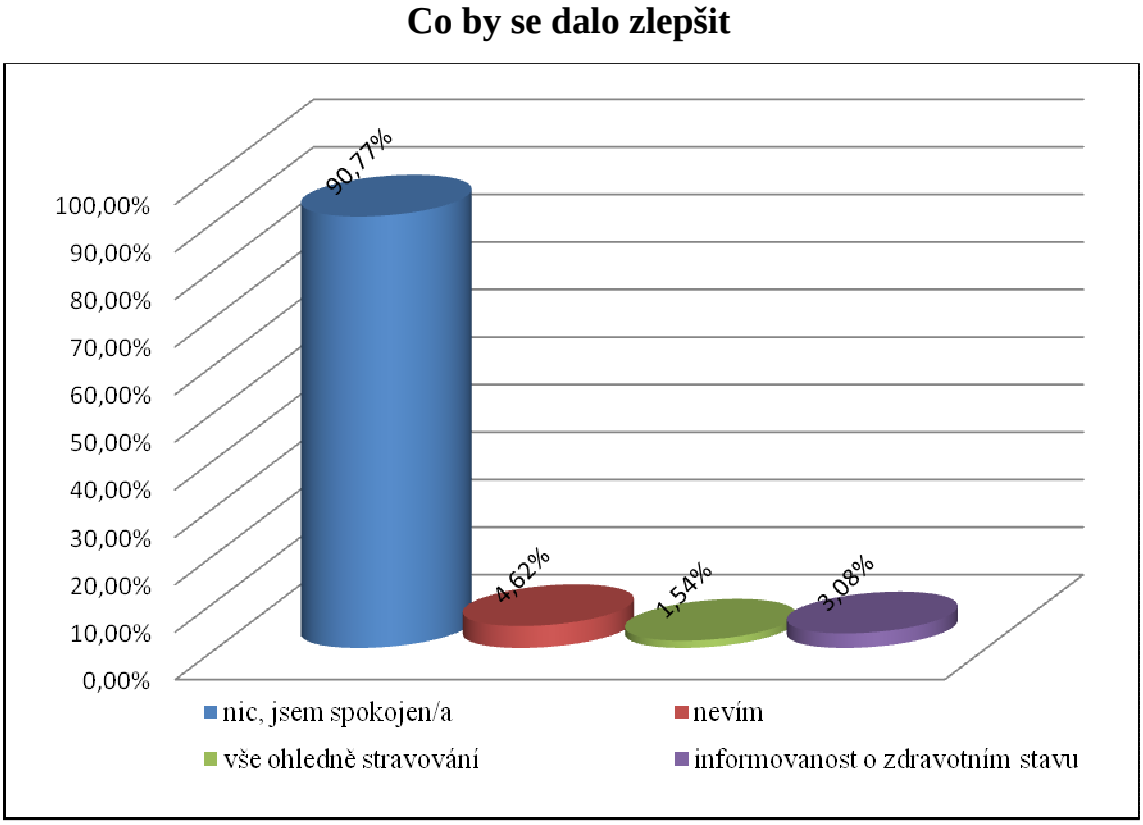
Graf 21 ukazuje, zda klienti znají dietní opatření. Graf znázorňuje, jaké potraviny klienti označili, že musí v dietě omezit. Klienti mohli označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 158 (100%). 10 klientů (6,33 % odpovědí) se domnívá, že je nutné omezit mléčné výrobky. 41 klientů (25,95 % odpovědí) označilo ovoce, 28 klientů (17,72 % odpovědí) označilo zeleninu. 35 klientů (22,15% odpovědí) udalo, že je nutné omezit luštěniny a 7 klientů (4,43% odpovědí) označilo maso. 37 klientů (23,42% odpovědí) udalo jiné potraviny.

Graf 22



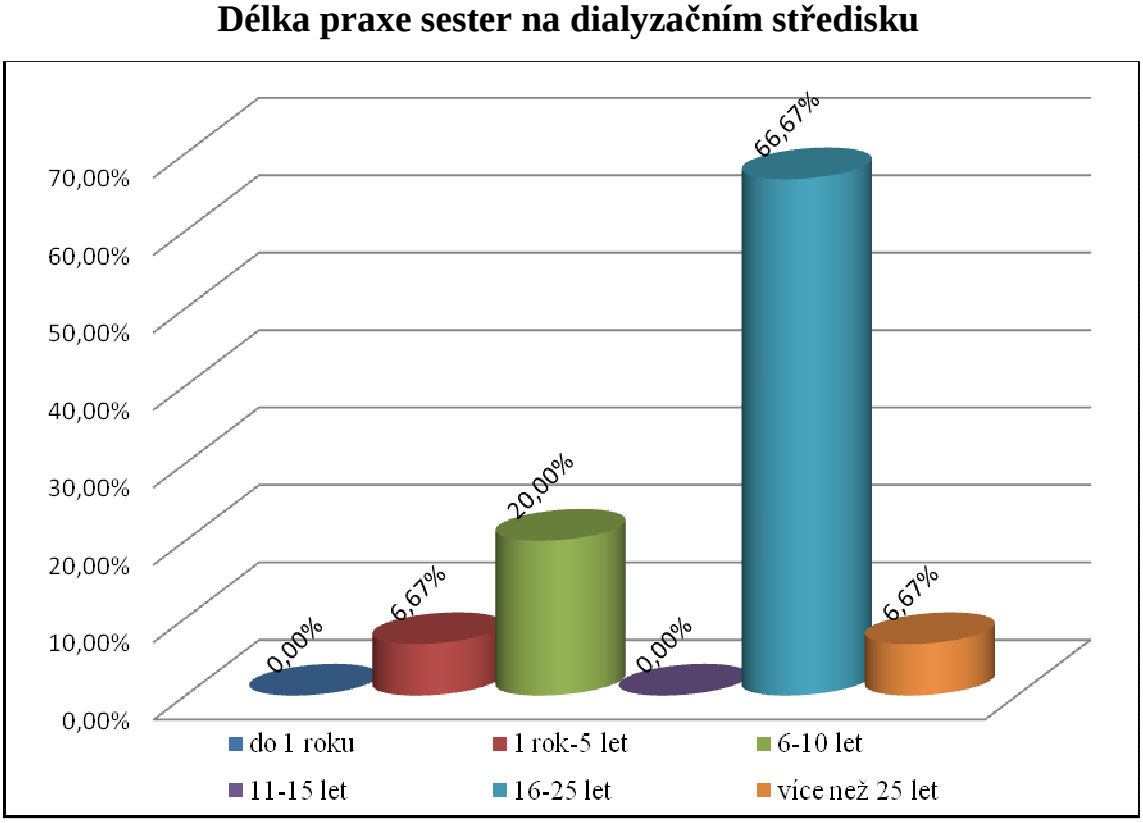
Graf 22 ukazuje, zda klienti považují poskytnuté informace za vyčerpávající. 52 klientů (80,00%) uvedlo, že podané informace považují za vyčerpávající, pro 10 klientů (15,38%) informace nebyly zcela vyčerpávající a 3 klienti (4,62%) udali, že většina informací vyčerpávající nebyla.

Graf 23



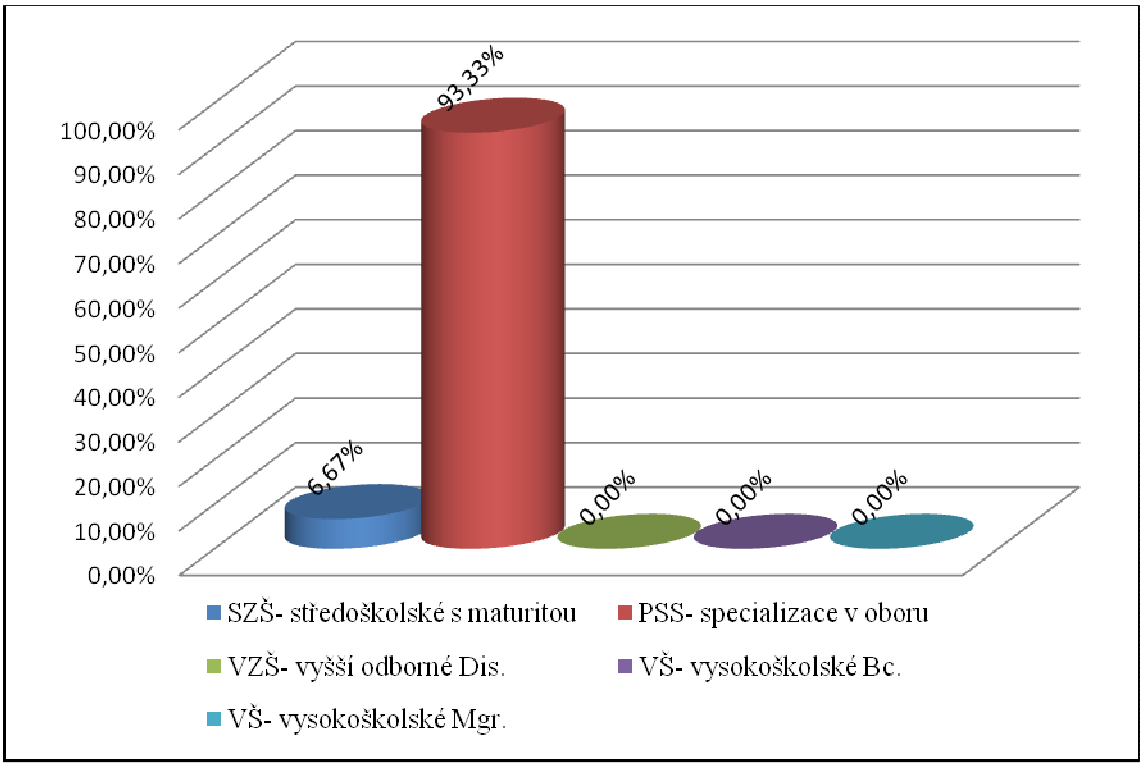
Graf 23 ukazuje, co klienti postrádali při poskytování informací anebo co by zlepšili. Nejpočetnější skupinu tvořilo 59 klientů (90,77%) z celkového počtu 65 (100%) dotazovaných, kteří udali, že nic nepostrádali a jsou spokojeni. 3 klienti (4,62%) uvedli, že neví. 1 klient (1,54%) se domnívá, že by se mělo zlepšit podávání informací ohledně stravování a 2 klienti (3,08%) informovanost o zdravotním stavu.

Graf 24



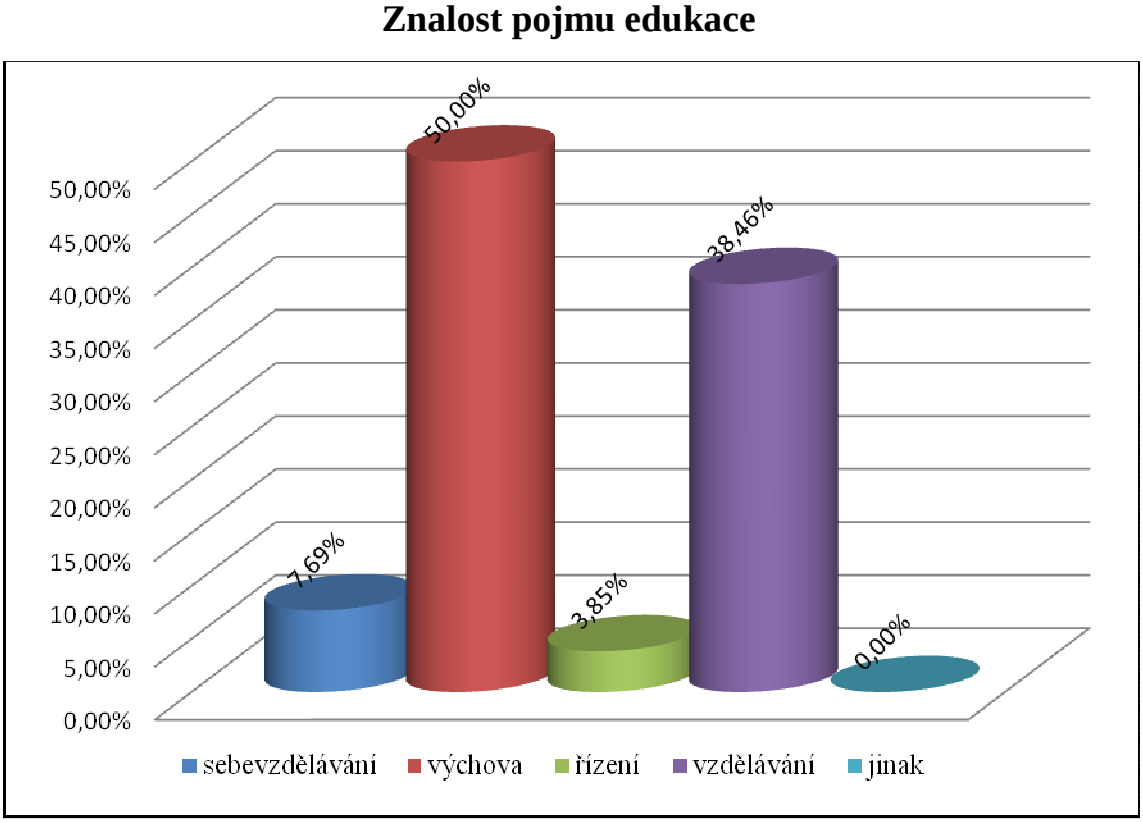
Graf 24 zobrazuje délku odborné praxe dotazovaných sester na hemodialyzačním středisku. Nejpočetnější skupinu tvoří sestry s praxí 16-25 let v počtu 10 (66,67%) sester z celkového počtu 15 (100%) dotazovaných. 1 sestra měla praxi v rozmezí 1 rok-5 let (6,67%), praxi více než 25 let udala též 1 sestra (6,67%).

Graf 25



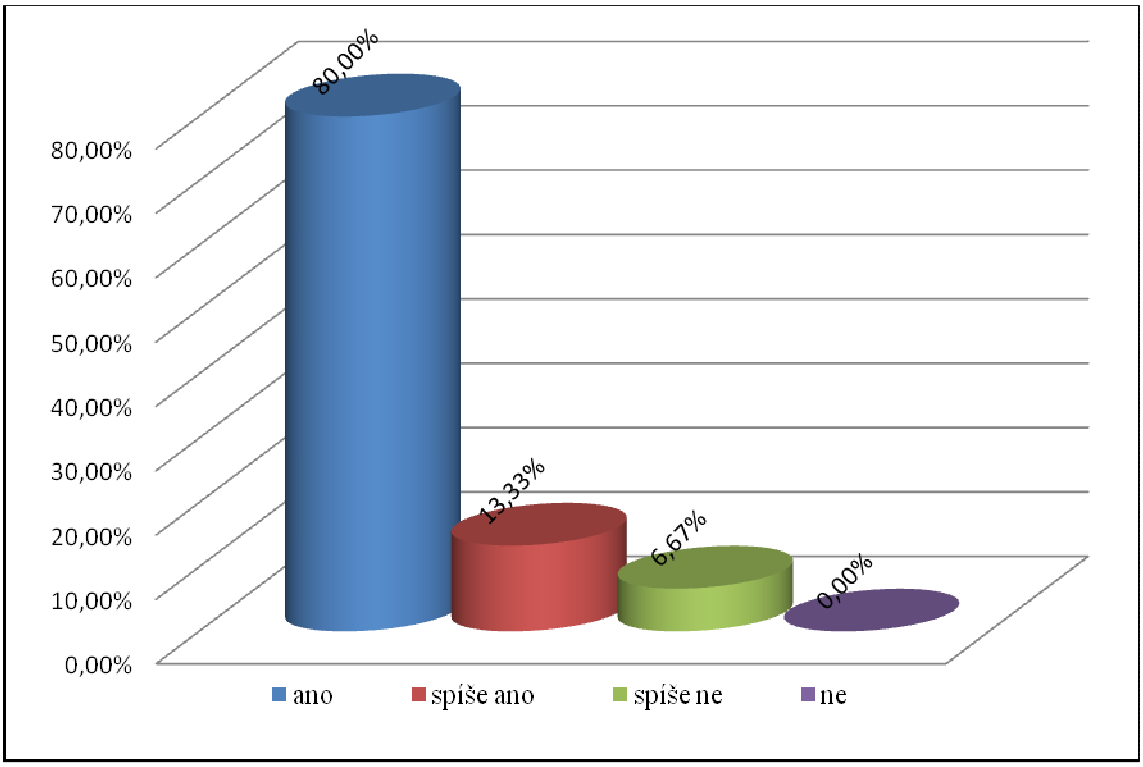
Graf 25 zobrazuje rozdělení sester podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejpočetnější skupinu tvoří sestry se specializací v oboru- PSS, a to14 sester (93,33%) z celkového počtu 15 sester (100%). Pouze 1 sestra (6,67%) má středoškolské vzdělání s maturitou- SZŠ.

Graf 26



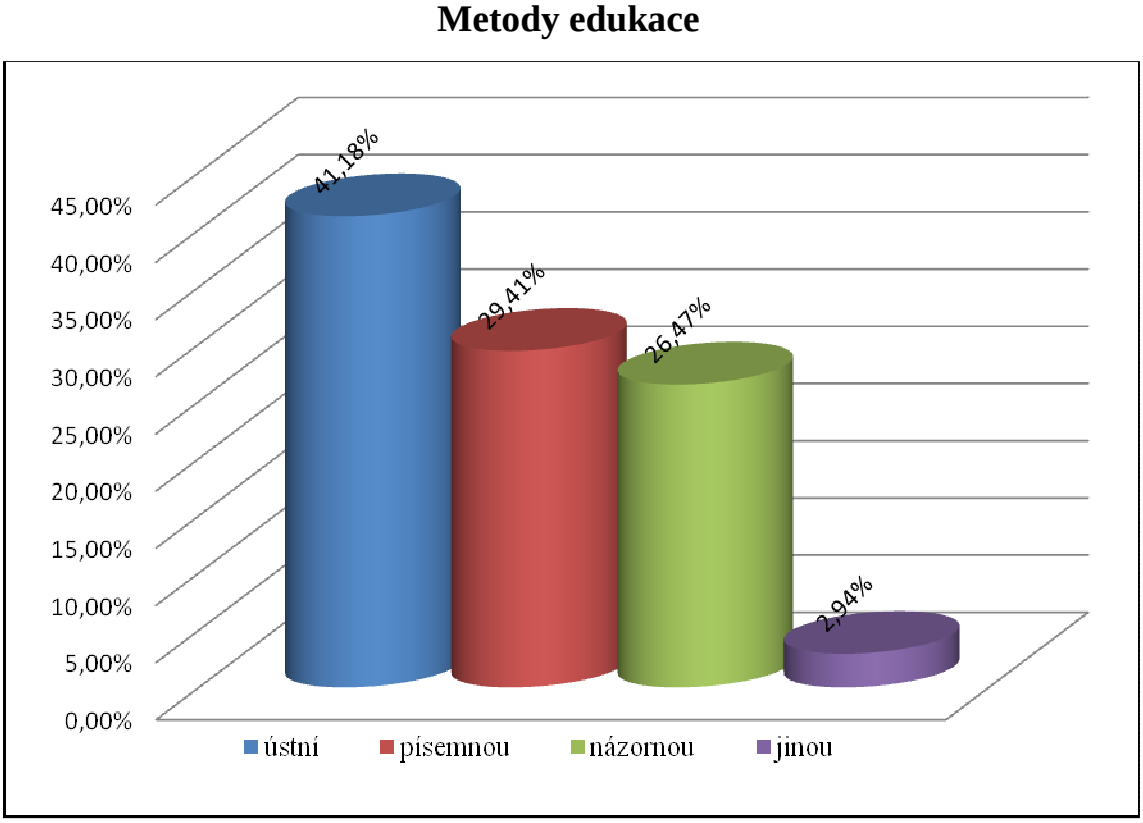
Graf 26 znázorňuje znalost pojmu edukace. Dotazované sestry mohly označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 26 (100%). Jako sebevzdělání označily edukaci 2 sestry (7,69% odpovědí), jako výchovu edukaci označilo 13 sester (50% odpovědí), a jako řízení edukaci označila 1 sestra (3,85% odpovědí).

Graf 27



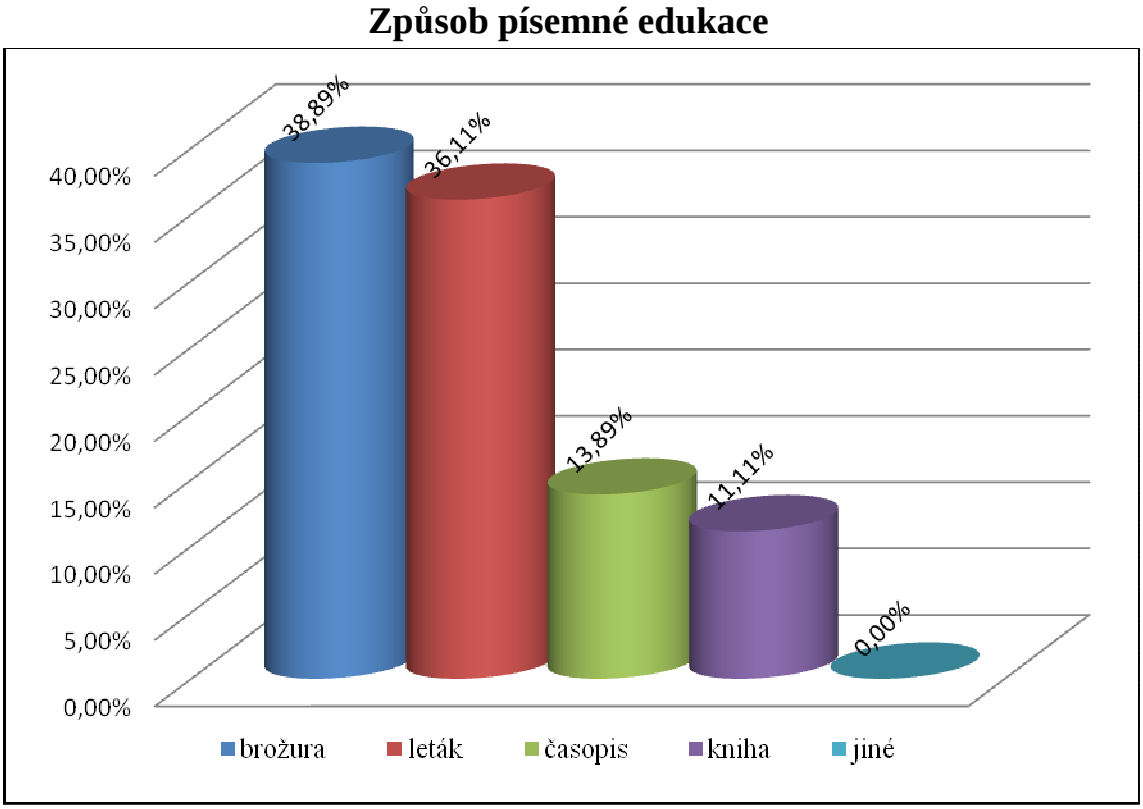
Graf 27 označuje, kolik sester se domnívá, že podávání informací klientům je součástí každodenní praxe. U 12 sester (80%) z 15 dotazovaných (100%) je podávání informací součástí každodenní práce. 2 sestry (13,33%) spíše považují podávání informací za náplň každodenní práce. 1 sestra (6,67%) spíše nepovažuje podávání informací za náplň každodenní práce.

Graf 28



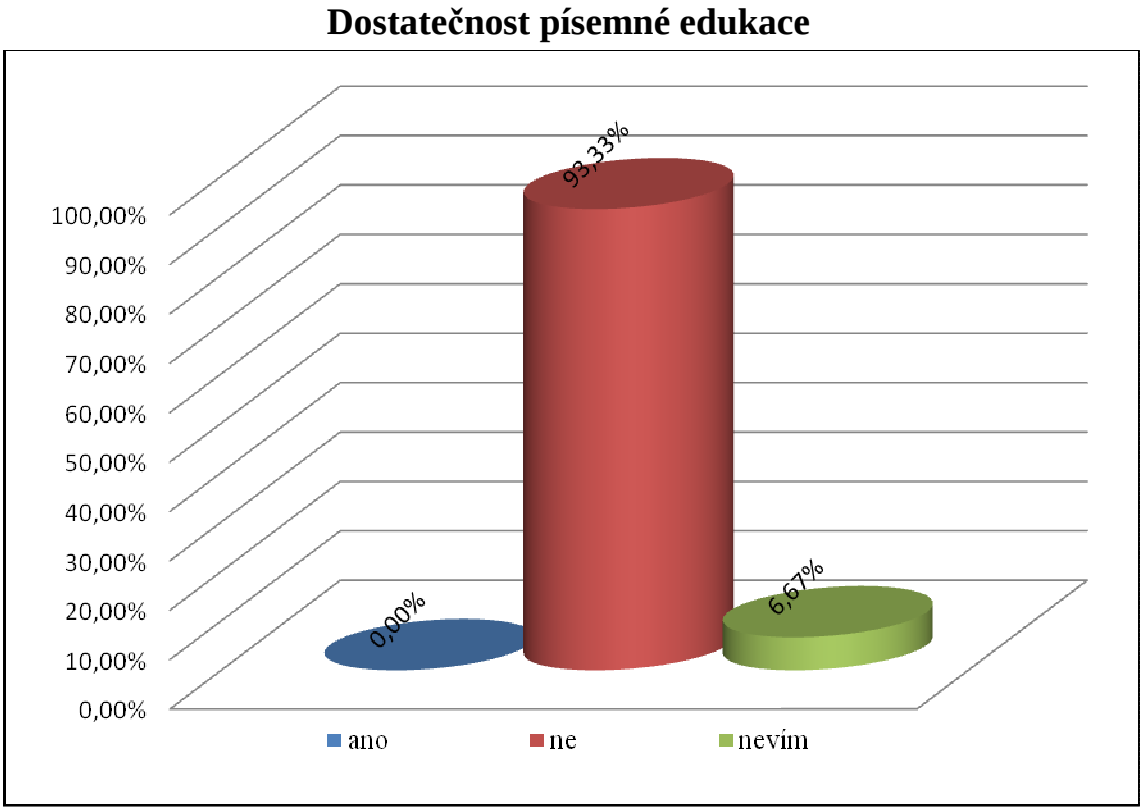
Graf 28 znázorňuje, jakou metodou provádějí sestry edukaci dialyzovaných klientů. Sestry měly možnost označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 34 (100%), 14 sester (41,18% odpovědí) udalo, že provádějí edukaci ústní metodou. 10 sester (29,41% odpovědí) udalo, že provádějí edukaci písemnou metodou. 9 sester (26,47% odpovědí) označilo, že provádějí edukaci názornou metodou a 1 sestra (2,94% odpovědí) provádí edukaci jinou metodou.

Graf 29



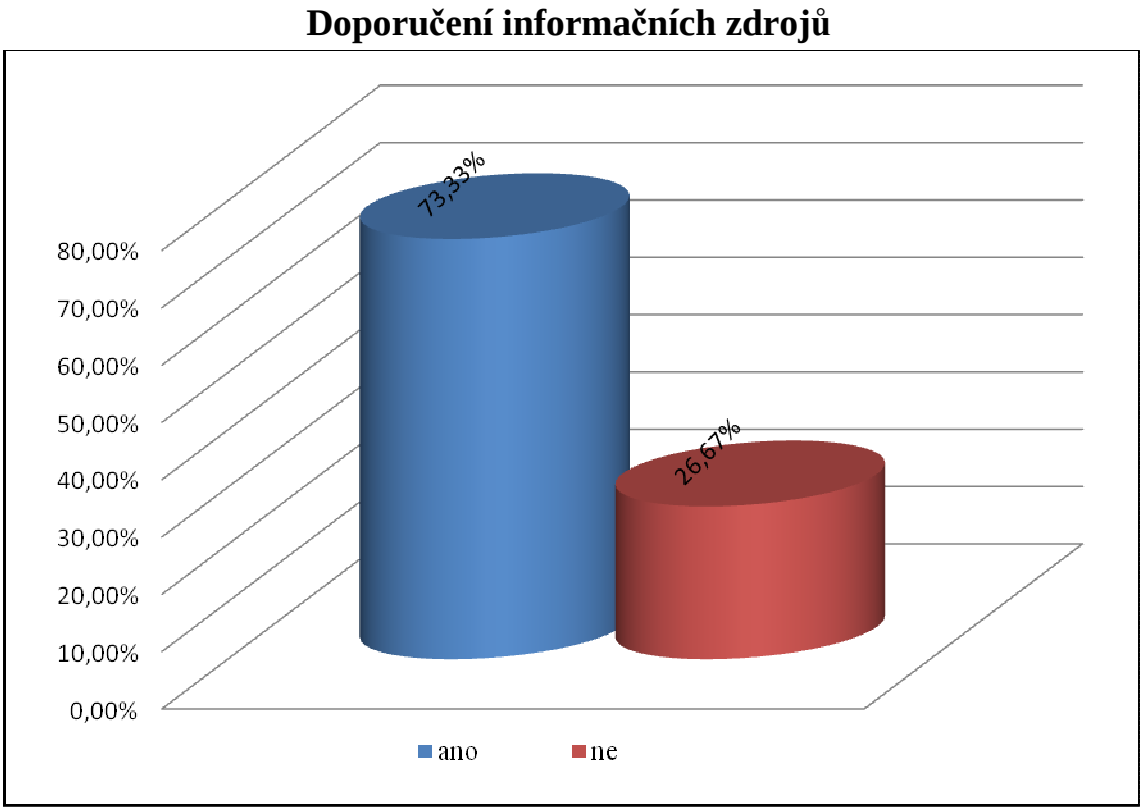
Graf 29 označuje, jakým způsobem sestry provádějí písemnou edukaci. Dotazované sestry měly možnost označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 36 (100%). 14 sester (38,89% odpovědí) udalo, že provádějí písemnou edukaci pomocí brožury. 13 sester (36,11% odpovědí) udalo, že používají při edukaci leták, časopis používá k písemné edukaci 5 sester (13,89% odpovědí). 4 sestry (11,11% odpovědí) k písemné edukaci používají knihu.

Graf 30



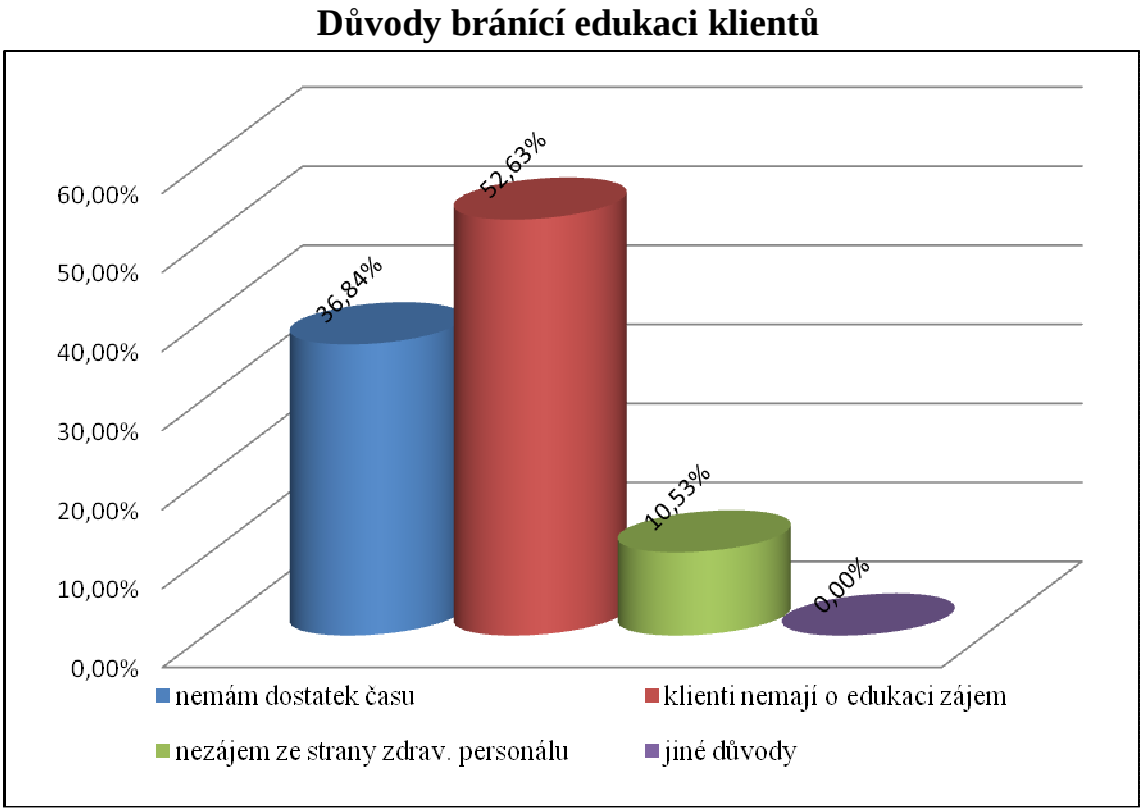
Graf 30 ukazuje, zda sestry považují písemnou metodu edukace za dostačující pro pochopení problematiky dialyzovaného klienta. 14 sester (93,33%) nepovažuje písemnou edukaci za dostatečnou. 1 sestra (6,67%) nevěděla, zda je písemná metoda edukace dostatečná pro pochopení problematiky dialyzovaného klienta.

Graf 31



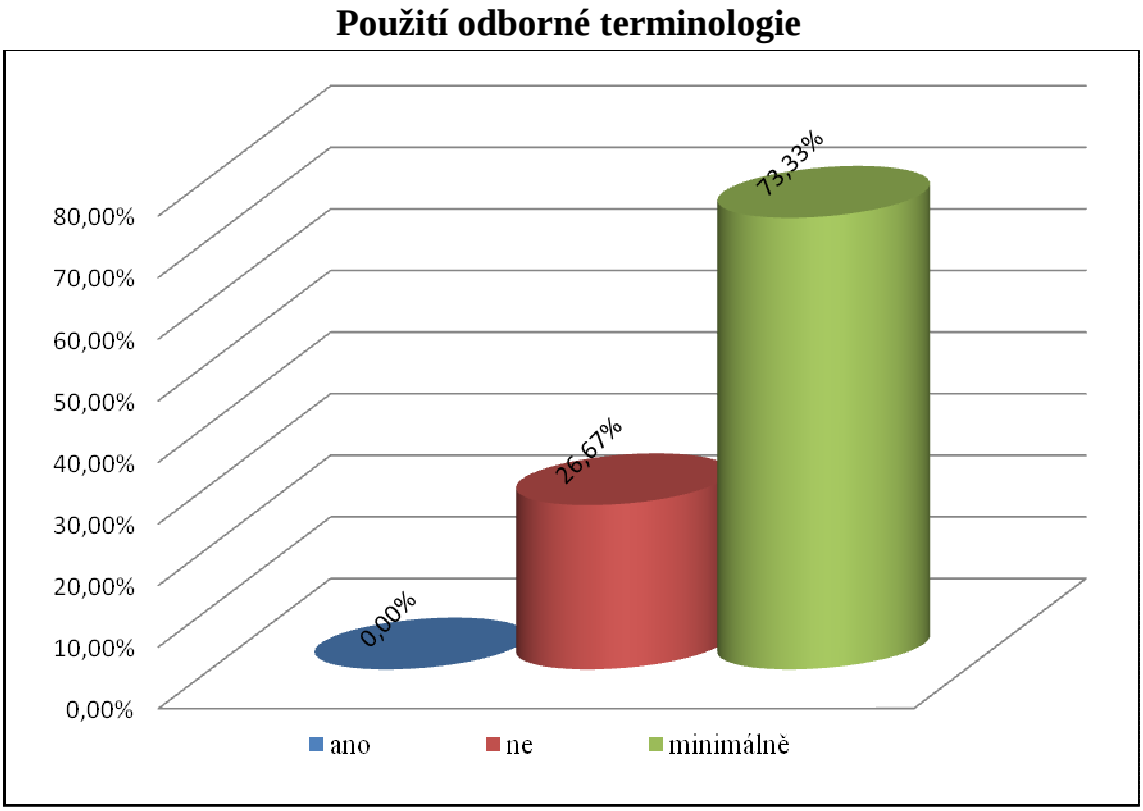
Graf 31 ukazuje, zda sestry doporučují dialyzovaným klientům různé informační zdroje. 11 sester (73,33%) různé informační zdroje dialyzovaným klientům doporučuje. Zbývající 4 sestry (26,67%) různé informační zdroje nedoporučuje.

Graf 32



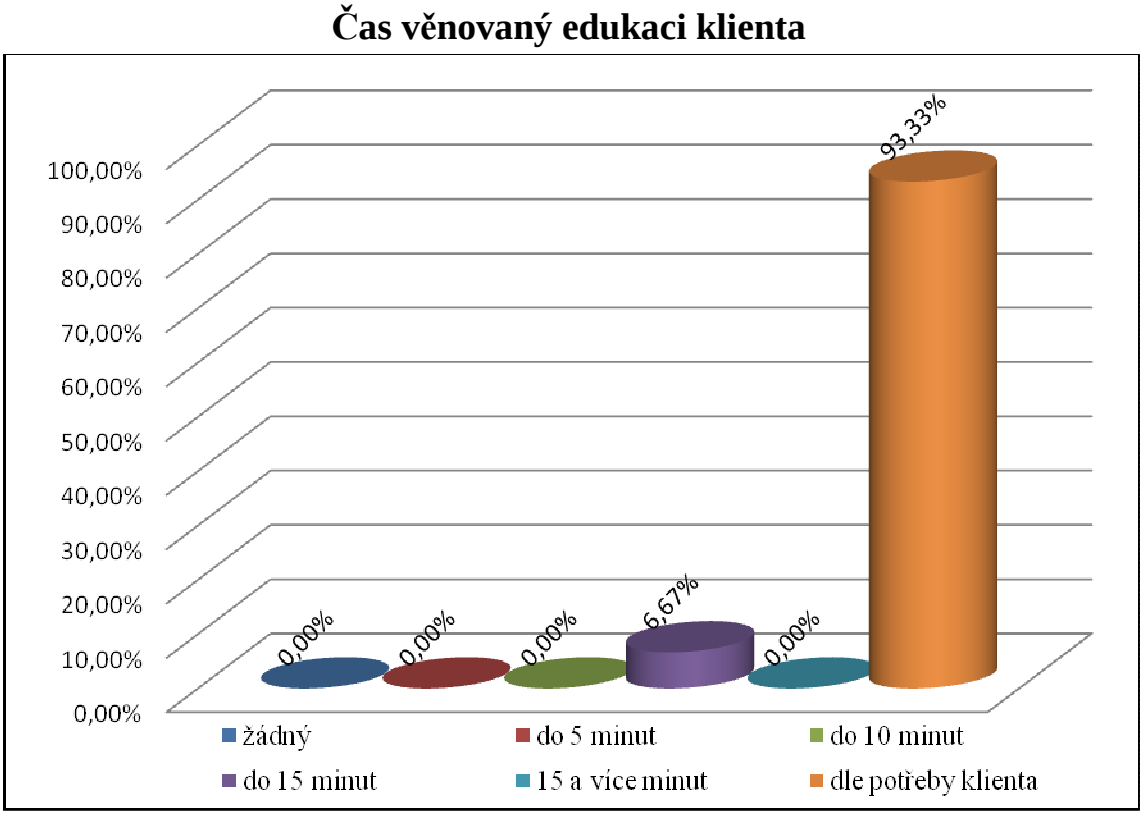
Graf 32 ukazuje, co si sestry myslí, že nejvíce brání v edukaci dialyzovaných klientů. Sestry mohly označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 19 (100%). 7 sester (36,84% odpovědí) uvedlo, že nejvíce brání sestrám nedostatek času. 10 sester (52,63% odpovědí) označilo, že klienti nemají o edukaci zájem. 2 sestry (10,53% odpovědí) se domnívají, že nejvíce brání sestrám v edukaci dialyzovaných klientů nezájem ze strany zdravotnického personálu.

Graf 33



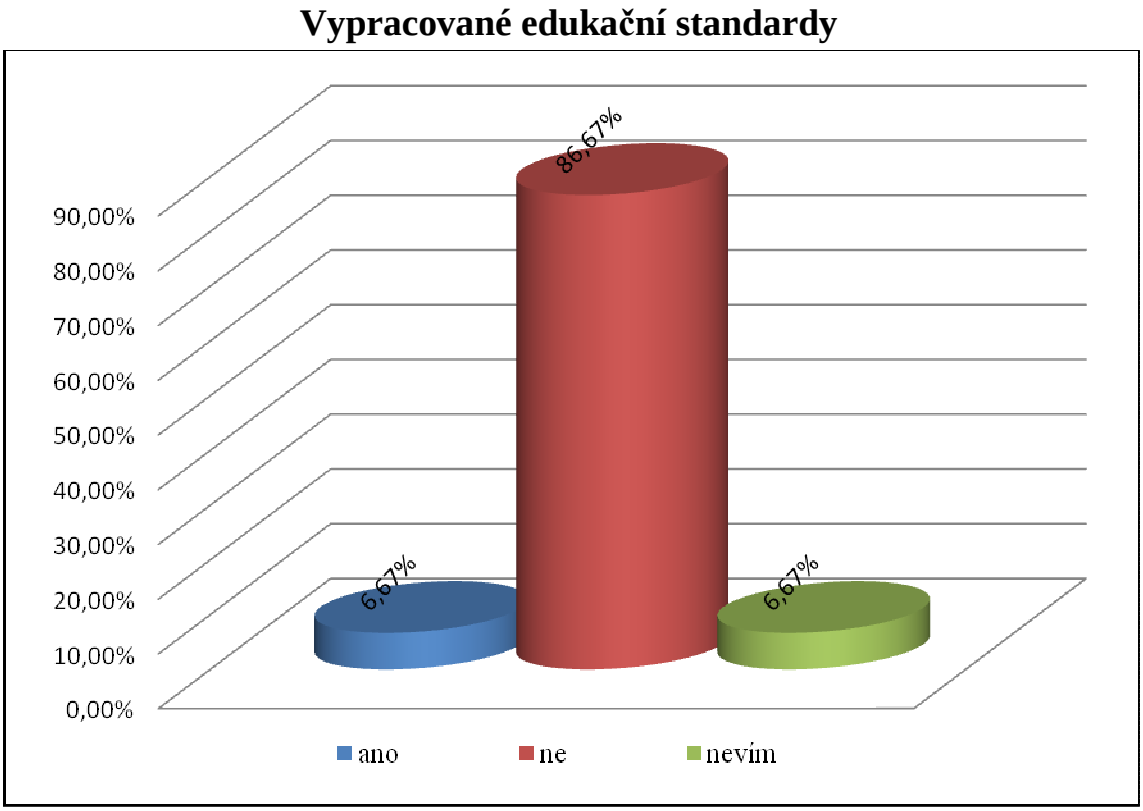
Graf 33 znázorňuje, zda sestry pří písemné edukaci používají odbornou terminologii. 4 sestry (26,67%) odbornou terminologii nepoužívají. 11 sester (73,33%) používá odbornou terminologii minimálně.

Graf 34



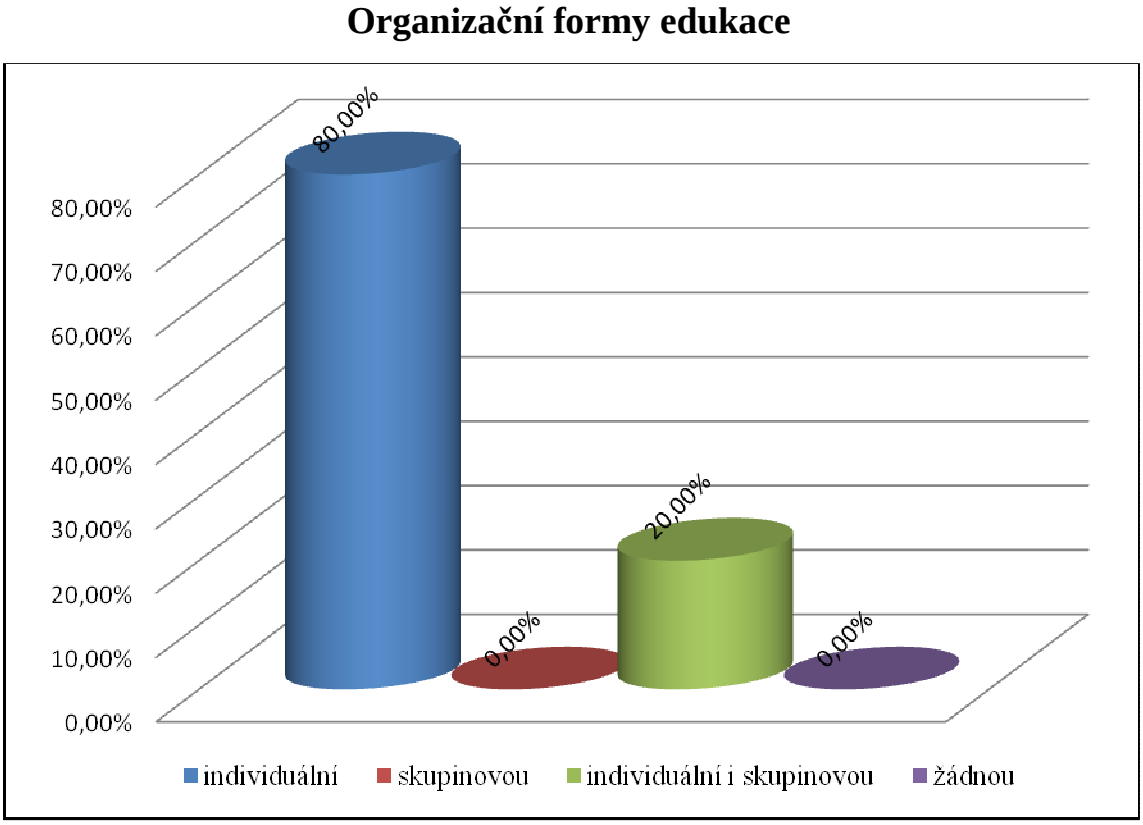
Graf 34 znázorňuje, kolik času věnují sestry edukaci dialyzovaného klienta. 1 sestra (6,67%) věnuje edukaci dialyzovaného klienta do 15 minut a 14 sester (93,33%) věnuje edukaci klienta tolik času, kolik je potřeba.

Graf 35



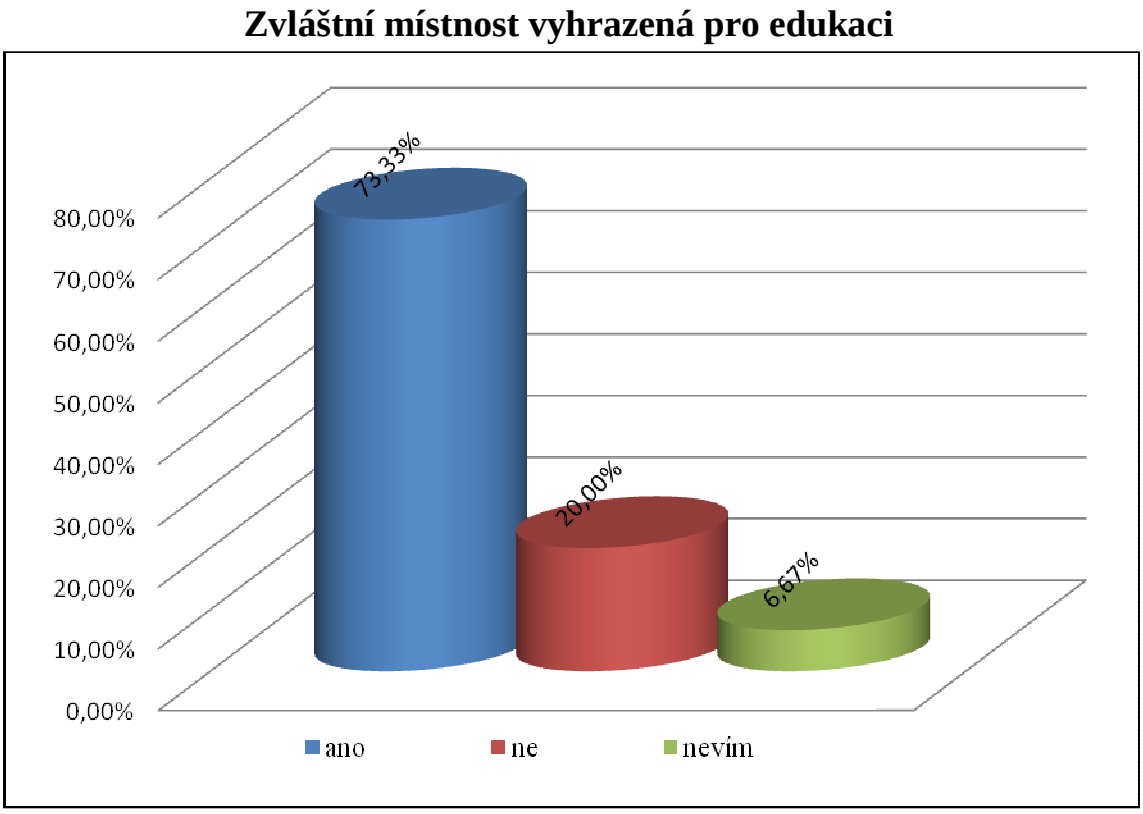
Graf 35 znázorňuje, zda mají sestry na oddělení vypracované edukační standardy. Z 15ti sester (100%) 1 sestra (6,67%) uvedla, že standardy vypracované mají, 13 sester (86,67%) udalo, že na oddělení vypracované standardy nemají. 1 sestra (6,67%) uvedla, že neví.

Graf 36



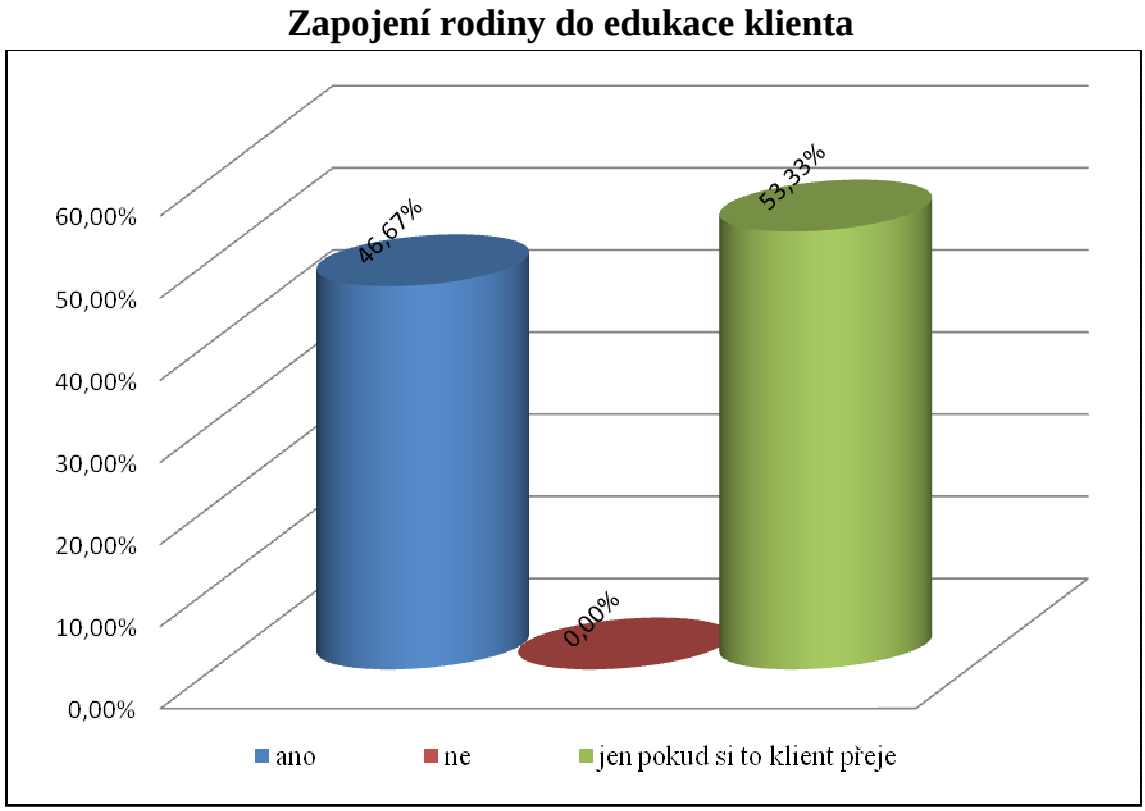
Graf 36 znázorňuje, jakou formou sestry provádějí edukaci dialyzovaného klienta. 12 sester (80,00%) uvedlo, že provádějí edukaci klienta individuální formou. 3 sestry (20%) uvádějí, že provádějí edukaci individuální i skupinovou formou.

Graf 37



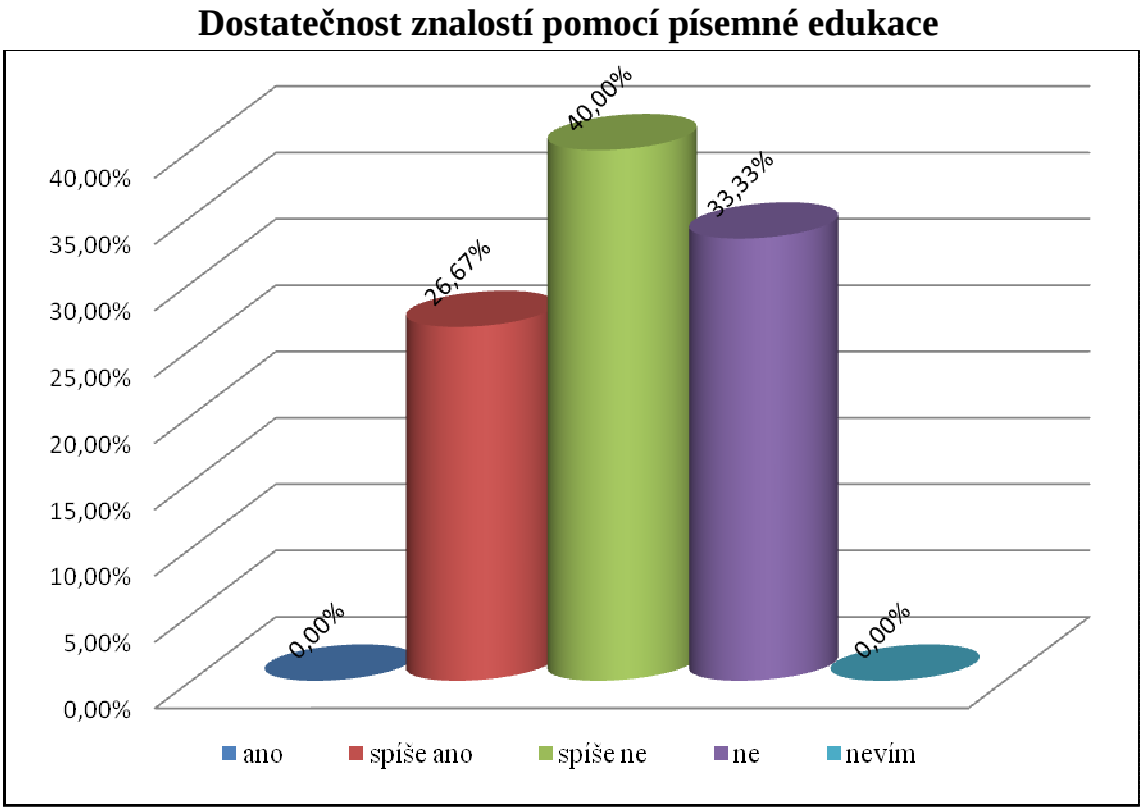
Graf 37 znázorňuje, zda si sestry myslí, že je zapotřebí mít na oddělení pro edukaci klientů vyhrazenou zvláštní místnost. 11 sester (73,33%) udalo, že si myslí, že je zapotřebí mít pro edukaci vyhrazenou zvláštní místnost. 3 sestry (20%) označily, že místnost vyhrazena pro edukaci klientů být nemusí. 1 sestra (6,67%) udala, že neví.

Graf 38



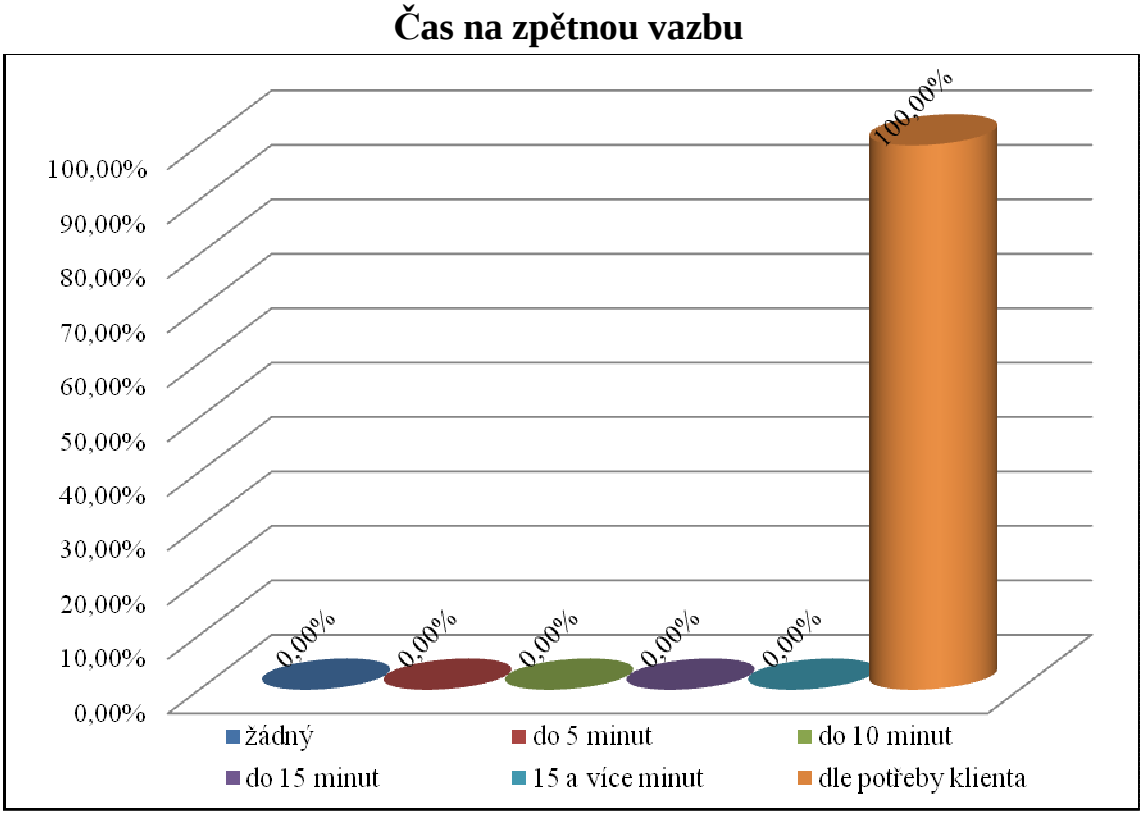
Graf 38 zobrazuje, kolik sester zapojuje rodinu do edukace klienta 7 sester (46,67%) uvedlo, že zapojují rodinu do edukace klienta. 8 sester (53,33%) označilo, že zapojují rodinu do edukace klientů jen na přání klienta.

Graf 39



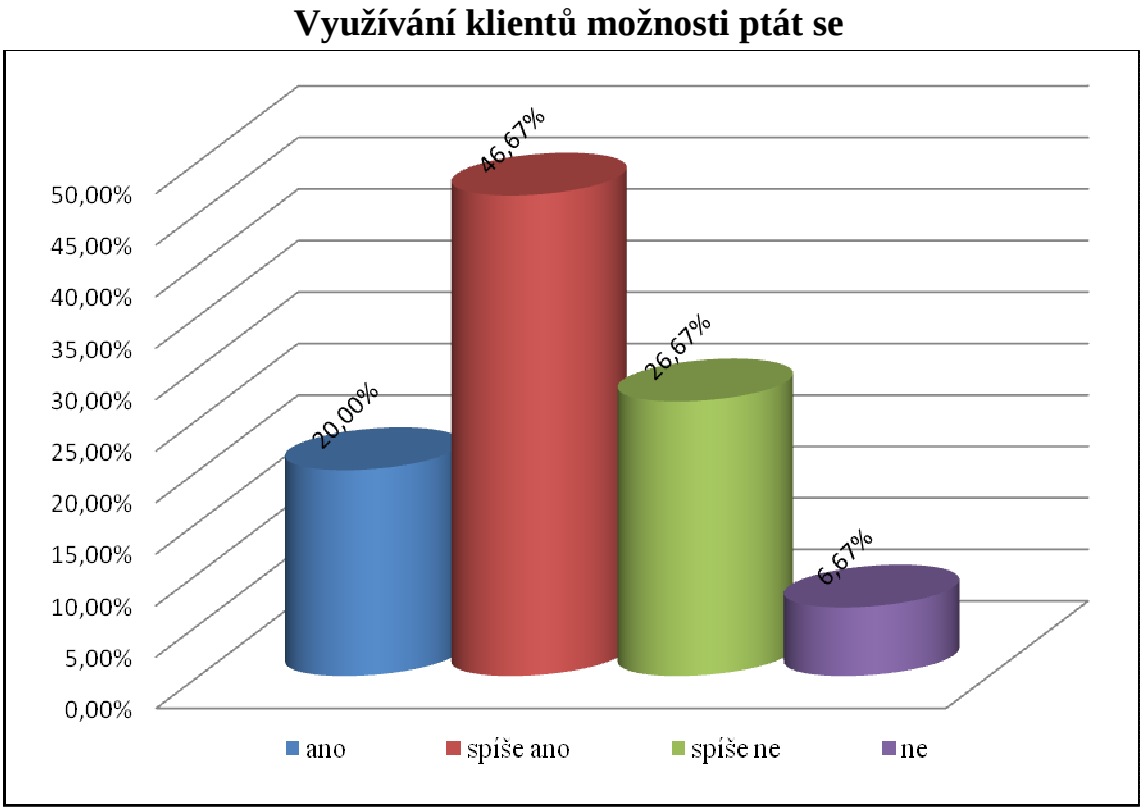
Graf 39 znázorňuje, zda si sestry myslí, že pomocí písemné edukace získají klienti všechny znalosti v souvislosti s jejich onemocněním. 4 sestry (26,67%) označily, že spíše ano. 6 sester (40,00%) spíše ne. 5 sester (33,33%) si myslí, že pomocí písemné metody edukace klienti nezískají všechny znalosti v souvislosti s jejich onemocněním.

Graf 40



Graf 40 znázorňuje, kolik času sestry dávají klientům na zpětnou vazbu. Všech 15 sester (100%) udalo, že dávají klientům tolik času na zpětnou vazbu, kolik klienti potřebují.

Graf 41



Graf 41 ukazuje, zda si sestry myslí, že klienti využívají v dostatečné míře možnosti ptát se. 3 sestry (20,00%) udaly, že klienti této možnosti využívají, 7 sester (46,67%) označilo, že klienti spíše využívají této možnosti, 4 sestry (26,67%) udaly, že klienti spíše nevyužívají možnosti v dostatečné míře ptát se, 1 sestra (6,67%) udala, že klienti této možnosti nevyužívají.

5. Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry provádějí edukaci dialyzovaných klientů písemnou metodou a zda jsou dialyzovaní klienti spokojeni s úrovní péče v rámci edukace. K naplnění těchto cílů byly sestaveny dva anonymní dotazníky. První byl určen klientům v dialyzačních programech a druhý sestrám pracujícím na příslušných hemodialyzačních střediscích.

K cílům byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza číslo 1, že *sestry na hemodialyzačním středisku provádějí edukaci klientů pouze písemnou metodou*.

Hypotéza číslo 2, že *klienti kladně hodnotí písemnou metodu edukace na hemodialyzačním středisku*.

Hypotéza číslo 3, že *klientům jsou vždy zodpovězeny dotazy v rámci edukace na hemodialyzačním středisku*.

Šetření u klientů bylo provedeno z 65 odevzdaných dotazníků. Dotazník se v úvodní části zaměřuje na identifikaci dialyzovaného klienta. Z výzkumu vyplývá, že nejpočetnější skupinu dotazovaných klientů tvoří muži (graf 1). Z grafu 2 je patrné, že převážná část dialyzovaných klientů je starších 66 let. 26 klientů je mladších v rozmezí 46 až 65 let. Pouze jeden klient spadá do skupiny 18 až 30 let. Co se týká vzdělání, nejvíce klientů je vyučeno nebo má středoškolské vzdělání, méně má základní a nejméně vysokoškolské vzdělání (graf 3). Nejpočetnější skupina klientů, dochází na trvalý dialyzační program 1 až 5 let (graf 5).

Téměř všichni klienti, využívají hemdialyzační metodu, pouze 2 klienti využívají peritoneální dialýzu (graf 4). Z toho je patrné, že hemodialýza je daleko více rozšířená. Peritoneální dialýza není zdaleka tak rozšířená jako hemodialýza. Přitom peritoneální dialýza má oproti hemodialýze řadu výhod. Nevyžaduje cévní přístup, zbytkovou funkci ledvin uchovává delší dobu, nezatěžuje tolik kardiovaskulární systém, nepoužívá se celková heparinizace. Zdá se, že zde hraje roli věk a psychický stav

klienta. Peritoneální dialýzu si provádí klient většinou sám doma a musí mít dobré rodinné zázemí.

Co se týká informací o léčebném režimu, 43 klientů udává, že jim informace poskytli jak lékař, tak i sestra, a to před zahájením léčby v nefrologické ambulanci nebo na začátku léčby na hemodialyzačním středisku, ale také opakovaně v průběhu léčby (graf 6, 7, 8). Většině klientů byly doporučeny další informační zdroje, týkající se jejich onemocnění (graf 9). To svědčí o dobré informovanost klientů a o dobré spolupráci lékaře a sestry, kteří se oba podílejí na edukaci klientů prakticky stejnou měrou. Je také potěšitelné, že informace jsou klientům poskytovány opakovaně, což jim umožní lépe proniknout do problematiky související s jejich léčbou. Z celkového počtu 65ti klientů, jich 60 uvedlo, že jim byly informace poskytnuty ústní metodou, z toho 35 klientů bylo informováno jak ústní tak písemnou metodou (graf 10). **Toto nepotvrzuje hypotézu H 1 *„Sestry na hemodialyzačním středisku provádí edukaci klientů pouze písemnou metodou.“*** Nejčastější metodou podání informací je kombinace ústní a písemné metody, což je jistě nejvhodnější způsob podání informací klientovi. Sami klienti to hodnotili kladně s tím, že považují tuto metodu za srozumitelnou (graf 11). Většina klientů rozuměla používaným výrazům, jenom 4 klienti uvedli, že použitým výrazům spíše nerozuměli (graf 12). Z uvedeného také vyplývá, že klienti, 52 z 65ti klientů, písemnou metodu edukace neodmítají, preferuje podání informací ústní metodou. Pouze 13 klientů dává přednost písemné metodě podání informací (graf 13).

Co se týká informačních zdrojů, tak nejčastěji klienti udávají, že jim byly doporučeny brožury a letáky, ale také, i když v menší míře, internet, časopisy a knihy. Z toho je zřejmé, že klient pokud má zájem, může si doplnit informace i z ostatních zdrojů a nejen je získávat ústní metodou edukace (graf 14). Více než polovina klientů, 35 z 65ti klientů, uvedla, že jim byly informace poskytnuty písemnou metodou a tuto metodu považují za srozumitelnou (graf 10, 11). **To potvrzuje hypotézu H 2 *„Dialyzovaní klienti kladně hodnotí písemnou metodu edukace na hemodialyzačním středisku.“***

Téměř všichni klienti udávají, že jim bylo poskytnuto dostatek času na podání informací a byly jim zodpovězeny případné dotazy. 11 klientů uvedlo, že jen částečně, pouze jeden klient udal, že mu dotazy zodpovězeny nebyly. Toto vše ukazuje, že

informovanosti klientů je věnována dostatečná pozornost ze strany lékařů i sester. Je dost času na podání informací a jsou jim zodpovězeny případné dotazy. 56 klientů udalo, že měli na případné dotazy tolik času, kolik bylo potřeba. Pouze jeden klient odpověděl záporně (graf 16, 20). **Tímto je hypotéza H 3 *„Klientům jsou vždy zodpovězeny dotazy v rámci edukace na hemodialyzačním středisku“* potvrzena.**

Co se týká času při poskytování informací. Největší část klientů uvedla, že jim byl poskytnut čas na informace do 15 minut. Toto se zdá pro plné informování klienta jako poměrně krátká doba, ale většina klientů podle šetření uvedli, 52 z 65ti klientů, že podané informace považují za vyčerpávající (graf 22). Další skupině klientů byl poskytnut čas na informace více než 15 minut (graf 17). Při podání informací pouze u 28 klientů byla přítomna jejich rodina.

U větší části klientů, rodina při podávání informací přítomna nebyla (graf 18). Toto je podle mého názoru poměrně vysoké číslo. Hemodialýza je metoda, která je velmi komplikovaná, náročná na čas a vážně zasahuje do života klienta i jeho rodiny. Proto by měla být věnována větší pozornost přítomnosti rodiny při podávání informací dialyzovanému klientovi. Nepřítomnost rodiny klienti vysvětlovali tím, že sami neměli zájem o její přítomnost, že žijí sami nebo rodinu mají daleko (graf 19).

Dietní opatření je důležitou součástí léčby dialyzovaných klientů. Ze šetření ale vyplývá, že klienti tato dietní opatření dokonale neznají. U dialyzovaných klientů je důležitý vysoký přísun bílkovin v potravě, na rozdíl od predialyzační léčby, kdy je tomu naopak. Dále je nutné omezit přísun sodíku, draslíku a fosforu. 14 klientů uvedlo, že musí omezit mléčné výrobky, 6 klientů dokonce udalo, že musí omezit maso, což jsou důležité potravinové zdroje bílkovin. I omezení ovoce, zeleniny a luštěnin, které se omezují z důvodu vyšší hodnoty draslíku, neprováděla poměrně velká část klientů, např. u luštěnin se neomezovalo 30 klientů z 65ti (graf 21). 35 klientů, převážně z hemodialyzačního střediska z Prachatic, uvedlo správně jiné potraviny, které musejí omezit, např. omáčky, instantní polévky, sušené meruňky a tekutiny. Ani jeden klient z prachatického hemodialyzačního střediska neoznačil, že musí omezit maso a mléčné výrobky. Z toho je patrné, že klienti tohoto střediska, oproti klientům hemodialyzačního střediska z Písku a z Tábora, znají dietní opatření, které musí dodržovat. V Písku na

heodialyzačním středisku pouze 5 klientů označilo správně ovoce, zeleninu a luštěniny, tedy potraviny které musí v jídelníčku omezit. 6 klientů označilo, že musí omezit mléčné výrobky a 4 klienti maso. Z hemodialyzačního střediska z Tábora správně odpověděli 4 klienti, další 4 klienti označili mléčné výrobky a 2 klienti maso. Zbytek klientů odpověděl jen částečně správně. Tím došlo ke zjištění nedostatečnosti edukace klientů, i když nepožadují více edukace (graf 23).

Na otázku, co by klienti zlepšili při poskytování informací, téměř všichni uvedli, že jsou spokojeni (graf 23), 3 klienti označili, že neví, a 2 by zlepšili informovanost o zdravotním stavu. Pouze jeden klient by si přál zlepšit vše ohledně stravování.

Druhý dotazník byl určen sestrám pracujícím na hemodialyzačním středisku. Výzkum byl prováděn u 15ti sester pracujících na příslušných střediscích. Z výzkumu vyplývá, že 10 sester má praxi v oboru 16 až 25 let. 3 sestry 6 až 10 let. Nejmenší počet sester má praxi 1 až 5 let a více než 25 let (graf 24). Většina sester je se specializací v oboru. Pouze 1 sestra má střední zdravotnickou školu- SZŠ (graf 25). Z toho plyne, že sestry pracující na dialyzačním středisku jsou zkušené a specialistky v oboru nefrologie.

Při šetření zda sestry znají pojem edukace**,** bylo zjištěno, že pouze 5 sester znalo přesný význam tohoto slova. Zbývajících 10 sester tento pojem znalo jenom zčásti (graf 26). Neznalost je zřejmě způsobena tím, že většina sester je staršího věku a pojem edukace se více používá až v posledních letech. Dále to svědčí o tom, že některé sestry se dále nevzdělávají. Skoro všechny sestry považují podávání informací za každodenní náplň práce. To potvrzuje i šetření prováděné u klientů, kteří udali, že jim informace poskytli jak lékař, tak i sestra, a to opakovaně (graf 6, 8). Pouze 1 se domnívá, že podávání informací do její náplně práce spíše nepatří (graf 27). Tento názor je ojedinělý, ale vzhledem k důležitosti informování klienta je zarážející. Neboť jak uvádí Tóthová (36) a Závodná (42), edukace je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu.

Sestry nejčastěji edukují klienty pomocí kombinace metod ústních a písemných (graf 28). **To vyvrací hypotézu H1 „** ***Sestry na hemodialyzačním středisku provádí edukaci klientů pouze písemnou metodou*****“ což potvrzuje i výzkum provedený u klientů.** Písemnou edukaci sestry provádějí nejčastěji pomocí brožur a letáků. V menší míře i pomocí časopisů a knih (graf 29). Toto je též potvrzeno i šetřením provedeným u

klientů. Skoro všechny sestry považují písemnou metodu edukace za nedostačující pro pochopení problematiky dialyzovaného klienta (graf 30). Sestry uvedly, že při písemné metodě edukace používají odbornou terminologii minimálně, nebo ji nepoužívají vůbec (graf 33). Toto je správný postup, neboť klient potřebuje informacím rozumět. Také to potvrzuje šetření provedené u klientů, kdy většina klientů udala, že použitým výrazům rozuměla (graf 12). Většina sester doporučuje klientům různé informační zdroje, nejčastěji internet a časopisy, což zase potvrzuje šetření provedené u klientů, ve kterém většina udala, že jim byly doporučeny různé informační zdroje (graf 9). Jak je vidět z grafu 31, 4 sestry uvedly, že různé informační zdroje nedoporučují. Protože se jedná téměř o třetinu sester, dá se to považovat za nedostatek sester v edukaci klienta. Každý dialyzovaný klient by měl znát zdroje, kde může informace o své nemoci a jejím léčením nalézt. Jako faktory bránící edukaci dialyzovaných klientů označilo nejvíce sester nezájem ze strany klientů o edukaci, jako další důvod uvedly, že nemají dostatek času. 2 sestry se domnívají, že je to způsobeno nezájmem ze strany zdravotnického personálu (graf 32). Z toho vyplývá, že je velmi důležité neustálé vzdělávání zdravotnického personálu. Dále také vybírat vhodné sestry, které se ucházejí o práci na hemodialyzačních střediscích.

Většina sester udala, že věnují edukaci tolik času, kolik ho klient potřebuje (graf 34). To je jistě správné, neboť vždy se musí respektovat individualita každého klienta. I z grafu 17 je patrné, že sice klientům byl poskytnut čas na informace do 15 min., ale většina klientů udala, že na informace měli dostatek času, a považují poskytnuté informace za dostačující (graf 15, 22). Podle našeho předchozího šetření bylo zjištěno, že ani jedna z nemocnic nemá na oddělení vypracované edukační standardy, i přes to jedna sestra udala, že edukační standardy na oddělení vypracované mají a při edukaci dialyzovaných klientů je používají (graf 35). Z toho je patrné, že edukační činnosti není věnována dostatečná pozornost jako ošetřovatelským činnostem, kdy ošetřovatelské standardy má jistě vypracované již každá nemocnice.

Dále šetřením bylo zjištěno, že sestry nejčastěji provádějí edukaci klientů individuální formou (graf 36). Pouze 3 sestry uvedly, že provádějí edukaci jak formou individuální tak i skupinovou. Domnívám se, že je škoda, že se tak málo využívá

skupinové formy, protože během edukaci si mohou klienti vzájemně vyměnit zkušenosti a navzájem se podpořit. Spojuje je stejné onemocnění a musí často řešit podobné problémy své i svojí rodiny. O zapojení rodiny do edukace dialyzovaného pacienta se snaží všechny oslovené sestry (graf 38), což je správné. Klient potřebuje mít podporu své rodiny. Přesto 37 klientů udalo, že při poskytování informací rodina přítomna nebyla (graf 18).

Většina sester uvedla, že jenom písemná forma edukace nestačí k získání všech znalostí o jejich onemocnění. Toto je v souladu i s mým názorem. Jenom písemná forma edukace nemůže podat všechny důležité informace a zodpovědět klientům všechny dotazy. Je potěšující, že všechny sestry dávají klientům na zpětnou vazbu tolik času, kolik klienti potřebují (graf 40). Neboť zpětná vazba je velmi důležitá jak pro klienta, tak i pro sestru. Pomáhá klientovi si osvojit si nové znalosti a vědomosti a sestra díky zpětné vazbě zhodnotí, zda je edukace dostačující. Většina dotazovaných sester uvedla, že klienti využívají v dostatečné míře možnosti ptát se (graf 41).

6. Závěr

Edukace v nefrologii je velmi důležitá. Stává se každodenní součástí péče o dialyzovaného klienta. Pomocí ní si klient osvojuje nové poznatky, získává nové dovednosti a nový pohled na hierarchii hodnot. Správné vědomosti a postoj k vlastnímu stavu a k léčbě jsou pro něho nepostradatelné. Proto je třeba edukaci dialyzovaného klienta věnovat velkou pozornost.

Provedené šetření se zabývalo edukací klientů v dialyzačním programu. Prvním cílem práce bylo zjistit, zda sestry provádějí edukaci dialyzovaných klientů písemnou metodou. Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou dialyzovaní klienti spokojení s úrovní péče v rámci edukace. Oba dva cíle práce se podařilo splnit.

Dále byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza číslo 1, že *sestry na hemodialyzačním středisku provádějí edukaci klientů pouze písemnou metodou*, se nepotvrdila.

Hypotéza číslo 2, že *klienti kladně hodnotí písemnou metodu edukace na hemodialyzačním středisku*, se potvrdila.

Hypotéza číslo 3, *že klientům jsou vždy zodpovězeny dotazy v rámci edukace na hemodialyzačním středisku*, se též potvrdila.

Z provedeného šetření vyplývá, že písemná metoda hraje důležitou úlohu v edukaci dialyzovaného klienta. Tato metoda je použita většinou v kombinaci s ústní metodou edukace. Dále bylo zjištěno, že klienti nemají zásadní výhrady k edukační činnosti, podané informace považují za vyčerpávající a jsou jim zodpovězeny všechny případné dotazy. Sestry se snaží edukaci provádět kvalitně, i když jak uvádějí, mají na ni málo času a klienti o ni nemají zájem. Z šetření také vyplývá, že dialyzovaní klienti plně neznají dietní opatření, které musí dodržovat v rámci léčebného režimu, což je velmi zásadní zjištění.

Tato práce by měla přispět ke zkvalitnění péče o klienty v dialyzačním programu v rámci edukace. Potvrdila stoupající úroveň hemodialyzačních středisek, a to nejen v péči o klienta, ale i v oblasti zvyšujícího se zájmu o edukaci dialyzovaných klientů a jejich dostatečnou informovanost. Sestry se snaží tuto edukaci provádět komplexně, a to

ústní, písemnou i názornou metodou. Přínos této práce lze také vidět v komplexním pohledu na tuto problematiku, uvědomění si slabých stránek v edukaci a zamyšlení se nad otázkou, co může nefrologická sestra udělat pro to, aby péče v rámci edukace o klienta v dialyzačním programu byla co nejlepší.

Proces zvyšování kvality poskytované péče je procesem, který nebude nikdy ukončený. Stále se budou objevovat oblasti, ve kterých lze poskytovanou péči zkvalitňovat. Edukace dialyzovaných klientů k nim také patří.

Za zvážení by jistě stála organizační změna v činnosti sester s dostatečným časovým prostorem pro soustavnou edukaci klienta, přiměřenou jeho možnostem a schopnostem, kladení důrazu na uvědomění si důležitosti dietních opatření, názorné ukázky, jako je pomoc při stavbě jídelníčku. Trvalost předaných informací je třeba podporovat neustálým opakováním, včetně jednoduchých srozumitelných a jasných písemných instrukcí. Soustavné vzdělávání sester pomocí odborných seminářů a přednášek je další doporučení, které pomůže k celkovému zkvalitnění edukace klientů v dialyzačním programu.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997.122 s.ISBN 80-7013-251-5

2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie.* 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.

3. DINGWALL, R. *Pro lepší porozumění: příručka pro psychosociální práci.* překl. František Lopot. Brno:Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 95 s. ISBN 80-7013-406-2

4. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie. 2.* vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

5. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo-teória.* 2. vyd. Martin: vydavatel'stvo Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.

6. HÁNA, J.: *Léčba umělou ledvinou. Informace pro nemocné*

7. HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče.* 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2004. 89 s. ISBN 80 – 7040-725-5.

8. HELMS, W. *Lépe motivovat, méně se rozčilovat.* 1.vyd. Praha: Portál, 1996. 104 s. ISBN 80-7178-087.

9. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství.* 1. vyd. Brno: IDVZP Brno, 1992. 185 s. ISBN 80-7O13-123-3.

10. KANTOR, R. *Selhání ledvin.* [online]. c2002, [cit.8.12.2008]. Přístup z: <http://www.ledviny.cz/>

11. KANTOR, R. *Zdravé ledviny - Ledviny a produkce hormonů*. [online]. c2001, [cit.15.12.2008]. Přístup z: <http://www.ledviny.cz/infopac/zdraveledviny.html>

12. KANTOR, R. *Běžné nemoci ledvin*. c2001, [cit.15.12.2008]. Přístup z: <http: //www.ledviny.cz/infopac/ nemoci. html>

13. KOMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného – edukace. Sestra.* Praha: 2005, roč. 15, č. 5, s. 27. ISSN 1210-0404.

14. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo.* 1. vyd. Martin: nakladatelství Osveta, 1995. 1474 s. přel. z: Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. ISBN 80-217-0528-0.

15. KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatel'stve.* 1. vyd. Martin: vydavatel'stvo Osveta, 2002. 165 s. ISBN 80-8063-107-7.

16. KURZOVÁ, H., VONDRÁČEK, L. *Zdravotnické právo.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-2460-531-7

17. LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.

18. *Lemon 1.* 1. vyd. Brno: IDVZP Brno, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.

19. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví.* 2. nezměněné vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.

20. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství. I. díl. Systémový přístup.* 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80 – 246 – 0429-9.

21. MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie 1.* 2. vyd. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého, 1990. 127 s.

22. ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra.* Praha, 2007, roč. 17, č. 12, s 17. ISSN 1801-1349.98

23. PETTY, G. *Moderní vyučování.* přel. z: Teaching Today Kovařík, Š. 2.vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2002. 380 s. ISBN 80-7178-681-0.

24. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika.* 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 488 s. ISBN 80 – 7178- 631- 4.

25. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178 – 399-4.

26. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: Informatorium spol. s.r.o., 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.

27. RYCHLÍK, I. *Chronické selhání ledvin - epidemiologie, patogeneze a klinický obraz. Postgraduální medicína.* Praha: 2003, roč. 5, č. 9, s. 995-998. ISSN 1212-4184.

28. SILBERNAGL, S., DESPOPOULOS, A. *Atlas fyziologie člověka.* Přel. E. Trávničková, J. Mareš, S. Trojan, Z. Wünsch. 6. vyd. Praha: Grada publishing,a.s., 2004. 448 s. přel. z: Taschenatlas der Physiologie. ISBN 80-247-0630-X.

29. SKALKOVÁ, J., *Obecná didaktika.* 1. vyd. Praha: IVS nakladatelství, 1999. 292 s. ISBN 80-85866-33-1

30. SULKOVÁ, S. a kol., *Hemodialýza.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 693 s. ISBN 80-85912-22-8.

31. TEPLAN, V. a kol. *Praktická nefrologie.* 2. vyd. Praha: Grada publishing, a.s. 2006. 524 s. ISBN 80-247-1122-2.

32. TEPLAN, V. *Nefrologie - minimum pro praxi.* 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 318 s. Levou zadní, Sv. 62. ISBN 80-7254-167-6.

33. TEPLAN, V., MENGEROVÁ, O. *Současné možnosti dietoterapie u nemocných s chronickým selháním ledvin a v dialyzačně transplantačním programu.* Brno: IDVPZ. 1994. 148 s. ISBN 80-7013-164-0.

34. TESAŘ, V., SCHÜCH, O. a kol. *Klinická nefrologie.* 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. 652 s. ISBN 80-247-0503-6.

35. TOČÍK, J. *Chronické selhání ledvin a jeho léčba*. Karlovy Vary: Karlovarská tiskárna. 1996. 35 s. ISBN neuvedeno.

36. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství.* 1. vyd. 2. dotisk. České Budějovice: JCU ZSF, 2004. 218 s. ISBN 80-7040-454-X.

37. TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vyd. Brno: IDVZP Brno, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

38. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestra- pacient. *Sestra.* Praha, 2007, roč. 17, č. 1, s. 22-23. ISSN 1801-1349.

39. VÁPENÍKOVÁ, D.**,** *Chronické selhání ledvin*. 1. vyd. . České Budějovice: JČU ZSF. 2004. 50 s. ISBN: 80-7040-7298.

40. VYHLÁŠKA č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

41. WAELEGHEM, J. P., EDWARDS, P. Evropské normy pro nefrologickou ošetřovatelskou praxi. vyd. Česká společnost sester I994.63 s ISBN:92-9140-000-9

42. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: vydavatel'stvo Osveta, 2002. 96s. ISBN 80-8063-108-5.

8. Klíčová slova

Dialýza

Edukační proces

Klient

Léčebný režim

Sestra

9. Seznam příloh

Příloha 1 – Statistické údaje o hemodialyzovaných klientech v ČR r. 1991-2006

Příloha 2 – Hemodialyzátor

Příloha 3 – AV fistule

Příloha 4 – Společné znaky edukačního a ošetřovatelského procesu

Příloha 5 – Dotazník pro klienty

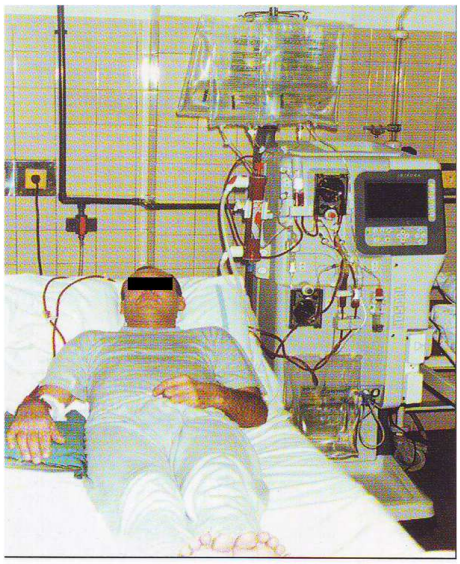
Příloha 6 – Dotazník pro sestry

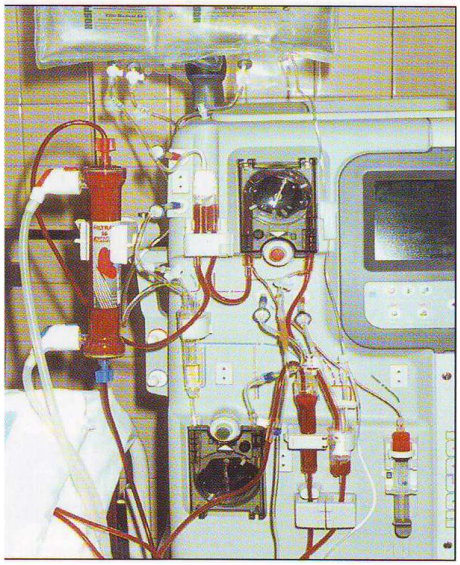
Příloha 1 Statistické údaje o hemodialyzovaných klientech v ČR r. 1991-2006

Rok	Počet žijících k 31. 12. 2006 (n)	Počet zemřelých	Počet TPL z HD	Počet ost. xx	Incidence	Prevalence
1991	1 667	251	?	?	63	161
1995	3 001	739	315	22	120	286
2000	3 663	1 022	292	134	140	359
2005	4 289	1 199	321	183	162	420
2006	4 380	1 074	395	?	170	443

Zdroj: LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, c2008 . 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.

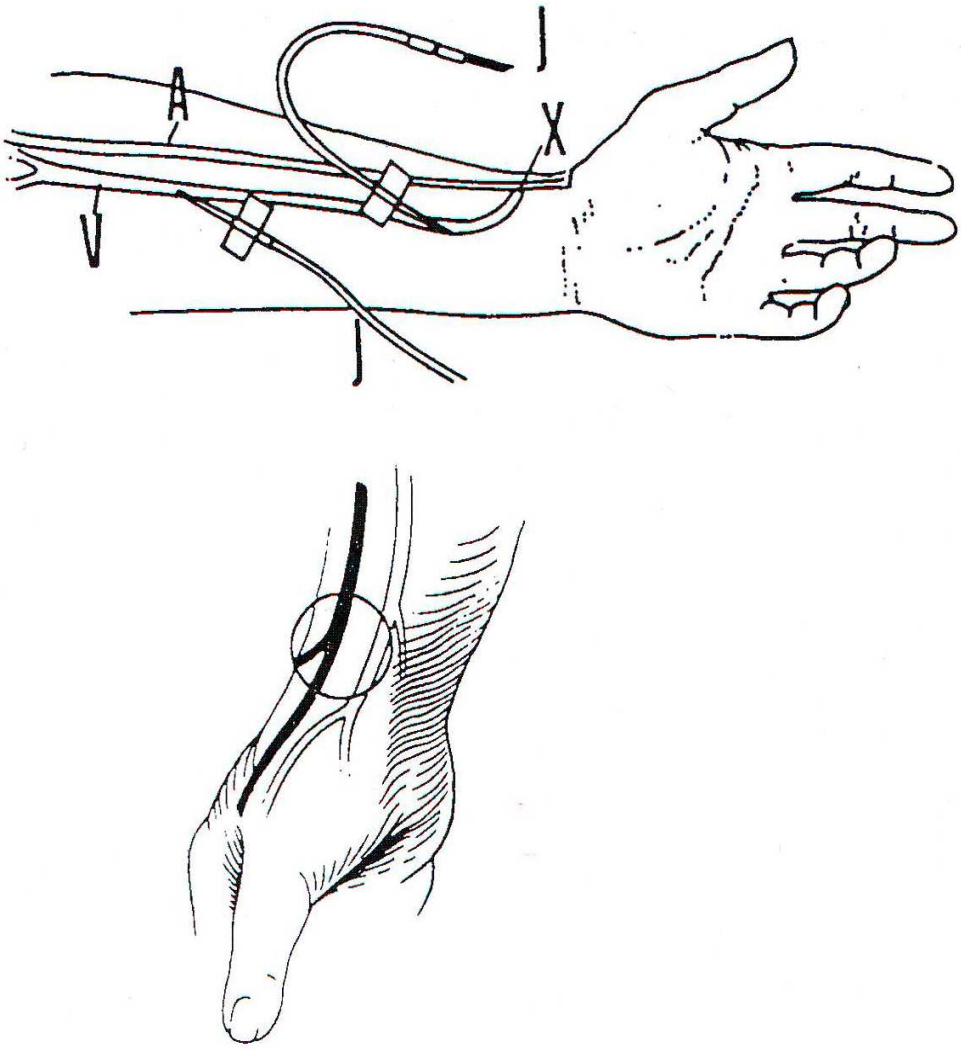
Příloha 2 Hemodialyzátor





Zdroj: SULKOVÁ, S. a kol., *Hemodialýza.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 693 s. ISBN 80-85912-22-8.

Příloha 3 AV fistule



Obr. Arteriovenózní fistule (v okénku se provádí spojení mezi arterií a vénou)

Zdroj: LACHMANOVÁ, J. *Hemodialýza pro sestry*. vydala: Ing. Alena Knapová, AAR v zastoupení Althin Int., 1997. s. 68. ISBN neuvedeno.

Příloha 4 Společné znaky edukačního a ošetřovatelského procesu

Edukačný proces	Ošetrovateľský proces
Zber údajov, analýza pacientových schopností učiť sa a nedostatku vedomostí	Zber údajov, analýza pacientovho zdravia
Stanovenie vzdelanostnej diagnózy, určenie cieľov edukácie	Stanovenie sesterskej diagnózy
Príprava edukačného plánu	Plánovanie zásahov sestry
Realizácia edukácie	Realizácia plánu ošetrovateľskej starostlivosti
Analýza a zhodnotenie pacientových vedomostí, postojov, zručností a efektívnosti edukačného plánu	Zhodnotenie efektívnosti zásahov sestry u pacienta

Zdroj: ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5.

Příloha 5 Dotazník pro klienty

Dobrý den,

Jmenuji se Eva Pinkasová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude podkladem pro vypracování mé bakalářské práce na téma: Edukace klientů v dialyzačním programu. Získaná data z dotazníku budou použita pouze pro vypracování bakalářské práce. Při vyplňování dotazníku vybrané odpovědi prosím označte křížkem, popřípadě doplňte vlastními slovy.

Předem děkuji za Vaší spolupráci a věřím, že má práce povede k větší informovanosti klientů v dialyzačním programu.

1. Jste:

muž

žena

2. Jaký je Váš věk?

18-30

31-45

46-65

66 a více

3. Jaké je Vaše nejvýše ukončené vzdělání:

základní

vyučen

středoškolské

vysokoškolské

4. Jakou dialyzační metodu využíváte?

hemodialýzu

peritoneální dialýzu

5. Jak dlouho jste v trvalém dialyzačním programu?

do 1 roku

1 rok-5 let

6-10 let

11 a více let

6. Kdo Vám poskytl informace o léčebném režimu při dialýze?

lékař

sestra

lékař i sestra

někdo jiný

nikdo mi informace neposkytl

Pokud někdo jiný, kdo?.....

7. Kdy Vám informace byly podány?
(můžete označit i více možností)

před zahájením dialyzační léčby v nefrologické ambulanci

na začátku léčby na hemodialyzační stanici

v průběhu léčby

nikdo mi informace neposkytl

8. Kolikrát Vám informace o léčebném dialyzačním režimu byly sděleny?

pouze jednou

opakovaně

vůbec

9. Byly Vám doporučeny informační zdroje, kde lze najít další informace týkající se Vašeho onemocnění?

ano

ne

nevzpomínám si

10. Jakou metodou Vám byly informace sděleny?

(můžete označit i více možností)

ústně
písemně
pomocí příkladů a pomůcek
jinou – jakou?.....

11. Považujete tuto metodu sdělení informací za srozumitelnou?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

12. Rozuměl/a jste všem používaným výrazům?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

13. Jaké metodě předání informací dáváte přednost?

ústní

písemné

pomocí příkladů a pomůcek

jiné- jaké?.....

14. Jaké informační zdroje Vám byly doporučeny?

knihy

časopisy

brožury

letáky

internet

jiné – jaké?.....

15. Měl/a jste na informace dostatek času?

ano

ne

16. Byly Vám zodpovězeny všechny Vaše dotazy?

ano

ne

jen částečně

17. Kolik času Vám bylo při poskytování informací věnováno?

žádný

do 5 minut

do 10 minut

do 15 minut

15 minut a více

18. Byla při poskytování informací přítomna Vaše rodina?

ano

ne

Pokud ne, proč?.....

19. Kolik času jste měl/a na případné dotazy?

žádný

do 5 minut

do 10 minut

do 15 minut

kolik jsem potřeboval/a

20. Jaké potraviny musíte v dietě omezit?

(můžete označit i více možností)

mléčné výrobky

ovoce

zeleninu

luštěniny

maso

jiné, jaké?.....

21. Myslíte si, že informace, které Vám byly poskytnuty, byly vyčerpávající?

zcela

ne zcela

většina ne

vůbec ne

22. Uveďte prosím, co jste postrádal/a při poskytování informací, nebo co si myslíte, že by se mělo zlepšit:……..
……

Děkuji Vám za Váš čas

Zdroj: vlastní dotazník

Příloha 6 Dotazník pro sestry

Milé kolegyně,

Jmenuji se Eva Pinkasová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude podkladem pro vypracování mé bakalářské práce na téma: Edukace klientů v dialyzačním programu. Získaná data z dotazníku budou použita pouze pro vypracování bakalářské práce. Při vyplňování dotazníku vybrané odpovědi prosím označte křížkem, popřípadě doplňte vlastními slovy.

Předem děkuji za Vaší spolupráci.

1. Jak dlouho pracujete na dialyzačním oddělení:

do 1 roku

1 rok-5 let

6-10 let

11-15 let

16-25 let

více než 25 let

2. Jaké je Vaše nejvýše ukončené vzdělání:

SZŠ- středoškolské s maturitou

PSS- specializace v oboru

VZŠ- vyšší odborné Dis.

VŠ- vysokoškolské Bc.

VŠ- vysokoškolské Mgr.

3. Jak byste charakterizovala pojem edukace?
(můžete označit i více pojmů)

sebevzdělávání

výchova

řízení

vzdělávání

jinak, jak?.....

4. Je součástí Vaší každodenní práce podávání informací klientům?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

5. Jakou metodou provádíte edukaci dialyzovaných klientů?
(můžete označit i více pojmů)

ústní

písemnou

názornou

jinou, uveďte jakou ……..

6. Jakým způsobem provádíte písemnou edukaci?
(můžete označit i více možností)

Pomocí:

brožur

letáků

časopisů

knih

jiné, jaké?.....

7. Domníváte se, že písemná metoda edukace je dostačující pro pochopení problematiky dialýzovaného klienta?

ano

ne

nevím

Pokud ne, proč?.....

…….

8. Doporučujete dialýzovaným klientům různé informační zdroje, kde lze najít další doporučení a informace týkající se jejich onemocnění?

ano

ne

Pokud ano, jaké?.....

…….

2. Označte, co si myslíte, že nejvíce brání sestrám v edukaci dialyzovaných klientů:

(můžete označit i dvě možnosti)

nemám dostatek času

klienti nemají o edukaci zájem

nezájem ze strany zdravotnického personálu

jiné důvody, jaké?……

10. Používáte při písemné metodě edukace odbornou terminologii?

ano

ne

minimálně

Pokud jste označila ano, myslíte si, že jí klient rozumí?

ano

ne

nevím

11. Kolik času věnujete edukaci dialýzovaného klienta?

žádný

do 5 minut

do 10 minut

do 15 minut

15 a více minut

dle potřeby klienta

3. **Má Vaše oddělení vypracované edukační standardy?**

ano

ne

nevím

Pokud jste označila ano, využíváte těchto standardů při Vaší edukační činnosti?

ano

ne

4. **Jakou formou edukaci provádíte?**

individuální

skupinovou

individuální i skupinovou

žádnou

14. Myslíte si, že je zapotřebí mít na oddělení pro edukaci vyhrazenou zvláštní místnost?

ano

ne

nevím

15. Zapojujete do edukace klienta i jeho rodinu?

ano

ne

jen pokud si to klient přeje

16. Myslíte si, že klienti získají pomocí písemné metody všechny znalosti v souvislosti s jejich onemocněním?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

nevím

17. Kolik času má klient na zpětnou vazbu?

žádný

do 5 minut

do 10 minut

do 15 minut

15 a více minut

dle potřeby klienta

18. Využívají klienti v dostatečné míře možnosti ptát se?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

Děkuji Vám za Váš čas.

Zdroj: vlastní dotazník