



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Johanka Pumprová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Červený

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 4. 2022:

.....

Johanka Pumprová

Poděkování

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu bakalářské práce panu PhDr. Martinu Červenému. Za jeho rady a sdílené zkušenosti, za intenzivní konverzaci a konzultace ohledně práce. Velké díky patří i rodině a přátelům, kteří mě během psaní práce povzbuzovali či jinak podporovali. Dále bych ráda poděkovala i všem ochotným respondentům a velmi vstřícnému vedení hemodialyzačních středisek.

Management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním

Abstrakt

Úvod: Bakalářská práce se věnuje problematice managementu podpory zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Poukazuje na to, jak je podpora zdraví pro nejenom pacienty s chronickým ledvinovým onemocněním důležitá.

Cíl práce: Práce má za cíl zjistit management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním.

Metodika: Sběr dat byl uskutečněn kvantitativním výzkumem s využitím dvou nestrukturalizovaných dotazníků, data se sbírala ve vybraných jihočeských dialyzačních střediscích. První z dotazníků byl určený pacientům s chronickým onemocněním ledvin navštěvující dialyzační středisko, obsahoval 30 otázek zaměřených na podporu zdraví a 5 otázek na demografické údaje. Druhý byl vypracovaný pro sestry pracující v dialyzačním středisku a skládal se z 20 otázek, z toho 4 se týkaly demografických údajů. První dotazník zodpovědělo 74 respondentů, druhý 32. Data byly zpracovány do grafů a následně došlo k zodpovězení výzkumných otázek.

Výsledky: Zjistilo se, že pacienti podporují nejvíce své zdraví v oblasti stravování, pitného režimu a odpočinku. Naopak kritickým místem je fyzická aktivita a účast na edukačních setkání. Edukace o vyvarování se stresu je kritickým místem většiny sester. Dále z výzkumu vyplynulo, že neochota pacienta naslouchat je největší problém, který sestrám brání v předávání informací o podpoře zdraví. Téměř každý pacient je podporován svoji blízkou osobou či všeobecnými sestrami.

Závěr: Podpora zdraví je velmi důležitá jako prevence chronického onemocnění ledvin i jako snaha zabránění progresu choroby. Věnovat se volnočasovým fyzickým aktivitám, pravidelně konzumovat zeleninu, nechat se podporovat svými blízkými či zjišťovat si nové informace o své nemoci jsou jednoduché úkony, které nejsou příliš náročné a skrze ně může pacient podporovat své zdraví.

Klíčová slova

Sestra; pacient; chronické onemocnění ledvin; podpora zdraví; edukace; dialýza

Health promotion management among patients with chronic kidney disease

Abstract

Introduction: The bachelor thesis deals with the management of health promotion of patients with chronic kidney disease. It highlights the importance of health promotion for patients with chronic kidney disease.

Aim of the work: The aim of this work is to investigate the management of health promotion of patients with chronic kidney disease.

Methodology: The research part of the thesis was carried out by quantitative research using two unstructured questionnaires. The first questionnaire was designed for patients with chronic kidney disease attending a dialysis center, it included 30 questions focused on health promotion and 5 questions on demographic data. The second questionnaire developed for nurses working in the dialysis center and consisted of 20 questions, 4 of them were related to demographic data. The first questionnaire was answered by 74 respondents and the second by 32. The data that came out of the questionnaires was processed into graphs and then the research questions were answered.

The results: It was found that patients support their health mostly in the areas of diet, drinking and rest. On the other hand, physical activity and participation in educational sessions is a critical area. Education on stress avoidance is the critical place for most nurses. Further, the research revealed that patient's unwillingness to listen is the biggest problem that hinders nurses from imparting health promotion information. There are only few patients who are not supported by their friends and relatives other or general nurses.

Conclusion: Health promotion is very important both as a prevention of chronic kidney disease and as an effort to prevent disease progression. Engaging in leisure time physical activities, eating vegetables regularly, being supported by loved ones or finding out new information about their disease are simple actions that are not that demanding and through which the patient can promote their health.

Key words

Nurse; patient; chronic kidney disease; health promotion; education; dialysis

Obsah

1	ÚVOD.....	8
2	CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN JAKO ZÁVAŽNÝ ZDRAVOTNÍ PROBLÉM.....	9
2.1	Anatomie a fyziologie ledvin.....	10
2.2	Patologie ledvin.....	11
2.3	Chronické onemocnění ledvin.....	12
2.4	Rizikové faktory, etiologie, symptomy a diagnostika chronického onemocnění ledvin	13
2.5	Léčba chronického onemocnění ledvin.....	14
3	SPECIFICKÁ ÚLOHA SESTRY V MANAGEMENTU PODPORY ZDRAVÍ U PACIENTŮ S CHRONICKÝ ONEMOCNĚNÍM LEDVIN	19
3.1	Specifická práce sestry u pacientů s chronickým onemocněním ledvin	20
3.2	Specifická úloha sestry v managementu podpory zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin	23
3.3	Prevence vzniku chronického onemocnění ledvin	23
3.4	Krevní tlak a chronické onemocnění ledvin.....	23
3.5	Diabetes mellitus a chronické onemocnění ledvin.....	24
3.6	Dietní opatření.....	24
3.7	Další možná podpora zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin..	26
3.8	Státní i mezistátní sdružení v nefrologii.....	27
4	PROBLEMATIKA PODPORY ZDRAVÍ U PACIENTŮ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM LEDVIN – METODIKA PRÁCE.....	29
4.1	Cíl práce a výzkumné otázky	29
4.2	Operacionalizace pojmů použitých v cíli bakalářské práce	30
4.3	Metoda výzkumu – dotazník.....	30
4.4	Sběr dat.....	31
4.5	Výzkumný vzorek	31

4.6	Analýza dat.....	31
4.7	Etické otázky bakalářské práce	32
5	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	33
5.1	Výsledky z dotazníku podpory zdraví u dialyzovaných pacientů.....	33
5.2	Výsledky z dotazníku pro sestry pracující v dialyzačním středisku	50
5.3	Odpovědi na výzkumné otázky	60
6	DISKUZE	62
7	ZÁVĚR	67
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	78
10	SEZNAM ZKRATEK	101

1 ÚVOD

Lidé trpí všemi možnými i nemožnými nemocemi. Umírají na rakovinu, infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu. Víme o tom, že spoustu lidí umírá hlady či žízní. Je nám však známo, že mezi 10 nejčastějších příčin smrti patří i úmrtí na onemocnění ledvin? Víme o tom, že se v populaci vyskytuje chronické onemocnění ledvin? Známe vůbec nějakého člověka, který tímto onemocněním trpí? Teď možná ne, ale chronické onemocnění ledvin, který se projevuje nedostatečnou glomerulární filtrací trvající déle než 3 měsíce, má ohledně svého výskytu stoupající tendenci (Haluzíková, Břegová, 2019) a lze očekávat, že pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním bude neustále přibývat. Je možné tomuto onemocnění předcházet, dá se zmírnit jeho průběh? Například s pomocí podpory zdraví? Tím se zabývá tato bakalářská práce. V práci se autorka, budoucí všeobecná sestra, snažila přiblížit problematiku managementu podpora zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin, nejenom zdravotníkům, kteří si tímto mohou rozšířit své obzory vědomostí, ale i laikům, kteří se zajímají o své zdraví a mají snahu co nejvíce ho podporovat a předcházet závažným onemocněním. Podpora zdraví je velmi důležitá, ale mnoha lidmi přehlížena. Tato práce nabízí základní informace o závažném chronickém onemocnění ledvin, ve zkratce popisuje dané onemocnění, jak probíhá léčba a práce sestry o takto nemocného člověka. Snaží se přiblížit problematiku podpory zdraví při chronickém onemocnění ledvin, na několika stránkách popisuje její základ. Dále tato práce odhaluje, jakým způsobem pacienti, kteří trpí tímto onemocněním, podporují své zdraví, která místa jsou kritická, v kterých oblastech není pacientovo tělo dostatečně podporováno. Z práce se čtenář může dovědět, co přesně brání sestrám v seznamování pacientů s podporou zdraví či které oblasti pacient podporuje více než jiné. Všechny informace z výzkumné části bakalářské práce jsou získány z dvou dotazníků (jeden určený pro pacienty, druhý pro sestry), které byly rozdány ve čtyřech nemocnicích Jihočeského kraje a následně graficky zpracovány. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce kritickým místem v podpoře zdraví z pohledu respondentů – pacientů, je fyzická aktivita a účast na edukačních setkáních. Avšak ve stravování, odpočinku a pitném režimu respondenti – pacienti podporují své zdraví velmi intenzivně. Velmi málo respondentů – sester podává pacientovi informace o vyvarování se stresu. Dále uvedli, že neochota pacienta naslouchat je největší bariérou v seznámení pacientů s managementem podpory zdraví.

2 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN JAKO ZÁVAŽNÝ ZDRAVOTNÍ PROBLÉM

Výskyt chronického onemocnění ledvin (CKD) se v posledních letech zvyšuje, uvádí ve své knize Haluzíková a Břegová (2019). Léčba lidí s tímto onemocněním je velmi finančně náročná a délka přežití pacientů na dialýze není dlouhá. První rok dialýzu v České republice přežije cca 80 %. Pacientů, kteří se dožijí pěti let pravidelné dialýzy je již jen polovina. Nejvíce dialyzovaných pacientů je nad 60 let věku (průměrný věk je 68,7 let), souvisí to hlavně s přidruženými nemocemi, jako je diabetes mellitus a hypertenze, které také mimo jiné způsobují vyšší mortalitu těchto pacientů. Více jak 7,5 tisíc pacientů podstupuje léčbu dialýzou ve 108 dialyzačních centrech a další tři centra jsou zaměřena na dětské pacienty. Cena dialýzy v roce 2017 byla necelých 4162 Kč. Hudáčková (2004) při seznamování s historií dialyzační léčby píše, že před sto lety by pacienti, kteří jsou v dnešní době dialyzováni, měli problém přežít. Označení „dialýza“ bylo sice použito již v 50. letech 19. století, ale první úspěšná dialýza proběhla až o necelých sto let později. Konkrétně až v roce 1945, kdy mladý lékař Willem J. Kolff z Holandska úspěšně uzdravil pacientku s hepatocelulárním syndromem. V následujících letech se všechno v souvislosti s hemodialyzační léčbou začalo více a úspěšně rozvíjet. Například byl zaveden první shunt a byla provedena kanylace femorálních cév pro hemodialýzu. Různě po světě začaly vznikat dialyzační centra. První dialyzační pracoviště u nás vzniklo v Praze v roce 1955 a následně v Hradci Králové. V tomto městě došlo k velkému rozvoji a posunu dialýzy kupředu, vznikl tu nápad provádět pravidelnou dialýzu. Zasluky za rozvoj dialýzy měl několikaletý předseda Československé nefrologické společnosti MUDr. Válek a také MUDr. Opatrný st. V 60. letech minulého století došlo k rozvoji peritoneální dialýzy, program chronické peritoneální dialýzy byl oficiálně zahájen v roce 1978 na Strahově. Dnes je dle Haluzíkové a Břegové (2019) na celém světě dialyzováno přes 2,6 milionů lidí a číslo se neustále zvyšuje. Předpokládá se, že za 10 – 12 let bude počet dialyzovaných pacientů dvojnásobný. Hemodialýza i peritoneální dialýza je lidem s chronickým onemocněním ledvin či ledvinovým selháním velmi užitečná, ale nikdy plnohodnotně nenahradí funkci ledvin. CKD jako nevyléčitelné onemocnění, které povětšinou končí selháním ledvin, snižuje úroveň kvality života dialyzovaného člověka. Zasahuje jak do fyzické stránky pacienta, tak do ekonomické, psychické a sociální. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se onemocnění ledvin řadí mezi deset nejčastějších příčin smrti na světě, konkrétně na 10. místo. WHO porovnávala údaje

z roku 2000 a 2019, kde se poměr úmrtí zvýšil o necelý půl milionu obětí na 1,3 milionů úmrtí na ledvinové onemocnění (The top 10 causes of death, 2020). V České republice je dle Stručného přehledu činnosti oboru hemodialyzačního střediska (HDS) za období 2007-2019 (2020) celkem 112 míst, kde dochází k hemodialýze. Nejvíce hemodialýz se provádí v hemodialyzačních střediscích (56), pak v nemocnicích a fakultních nemocnicích (43+12). Nejvíce hemodialýz má Moravskoslezský kraj (16) a Praha (15), v Jihočeském kraji je celkem 7 hemodialýz. V akutním programu hemodialýzy se v roce 2007 léčilo 3600 pacientů, o 12 let později 4034. Nejvíce pacientů za časové období 2007-2019 bylo v roce 2018 (7193) o rok později počet klesl na 7469 pacientů. Rozdělení pacientů do věkových kategorií podstupující dlouhodobě hemodialýzu v roce 2019 bylo následovné: do 19 let podstupovalo hemodialýzu 44 pacientů, pacientů mezi lety 20 a 64 let bylo 2446 a pacientů vyššího věku 4427. Celkem 576 pacientů bylo v roce 2013 léčeno peritoneální dialýzou, je to nejvíce za celé sledované období. V roce 2019 počet pacientů klesl na 543. Pacientů ve věku od 20 do 64 let podstupující peritoneální dialýzu bylo v roce 2007 skoro o 150 více než starších pacientů podstupující stejnou metodu dialýzy (293 ku 145). V roce 2019 byl rozdíl již velmi zanedbatelný (265 ku 260). Nejvíce bylo provedeno hemodialýz v roce 2007 (521409), ve stejném roce bylo provedeno 156488 hemodiafiltrací. V následujících letech počet hemodialýz klesal a zároveň počet provedených hemodiafiltrací stoupal. V roce 2019 bylo zaznamenáno 196716 hemodialýz a 740262 hemodiafiltrací. Celkem se v tom roce provedlo 939598 výkonů.

2.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Haluzíková a Břegová (2019) ve své publikaci uvádějí, že ledvina je párový orgán o rozměru 6-7,5 cm do šířky, 3 cm do hloubky a 9-12 cm do délky, její hmotnost je cca 150 g. Nachází se v horní části břišní dutiny po stranách bederní páteře. V horní části ledvin na ně nasedají nadledvinky, které jsou potřebné pro endokrinní systém. Ledvinou prochází cévy, nervy a vychází močovody, které odvádějí moč, kterou produkují ledviny, pryč z těla. Ledvina je obalena tukovou vrstvou, která ji chrání proti nárazu. Parenchym ledviny se dá rozdělit na kůru, která je světlejší a dřev, kde se nacházejí pyramidy, které se sbíhají do kalichů pánviček a pánvičky se sbíhají do močovodů. Nefron je Dylevským (2009) charakterizován jako základní stavební a funkční jednotka ledvin. Skládá se z Malpighiho tělíska, které je složeno z glomerulů a Bowmanova pouzdra. Z Malpighiho tělíska vychází proximální kanálek, v němž dochází ke zpětnému vstřebávání většiny primární moče, která se vytvořila v glomerulech filtrací krve, vstřebává se např. sodík,

glukóza nebo močovina a asi 67 % vody. Podle Čiháka (2013) po proximálním kanálku následuje sestupná část Henleovy kličky. Dle Petřeka (2019) následuje vzestupné raménko Henleovy kličky, které se dá rozdělit ještě na tenké a tlusté raménko. V blízkosti tlustého vzestupného raménka Henleovy kličky se nachází tzv. juxtaglomerulární buňky. V distálním kanálku dochází k resorpci iontů sodíku, draslíku, fosfátů a vody na cca 5 % celkového množství primární moče. Tato moč se již vlévá do sběrného kanálku, který sbírá definitivní moč z více nefronů a je napojen na ledvinovou pyramidu, která posílá moč dál. Stříteský (2001) mezi hlavní funkce ledvin řadí udržování stálosti vnitřního prostředí organismu tím, že ledviny vylučují škodlivé látky pryč z těla. Petřek (2019) uvádí, že k tomu dochází při procesu, kdy ledviny čistí plazmu a primární moč od látek škodlivé pro tělo, zároveň látky, které jsou pro tělo potřebné vstřebávají zpět do krevního oběhu. Odvádí dusíkaté zplodiny, barviva, toxické látky. Další funkcí je vyrovnávací činnost ledvin, zabývá se tím, kolik každý den vyloučit množství moče a ostatních látek v souvislosti s přijatým množstvím tekutin. Usměrnují množství draslíku, sodíku, fosforu, hořčíku a dalších minerálů, které se nacházejí v krvi. Ledviny jsou také důležité k regulaci krevního tlaku a při přeměně vitamínu D. Odstraňují inzulin z těla. Velmi důležitou roli mají i při tvorbě červených krvinek, neboť produkují krvetvorný hormon zvaný erytropoetin. V ledvinách dochází k mnoha procesům, mezi ně se podle Mourka (2012) řadí glomerulární filtrace, která se odvíjí od množství krve v ledvinách a tlakovém gradientu v glomerulu. S ní souvisí juxtaglomerulární aparát, který je tvořen již zmíněnými juxtaglomerulárními buňkami a chemoreceptory přebývajících ve speciálních buňkách macula densa. Při poklesu krevního tlaku juxtaglomerulární buňky vyplaví renin, který následně vyrobí angiotenzin II, který má za následek zvýšení krevního tlaku. Petřek (2019) uvádí, že juxtaglomerulární aparát produkuje renin a hormon erytropoetin. Sekreci draslíku a resorpci sodíku má v ledvinách na starosti hormon aldosteron, řídí tak stálost objemu extracelulární tekutiny. Samotný aldosteron je ovlivňován systémem renin-angiotenzin. Dalším řídicím hormonem je antidiuretický, který se má na starosti finální úpravu sekundární moči. Důležitým hormonem pro kanálkovou aktivitu je i parathormon.

2.2 Patologie ledvin

Ledviny mohou být postiženy mnohými nemocí nebo malformacemi (Mačák et al., 2012). Mezi vrozené vývojové vady se řadí aplazie (nevyvinula se ani jedna ledvina), hypoplazie (ledvina není dostatečně vyvinuta) nebo fixní dystopie, kdy se ledvina nachází

v jinací než bederní části těla např. v pánvi. Ledviny mohou být postiženy cystami, zda ovlivňují činnost ledvin záleží na místě usazení cysty a její velikosti. Při hypertenzi může dojít k postižení cév, které vedou krev v ledvinách. U diabetických pacientů může vzniknout jedna z chronických komplikací a tou je diabetická nefropatie, která mimo jiné také postihuje cévy ledvin. Dle Janíkové (2017) záněty postihují i ledviny. Existují glomerulonefritidy, což jsou záněty bez hnisu, které postihují glomeruly a tubulointersticiální nefritidy, které napadají bakteriálním zánětem ledviny a jejich pánvičky. Také mohou vzniknout ledvinové kameny, které se převážně nacházejí v ledvinové pánvičce a v neposlední řadě mohou být ledviny postiženy nádory. Nádory mohou být jak benigní, tak maligní (např. Grawitzův tumor). Rokyta (2015) uvádí, že u ledvin může dojít i k selhání, které se dělí na akutní a chronické. Akutní selhání ledvin může vzniknout z mnoha příčin. Tyto příčiny se dají rozdělit na prerenální (problém, který vedl k selhání, se nachází před ledvinami – dehydratace, velká ztráta krve), renální (příčina selhání je v ledvinách – poškození zánětem, postižení cév) a postrenální (problém je za ledvinou – obstrukce/ neprůchodnost močových cest). Celé toto akutní ledvinové selhání probíhá ve dvou fázích. V první fázi dochází až k anurii, pacient je nejvíce ohrožen hyperkalemií a může zemřít na fibrilaci komor. Taktéž dochází k hyperhydrataci a vznikají edémy, může dojít až k rozvoji metabolické acidózy. Pokud škodlivé látky nejsou filtrovány pryč z organismu, ukládají se v ostatních orgánech, tak může dojít ke vzniku urémie neboli uremického syndromu, který se projevuje poruchami v nervovém systému, gastrointestinálním traktu, také se může projevit kardiovaskulárními či respiračními poruchami. V druhé fázi selhání se znovu obnoví diuréza, která se však zvyšuje (až 5 litrů za den). Je to způsobené tím, že tubuly v ledvinách nejsou dostatečně obnovené a tím pádem dochází k velké ztrátě vody a iontů. Pacient s akutním selháním ledvin buď zemře nebo se vyléčí či toto onemocnění přejde do chronického selhání ledvin.

2.3 Chronické onemocnění ledvin

Chronické onemocnění ledvin (CKD) je, dle Ammiratiho (2020), nevratné onemocnění, kterým trpí čím dál větší populace lidí. Při této chorobě dochází k postupnému poškození většího a většího množství glomerulů a tím je ovlivňována glomerulární filtrace (GF). U zdravých ledvin má, podle Viklického (2013) GF rozsah větší než 90 ml/min/1,73m², avšak při velmi nízké GF, která má rozsah menší než 15 ml/min/1,73m², může dojít až k selhání ledvin (tab. 1). Toto postižení by mělo být

přítomno déle než tři měsíce, aby se tento stav dal zařadit mezi chronické onemocnění ledvin. Při nedostatečné funkci ledvin dochází ke změně složení extracelulární tekutiny (nacházející se mimo buňku), hodnoty kreatininu a urey v plazmě jsou zvýšené. Vzniká metabolická acidóza, která je způsobena nedostatečnou vylučovací činností ledvin, narušena je také endokrinní ledvinová funkce. Projevuje se to anémií, neboť se snížila tvorba erytropoetinu, který se podílí na vzniku červených krvinek. Snížená produkce vitamínu D má za následek špatnou funkci kalcio-fosfátového metabolismu, může se to projevit až renální osteopatií. Dále při snížené funkci ledvin dochází k poruše metabolismu aminokyselin, sacharidů a tuků (Schück, 1993; Vokurka, 1994).

Tabulka 1. Kategorie GF u chronických onemocnění ledvin (CKD).

<i>Kategorie GF (ml/min/1,73m²)</i>	<i>Činnost ledvin</i>	<i>Rozsah</i>
<i>G1</i>	<i>Normální nebo vysoká</i>	<i>> 90</i>
<i>G2</i>	<i>Lehce snížená</i>	<i>60-89</i>
<i>G3a</i>	<i>Lehce až středně snížená</i>	<i>45-59</i>
<i>G3b</i>	<i>Středně až výrazně snížená</i>	<i>30-44</i>
<i>G4</i>	<i>Výrazně snížená</i>	<i>15-29</i>
<i>G5</i>	<i>Selhání ledvin</i>	<i><15</i>

(Zdroj: Viklický, 2013)

2.4 Rizikové faktory, etiologie, symptomy a diagnostika chronického onemocnění ledvin

Článek Chronic Kidney Disease (CKD) Symptoms, Treatment, Causes & Prevention (2021) rozděluje rizikové faktory CKD na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné se řadí etiologie CKD, věk a pohlaví, genetická predispozice, kardiovaskulární choroby a lidská rasa. Vyšší pravděpodobnost výskytu CKD je dle Ministry of Health (2015) u lidí indoasijského, tichomořského a maorského původu. Do ovlivnitelných faktorů spadá obezita, kde BMI (Body Mass Index) je vyšší jak 35 kg/m², kouření, nefrotoxické léky, hypertenze, dyslipidémie, hyperglykémie a albuminurie. Největší výskyt tohoto onemocnění je v populaci nad 60 let věku. Podle Vachka,

Zakiyanova a Tesaře (2012) se s CKD nejvíce pojí onemocnění diabetes mellitus II. typu, jehož komplikací je diabetická nefropatie, která vede k selhání ledvin. Také vaskulární choroby (hypertenze, arterioskleróza), onemocnění glomerulů a intersticiální nefritidy. Etiologie vzniku CKD může být také diabetes mellitus I. typu či dědičné polycystické onemocnění ledvin, avšak neřadí se mezi časté příčiny (Tesař a Viklický, 2015). Chronické onemocnění ledvin se neprojevuje v ranných fázích, ale až v pokročilejším stádiu. Mezi projevy patří únava, problém se spánkem a otoky kotníků a nohou, také nechutenství a nepozornosti. Mezi symptomy pokročilého CKD se řadí také pocit na zvracení, zvracení, svědění kůže, suchá pokožka, problémy s dýcháním a bolesti hlavy, dále problémy s močením, polyurie anebo naopak oligurie. V extrémních případech bude pacient trpět podvýživou, anémií či bude mít problémy s kostmi (What Is Chronic Kidney Disease?, 2017; Chronic Kidney Disease (CKD), 2020). Při diagnostice chronického onemocnění ledvin, jak se píše v článku Chronic Kidney Disease Testy & Diagnosis (2016), se určuje rychlost glomerulární filtrace z krve a také se kontroluje moč, kde se lékař soustředí hlavně na hladinu albuminu. Pokud je u vyšetření GF hodnota vyšší, než $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, pacient pravděpodobně netrpí CKD. Hodnota mezi $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ a $15 \text{ ml/min/1,73m}^2$ poukazuje na zhoršenou funkci ledvin. Pokud je výsledná hodnota GF pod $15 \text{ ml/min/1,73m}^2$, můžeme usuzovat na selhání ledvin. Dalším ukazatelem správné funkce ledvin je hladina kreatininu v krvi, neboť kreatinin ledvinami odchází z těla ven, takže pokud ledviny nefungují správně, kreatinin v těle zůstává a tím pádem je kreatinin v laboratorních hodnotách vyšší, než by měl být. Test moče na albumin je dalším diagnostickým vyšetřením ledvin. Zdravé ledviny albumin normálně do moče nepropouštějí, ale pokud jsou ledviny poškozené, tak se přes ně albumin dostane a objeví se v moči. Hladina albuminu se zjišťuje dvěma způsoby, buď pH-papírkem nebo poměrem albuminu ku kreatininu v moči.

2.5 Léčba chronického onemocnění ledvin

Vachek (2012) uvádí, že každý člověk, který má rychlost glomerulární filtrace nižší, než je $44 \text{ ml/min/1,73m}^2$, by měl být sledován v nefrologické ambulanci. Cílem nefrologické ambulance není vyléčení chronicky nemocného pacienta, což je nemožné, ale zpomalení průběhu nemoci a připravení pacienta na možnou náhradu funkce ledvin ve formě dialýzy nebo transplantace ledvin. Slovem „připravit“ je zde míněno zhodnocení a vybrání nejlepší možné náhrady funkce ledvin, očkování pacienta a zajištění cévního vstupu pro dialýzu. Jednou z variant je léčit onemocnění ledvin konzervativní formou.

Vachek, Zakiyanov a Tesař (2012) popisují konzervativní léčbu chronického onemocnění ledvin, která se skládá z odstranění příčiny vzniku tohoto onemocnění. Lékař se společně s pacientem snaží o léčbu primárního onemocnění, což je například diabetes mellitus či glomerulonefritida. Dále je potřeba konzervativně řešit hypertenzi s tím, že hodnota krevního tlaku by neměla přesáhnout 130-139/80-85. Pacientům jsou předepisována antihypertenziva (ACE-inhibitory, sartan), které mají nefroprotektivní účinek. Dále pacient užívá diuretika, které vyrovňávají vnitřní prostředí. Bikarbonát je ordinován, aby předešel rozvoji metabolické acidózy. Navrátil et al. (2008) mezi konzervativní léčbu řadí dietu s omezeným přísunem bílkovin (nízkobílkovinná dieta), potřebu se vyvarovat většímu množství soli, přijímat tekutiny dle diurézy. V průběhu léčby CKD se může lékař rozhodnout pro změnu léku nebo jeho dávky, podle toho, zda se onemocnění ledvin nezhoršilo. Existují léky, které mohou ledviny poškodit (příkladem jsou antibiotika), na základě toho lékař pacientům s CKD předepíše snížení dávky nebo jiný lék, který ledviny nepostihuje. Pacient by měl mít přehled o lécích, které bere, seznam léků si stačí napsat na papír a nosit v peněžence nebo si léky vyfotit do telefonu. Také je vhodné, když pacient chodí nakupovat léky jen do jedné lékárny, kde následovně mají o všech lécích, které pacient bere, přehled. Důležité pro lékárníky a lékaře jsou i doplňky stravy a vitamíny, které pacient užívá. Lékárník by měl vždy ohlídat, aby pacientovy ledviny nebyly vlivem léků poškozeny více než už jsou (Vachek, Zakiyanov a Tesař, 2012; Managing Chronic Kidney Disease, 2016). Vytečková et al. (2015) popisuje, že sestra při podávání léku dle ordinace lékaře musí dodržovat určité zásady, aby nedošlo k pochybení. V první řadě musí být od lékaře lék správně napsaný v dokumentaci, musí být definovány dávka, způsob a četnost podání. Sestra si následně při podání musí ověřit identitu pacienta, aby nepodala lék někomu jinému. Musí zkontrolovat lék, jeho správnou formu, gramáž a dávku a ujistit se, že pacient na ten lék v minulosti neměl na lék alergickou reakci. Důležité je i podání léku ve správný čas Managing Chronic Kidney Disease (2016) klade důraz na důležitost spolupráce pacienta s lékařem při kontrolách a vyšetření ledvin. Hodnoty glomerulární filtrace a albuminu v moči se mohou stále měnit, vlivem množství postižení ledvin, proto je důležité chodit na pravidelné kontroly dle pokynů ošetřujícího lékaře. Hodnota GF by se neměla snižovat a množství albuminu v moči by mělo zůstat konstantní nebo se snižovat. Dále lékař zkontroluje hodnotu krevního tlaku a v případě diabetického pacienta glykémii. Nedílnou součástí při návštěvě lékaře je i prostor pro otázky, které má pacient na srdci. Ne vždycky si však na všechny vzpomene, proto je praktické si otázky v průběhu čekání na kontrolu psát. Není špatným nápadem si na

kontrolu k lékaři vzít důvěrného přítele nebo rodinného příslušníka, který pacienta podpoří a zároveň se může doptat i na otázky, které samotného pacienta nenapadnou, či si zaznamenává odpovědi lékaře. Úprava příjmu tekutin a dieta s omezením bílkovin je také součástí konzervativní léčby u onemocnění ledvin. Pokud u nemocného dojde k poklesu GF pod 15 ml/min/1,73m², je potřeba funkci ledvin nahradit buď hemodialýzou či peritoneální dialýzou, anebo může dojít k transplantaci ledvin od živého, ale i od mrtvého dárce. Ve vyspělých státech není problém z ekonomického hlediska s dialyzační léčbou, ale tato léčba nikdy nenahradí plnou funkci ledvin (Vachek, 2012; Viklický, 2013). Šafránková (2006) popisuje, že během dialýzy dochází k procesu, kdy se tělo uměle zbavuje odpadních látek jako je urea a kreatinin a udržuje stálost vnitřního prostředí. Hemodialýza se skládá z krevního okruhu a okruhu dialyzačního roztoku, které jsou propojeny dialyzátorem. Neočištěná krev přes pumpu proudí do dialyzátoru napuštěného dialyzačním roztokem, kde se přes semipermeabilní membránu krev očistí a vstupuje zpět do těla pacienta. Odpadní látky přechází do dialyzačního roztoku (viz. Příloha č. 1). Aby pacient mohl dialýzu podstupovat, je potřeba zajistit dostatečný cévní přístup, přes který může proudit 200-500 ml objemu krve za minutu. Mezi tyto cévní vstupy se dle Schücka (1993) řadí dialyzační katétr a dialyzační fistule. Kontraindikací pro tento typ dialýzy je nemožnost zajistit cévní vstup, cévní onemocnění či koagulopatie (Viklický, 2013; Murdeshwar a Anjum, 2021). Dialyzační fistule je trvalý cévní přístup pro hemodialýzu, který se zavádí pacientům s konečným onemocněním ledvin, je více preferovány než dialyzační katétr, uvádí Marsh et al. (2021). Dále doplňuje, že jde o spojení tepny a žíly, umožní tak většímu průtoku krve, příkladem nejčastější atriovenózní fistule (AVF) je brachiocefalická či radiocefalická (viz. Příloha č. 1). Sestra by se měla vyvarovat odběru krve, měření tlaku a zavádění permanentního žilního katétru na končetině, kde se nachází AVF, aby nedošlo k jeho poškození. Také dialyzační sestry si musí všímat stavu AVF a při jakékoli změně či problému to nahlásit. S AVF se pojí i řada komplikací jako je hematoma či krvácení, trombóza, infekce nebo aneurysma. Coleman (2017) popisuje další dva cévní přístupy pro dialýzu, tunelový žilní katétr a arteriovenózní štěp (AVG), který je potřeba implantovat tři až šest týdnů před zahájením dialýzy. AVF se dá požit až šest měsíců po zavedení. Dialyzační katétr jsou uměle zavedené kanály, které se používají při dialýze. Jsou různé druhy, některé se využívají při hemodialýze, jiné zase při peritoneální dialýze. Katétr má dva lumeny, z jednoho je krev odváděna (červené zbarvení) a do druhého přiváděna (modré) (Beecham a Aeddula, 2021). Hemodialýzu je potřeba, podle Murdeshwar a Anjum (2021), provádět 3-4 hodin 3x

v týdnu, podle potřeby je možno léčbu prodloužit. I přes to může dialyzovaný pacient žít plnohodnotný život, ale vlivem různých komplikací a nemoci je doba dožití kratší než u nedialyzovaných pacientů, komplikace jsou buď onkologické, kardiovaskulární nebo infekční. Nejčastější komplikace spojené s hemodialýzou jsou svalové křeče a hypotenze. Příkladem situace, kde je potřeba okamžitě přerušit dialýzu, je syndrom dialýzy s narušením rovnováhy (většinou u pacientů, kteří mají dialýzu poprvé, projevuje se neklidem, bolestí hlavy...), dialyzační reakce (anafylaktická reakce, projevující se kopřivkou, zvýšenou teplotou v místě vpichu...), nespecifická dialyzační reakce, hemolýza, vzduchová embolie a nespecifické komplikace jako je bolest hlavy, nevolnost, zvracení. Čertíková Chábová et al. (2016) řadí mezi hemodialyzační metody i hemofiltraci a hemodiafiltraci. Při hemofiltraci dochází k filtrování vodní části plazmy s odpadními látkami přes filtr a odvádění jich z těla. Díky tomu dochází v těle k redukci nadbytečné vody a odpadních látek. Hemodiafiltrace je způsob očišťování tělních tekutin kombinací hemodialýzy a hemofiltrace. Peritoneální dialýza se provádí přes peritoneální dutinu, kde peritoneum funguje jako dialyzační membrána. Do břišní dutiny je pacientovi umístěn peritoneální katétr (viz. Příloha č. 1), přes který si vpouští jeden až tři litry dialyzačního roztoku a následně je za stanovený počet hodin zase vypustí (viz. Příloha č. 1). Kontraindikací pro tento typ dialýzy je například neopravená břišní kýla či břišní adheze. Pacient musí pracovat během výměny dialyzačního roztoku asepticky, aby si neznečistil dutinu břišní a nedošlo až k rozvoji peritonitidy. Peritoneální dialýza je výhodnější než hemodialýza, jak z hlediska finančního, tak i z hlediska delšího přežití pacientů, také během tohoto typu dialýzy pacient všechno provádí v pohodlí domova a nemusí docházet do dialyzačního centra (Šafránková, 2016; Sachdeva et al., 2021). Článek Automatizovaná peritoneální dialýza aneb dialýza během spánku (2016) uvádí, že kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy (CAPD) užívá systém vaků. Jeden vak je naplněný dialyzačním roztokem a druhý se používá na vypouštění odpadního dialyzátoru, existuje i automatická peritoneální dialýza (APD), která probíhá v noci. Pacient má doma malý přístroj (cycler), přes který dialýza probíhá (viz. Příloha č. 1). Celý proces trvá mezi osmi a deseti hodinami, kdy proběhne určitý počet dialyzačních výměn. Cycler obsahuje paměťovou kartu, kde jsou od lékaře informace o dialýze (délka dialýzy, vypouštění a napouštění dialyzačního roztoku...), které přístroj provádí. Někteří pacienti potřebují během dne využít i CAPD, ale většina si od dialýzy přes den „odpočine“. Takový způsob dialýzy pacientům umožní žít přes den život bez omezení nebo závislosti na dialýze. Před zahájením léčby tímto typem dialýzy jsou pacienti proškoleni specializovanou sestrou,

kdy se sestra ujistí, že je pacient schopný vykonávat dialýzu doma sám. Transplantace ledvin, jak uvádí Abramyam a Hanlon (2021), je další a nejlepší možností léčby pacientů s CKD. Pacienti s transplantovanou ledvinou přežívají déle než pacienti na dialýze a mají vyšší kvalitu života. Do transplantčního centra a následně k transplantaci je pacient doporučen nefrologem na základě jeho GF, zároveň nefrolog zahájí intervence pro začátek dialyzační léčby. Avšak, čím déle je pacient na dialýze, tím horší výsledky po transplantaci ledvin má. Absolutní kontraindikací je závažné kardiální nebo plicní onemocnění, malignita, infekce, neschopnost snést chirurgický zákrok. Mezi relativní kontraindikace se řadí obezita či nedodržování stanoveného režimu. Viklický (2013) popisuje, že ledvina může být transplantovaná buď od živého, nebo mrtvého dárce. Příjem ledviny od živého dárce je nejlepší léčbou selhávání ledvin (a tím pádem i CKD). Transplantovaná ledvina může vydržet až 18 let, což je 2x déle než u pacienta, který dostal ledvinu od mrtvého dárce. V dnešní době nevádí, že dárce ledviny nemá s příjemcem kompatibilní krevní skupinu. Na základě této situace se měsíc před transplantací příjemce připravuje na inkompatibilní transplantaci pomocí imunosupresivních léků a speciálních procedur. Transplantace ledvin od žijících dárců se dá také uskutečnit díky párové výměně. Funguje na principu, kdy první ledvina je dána od nezištného dárce, dostane ji jeden pacient, který je v páru (manželka – manžel; sestra – bratr) a ten druhý z páru dá ledvinu někomu dalšímu v páru. Takto se může uskutečnit i několik výměn. Další možností získání ledviny je již zmíněná transplantace od mrtvého dárce. Pacient je na základě vyšetření a laboratorních výsledcích zařazen na čekací listinu, v ČR se na ledvinu čeká cca jeden rok. Během čekání jsou čekatelé průběžně vyšetřováni, na základě čehož se pořadí na čekací listině může měnit. Koordinační středisko transplantací na svých webových stránkách v článku *Kontaktujte nás* (2022) má vypsaná místa, kde transplantace probíhají, je to například IKEM Praha, Plzeň, Hradec Králové či Olomouc. Publikace Abramyana a Hanlona (2021) informuje o možných přístupech transplantace ledviny, buď laparoskopicky nebo otevřeným přístupem. Komplikací při transplantaci ledvin může být krvácení, infekce, lymfokéla či trombóza.

Druhá kapitola bakalářské práce se zaměřuje na specifickou úlohu sestry v managementu podpory zdraví. Pojednává o sesterské práci, která je specifická u pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Dále kapitola obsahuje informace o prevenci a podpoře zdraví při chronickém ledvinném onemocnění. V poslední části jsou popsány národní i mezinárodní sdružení, které se zabývají problematikou v nefrologii.

3 SPECIFICKÁ ÚLOHA SESTRY V MANAGEMENTU PODPORY ZDRAVÍ U PACIENTŮ S CHRONICKÝ ONEMOCNĚNÍM LEDVIN

Plevová et al. (2012) uvádí, že management, který se do českého jazyka dá přeložit jako řízení či vedení, je proces skládající se z několika důležitých kroků, které vedou ke splnění vytyčeného cíle. Prvním krokem je určení cíle, kterého se má dosáhnout. V dalších krocích se určuje způsob, prostředky a časové rozvržení. Nesmí se zapomenout na komunikaci mezi manažerem a lidmi, které vede. Posledním krokem je kontrola odvedené práce, určitá zpětná vazba, která může probíhat buď průběžně nebo až na konci procesu. Nezanedbatelnou částí v managementu je i motivace. Ten, který druhého motivuje, mu dodává sílu a vytrvalost vykonávat aktivitu, která vede k určenému cíli. Pro manažera, podle Hekelové (2012) je, jak už bylo zmíněno, velmi důležitá komunikace s lidmi, které vede, a time-management. Dále poukazuje na specifika zdravotnického managementu. Tento typ vedení lidí má jinou filozofii než management v jiném oboru. Služba, kterou zdravotníci poskytují, se v mnohém liší od služeb, které jsou poskytovány v jiných odvětvích. V první řadě mají zdravotníci větší zodpovědnost za poskytovanou službu. Dále platí, že pokud jsou služby poskytnuty správně, pacient/ klient se vrátí za co nejdélší dobu, což u ostatních poskytovatelů služeb funguje naopak. Dalším faktorem, který odlišuje zdravotnický management od ostatních je míra stresu, která je ve zdravotnictví velmi vysoká, a s tím spojený hrozící syndrom vyhoření. Ve zdravotnickém managementu je zvýšený nárok na komunikaci, probíhá neustále. Správná komunikace je náročnější a zároveň důležitější, pokud sestra mluví s pacientem, který je nervózní nebo se bojí. Existují určité zásady při komunikaci s pacientem, které se v managementu využívají. Důležité je, aby všichni zdravotnický personál podával pacientovi stejné informace v takovém rozsahu, v kterém poznatky pacient pochopí. Je potřebné stanovit rozsah/ množství sdělení, které je v dané chvíli potřeba sdělit pacientovi. Komunikaci je potřeba upravit i podle toho, komu sestra sděluje informace. Jinak bude komunikovat s dítětem, jinak s jeho rodiči a jinak se starším pacientem. Směrnice od Levina, Hemmelgarnové, Culletona et al. (2008) vymezují několik bodů, kterými pacient s chronickým onemocněním podporuje zdraví:

- Obézní pacienti (BMI přesahuje 30 kg/m^2) a pacienti s nadváhou (BMI v rozmezí $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) by měli svoji tělesnou hmotnost zredukovat, sníží tím riziko

vzniku CKD a terminálního stádia onemocnění ledvin. Snížení tělesné hmotnosti či udržení si zdravé tělesné hmotnosti (BMI 18,5 – 24,9 kg/m², obvod v pasu u mužů by neměl přesahovat 102 cm a u žen 88 cm) vede k prevenci hypertenze nebo ke snížení hypertenzních hodnot.

- Pacientům s CKD se doporučuje 30 až 60ti minutové cvičení střední intenzity čtyřikrát až sedmkrát týdně, spadá sem chůze, běh, plavání či jízda na kole.
- Doporučení v podpoře zdraví u pacientů s CKD ohledně stravy je dieta s kontrolovaným množstvím bílkovin (0,8-1 g/kg/den), vyvážená strava a omezené množství soli, do 100 mmol/den.
- V neposlední řadě je důležité odvyknout kouření a snížit příjem alkoholu. Absence kouření snižuje riziko vzniku CKD, terminálního stádia onemocnění ledvin či vzniku kardiovaskulární choroby. Konzumace alkoholu by měla být omezena na maximálně dva nápoje denně, u mužů by neměla přesáhnout 14 nápojů za týden, u žen devět nápojů.

3.1 *Specifická práce sestry u pacientů s chronickým onemocněním ledvin*

Přípravu pacienta na dialyzační léčbu má na starosti mimo jiné i sestra, udávají Kontrová a Borbélyová (2006). Seznámí pacienta s principem a průběhem dialyzační léčby ze sesterského hlediska. Informuje o nutnosti očkování proti hepatitidě B, o potřebě zavedení cévního či peritoneálního vstupu. Pokud bude pacient podstupovat hemodialýzu, sestra mu vysvětlí princip AV fistule a péči o něj. Při peritoneální dialýze sestra seznámí pacienta s touto metodou, popíše mu potřebu být chvíli hospitalizován kvůli vysvětlení a naučení se obsluhy peritoneální dialýzy a i to, že se má chránit před infekcí. Pokud bude pacient podstupovat peritoneální dialýzu, je potřeba zjistit, zda má pacient k této metodě očišťování krve uspořádaný byt. Podle Čertíkové Chábové (2016) je jedním z požadavků na pacienta zařízení místo v domě na uskladnění dialyzačního roztoku na jeden měsíc. Dále sestra informuje pacienta o životosprávě, správné výživě (ideální je zařízení konzultace s nutričním terapeutem, popisují Haluzíková a Břegová (2019), hygienických návyků, pohybové aktivitě a podpoří ho v aktivním přístupu k dialyzační léčbě. Při příchodu pacienta na hemodialyzační středisko mu sestra změří tělesnou teplotu, krevní tlak, pulz a zváží ho, tím zjišťuje váhový příbytek. Všechny informace si sestra zaznamená do dokumentace. Následně pacienta uloží na lůžko a

zkontroluje mu končetinu s cévním přístupem, hledá známky aneuryzmatu, hematomu a lokální infekce, zjišťuje funkčnost končetiny. Poté přijde na řadu kanylace, pacient si omyje končetinu s cévním přístupem vodou a sestra si připraví pomůcky na výkon. Poté sestra na pacientově končetině najde vhodný úsek žíly, kam po dezinfekci zavede dialyzační kanylu, mělo by to být nejméně 5 cm od anastomózy a vzdálenost mezi první a druhou (arteriální a venózní) kanylou by neměla být více jak 5 cm. Existují dva způsoby, kterými si sestra rozvrhne vpichy kanyl. První je knoflíkový způsob, kde si sestra určí 4 až 6 míst vpichu, které postupně střídá. Druhým typem je žebříkový způsob, kdy místa vpichu posouvá, při každé dialýze, o několik málo milimetrů. Kanylační jehla se zavádí pod úhlem 25 až 30° a následně se zajistí náplastí. Následně sestra podá antikoagulancia dle ordinace lékaře a na dialyzačním přístroji nastaví průtok krve taktéž dle ordinace lékaře. Během dialýzy je úkolem sestry sledovat místo vpichu kanyl, zaměřuje se na krvácení či hematoma. Také sleduje arteriální tlak, dynamický venózní tlak (pokud je vyšší, signalizuje komplikace) či krevní recirkulaci. Po ukončení dialýzy sestra vyndá kanyly a místa vpichu překryje sterilním krytím (Schück, 1994; Kontrová a Borbélyová, 2006). Pacienti, kteří mají na jedné z končetin AV fistuly či jakýkoli jiný cévní vstup, se musí o danou končetinu správně starat a šetřit ji (Kontrová a Borbélyová, 2006). Na končetině nesmí být měřen krevní tlak, nesmí být zavedena periferní žilní kanyla, ani se nesmí odebírat krev. Vstup pro dialýzu je určen pouze pro tuto proceduru, není možné ho využívat pro odběr tělních tekutin či pro podávání léků. Cévní vstupy mohou používat pouze vyškolení pracovníci. Pacient by se měl vyvarovat infekci tím, že místo cévního vstupu bude udržovat čisté a suché. Některé cévní vstupy jsou chráněny obvazy, které je potřeba pravidelně měnit, jiné nejsou chráněny ničím. Po prvních šesti měsících by měl pacient s končetinou cvičit a posilovat ji, zároveň by se měl vyvarovat jejímu namáhání, například ve formě přenášení těžkých předmětů (Chicca, 2020). Peritoneální katétr by měl být neustále fixován k břichu, aby nedošlo k vytržení v místě jeho výstupu z těla. Haluzíková a Břegová (2019) určují frekvenci převazování katétru jedenkrát za týden, převaz by měl probíhat asepticky. Dle Kontrové a Borbélyové (2006) si sestra i pacient nasadí ústenku. Sestra následně sundá krytí z katétru a hodnotí známky krvácení, bolesti, sleduje stav kůže a zda neprosákl dialyzátor do podkoží. Odebere vzorek z vývodu katétru. Následně vydezinfikuje dle ordinace lékaře či dle standardů oddělení/ dialyzačního střediska okolí vývodu, dezinfekce nesmí obsahovat alkohol, aby nedošlo k poškození katétru. Překryje sterilním krytím a katétr zafixuje k břichu. Sestra pacienta seznámí s tímto postupem a vysvětlí mu důvody častých převazů. Levy, Brown

a Lawrence (2016) kladou důraz na podstupování edukačního setkání pacienta s peritoneální dialýzou a sestry. Edukace by měla probíhat v klidné místnosti, individuálně, pokaždé se stejnou sestrou. Pokud pacient neprovádí dialýzu sám, ale blízká osoba, i ta by měla být přítomna. Během setkání sestra nacvičuje s pacientem či kontroluje správné provádění dialýzy, snaží se s pacientem více seznámit. Důležitá je důvěra mezi sestrou a pacientem, pro pacienta je následně jednodušší se sestře svěřit s obavou či dotazem. Podle Kontrové a Borbélyové (2006) je ošetrovatelská péče o pacienta, který využívá metodu CAPD následující. Sestra mimo jiné připraví dialyzační roztok, který je potřeba zahřát na teplotu lidského těla. Po usazení či ulehnutí pacienta dochází přes speciální set k vypuštění dialyzačního roztoku z těla. Následně sestra část setu propláchne čistým roztokem a nechá nový dialyzační roztok vtéct do břicha pacienta. Během výměny sestra sleduje pacientovo břicho, rychlost vtékání a vytékání roztoku, vzhled roztoku a jakékoli komplikace (bolest, příznaky peritonitidy). Sestry úkol je i práce s dokumentací, kam zaznamená typ dialyzačního roztoku, délku výměny, krevní tlak a hmotnost pacienta. Pokud sestra pacienta navštívila v jeho obydí, hodnotí jeho sociální a hygienické podmínky a také jeho úroveň soběstačnosti. Během edukace ohledně léčby APD sestra edukuje pacienta nebo osobu, která se o pacienta stará o technikách a principech léčby APD, o pomůckách, přípravě a kontrole dialyzačního procesu, o měření fyziologických funkcí a jejich zaznamenávání. Také o nutnosti vážení se před výkonem a po výkonu. Sestra napojí pacienta na dialyzační přístroj, propláchne daný set a spustí dialyzační proces. Zase sleduje břicho pacienta, vzhled roztoku, rychlost natékání a vytékání roztoku a možné komplikace. Po ukončení dialýzy sestra umožní pacientovi nácvik se cvičným materiálem. Dále ho informuje o dialyzačním roztoku, o nutnosti sledování bilanci tekutin a váhy, o dodržování léčebného režimu, sledování možných komplikací či poruch přístroje. Všechno si pacient musí zaznamenávat do dokumentace. Během celé edukace si sestra všímá zručnosti pacienta a jeho znalostí. Sestra by měla obstarat pacientovi edukační letáček s dalšími informacemi. Arslan (2020) definuje některé ošetrovatelské intervence: sledujte fyziologické funkce pacienta; sledujte hmotnost pacienta; sledujte stav výživy pacienta; doporučte výrazné snížení příjmu tekutin/ snížení bílkovin/ draslíku/ soli; doporučte zvýšení příjmu kalorií. Belleza (2021) udává další intervence: zhodnoťte stav tekutin/ chápání důvodu selhání ledvin/ chápání nutnosti léčby; posuďte pacientovi reakce/ reakce pacientovi rodiny na nemoc. Haluzíková a Břegová (2019) uvádějí jiná intervence: aplikujte kyslík dle ordinace lékaře; monitorujte bolest; zajistěte odběry tělních tekutin na vyšetření; edukujte pacienta

o psychické a fyzické stránce; poskytněte pacientovi dialyzační metody dle ordinace lékaře; ošetřujte cévní vstupy asepticky; podávejte léky dle pokynů lékaře; podporujte pacienta v průběhu léčby.

3.2 *Specifická úloha sestry v managementu podpory zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin*

Sestra má velmi důležitou roli v péči o pacienta s CKD, podává mu informace o daném onemocnění, o stavu, v kterém se pacient nachází. Vzdělává ho, aby mohl sám podporovat své zdraví. Sestra se zaměřuje hlavně na vysvětlení důležitosti kontrolování si krevního tlaku (domácí monitorování) a hladiny glykémie, jako prevence progresu CKD. Dále se dle článku Chronic Kidney Disease Management (2022) zaměřuje na edukaci v problematice výživy a zdravého pohybu. Chicca (2020) klade důraz i na psychickou pohodu.

3.3 *Prevence vzniku chronického onemocnění ledvin*

Kouření, konzumace jídel s vysokým obsahem bílkovin a vysoký krevní tlak podstatně zvyšují pravděpodobnost vzniku CKD, popisuje internetový článek Onemocnění ledvin: příčiny a prevence (2021). Naopak nejlepší prevence je nekouřit, jíst zdravé jídlo (s důrazem na nižší obsah bílkovin), pravidelně kontrolovat krevní tlak, popřípadě vysoký krevní tlak léčit (dle ordinace lékaře). Diabetici by si měli hlídat hladinu cukru v krvi (glykémii). Měl by se alespoň 3x týdně po 30 minutách hýbat (plavání, jízda na kole). Pokud je člověk obézní, měl by v rámci prevence nejenom CKD i zhubnout. Prevence onemocnění ledvin (2022) klade důraz i na dostatečný příjem tekutin hlavně v horkých letních měsících.

3.4 *Krevní tlak a chronické onemocnění ledvin*

Hamrahian a Falkner (2016) definují hypertenzi jako civilizační onemocnění, které má za příčinu kardiovaskulární onemocnění, cerebrovaskulární onemocnění (cévní mozková příhoda) a onemocnění ledvin. U onemocnění ledvin to může být i naopak, (tzn. že poškození ledvin má za následek hypertenzi). Příkladem vzniku může být problém se sodíkem v ledvinách anebo narušení systému renin-angiotenzin-aldosteron. Důležitá je denní monitorace krevního tlaku, kdy hodnoty by měly být menší než 130-139/80-85 mm Hg, i když se ta hodnota stále diskutuje. Stanovení léčby je složité, měla by to být kombinace antihypertenziv s diuretiky, dále by pacient měl dodržovat režimová opatření,

k nimž se vztahuje i změna životního stylu a omezení soli v potravě (Rychlík et al., 2020). Dle Vytečkové et al. (2013) sestra v dnešní době měří tlak nejčastěji oscilační metodou, což je pomocí digitálního tonometru. Sestra by si před výkonem měla vydezinfikovat ruce a seznámit pacienta s výkonem. Musí zvolit správnou délku a šířku manžety, což je u dospělého 11,5 – 13 cm do šířky a 22 – 26 cm do délky, jinak by mohla být naměřena neadekvátní hodnota. Sestra vyzve pacienta k vyhrnutí rukávu nebo sundání oděvu. Nejčastěji se krevní tlak měří na paži, manžeta se umístí 2-3 cm nad loketní jamku, kde prochází a. brachialis. Po nasazení manžety, která nesmí být moc utažena, ale ani moc volná, sestra zapne digitální tonometr, na jehož obrazovce se objeví hodnota, kterou sestra zapíše do dokumentace. Předtím však sundá manžetu a vydezinfikuje si ruce.

3.5 *Diabetes mellitus a chronické onemocnění ledvin*

Podle Pont'ucha (2017) pacienti, kteří mají diagnostikovaný diabetes mellitus mají větší pravděpodobnost výskytu onemocnění ledvin, proto je potřeba tyto pacienty více monitorovat. Postižení ledvin může být vlivem diabetické nefropatie či nediabetickým onemocněním ledvin. Některé rizikové faktory pro vznik onemocnění ledvin můžeme ovlivnit léčbou, jako je například hypertenze, vysoká hladina glykémie či dyslipoproteinémie. Další rizikové faktory jsou obezita a kouření. Diabetici si v dnešní době mohou měřit hodnotu glykémie sami v rámci selfmonitoringu glykémie, uvádí publikace Vytečkové et al. (2013). Sestra musí umět nejenom správně odebrat kapilární krev na toto vyšetření, ale dokázat i vhodně edukovat pacienta s diabetem, jak má tento odběr sám provést. Před samotným odběrem krve je potřeba zapnout glukometr tím, že se do něho vloží proužek k testu. Následně dojde k samotnému odběru, kde je potřeba místo vpichu prve vydezinfikovat a po objevení kapky krve kapku setřít a až následně přiložit proužek k místu vpichu. Krev se nasaje a přístroj po chvilce vyhodnotí výsledek. Je potřeba místo vpichu správně ošetřit a hodnotu glykémie zaznamenat.

3.6 *Dietní opatření*

V nynější době jsou stravovací návyky takové, že z velké části v jídelníčku převládají živočišné bílkoviny, avšak nedostatek ovoce a zeleniny. Ledviny tento typ stravy špatně snášejí, je narušena přirozená funkce orgánu. Takto vedený životní styl, společně s vyšším věkem populace a obezitou, způsobuje chronické onemocnění, včetně chronického onemocnění ledvin. Výživa při CKD má tři hlavní cíle. Zaprvé se snaží vyvarovat zanesením krve zplodinami, které vznikají z látkové přeměny. Dále má za cíl

předejít malnutrici a v neposlední řadě chce zpomalit vývoj CKD (Hrubý, Mengerová, 2010; Kramer, 2019). Dieta, kterou by měli pacienti s chronickým onemocněním ledvin dodržovat se nazývá nízkobílkovinná. Je založena na principu, že vysoký obsah bílkovin škodí ledvinám, zároveň náš organismus bílkoviny potřebuje. Tím pádem by výběr jídla měl být upraven tak, aby se potraviny s vysokým obsahem bílkovin (kuřecí maso, zrající sýr) nahradily potravinami s nízkým obsahem bílkovin (ryby, čerstvý sýr). Kolik gramů bílkovin může pacient za den zkonzumovat, záleží na stádiu poškození ledvin. Pokud je poškození ledvin ve stádiu G2-G3a, pacient může sníst 0,8g/kg/den. Čím více jsou ledviny postižené, tím bílkovinné zastoupení ve stravě klesá. Ve stádiu G3b-G4 je doporučený příjem bílkoviny na den 0,6g/kg. Dle Hrubého a Mengerové (2009) dialyzovaní pacienti mají přijímat vyšší množství bílkovin (1,2g/kg/den) než pacienti podstupující léčbu CKD bez dialýzy. Zplodiny, které vzniknou přeměnou bílkovin, jsou z těla pacienta odváděny přes dialýzu. Další složky potravy, jako jsou tuky a sacharidy, jsou také velmi důležité. Tuků by mělo ideálně být 20-25 % z celkového příjmu/den. Vyvážený příjem lipidů může oddálit vznik kardiovaskulárních chorob. Rostlinné tuky by měli mít větší zastoupení ve výživě dialyzovaných pacientů než tuky živočišné. Podíl sacharidů ve stravě by měl být 55-60 % z celkového energetického příjmu. Pacienti s CKD by měli přijímat jak jednoduché sacharidy (med, ovoce), tak složené (rýže, zelenina). Vláknina je další nezastupitelnou složkou potravy, za den by měla být přijata v množství 25-30g (Novák, et al., 2021). Hemodialyzovaný pacient i pacient s CKD, který ještě nevyžaduje dialýzu, by měl přijímat jen omezené množství tekutin, tak píše Hrubý a Mengerová (2010). Příjem tekutin by neměl být převyšен objemem vyloučené moče za jeden den o půl litru. Takže, pokud pacient během sledovaného období vymočí 550ml za den, tak může přijmou 1050ml tekutin, což odpovídá 6-8 sklenkám. Nadbytečné množství tekutin v těle způsobuje únavu srdečního svalu a může způsobovat otoky. Pacienti si při počítání příjmu tekutin musí uvědomit, že tekutiny přijímají nejenom v nápojích, ale i ve většině jídel. Při vysokém příjmu sodíku dochází ke zvýšení krevního tlaku a otokům. Pacienti s CKD by se měli vyvarovat nadměrnému solení, konzervovaným potravinám, uzeným jídlům a konzumaci ve fast foodech. Díky omezenému příjmu tekutin je potřeba omezit i příjem draslíku, neboť by při vysokém objemu tohoto prvku v těle mohlo dojít k poruchám srdeční aktivity. Draslík se nachází převážně v ovoci a zelenině. Kolik kusů ovoce a zeleniny může pacient s CKD sníst záleží na laboratorních hodnotách. Potraviny, které obsahují větší množství draslíku jsou brokolice, brambory, rajčata, ořechy, pomeranče, banány či kiwi. Příčinou oslabení kostí může být fosfor, proto by se pacienti

měli vyhýbat živočišným výrobkům (maso a mléko či výrobky z mléka) a sladkým nápojům či pivu. Vlivem omezeného příjmu bílkovin a fosforu dochází k nedostatečnému množství vápníku v těle, proto je dobré vápník doplnit formou tablet (Hrubý, Mengerová, 2009; Hrubý, Mengerová, 2010).

3.7 Další možná podpora zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin

V článku Managing Chronic Kidney Disease (2016) se uvádí, že se pacient musí pro fyzickou aktivitu sám rozhodnout a ve svém rozhodnutí být odhodlaný a vytrvalý. Touto činností pacient nejenomže snižuje svoji hmotnost a stres, ale také pozitivně ovlivňuje svůj krevní tlak a hladinu glukózy v krvi. Lékař by měl každému pacientovi poradit, který typ fyzické aktivity je pro něj nejvhodnější. U pacientů s mírným až středně těžkým CKD by během fyzické aktivity neměl pociťovat větší únavu než zdravý člověk, avšak dialyzovaní pacienti se rychleji unaví a zadýchají (Liwing with Chronic Kidney Disease, 2019). Pacient by měl být seznámený s tím, že obezita ztěžuje práci ledvinám a díky tomu může dojít k CKD. A to i bez toho, že by pacient trpěl hypertenzí či byl diabetik. Avšak všechno je to velmi propojené, neboť samotná obezita může mít za příčinu vznik diabetu mellitu i hypertenze a tím spojené poškození ledvin. Pro snížení váhy je velmi důležité úprava stravy a fyzická aktivita, mezi níž se dá zařadit rychlejší chůze, plavání, tanec či jízda na kole. Kratší doba (30 minut) fyzické aktivity každý den v týdnu je vhodnější než cvičení delší dobu párkrát do týdne (Health Risks of Overweight & Obesity, 2018). Doporučená délka spánku u dospělého člověka je 7 až 8 hodin. Dostatek spánku je velmi důležitý pro psychické a fyzické zdraví člověka, také ovlivňuje krevní tlak a hodnoty glykémie v krvi. Mezi typy pro zlepšení spánkových zvyků patří např. vyhrazení si dostatečný čas na spánek, což zaneprázdnění lidé podceňují. Sleep Deprivation and Deficiency (2021) doporučuje chodit spát a vstávat ve stejnou dobu, a to i o víkendu. Před spaním by se měl člověk vyvarovat sledování televize nebo počítače, také většímu jídlu. Dále by se měl člověk před spaním vyhnout kouření cigaret, požívání alkoholu a kofeinu. Pokud člověk nemůže v noci usnout, tak by spánek během dne měl omezit maximálně na 20 minut (Managing Chronic Kidney Disease, 2016). Kouření může závažně poškodit ledviny. Díky překonání závislosti a zanechání kouření se může zvýšit i krevní tlak a snižuje se pravděpodobnost vzniku kardiologických onemocnění. S omezením kouření je potřeba omezit i pití alkoholu, popisuje článek Keeping your kidneys healthy (2021). Stresu se dá vyvarovat mnoha způsoby, např. posloucháním oblíbené hudby, fyzickou aktivitou či spánkem. Když se člověk nevyvaruje stresu, stav

jeho ledvin se může zhoršit a stav samotného pacienta se může překlenout až v depresi. Depresí trpí mimo jiné lidé s chronickým onemocněním. Pomocí jim může být vyhledání odborníka nebo rozhovor s blízkou osobou či duchovním, uvádí Managing Chronic Kidney Disease (2016).

3.8 Státní i mezistátní sdružení v nefrologii

Podle Haluzíkové a Břegové (2019) je Česká nefrologická společnost jedna ze státních sdružení, která shromažďuje nefrologické lékaře a další vysokoškolsky vzdělané odborníky. Zabývají se diagnostikou, léčbou a výzkumem onemocnění ledvin. Na webových stránkách tohoto sdružení jsou informace nejen pro vzdělané v tomto oboru, ale i pro laiky a pacienty trpící chorobou ledvin. V roce 1960 byla založena Mezinárodní nefrologická společnost, která si mezistátně předává zkušenosti a informace o prevenci, diagnostice, výzkumu a vzdělávání v oblasti ledvinných onemocnění. Hlavně se zabývá rozdíly v rozvojových a vyspělých zemích. (Kdo jsme a co děláme?, 2021; Vision, Mision, Values, 2021). Zvyšování odbornosti studentů, pracovníků ve zdravotnictví, ale i široké veřejnosti má za cíl Česká nadace pro nemoci ledvin. Zabývá se prevencí, moderní diagnostikou, léčbou a v neposlední řadě i výzkumem. Snaží se dostat do podvědomí laiků a pacientů informace o chorobách ledvin a jejímu předcházení. Výměnu poznatků mezi národy o zvyšování kvality života a zlepšování zdraví u pacientů s onemocněním ledvin má na starosti Mezinárodní federace nadací pro nemoci ledvin. Federace se soustřeďuje převážně na vzdělání, výzkum a podporu zdraví. Každoročně vyhláší Světový den ledvin. Během tohoto dne dochází k intenzivnější osvětě o chorobách ledvin, veřejnost dostává informace o prevenci, diagnostice a možné léčbě. V rámci tohoto dne probíhají i preventivní prohlídky, kde nefrologická sestra má nezastupitelnou roli. Světový den ledvin, který v roce 2022 připadl na 12. března, informuje o tom, že 10-15 % lidí na světě trpí určitým typem onemocnění ledvin, popisuje článek Světový den ledvin (2021) (Haluzíková a Břegová, 2019). Česká transplantáční společnost či Společnost pro orgánové transplantace jsou podle Haluzíkové a Břegové (2019) organizace, které se zaměřují na transplantáční medicínu. Evropská dialyzační a transplantáční asociace se kromě transplantací ledvin zabývá i dialýzou a například vysokým krevním tlakem. Sestry pracující v nefrologickém oboru mají možnost se setkávat, předávat si mezi sebou zkušenosti, prohlubovat své znalosti, účastnit se kongresů a seminářů. To všechno se uskutečňuje díky Nefrologické sekci České asociace sester. Sekce se řadí mezi členy Evropské asociace dialyzovaných a transplantovaných

sester/Evropské asociace renální péče (EDTNA/ERCA). EDTNA/ERCA má zájem na zvyšování kvality péče v nefrologii, zkvalitnění odbornosti v tomto oboru. Vytváří normy a standardy, zabývá se výzkumem (Kracíková, 2010). Lidé, kterým bylo diagnostikované onemocnění ledvin, mají na výběr z mnoha organizací či sdružení, které shromažďují pacienty s touto chorobou, udává Haluzíková a Břegová (2019). Sdružení pro pacienty s onemocněním ledvin má za cíl pomáhat a podporovat chronicky nemocné v běžných aktivitách (návrat do práce) a v prevenci. Spolek CiKáDa sdružuje nejenom pacienty, ale i jejich rodiny. Edukuje je v oblasti prevence a léčby. Od roku 1989 na území České republiky funguje Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných. Sdružuje transplantované pacienty a pacienty s chronickým onemocněním ledvin, kteří podstupují pravidelnou dialýzu. V naší zemi jsou i organizace, jejichž členi jsou sportovci po transplantaci – Český tým transplantovaných. Existuje i sportovní klub, který pořádá letní a zimní sportovní hry pro transplantované a dialyzované. Dialyzovaní a transplantovaní pacienti mají svůj vlastní časopis Stěžeň, který začal vycházet na konci 80. let minulého století. Vychází čtyřikrát do roka a mezi rubriky čtenář najde informace o aktuálním dění na poli dialýzy a transplantace (Z obsahu, 2021).

Následující kapitoly pojednávají o cíli bakalářské práce a výzkumných otázkách, který se s tím pojí. Seznamují s metodou, kterou byl prováděn sběr dat a způsobu jejich vyhodnocení. Definují pojmy, které jsou ve výzkumné části hojně využívány.

4 PROBLEMATIKA PODPORY ZDRAVÍ U PACIENTŮ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM LEDVIN – METODIKA PRÁCE

Chronické onemocnění ledvin je nevyléčitelné, pacient už nikdy nebude mít takovou funkci ledvin, jako měl kdysi. Podpora zdraví je velmi důležitá, neboť se pacient snaží o předcházení vzniku nemoci či její progrese, pokud nemoc již propukla. Pacient podporou zdraví pomáhá tělu vypořádat se s nemocí, v případě CKD udržet onemocnění v takové fázi, v jaké je. Zároveň podpora zdraví pomáhá pacientovi i po psychické stránce, pacient si přijde víc užitečný, s tím, že pro své zdraví něco dělá. Tato práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část. Ve výzkumné části byla využita kvantitativní forma výzkumu ve formě dotazníků.

4.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním.

Parciální cíle

- 1) Uskutečnit analýzu percepce podpory zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin.
- 2) Zjistit percepční faktory determinující podporu zdraví u sester v managementu podpory zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin.
- 3) Identifikovat kritická místa v podpoře zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin.
- 4) Vypracovat informační brožuru pro pacienty na podporu zdraví při chronickém onemocněním ledvin (viz. Příloha č. 5).

Výzkumné otázky

- 1) Jaká je percepce vnímání zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin?
- 2) Jak sestry hodnotí faktory determinující podporu zdraví?
- 3) Která místa v oblasti podpory zdraví jsou kritická?

- 4) Z jakých důvodů existují determinanty v podpoře zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin?

4.2 Operacionalizace pojmů použitých v cíli bakalářské práce

Chronické onemocnění ledvin

Chronické onemocnění ledvin je takové postižení ledvin, kdy glomerulární filtrace je nižší než 60ml/ min/ 1,73m² po dobu více jak tři měsíce. Ledviny mohou být poškozeny či nikoli. Onemocnění se dále projevuje albuminurií či hematurií, kdy se vyloučí krvácení z urologické příčiny. Při ultrazvukovém vyšetření se zjistí strukturální abnormality, při biopsii jsou nálezem patologické abnormality (Definition of CKD, 2020).

Management

Plevová et al. (2012) překládá management do českého slova vedení. Cílem managementu je splnění cíle, který je stanovený manažerem. Celý proces má několik kroků, kam se řadí plánování, kontrolování, organizování a v neposlední řadě i motivace. Hekelová (2012) klade důraz na skutečnost, že zdravotnický management má jinou filozofii než management v ostatních oborech.

Podpora zdraví

Podpora zdraví má za cíl předcházet vzniku onemocnění. Pokud nemoc již u pacienta vznikla, tak jejím cílem je zabránit progresi či pomoc při znovu navrátit zdraví, pokud to lze. Dále se podpora zdraví snaží o dosažení pohody v oblasti duševní a psychické (Groene, 2005).

4.3 Metoda výzkumu – dotazník

Pro výzkumnou část jsme si připravili dva dotazníky, jeden dotazník byl pro pacienty (viz. Příloha č. 2) a druhý byl pro sestry (viz. Příloha č. 3). Dotazník pro pacienty se celkem skládal z 35 uzavřených otázek. Byl rozdělen do pěti kategorií, v každé kategorii bylo několik otázek, nejméně 5 a nejvíce 8, a doplněn o demografické údaje. Zaměřen byl převážně na zodpovědnost pacientů za své zdraví, na jejich fyzickou aktivitu, stravování a pitný režim, v neposlední řadě na vztahy a psychické zdraví. Dotazník pro sestry obsahoval 20 otázek, byly využité jak uzavřené, tak polouzavřené i otevřené otázky. První čtyři otázky zjišťovali demografické údaje o respondentech. Další

otázky zjišťovaly poznatky ohledně předávání informací o podpoře zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním (CKD) – jak to probíhá, kde a kdy.... Dále získávaly informace, zda jsou sestry sami dostatečně informovány o problematice podpory zdraví u pacientů s CKD, v jakých oblastech podpory zdraví pacienty nejčastěji informují či co by chtěli v předávání tohoto typu informací změnit.

4.4 Sběr dat

K zodpovězení otázek v dotazníku byly vybrány sestry pracující v dialyzačním středisku a pacienti trpící chronickým onemocněním ledvin navštěvující dialyzační středisko. Dialyzační střediska byla vybírána v Jihočeském kraji, dotazník vyplnili pacienti a sestry ze 4 dialyzačních středisek. Sběr dat probíhal papírovou formou v období ledna roku 2022. Ve dvou dialyzačních střediscích byly dotazníky pro sestry i pro pacienty rozdány přesně na počet, postaraly se o to vrchní sestry, které si dotazníky i samy vytiskly. Do třetího dialyzačního střediska bylo dodáno 50 dotazníků pro pacienty a 15 dotazníků pro sestry. Vrátilo se 19 vyplněných dotazníků pacienty a osm sestrami. V posledním dialyzačním středisku upozorňovali, že nemají dostatek schopných pacientů, nakonec se vrátilo 10 vyplněných dotazníků (návratnost byla 50%). Dotazníků zaměřených na sestry se vrátilo 7 z 10. Všechny sestry pracující v dialyzačních střediscích, kam byl dotazník dodán, se zúčastnily výzkumu.

4.5 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek se skládá ze 106 respondentů. Na dotazníky pro sestry zodpovědělo 32 sester a dotazníky pro pacienty vyplnilo 74 pacientů. Výběr respondentů byl záměrný.

4.6 Analýza dat

Nejdříve byly zakódovány údaje z dotazníků, následně byly všechny odpovědi respondentů zaneseny do připravené excelové tabulky. Byla určena relativní a absolutní četnost, na základě toho byly vypracovány grafy, které jsou součástí bakalářské práce. Zpracované údaje byly nakonec vyhodnoceny a s jejich pomocí byly zodpovězeny výzkumné otázky. Matematické statistické zpracování jsme realizovali v MS Excel.

4.7 Etické otázky bakalářské práce

Dotazník, který vyplňovali jak pacienti, tak sestry byl anonymní. Mohli se dobrovolně rozhodnout, zda chtějí dotazník vyplnit či vyplněný odevzdat. Žádná informace, kterou jsme z dotazníků dostali nebude zneužita. Výzkum byl schválen etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (viz. Příloha č. 4). Souhlasy s žádostí o provedení výzkumu od jednotlivých nemocnic máme archivované.

Další kapitola bakalářské práce shrnuje v grafickém zpracování výsledky, které byly získány za pomoci dotazníků během výzkumu. Prve se prochází výsledky z dotazníku pro pacienty, následně z dotazníků pro sestry. Na konci kapitoly jsou zodpovězeny výzkumné otázky podle výsledků, které byly získány.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části bakalářské práce jsou popsány výsledky výzkumného šetření. Nejprve jsou výsledky graficky zpracovány a na konci kapitoly jsou zodpovězeny výzkumné otázky.

5.1 Výsledky z dotazníku podpory zdraví u dialyzovaných pacientů

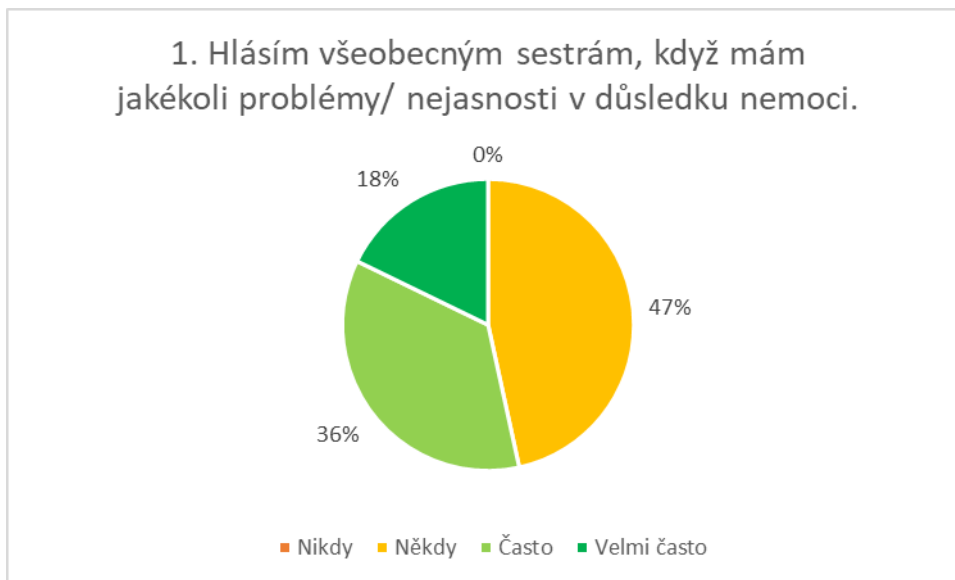
Na konci dotazníku byly o respondentech zjišťovány demografické údaje (tabulka č. 2). Ve třetím sloupci je zaznamenán jednotlivý počet respondentů, kteří zvolili právě danou odpověď a v posledním, čtvrtém, sloupci jsou počty respondentů v procentech.

Tabulka 2. Demografické údaje pacientů.

		N	%
Věk	18-30 let	0	0
	31-40 let	3	4
	41-50 let	6	8
	51-60 let	8	11
	61-70 let	18	25
	71 a více let	37	51
	Celkem	72	100
Doba podstupování dialýzy	0-3 roky	41	59
	4-6 let	20	29
	7-10 let	4	6
	11-15 let	3	4
	nad 16 let	2	3
	Celkem	70	100
Druh podstupované dialýzy	hemodialýza	66	90
	hemodiafiltrace	7	10
	kontinuální ambulatní peritoneální dialýza (CAPD)	0	0
	automatická peritoneální dialýza (APD)	0	0
	Celkem	73	100
Četnost absolvování hemodialýzy anebo hemodiafiltrace	2x týdně	8	11
	3x týdně	65	89
	4x týdně	0	0
	5x týdně (jak si můj zdravotní stav vyžaduje)	0	0
	Celkem	73	100

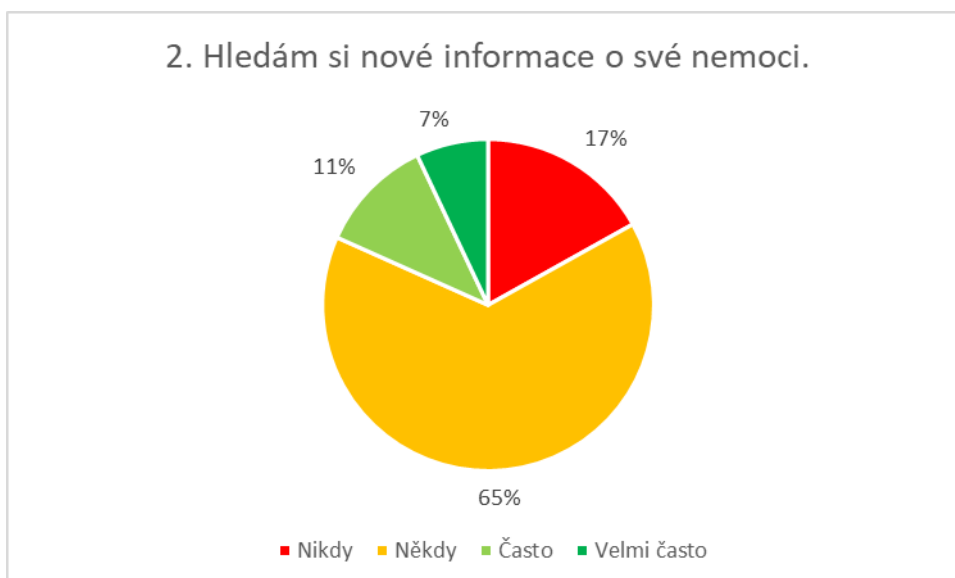
Diagnostikovaná cukrovka	ano	30	41
	ne	43	59
	Celkem	73	100

(Zdroj: Vlastní, 2022)



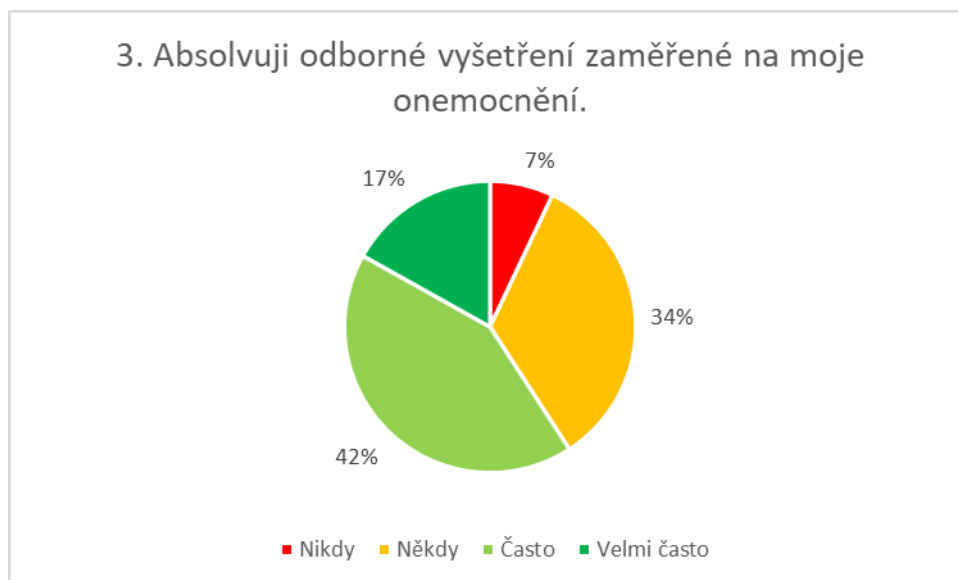
Graf 1. Hlášení nejasností v rámci nemoci.

Na tuto otázku zodpovědělo 73 respondentů. Ani jeden respondent neodpověděl „*nikdy*“ (graf 1), 34 respondentů (skoro 50 %) hlásí všeobecným sestrám problémy v důsledku nemoci „*někdy*“. „*Často*“ označilo 26 respondentů a zbylých 13 respondentů odpovědělo „*velmi často*“.



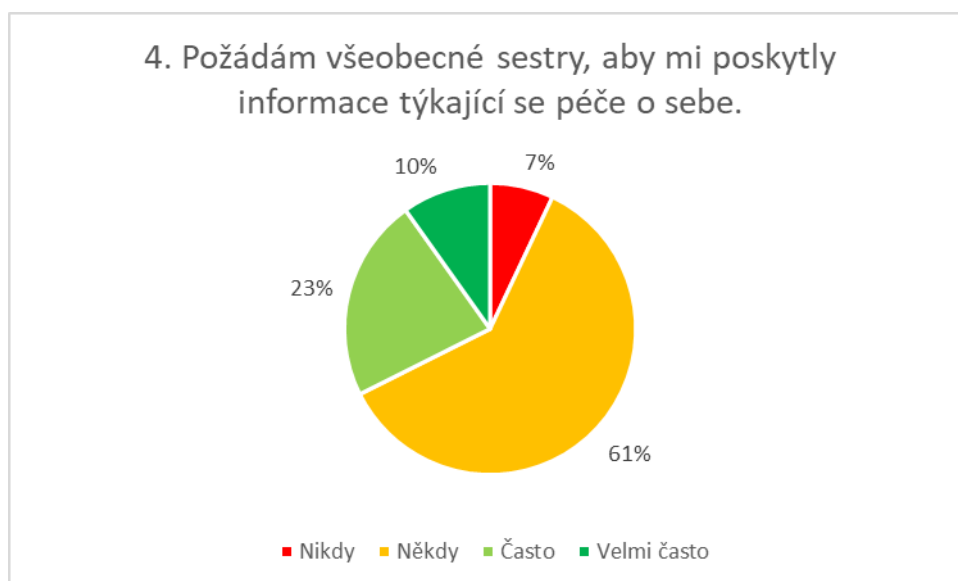
Graf 2. Hledání nových informací.

Na druhou otázku (graf 2) odpovědělo nejvíce respondentů (46) „někdy“. Nejméně krát respondenti označili „velmi často“, pouze 5 respondentů. Osm respondentů odpovědělo „často“. Zbýlých 12 respondentů z celkových 71, kteří zodpověděli tuto otázku, označilo „nikdy“.



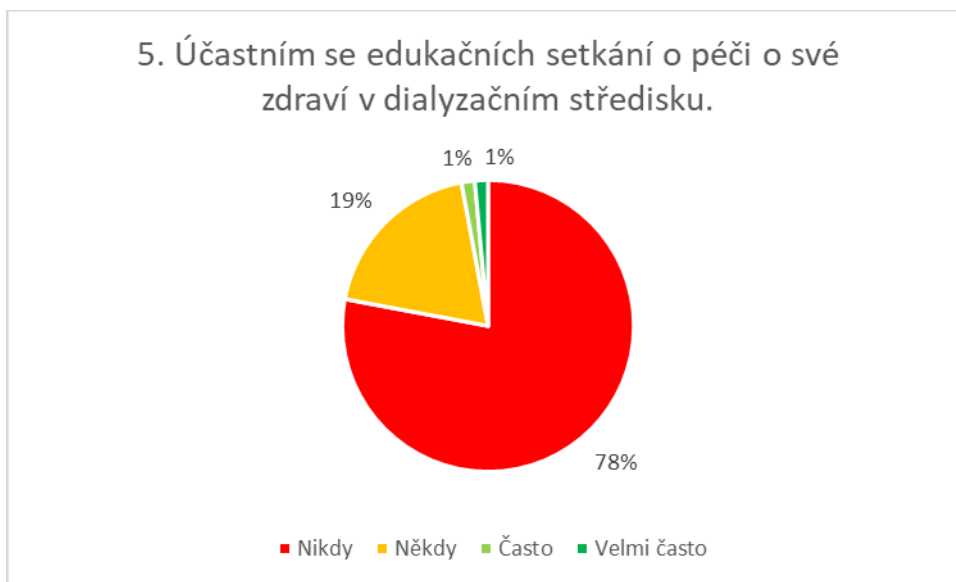
Graf 3. Absolvování odborného vyšetření.

Z celkových 74 respondentů na tuto otázku odpovědělo pouze 71. Třicet respondentů označilo „často“ (graf 3), 24 respondentů „někdy“. Dvanáct odpovědí bylo „velmi často“ a „nikdy“ se vyskytlo u této otázky pětkrát.



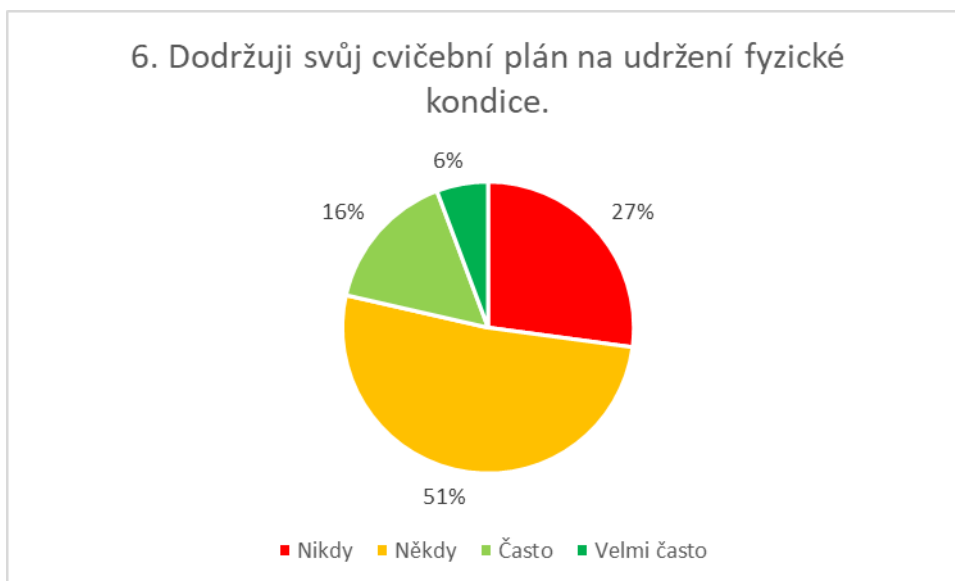
Graf 4. Získávání informací od sester.

Na tuto otázku se nejčastěji vyskytla odpověď „*někdy*“, kterou označilo 43 respondentů (graf 4). „*Nikdy*“ nežádá všeobecné sestry, aby mu poskytly informace týkající se péče o sebe, 5 respondentů. Odpověď „*často*“ označilo 16 respondentů a zbylých z celkových 71, kteří se rozhodli odpovědět na tuto otázku, což činí 7 respondentů, označilo „*velmi často*“.



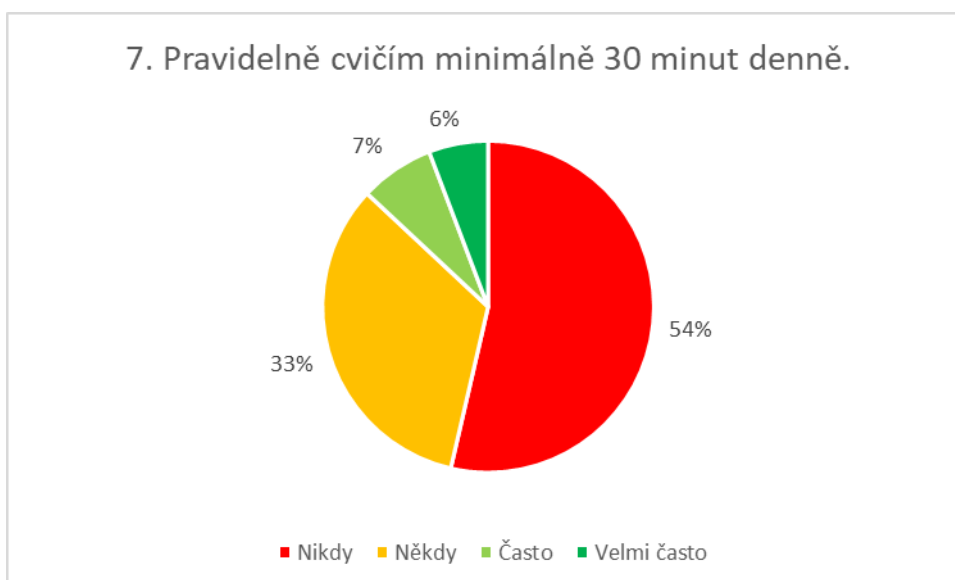
Graf 5. Účast na edukačních setkáních.

Na poslední otázku z kapitoly Zodpovědnost za své zdraví odpovědělo 68 respondentů. Většina z nich (53 respondentů) označilo odpověď „*nikdy*“ (graf 5). Dva z respondentů na toto místo dopsali poznámku „*nikdo to nepořádá*“ a „*nekoná se*“. „*Někdy*“ označilo 13 respondentů. Jeden respondent odpověděl „*často*“ a „*velmi často*“ označil také jeden respondent.



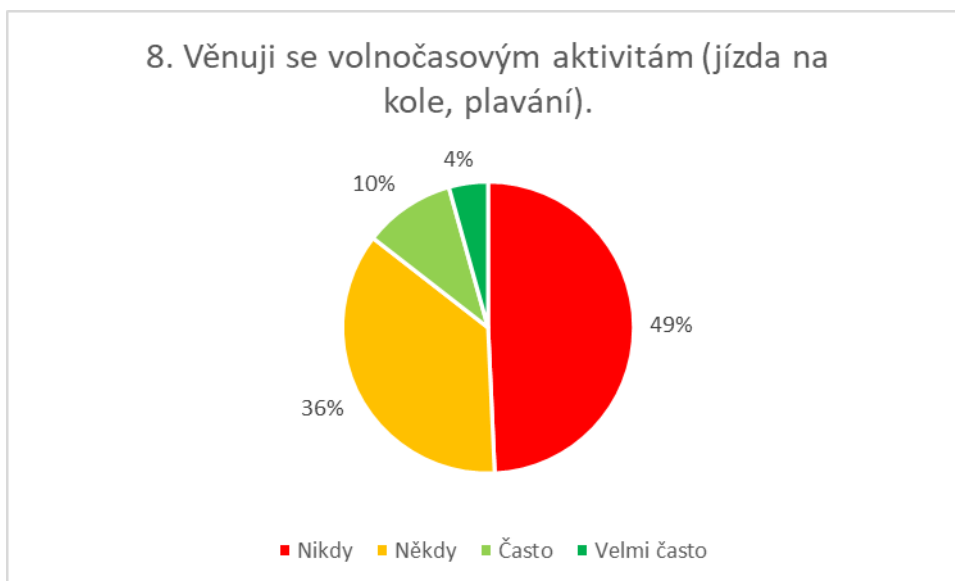
Graf 6. Dodržování cvičebního plánu.

Na první z pěti otázek z kategorie Fyzická aktivita odpovědělo 71 respondentů, jeden z nich do dotazníku napsal: „*Můj zdravotní stav neumožňuje fyzickou aktivitu.*“ Tím pádem výsledek tohoto grafu tvořilo 70 respondentů. Polovina z nich (36 respondentů) označilo „*někdy*“ (graf 6). Druhá nejčastější odpověď bylo „*nikdy*“ (19 respondentů), 11 respondentů odpovědělo „*často*“ a čtyřikrát se vyskytla odpověď „*velmi často*“.



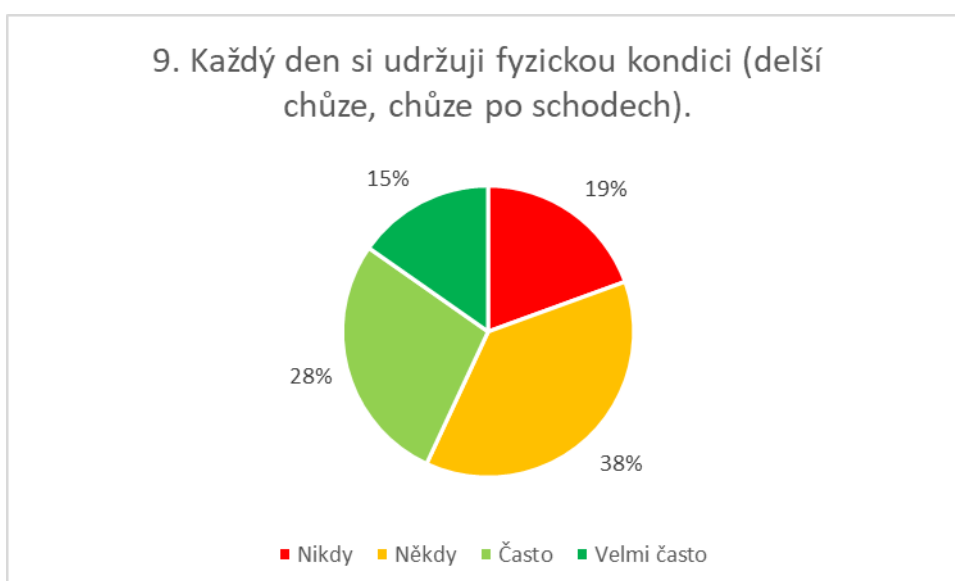
Graf 7. Pravidelné 30 ti minutové cvičení.

„*Nikdy*“ označilo více jak polovina (graf 7), což činí 37 respondentů. „*Někdy*“ označilo 23 z celkových 69 respondentů. „*Často*“ bylo označeno pětkrát a čtyřikrát bylo označeno „*velmi často*“.



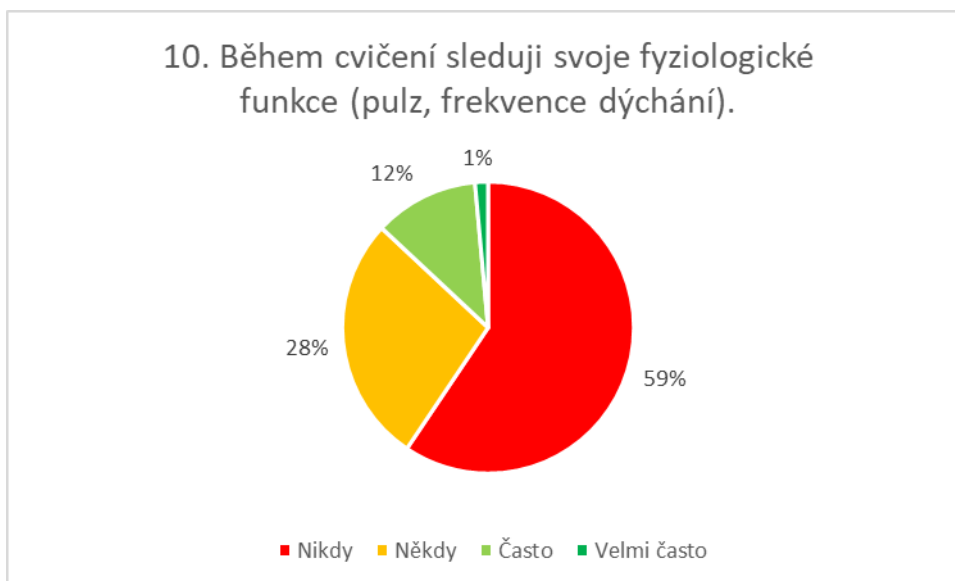
Graf 8. Volnočasové sportovní aktivity.

Na tuto otázku odpovědělo 69 respondentů. Skoro polovina (34 respondentů) označilo „*nikdy*“ (graf 8), 25 respondentů „*někdy*“. „*Často*“ bylo označeno sedmi respondenty a „*velmi často*“ třemi.



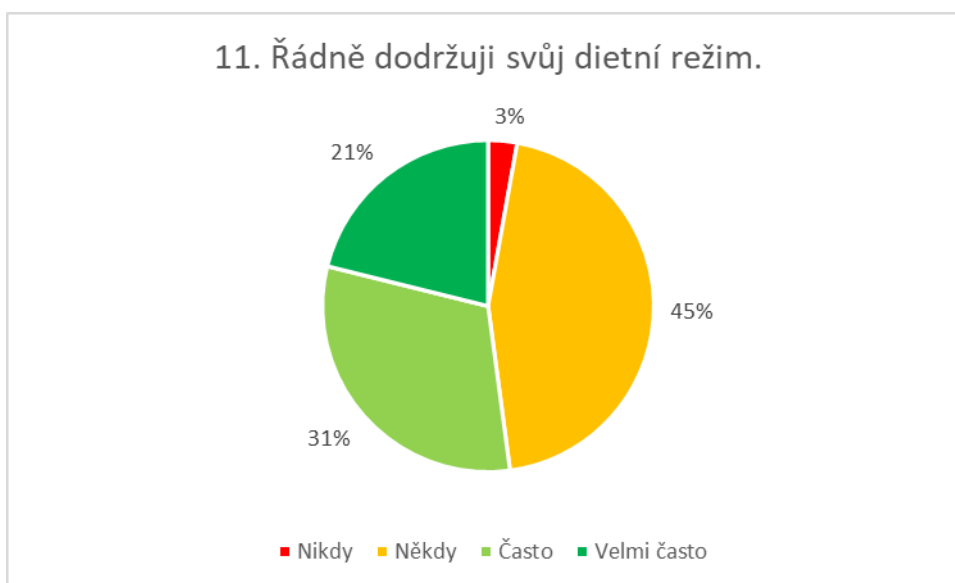
Graf 9. Udržování si fyzické kondice.

Celkem 72 respondentů odpovědělo na otázku číslo 9. Necelých 40 % (graf 9), což činí 27 respondentů, označilo odpověď „*někdy*“. „*Nikdy*“ se rozhodlo označit 14 respondentů. Dvacet odpovědí bylo „*často*“ a zbylých 11 respondentů se rozhodlo pro odpověď „*velmi často*“.



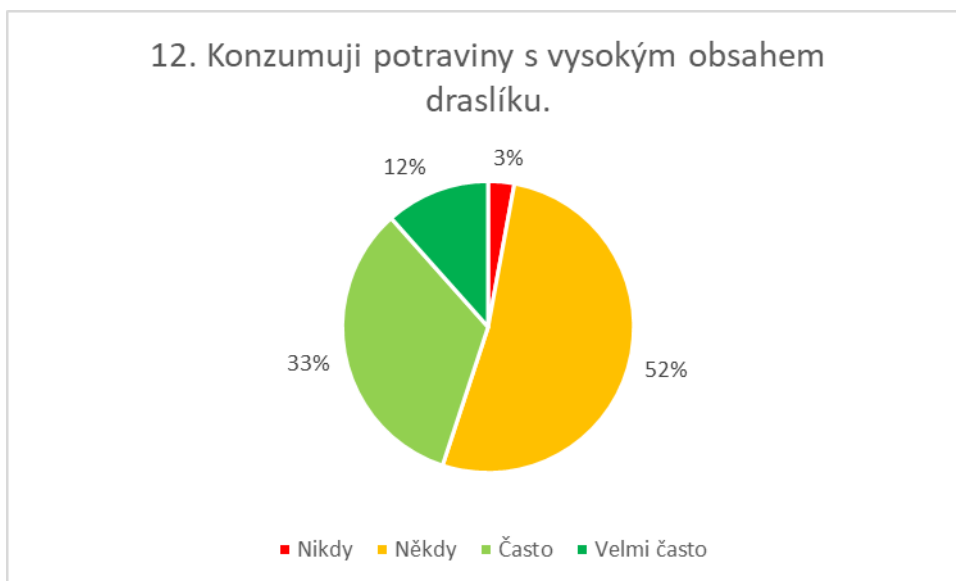
Graf 10. Sledování fyziologických funkcí.

Na tuto otázku se odpověď „*velmi často*“ vyskytla pouze u jednoho respondenta (graf 10). Nejčastější odpovědí bylo „*nikdy*“, takto odpovědělo 41 respondentů z celkových 69. Devatenáct respondentů označilo odpověď „*někdy*“ a zbylých osm se rozhodlo odpovědět „*často*“. Jeden z respondentů dopsal k odpovědi i poznámku, že necvičí.



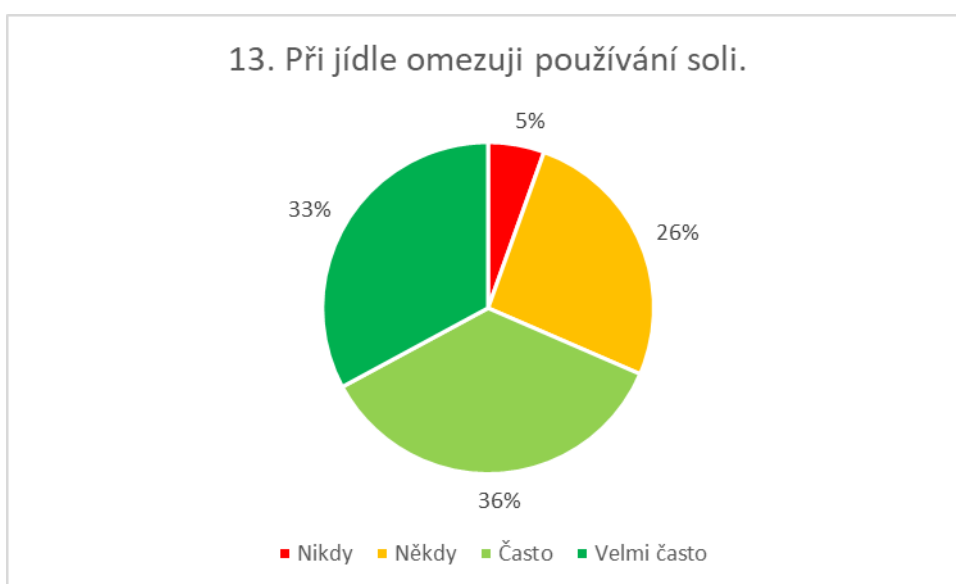
Graf 11. Dodržování dietního režimu.

Na otázku s názvem „*Řádně dodržuji svůj dietní režim.*“ odpovědělo 71 respondentů. Odpověď „*nikdy*“ byla vybrána dvakrát (graf 11). „*Někdy*“ označilo 32 respondentů. Dvaadvacetkrát byla označena odpověď „*často*“. „*Velmi často*“ označilo 15 respondentů.



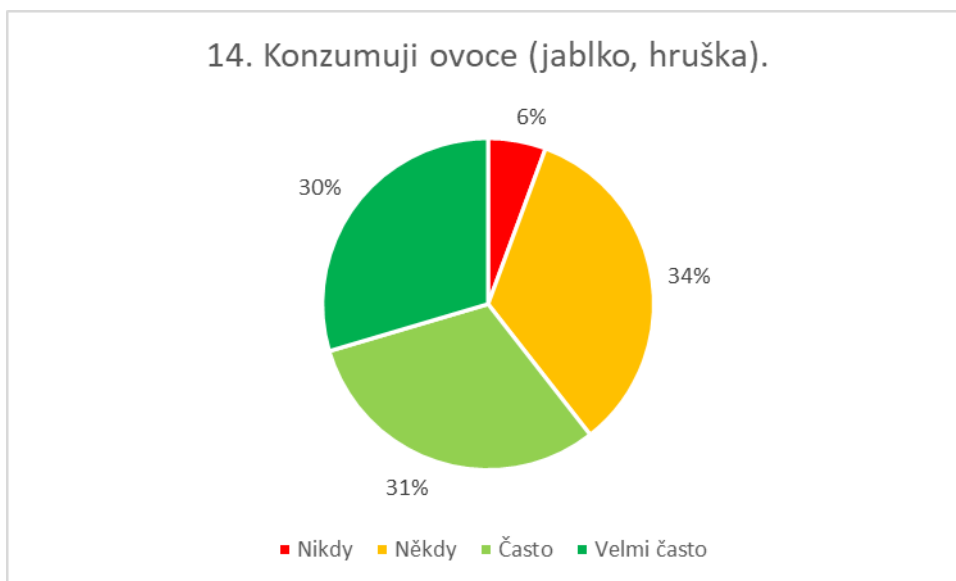
Graf 12. Konzumace potravin s vysokým obsahem draslíku.

Více jak polovina respondentů (36) označila odpověď „*někdy*“ (graf 12). „*Nikdy*“ odpověděli pouze dva respondenti. Dvacet tři z celkových 69 respondentů se rozhodli pro označení „*často*“. „*Velmi často*“ bylo označeno osmkrát.



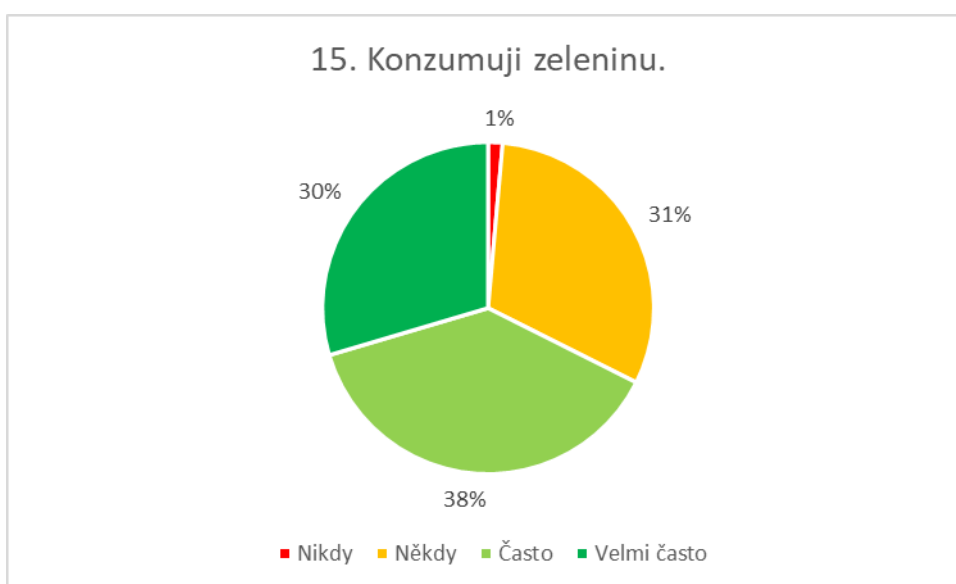
Graf 13. Omezování používání soli.

Na otázku ohledně omezování používání soli při jídle odpověděli až na jednoho všichni respondenti, kterým byl dotazník dán. Pro odpověď „*nikdy*“ se rozhodli čtyři respondenti (graf 13). „*Někdy*“ bylo označeno devatenáctkrát a „*často*“ šestadvacetkrát. Zbýlých 24 respondentů označili odpověď „*velmi často*“.



Graf 14. Konzumace ovoce.

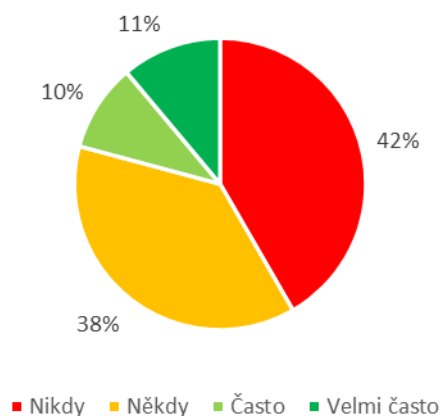
„*Velmi často*“ konzumuje ovoce 21 respondentů (graf 14), o jednoho více konzumuje ovoce „*často*“. „*Někdy*“ odpovědělo 24 respondentů a čtyři z celkových 71 označilo odpověď „*nikdy*“.



Graf 15. Konzumace zeleniny.

Na otázku „*Konzumuji zeleninu.*“ odpovědělo 71 respondentů. Pouze jeden z nich odpověděl „*nikdy*“ (graf 15). „*Někdy*“ odpovědělo 22 respondentů, „*často*“ označilo 27 respondentů a „*velmi často*“ 21.

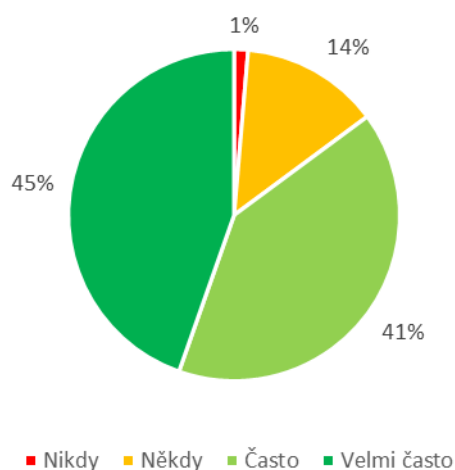
16. Při nákupu potravin sleduji výživové údaje na baleních potravin.



Graf 16. Sledování výživových údajů.

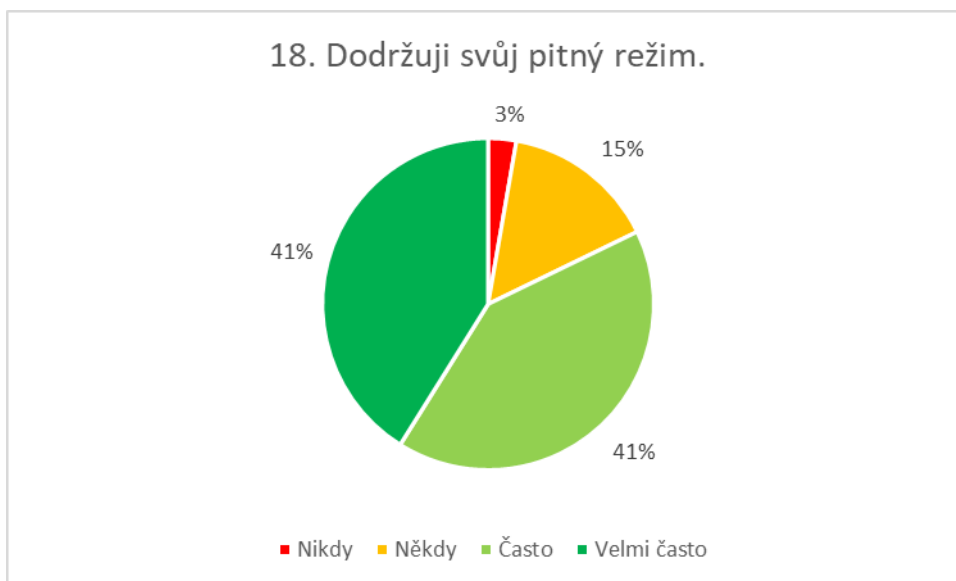
V této otázce se často označovala odpověď „*nikdy*“ a „*někdy*“ (graf 16). „*Nikdy*“ označilo 30 respondentů a „*někdy*“ o tři méně. „*Často*“ odpovědělo sedm z celkových 72 respondentů a osmkrát byla označena odpověď „*velmi často*“.

17. Stravuji se minimálně 3x denně.



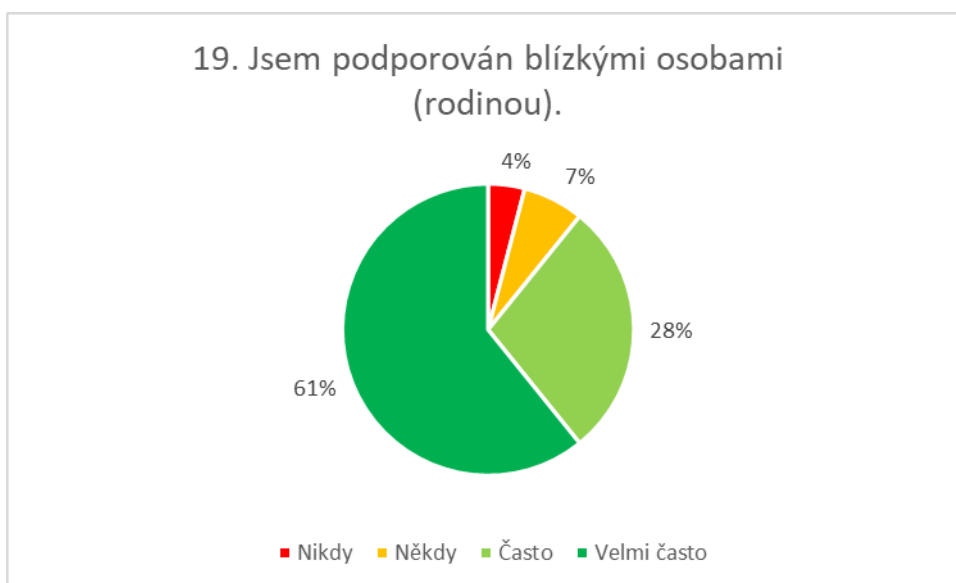
Graf 17. Četnost stravování se.

Tato otázka je jedna z mála, kde odpovědělo všech 74 respondentů. Odpověď „*velmi často*“ zvolilo nejvíce (33) respondentů (graf 17). Pro odpověď „*často*“ se rozhodlo o tři méně respondentů. „*Někdy*“ bylo označeno deseti respondenty a „*nikdy*“ jedním.



Graf 18. Dodržování pitného režimu.

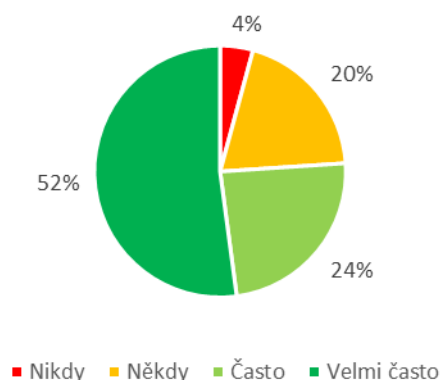
Na tuto otázku „*Dodržuji svůj pitný režim.*“, která je poslední z kategorie Stravování a pitný režim odpovědělo 73 respondentů. Pro označení odpovědi „*často*“ a „*velmi často*“ se rozhodl stejný počet respondentů a to pokaždé 30 (graf 18). Dva respondenti odpověděli „*nikdy*“ a zbylých jedenáct se rozhodlo pro odpověď „*někdy*“.



Graf 19. Podpora blízkými osobami.

Odpověď „*velmi často*“ byla nejčastější odpovědí na tuto otázku (45 respondentů) (graf 19). Druhou nejčastější označenou odpovědí byla odpověď „*často*“, kterou si vybralo 21 respondentů. „*Někdy*“ a „*nikdy*“ mělo v této otázce malé zastoupení, pro „*někdy*“ se rozhodlo pět respondentů a pro „*nikdy*“ tři z celkových 74 respondentů.

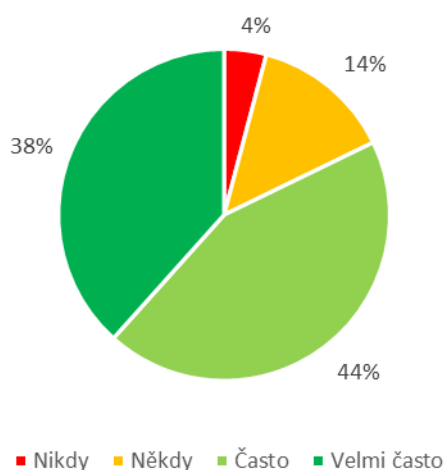
20. Povzbuzují mě blízké osoby, když dojde k úspěchu v mém onemocnění (např. zlepšení laboratorní hodnoty).



Graf 20. Povzbuzování při zlepšení zdravotního stavu.

Na otázku „*Povzbuzují mě blízké osoby, když dojde k úspěchu v mém onemocnění (např. zlepšení laboratorní hodnoty).*“ odpovědělo celkem 71 respondentů. Odpověď „*velmi často*“ se vyskytla nejčastěji, a to přesně u 37 respondentů (graf 20). „*Často*“ odpovědělo 17 respondentů, „*někdy*“ o tři méně a „*nikdy*“ tři. Jeden z respondentů dopsal poznámku: „*Nesvěřuji se!*“

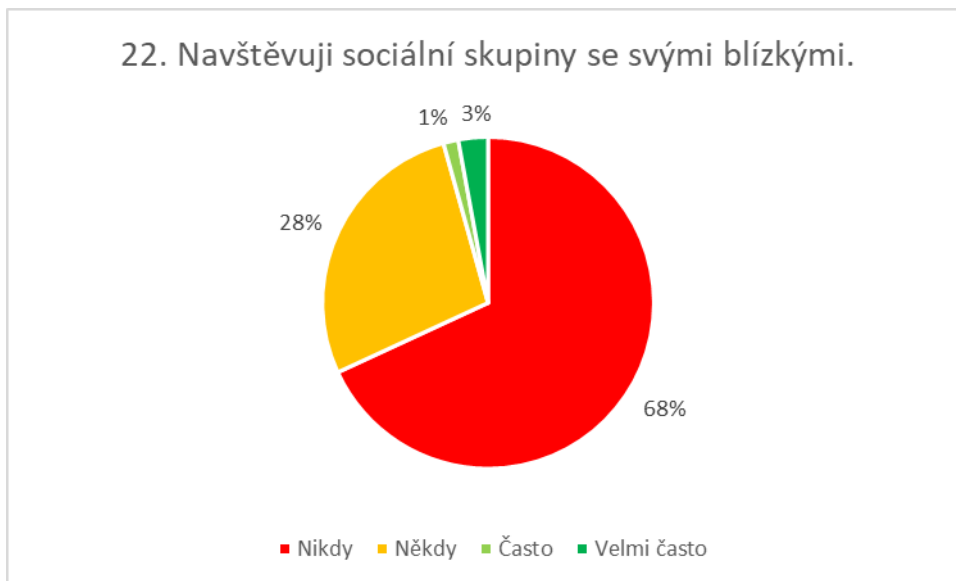
21. Udržuji vztahy s přáteli.



Graf 21. Vztahy s přáteli.

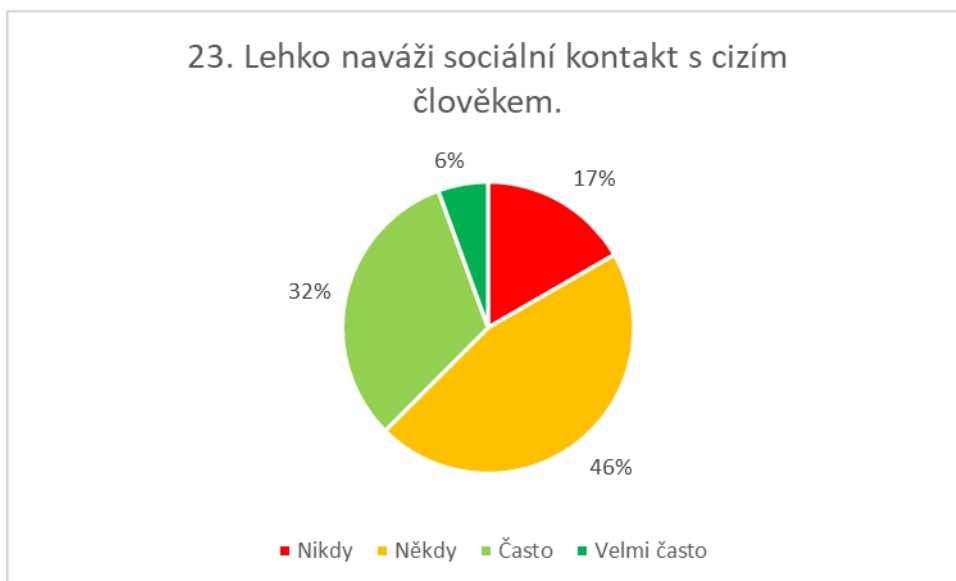
Na tuto otázku odpovědělo 73 respondentů. Nejčastější odpověď byla „*často*“, kterou vybralo 32 respondentů (graf 21). „*Velmi často*“ označilo 28 respondentů a odpověď

„někdy“ byla označena desetkrát. S odpovědí „nikdy“, kterou vybrali tři respondenti se pojí i poznámka, že respondenti přátelé umřeli.



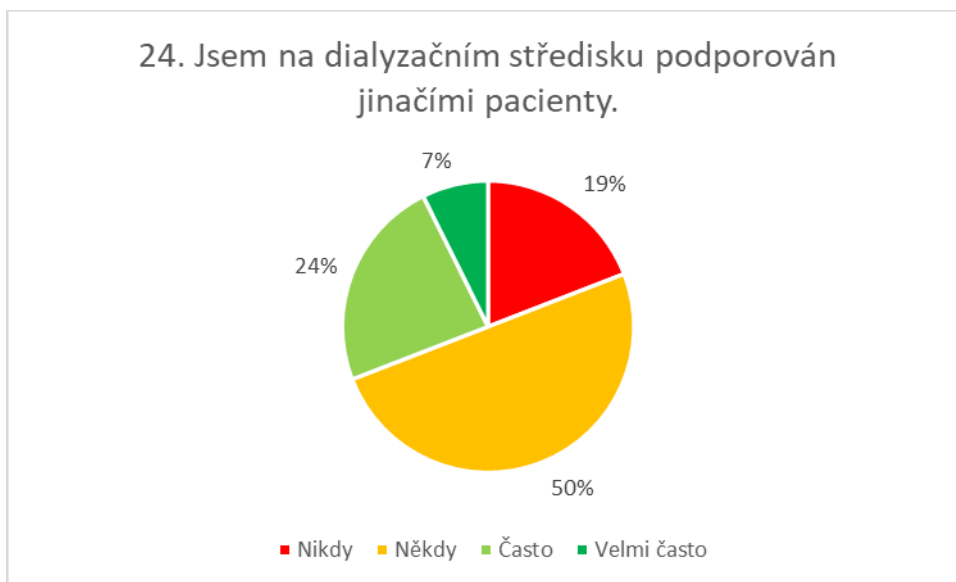
Graf 22. Navštěvování sociálních skupin.

Na otázku „Navštěvuji sociální skupiny se svými blízkými.“ se nejčastěji vyskytla odpověď „nikdy“, takto odpovědělo 47 z celkových 69 respondentů (graf 22). Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „někdy“, kterou označilo 19 respondentů. Zbylé odpovědi byly označeny třemi respondenti a to tak, že „často“ označil jeden respondent a „velmi často“ dva.



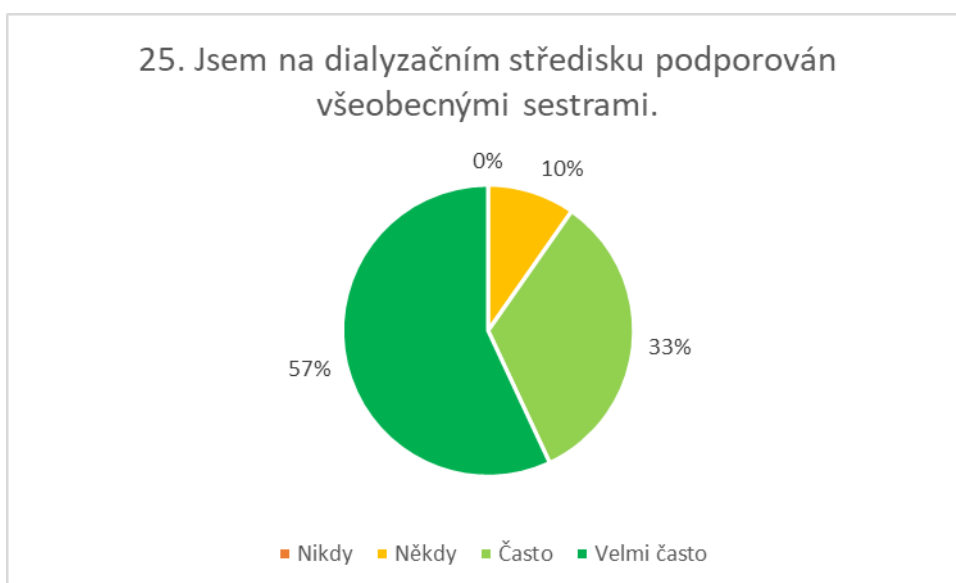
Graf 23. Lehko navázání sociálního kontaktu.

Na tuto otázku odpovědělo 72 respondentů. Odpověď „někdy“ se rozhodla označit necelá polovina, což činí 33 respondentů (graf 23). O deset respondentů méně vybralo odpověď „často“. „Velmi často“, takovou odpověď označili 4 respondenti. Dvanáctkrát se na tuto otázku objevila odpověď „nikdy“. V jednom z vyplněných dotazníků se na tuto otázku objevila poznámka respondenta: „Nemám zájem.“



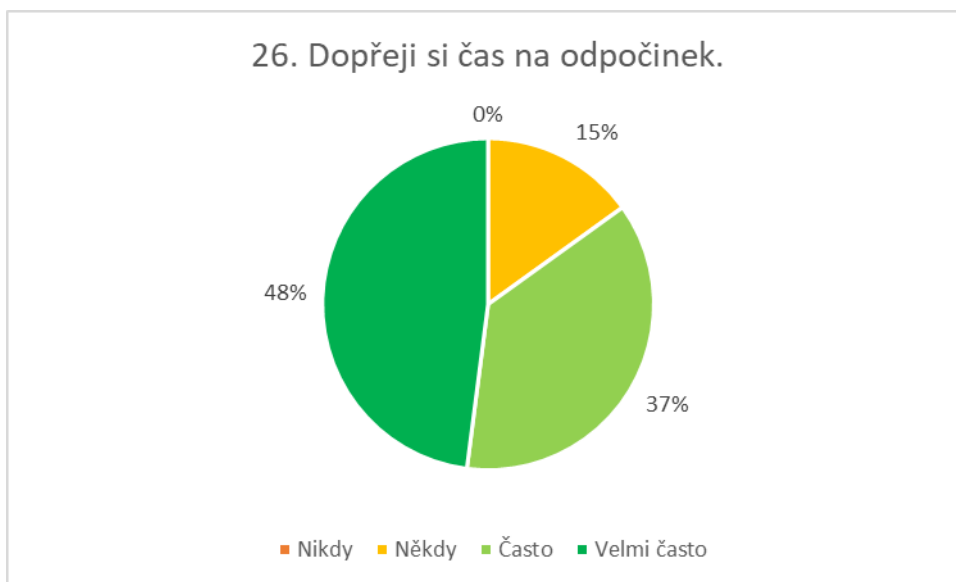
Graf 24. Podpora od pacientů.

Přesně polovina respondentů (34 z 68) na otázku „Jsem na dialyzačním středisku podporován jinými pacienty.“ odpovědělo „někdy“ (graf 24). Odpověď „nikdy“ byla vybrána 13 respondenty, „často“ 16 a „velmi často“ pěti respondenty.



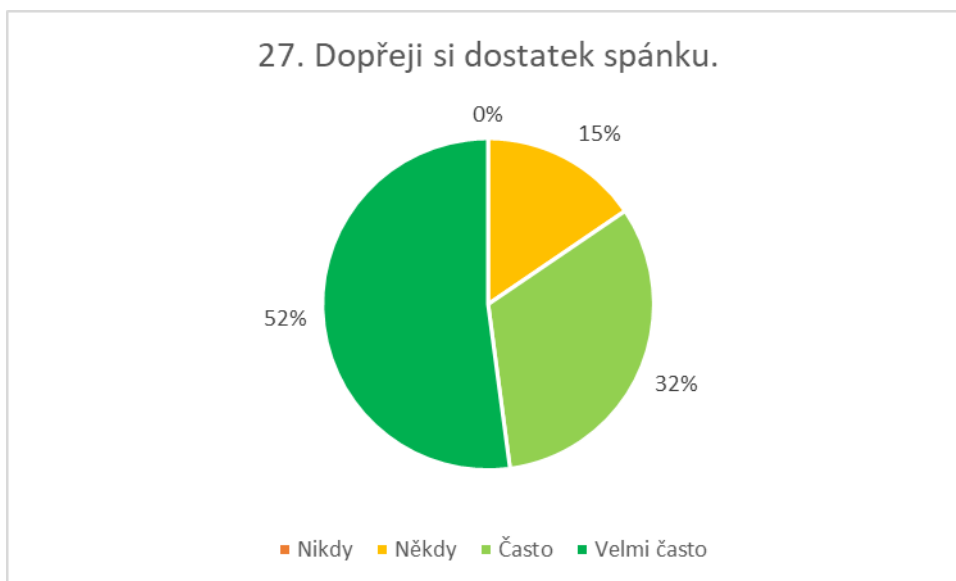
Graf 25. Podpora od všeobecných sester.

Žádný respondent neoznačil v této otázce odpověď „*nikdy*“ (graf 25). Více než polovina, což je 41 respondentů, označila „*velmi často*“. Odpověď „*často*“ byla vybrána 24 z celkových 72 respondentů. Zbýlých sedm respondentů se rozhodli na tuto otázku odpovědět „*někdy*“.



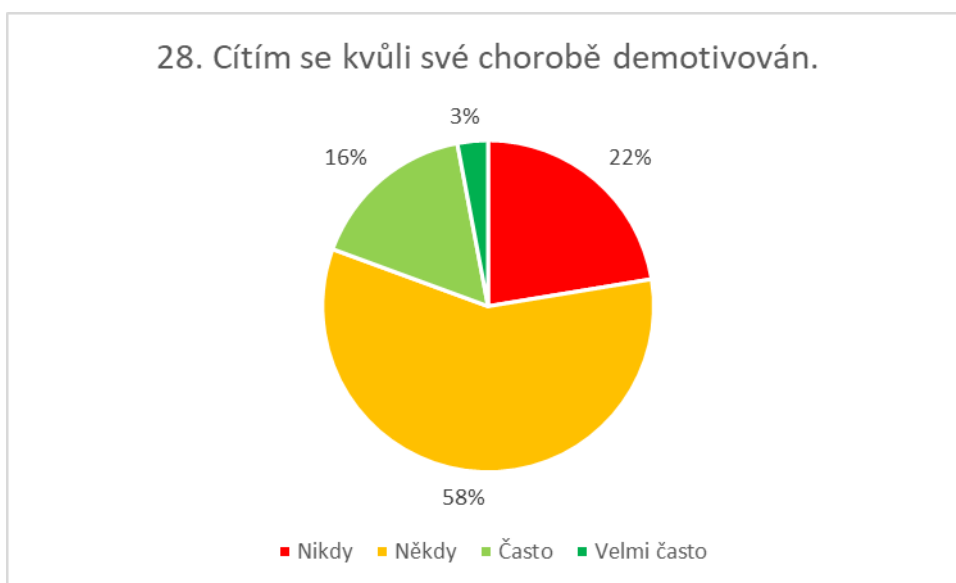
Graf 26. Dopřání si odpočinku.

Na otázku „*Dopřej si čas na odpočinek.*“ z poslední kategorie zaměřené na management psychického zdraví, odpovědělo 73 respondentů. Ani jeden z nich neodpověděl „*nikdy*“ (graf 26). Nejčastější odpovědí, u 35 respondentů, byla odpověď „*velmi často*“. „*Často*“ jako odpověď na tuto otázku vybralo 27 respondentů. Zbýlých 11 se rozhodlo pro odpověď „*někdy*“.



Graf 27. Dopřání si spánku.

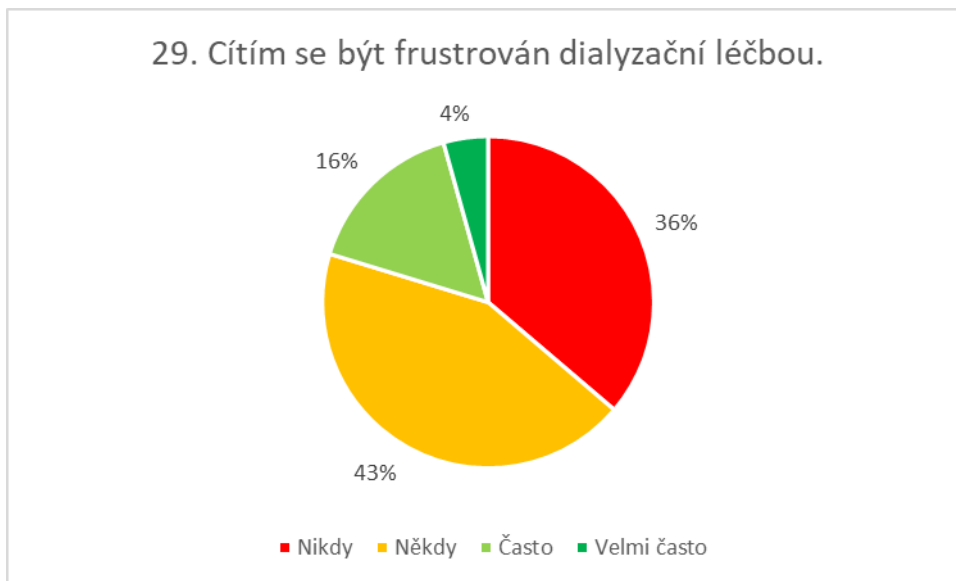
„*Velmi často*“ si dopřeje dostatek spánku 37 respondentů. Dvacet tři respondentů označili odpověď „*často*“ (graf 27). Zbylých 11 ze 71 respondentů se rozhodlo odpovědět na otázku „*někdy*“. V této otázce se ani jednou nevyskytla odpověď „*nikdy*“. Jeden z respondentů připsal poznámku: „*Velmi špatně spím!*“



Graf 28. Demotivace kvůli chorobě.

Nejčastější odpovědí na otázku „*Cítím se kvůli své chorobě demotivován.*“ byla odpověď „*někdy*“, kterou označilo 39 respondentů (graf 28). Patnáct respondentů si nepřijdou být chorobou demotivováni, proto zvolili odpověď „*nikdy*“. „*Často*“ odpovědělo 11

respondentů a „*velmi často*“ si vybrali jako svoji odpověď dva respondenti z celkových 67.



Graf 29. Frustrace dialyzační léčbou.

Na tuto otázku byla velmi častá odpověď „*někdy*“ a „*nikdy*“ (graf 29). „*Někdy*“ označilo rovných 30 respondentů, odpověď „*nikdy*“ zvolilo o pět méně. Jedenáct z celkových 69 respondentů označilo ve svém dotazníku „*často*“ jako odpověď na tuto otázku. Zbylí tři respondenti se rozhodli pro odpověď „*velmi často*“.



Graf 30. Únava a slabost po dialyzační léčbě.

Poslední otázku, která spadá do kategorie Management psychického zdraví, zodpovědělo celkem 73 respondentů. Pro odpověď „*velmi často*“ se rozhodlo 12 respondentů (graf 30), pro „*často*“ 23 a pro odpověď „*někdy*“ 29 respondentů. „*Nikdy*“ zvolilo devět respondentů.

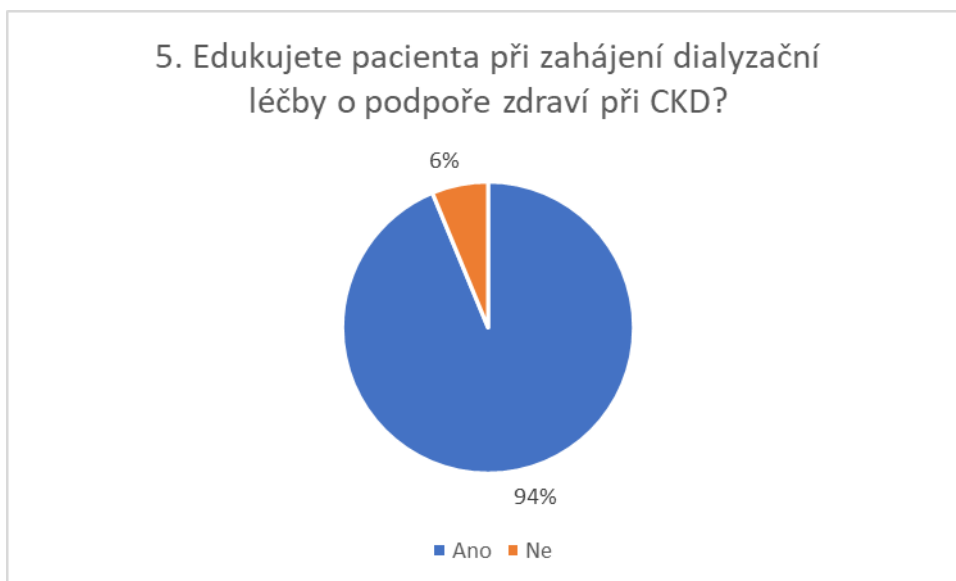
5.2 Výsledky z dotazníku pro sestry pracující v dialyzačním středisku

Výsledky demografických údajů o respondentů-sester jsou zpracované v následující tabulce (tabulka č. 3). Na všechny otázky odpovědělo 32 respondentů. V poslední otázce, která byla v dotazníku pod číslem 4, byla možnost při dotazu ptající se na nejvyšší dosažené vzdělání zakroužkovat „*jiné*“ a rozepsat odpověď. Respondenti napsali: „*střední škola + ARIP*“ a „*specializace - chirurgická sestra.*“

Tabulka 3. Demografické údaje sester.

		N	%
Pohlaví	žena	32	100
	muž	0	0
	Celkem	32	100
Doba práce v dialyzačním středisku	méně než 5 let	13	41
	6-10 let	7	22
	11-15 let	1	3
	16-20 let	5	16
	20 let a více	6	19
	Celkem	32	100
Pozice v dialyzačním středisku	všeobecná sestra	21	66
	všeobecná sestra se specializací	11	34
	Celkem	32	100
Nejvyšší vzdělání sester	střední škola	16	50
	vyšší odborná škola	2	6
	vysoká škola-Bc.	7	22
	vysoká škola-Mgr.	4	13
	vysoká škola-Ph.D.	0	0
	jiné	3	9
	Celkem	32	100

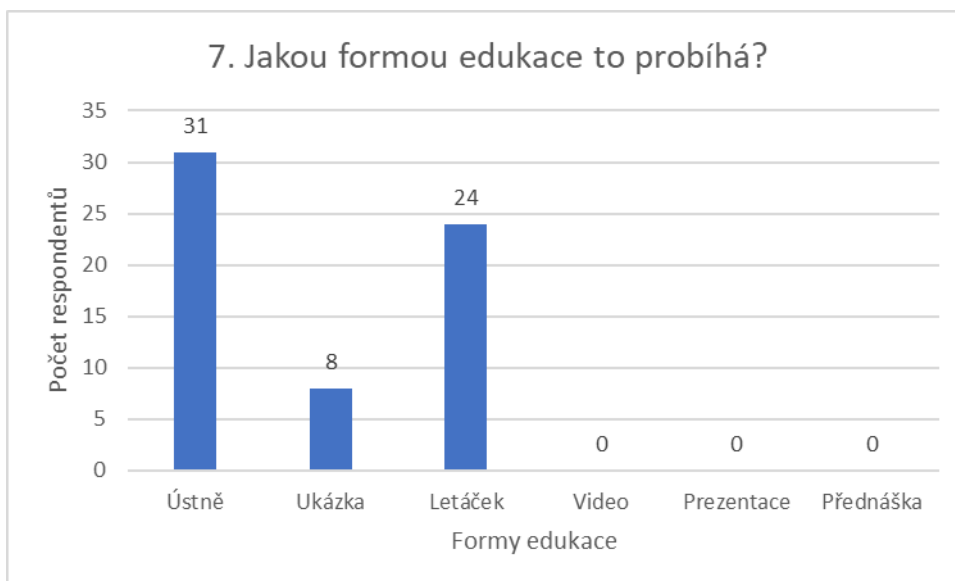
(Zdroj: Vlastní, 2022)



Graf 31. Edukace pacienta o podpoře zdraví při CKD.

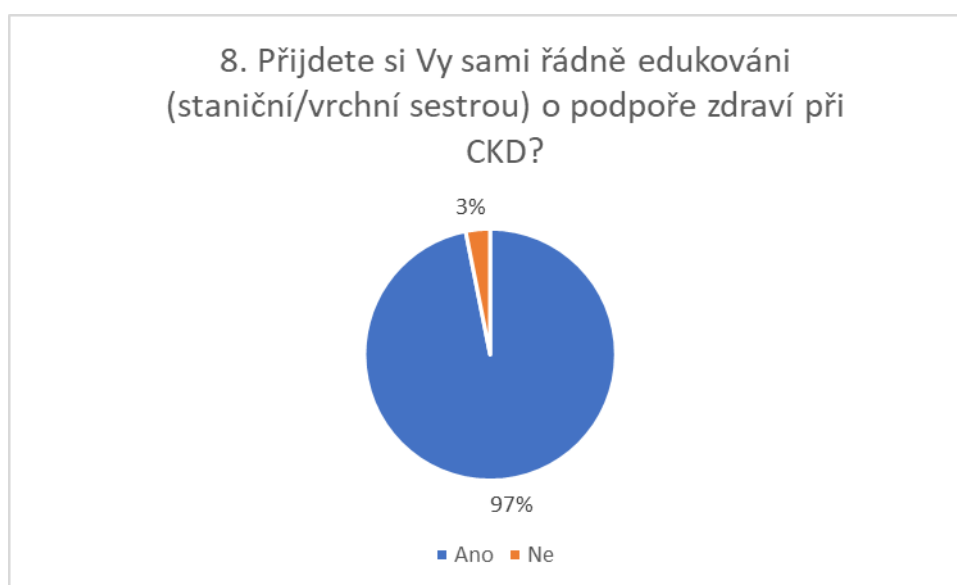
Dva respondenti (graf 31) na otázku, zda edukují pacienta při zahájení dialyzační léčby o podpoře zdraví při CKD, odpověděli „ne“. Většina (30 z 32) respondentů označila na pátou otázku odpověď „ano“.

Šestá otázka z dotazníku byla otevřená otázka s názvem „*Jakým způsobem projevují pacienti zájem o informovanost v podpoře zdraví při CKD?*“. Dost často se vyskytovaly odpovědi: „ústně“, „otázkami“, „ptají/ dotazují se“. Někteří respondenti se rozepsali více: „během napojení se pacienti sester hodně vyptávají anebo, když si na něco vzpomenout“. Často odpovědí bylo i to, že se pacienti hodně ptají na diety, způsoby léčby, jak se mají chovat doma. Jeden z respondent napsal: „*Konkrétní dotaz na dietu, obsah kalia a fosforu v potravině, obsah tekutin, které mohou vypít.*“ Někteří respondenti odpověděli, že pacienti zájem o informovanost v podpoře zdraví při CKD nemají: „*Většina pacientů zájem nemá, edukaci si vyslechnou, ale pak nic nedodržují, dělají si, co chtějí.*“ „*Někteří se aktivně zajímají, chtějí informace o dialýze, péče o cévní vstup, diety; někteří se nezajímají a zaujímají pasivní postoj s neochotou cokoli na svých zvycích změnit.*“



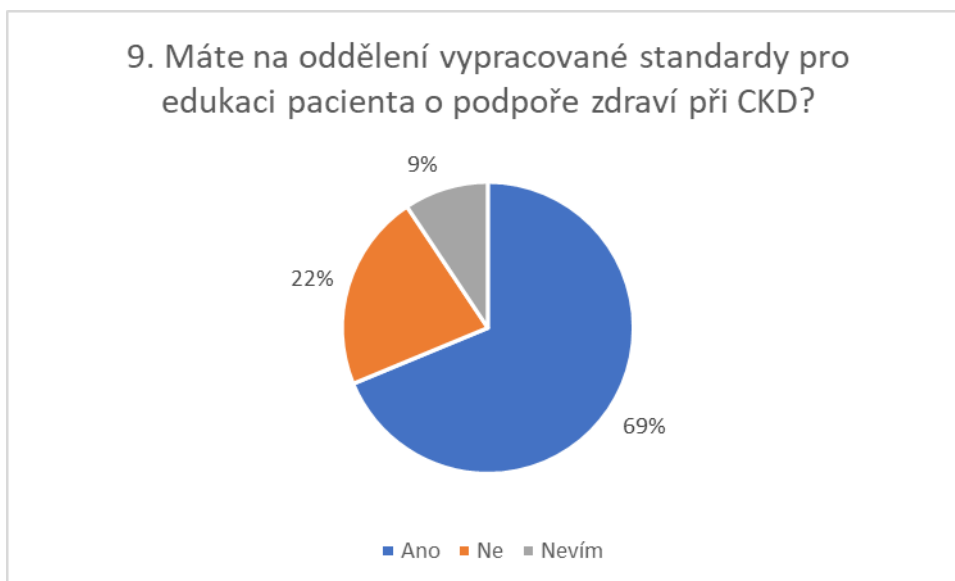
Graf 32. Forma edukace.

V otázce, která se zabývá formou edukací pacienta o podpoře zdraví při CKD, mohli respondenti vybrat více odpovědí. Až na jednoho respondenta, který na tuto otázku neodpověděl, všichni vybrali odpověď „ústně“ (graf 32). Většina (24 respondentů) dále zvolila i odpověď „letáček“. „Ukázka“ byla v dotaznících označena osmkrát. „Video“, „prezentace“ ani „přednáška“ nebyly označeny ani jedním respondentem.



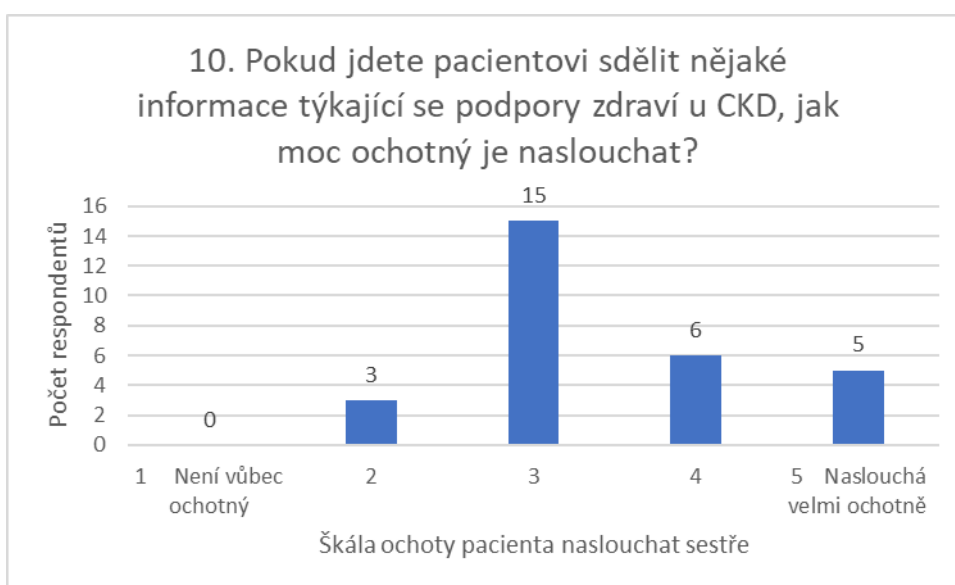
Graf 33. Přijdou si sestry řádně edukovány?

Osmá otázka byla jen jedním respondentem zodpovězena „ne“ (graf 33). Zbylých 31 respondentů označilo odpověď „ano“. Jeden z respondentů dopsal poznámku, že se účastnil vzdělávacích akcí, které mu hodně pomohly.



Graf 34. Přítomnost standardů o podpoře zdraví při CKD na oddělení.

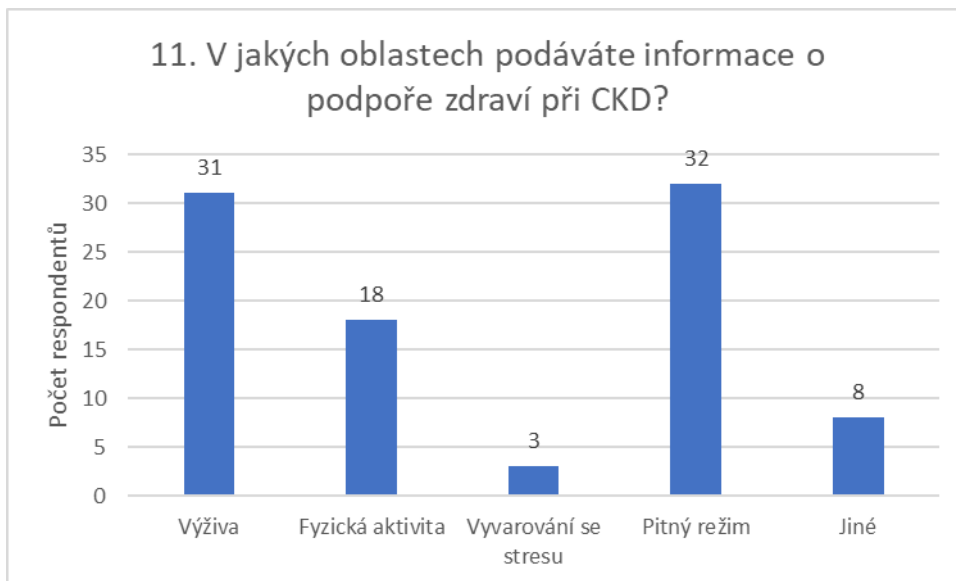
„Máte na oddělení vypracované standardy pro edukaci pacienta o podpoře zdraví při CKD?“ je další otázkou v dotazníku pro sestry pracující v dialyzačním středisku. Necelých třičtvrtě (22 z 32) respondentů odpovědělo na tuto otázku „ano“ (graf 34). Sedm respondentů označilo „ne“, jeden respondent dopsal poznámku: „Pouze edukační materiál“ a zbylí tři odpověděli „nevím“.



Graf 35. Ochota pacientů naslouchat.

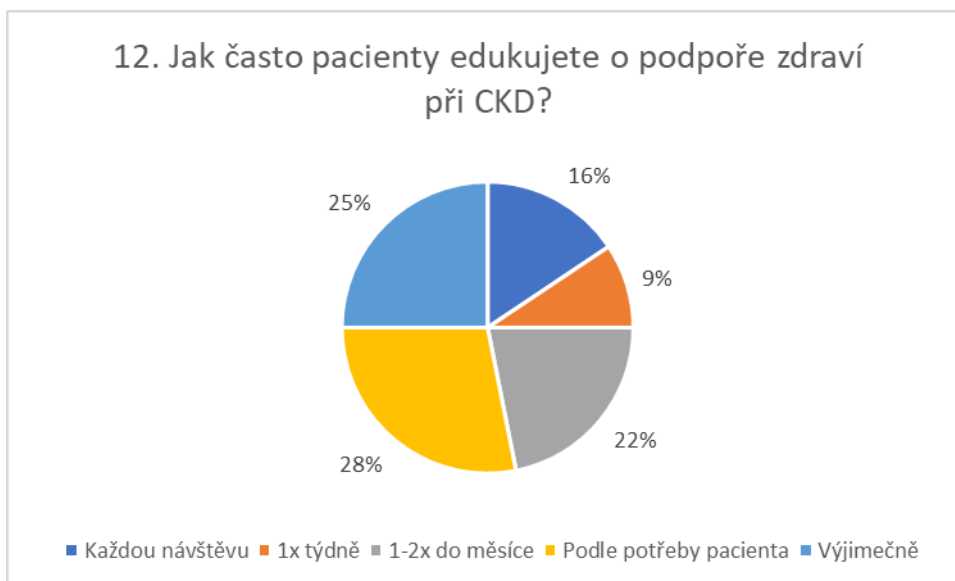
Poznámky respondentů popisují, že u každého pacienta je to jinak: „dle IQ, věku a diagnóze“, „dle intelektu“. Na škále nejčastěji (15x) respondenti volili „3“. „4“ označilo

šest respondentů (graf 35) a „5“ o jednoho méně. Z celkových 29 respondentů 3 se rozhodli odpovědět „2“. Poslední možnou možnost („1“) nezvolil ani jeden respondent.



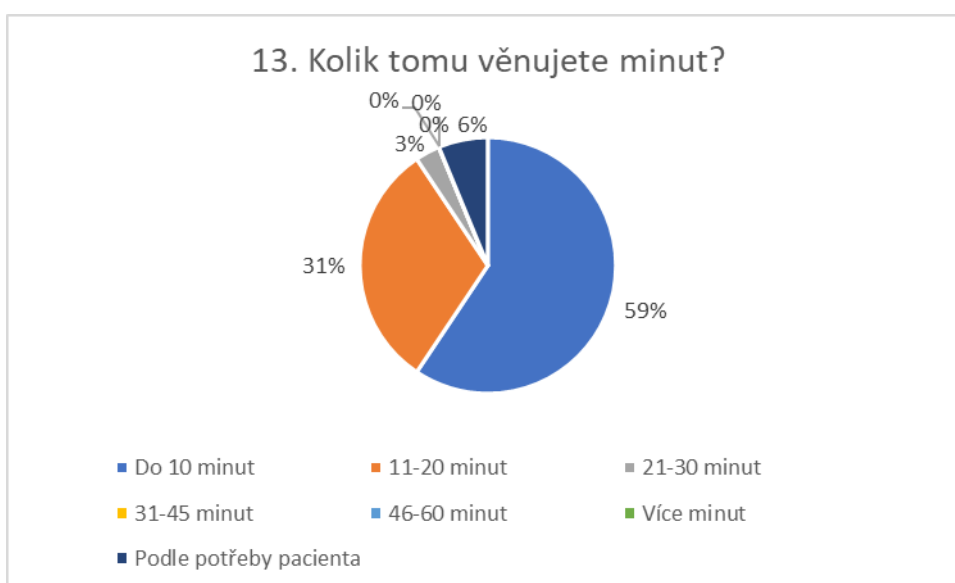
Graf 36. Podávání informací v oblastech podpory zdraví.

Na jedenáctou otázku týkající se oblastí, v kterých podávají sestry informace o podpoře zdraví při CKD, odpovědělo všech 32 respondentů. Všichni označili odpověď „pitný režim“ a až na jednoho respondenta i „výživa“ (graf 36). Více jak polovina respondentů podle odpovědí v dotazníku podávají informace i o „fyzické aktivitě“. Tři respondenti odpověděli „vyvarování se stresu“ a osmkrát byla v dotaznících označena i kolonka „jiné“, kam mohli respondenti připsat oblast. Dopsali: „péče o cévní vstupy“, „péče o AVF“, „péče o dialyzační katétr“ a „péče o CŽK“.



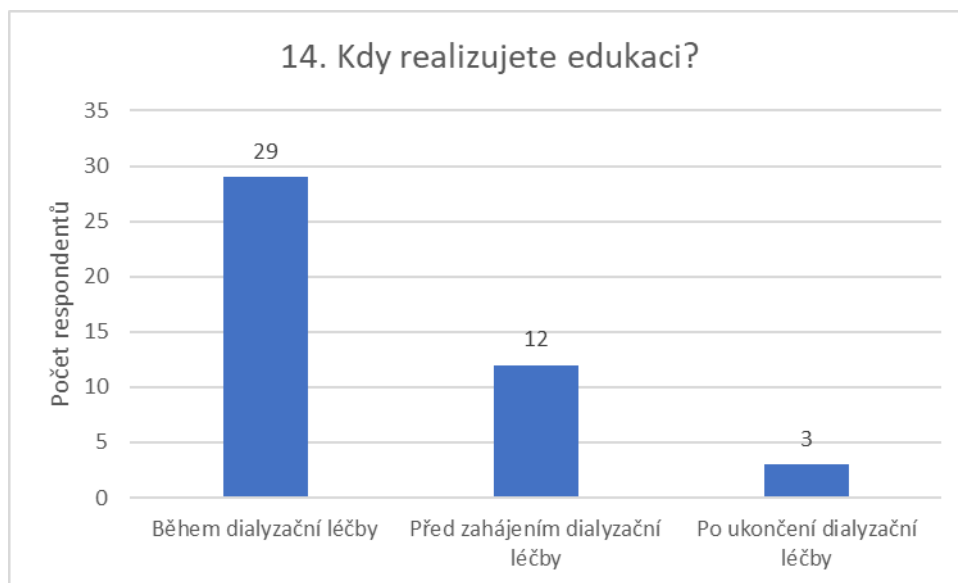
Graf 37. Četnost edukace.

Na otázku „*Jak často pacienty edukujete o podpoře zdraví při CKD?*“ odpovědělo 32 respondentů. Nejvíce respondentů, což je 9 (graf 37), si vybralo odpověď „*podle potřeby pacienta*“, o jednoho respondenta méně označilo „*výjimečně*“. Sedmkrát byla v dotazníku zakroužkovaná odpověď „*1-2x do měsíce*“. „*Každou návštěvu*“ pacienty edukuje o podpoře zdraví při CKD pět respondentů. Zbývají tři podávají pacientům informace „*1x týdně*“. „*Podle toho, jestli je to třeba; u nových pacientů probíhá edukace postupně, protože všechno najednou nevstřebá*“, je poznámka jednoho z respondentů.



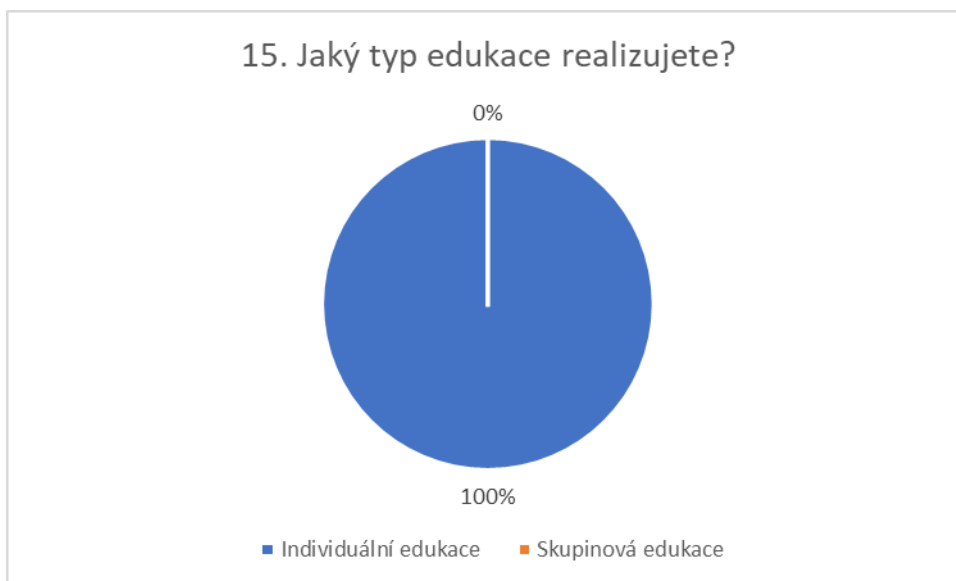
Graf 38. Délka jedné edukace.

Poznámka: „*Delší dobu neudrží pozornost (většinou)*“, se vztahuje k otázce číslo 13, která se zabývá časem, který věnuje sestra edukaci pacienta o podpoře zdraví. Většina respondentů (19 z 32) označila odpověď „*do 10 minut*“ (graf 38). Druhou nejčastější odpovědí, kterou označilo 10 respondentů, byla „*11-20 minut*“. Jeden respondent věnuje pacientovi „*21-30 minut*“ na edukaci o podpoře jeho zdraví. Dva se řídí „*podle potřeby pacienta*“. Ani jednou nebyla vybraná odpověď „*31-45 minut*“, „*46-60 minut*“ či „*více minut*“.



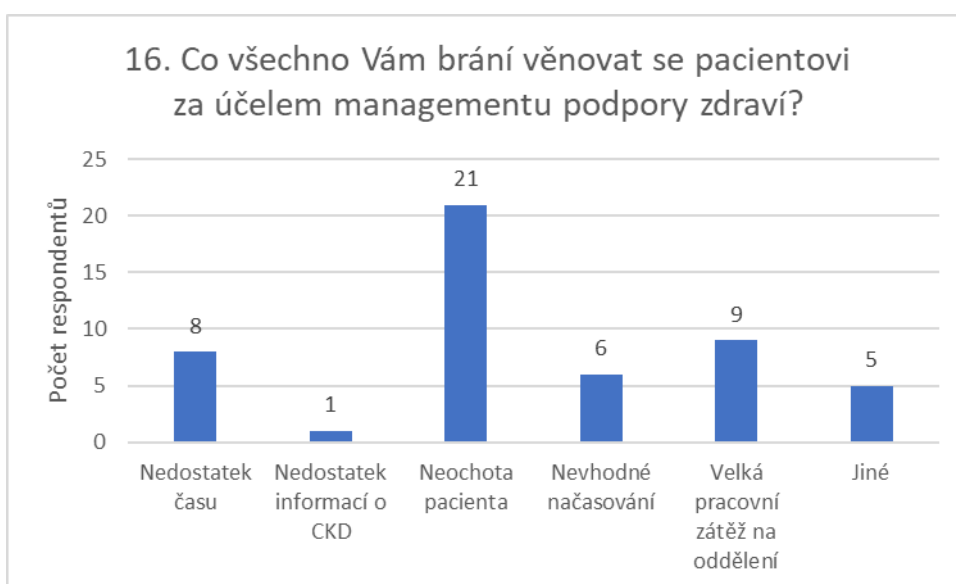
Graf 39. Čas realizace edukace.

Na tuto otázku odpovědělo všech 32 respondentů a mohli vybrat více možností. „*Během dialyzační léčby*“ realizuje edukaci 29 respondentů (graf 39). „*Před zahájením dialyzační léčby*“ edukuje 12 respondentů a tři i „*po ukončení dialyzační léčby*“.



Graf 40. Typ edukace.

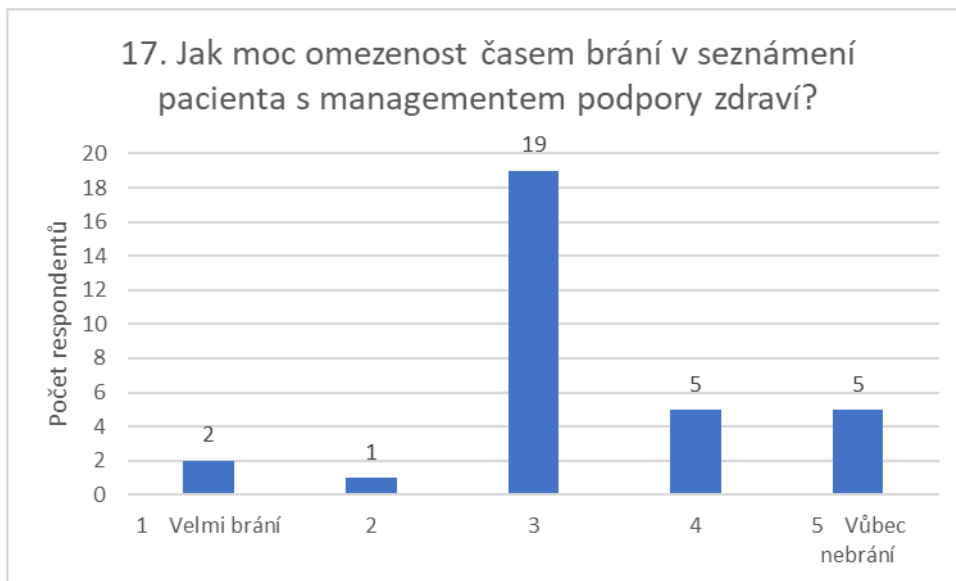
Otázka „*Jaký typ edukace realizujete?*“ je zodpovězena jednohlasně, všech 32 respondentů označilo odpověď „*individuální edukace*“ (graf 40). „*Skupinovou edukaci*“ respondenti nepoužívají.



Graf 41. Překážky v seznámení pacienta s managementem podpory zdraví.

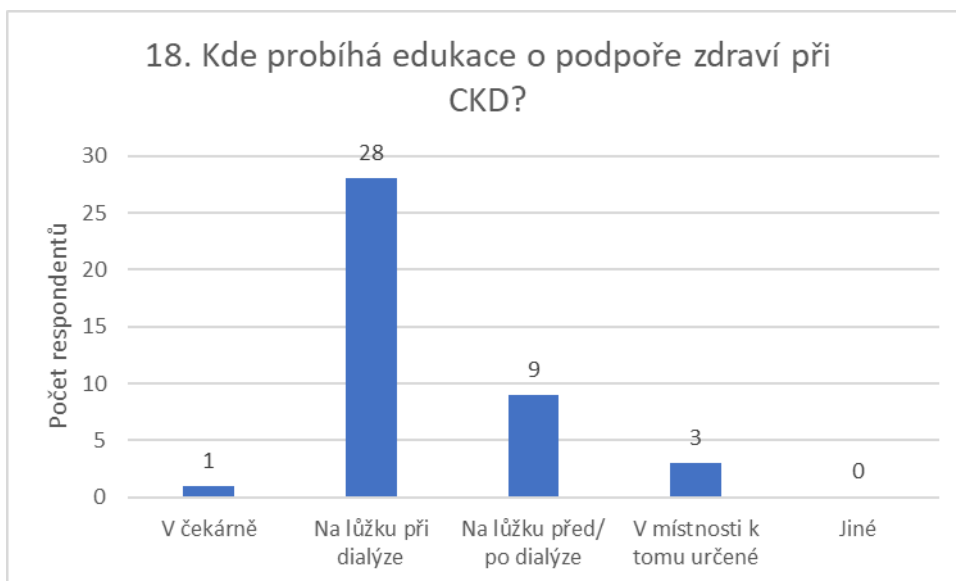
Respondenti mohli v této otázce vybrat více možností, odpovědět se rozhodlo všech 32. „*Neochota pacienta*“ brání 21 respondentům (graf 41) věnovat se jim za účelem managementu podpory zdraví. Devíti respondentům brání „*velká pracovní zátěž na oddělení*“ a osmi „*nedostatek času*“. To, že respondentům brání ve věnování se pacientům i „*nevhodné načasování*“ jich označilo 6. Jeden respondent vybral „*nedostatek*“

informací o CKD“, „jiné“ se objevilo pětkrát. Vysvětlující poznámky byli: „nic mi nebrání“ a „nemožnost přijmout informace (zdravotní stav pacienta)“.



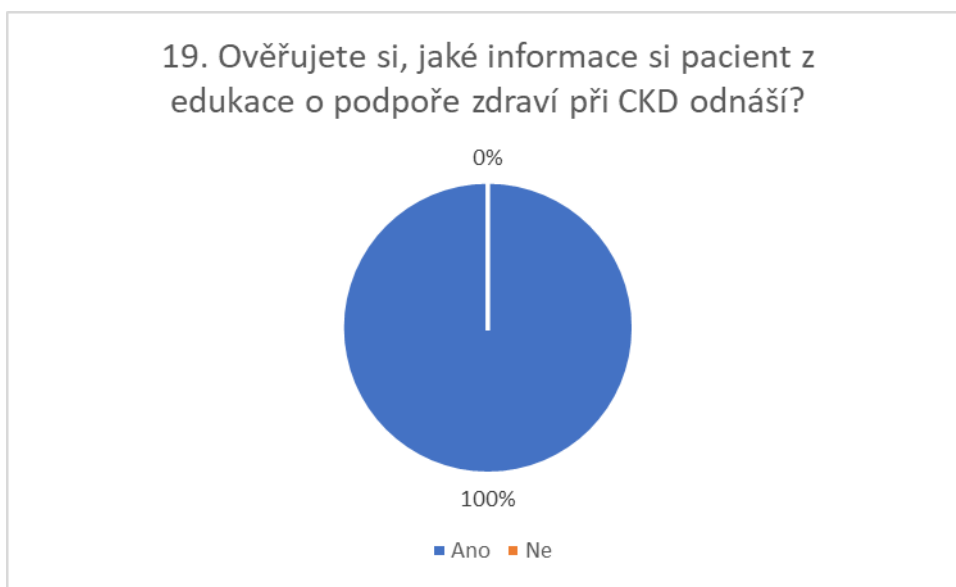
Graf 42. Čas jako překážka v seznámení pacienta s podporou zdraví.

Devatenáct respondentů ve škále týkající se omezenosti času, který jim brání v seznámení pacienta s managementem podpory zdraví vybralo prostřední cestu, „3“ (graf 42). Pět respondentům čas vůbec nebrání, proto označili „5“. Dalších pět označilo „4“. Jeden z respondentů vybral „2“ a dvou omezenost časem velmi brání, zvolili „1“. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti.



Graf 43. Místo edukace.

Všech 32 respondentů odpovědělo na otázku s názvem „*Kde probíhá edukace o podpoře zdraví při CKD?*“, kde mohli zvolit i více odpovědí (graf 43). Většina z nich (28) označilo odpověď „*na lůžku při dialýze*“. „*Na lůžku před/ po dialýze*“ edukuje 9 respondentů. „*V místnosti k tomu určené*“ označili tři respondenti a jeden vybral „*v čekárně*“, jako svoji odpověď. „*Jiné*“ nezvolil žádný z respondentů, avšak jeden dopsal poznámku: „*Výjimečně telefonicky s příbuznými pacienta.*“



Graf 44. Ověřování si pacientovi informovanost.

Poslední uzavřená otázka v tomto dotazníku je zodpovězena také jednohlasně (graf 44). Všichni respondenti (31), si informace, které si pacient odnáší z edukace, ověřují. „*Ano*“ označilo 31 respondentů, „*ne*“ ani jeden. Jeden respondent dopsal, že si to pacient stejně udělá podle sebe.

„*Máte nějaké typy, jak podporu zdraví u pacientů s CKD vylepšit?*“ je poslední otázka z dotazníku pro sestry, které pracují v dialyzačním středisku a otázka je otevřená. Někteří respondenti tuto otázku vynechali, jiní napsali, že nemají žádný nápad. Pár respondentů napsalo: „*Musí být individuální přístup*“ či „*spolupráce s dietní sestrou a psychologem*“. Jinačí psali, že by chtěli více letáčku, instruktážní video. Odpověď jednoho z respondentů: „*Méně soběstačným pacientům zavádíme pro komunikaci mezi pacientem-rodinou a zdravotnickým personálem notýsek a píšeme si vzkazy.*“ Další zajímavá odpověď byla: „*Určitě vysvětlování pitného režimu a při zahájení dialyzační léčby pozvat k edukaci i osobu blízkou.*“ „*Snažit se vzbudit zájem o spolupráci s jejich léčením, podporovat je a pozitivně motivovat,*“ je odpověď dalšího respondenta.

5.3 Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je percepce vnímání zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin?

Většina respondentů – pacientů se snaží své zdraví podporovat co nejvíce. Hodně se zaměřují na stravování, pitný režim a odpočinek. Více jak třičtvrtě respondentů – pacientů se stravují minimálně 3x denně, převážná část omezuje používání soli či konzumuje ovoce a zeleninu. O trochu méně se respondenti – pacienti soustředí na získávání informací o svém onemocnění či sociálním kontaktu se svými blízkými. Co se týká podpory respondentů – pacientů, tak málo kdo není podporován blízkou osobou či všeobecnými sestrami. Z dotazníku vyplývá, že nejméně se v podpoře svého zdraví zaměřují na fyzickou aktivitu. Málokdo sleduje své fyziologické funkce při cvičení a málo který respondent – pacient cvičí pravidelně alespoň 30 minut denně. Avšak přístup respondentů – pacientů je individuální, jedni se o své zdraví starají velmi, jiní o své zdraví ve velké míře nepečují.

Výzkumná otázka č. 2: Jak sestry hodnotí faktory determinující podporu zdraví?

V první řadě faktorem, který ovlivňuje podporu zdraví u respondentů – sester je ochota pacienta naslouchat sestře, když ho informuje o managementu podpory zdraví. Dvě třetiny respondentů – sester právě neochotu pacienta naslouchat označilo, jako překážku, která jim brání v podávání informací. Zároveň z několika dotazníků vyplývá, že pacienti naslouchají velmi ochotně. Nedostatek času či velká pracovní zátěž na oddělení brání v podávání informací pacientovi o podpoře zdraví jen necelé jedné třetině respondentů – sester. Nevhodné načasování jako faktor, který brání ve věnování se pacientům, označilo pouze pár respondent – sester. Naopak, některým respondentům – sestrám v podávání informací nebrání nic.

Výzkumná otázka č. 3: Která místa v oblasti podpory zdraví jsou kritická?

Ve třetí otázce bylo zjišťováno, která místa v podpoře zdraví jsou kritická. Dle respondentů – pacientů je to oblast fyzické aktivity, v odpovědích převažovalo „*nikdy*“ či „*někdy*“. Nejvíce kritickým místem je sledování fyziologických funkcí v průběhu cvičení, pravidelné denní cvičení a věnování se volnočasovým aktivitám. Dále je to účast na edukačních setkání o péči o své zdraví v dialyzačním středisku a navštěvování sociálních programů se svými blízkými, kde z velké části respondenti odpovídali

„*nikdy*“, od některých respondentů bylo dopsáno, že se edukační setkání nekonají. Ve stravování je kritickým místem sledování výživových údajů na obalech potravin. Málokterý respondent – pacient si hledá nové informace o své nemoci. Kritická oblast podpory zdraví u respondentů – sester je oblast vyvarování se stresu, informace pacientům v této oblasti poskytuje jen velmi málo sester.

Výzkumná otázka č. 4: Z jakých důvodů existují determinanty v podpoře zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin?

Determinanty existují mimo jiné i k podpoře psychické pohody. Z dotazníku vyplývá, že někteří respondenti – pacienti se cítí být demotivováni svojí nemocí či frustrováni dialyzační léčbou, jiní nikoli. U otázek zaměřených na demotivaci a frustraci byla velmi častá odpověď „*někdy*“. Dále se shodli na tom, že jsou podporovány všeobecnými sestrami v dialyzačním středisku a převážně i pacienty ze střediska, avšak o trochu méně, než sestrami. Převážná většina respondentů – pacientů má velkou podporu i v blízkých osobách, které je povzbuzují při zlepšení zdravotního stavu. K podpoře zdraví jim pomáhá i udržovat vztah s přáteli. Avšak výzkum ukázal, že existují respondenti – pacienti, kteří nejsou podporováni blízkými osobami, pacienty a ani neudržují vztahy s přáteli.

6 DISKUZE

Haluzíková a Břegová (2019) společně s Ammirati (2020) poukazují na stále stoupající křivku pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Dle výzkumu předloženého v této práci, a i dle ostatních zdrojů (např. Nedbálková (2011)) je většina dialyzovaných pacientů, s chronickým onemocněním ledvin, starších 60 let. Nejvíce respondentů – pacientů podstupují dialyzační léčbu kratší dobu než 7 let. Počet respondentů – pacientů, kteří dialýzu podstupují, déle rapidně klesá. Tyto poznatky odpovídají výsledkům Haluzíkové a Břegové (2019), že jen 80 % pacientů na dialýze přežije jeden rok a jen polovina se dožije 5 let od zahájení léčby. Nabízí se otázka, zda pacienti, kteří žijí díky dialyzační léčbě déle než ostatní, podporují své zdraví v plné míře nebo podporu zdraví opomíjejí. Nedbálková (2011) ve svém článku zaznamenává, že diabetem mellitem trpí kolem 40 % pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Tento poznatek odpovídá i výsledkům výzkumu předloženým v rámci této práce. K podpoře zdraví neodmyslitelně patří výživa, kam tato práce zahrnuje stravování a pitný režim. Dle výsledků našeho výzkumu stravování a pitný režim vychází jako nejméně kritická oblast. Odpovědi byly převážně kladné (na našem pojetí „často“ a „velmi často“). Jediná otázka, která na niž byla většina odpovědí negativních, byla „*Při nákupu potravin sleduji výživové údaje na baleních potravin*“. To odpovídá i našim zkušenostem, ve svém okolí neznáme mnoho lidí, kteří by výživové údaje sledovaly. Nepomůže ani to, že samotná tabulka výživových údajů je na potravin napsaná velmi malým písmem. Lambert et al. (2018) ve svém výzkumu, který prováděl za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, zjišťoval, jak pacienti a jejich pečovatelé chápou doporučení ohledně stravy při onemocnění ledvin. Zaznamenal poznámku jednoho z respondentů, že obsah draslíku v dané potravině není zaznamenán na jeho obalu. S tímto se pojí i otázka „*Konzumuji potraviny s vysokým obsahem draslíku*“, v našem výzkumu převažují odpovědi „*někdy*“ (52%) a „*často*“ (33 %). Tento výsledek samozřejmě není překvapivý, když uvážíme, že obsah draslíku buď na potravině není uveden, nebo si jej pacient nepřečte. Jeden respondent z výzkumu Lamberta et al. (2018) poukazuje na skutečnost, že sice dostali seznam potravin, kterých se mají vyvarovat, avšak dále uvádí, že soupis není kompletní. Dále v tomto výzkumu respondenti poukazují na důležitost individuálního přístupu a konzultací s dietologem. Z výzkumu předloženého v této práci vyplývá, že právě návštěvy dietologa v dialyzačním středisku by některé sestry uvítaly jako zlepšení v podpoře zdraví u pacientů s CKD. Viklický a Rajnochová – Bloudíčková (2013)

popisují, že zpravidla dochází k setkání dietologa s pacientem po prvotní diagnostice a seznamuje ho s dietou, kterou by měl od této chvíle dodržovat. Je otázka, zda k těmto setkáním dochází pravidelně i nadále, z dotazníků vyplňovaných respondenty – sestrami, ale jednoznačně vyplývá, že by k tomu mohlo docházet i častěji a intenzivněji. Všichni respondenti – sestry podávají pacientovi informace v oblasti pitného režimu a výživy (v této oblasti až na jednoho respondenta – sestru). A podle výsledků z dotazníků pro pacienty vypadá, že pacienty edukují dobře, neboť skoro všichni respondenti – pacienti dodržují jednotlivé pokyny v účinném stravování přinejmenším „někdy“. Výzkum, jehož autorem je Munuo et al. (2016) a byl prováděn za pomoci strukturovaného dotazníku, se zabýval informovaností zdravotnického personálu ve výživě se zaměřením na výživu při CKD. Výsledkem bylo zjištění, že informovanost ohledně výživy je nedostačující. Velmi překvapivý je poznatek, že respondenti byli lidé pracující na nefrologických odděleních. Toto lze považovat za velmi významný důvod, proč jsou pacienti málo vzdělaní ve specializovaném stravování. Respondenti – sestry ve výzkumu v této práci se považují za dostatečně informované. Lze ale očekávat, že mezery v jejich informovanosti jsou, jak ukázal právě Munuo et al. (2016). Konzumaci vybraného ovoce a zeleniny či omezení soli v potravě lze považovat za „jednoduchou“ formu podpory zdraví (zejména ve srovnání s jinými, časově náročnějšími. Tak vidí i respondenti – pacienti v této práci, neboť z více jak poloviny odpověděli „často“ anebo „velmi často“ (u otázky na konzumaci zeleniny 48 ze 71 respondentů a na konzumaci ovoce 43 ze 71). Velmi kritickou oblastí v našem výzkumu byla fyzická aktivita respondentů – pacientů. Tento problém je se zvyšujícím se životním standardem pochopitelný. Stále více lidí má přístup k rostoucímu počtu televizních stanic a streamovacích služeb, k interaktivní zábavě a sociálním sítím, které zvládnou vyplnit volný čas. Roste počet lidí, kteří mají osobní automobil, nebo přístup k online nakupování a tím i mizí důvody k alespoň drobnému pravidelnému pohybu. Toto je však závažný nedostatek. Dle studie Aucella et al. (2014) se jízdou na kole u dialyzovaných pacientů snižuje krevní tlak. Dále po aerobním cvičení dochází ke snížení únavy, zvýšení výkonu či svalové síly. Málokterý respondent – pacient v našem výzkumu cvičí pravidelně 30 minut denně, avšak studie Aucella et al. (2014) ukázala, že pokud pacient cvičí 45 min/týdně po dobu jednoho roka aerobní cvičení, tak dojde zvýšení jeho odolnosti ohledně kardiovaskulárních chorob. Nejčastější odpovědí na otázku, zda respondenti – pacienti dodržují svůj cvičební plán byla odpověď „někdy“ (36 ze 70 respondentů – pacientů). Aucella et al. (2014) klade důraz na důležitost individuálního přístupu k pacientům, při vyhodnocování jeho fyzické

kondice a doporučování daného aerobního cvičení. Pacienti s CKD mají vyšší riziko úmrtí způsobené cvičením, právě proto je individuální přístup tak důležitý, avšak ze zvýšené fyzické aktivity mají větší prospěch než ostatní lidé. Dále poukazuje na skutečnost, že takto nemocní lidé mohou mít menší výkonnost v dolních končetinách. Věnování se volnočasovým sportovním aktivitám mi přijde velmi důležité, pacient může dělat to, co ho baví (např. jízda na kole či plavání) a zároveň tak podporuje své zdraví. Stejně tak důležité mi přijde i udržování své fyzické kondice. Zkusit jít do bytu po schodech místo využití výtahu, vystoupit o jednu zastávku dříve z městské hromadné dopravy než normálně. Uvědomujeme si, že i když si mnoho lidí očividně těžko hledá čas na každodenní 30minutové cvičení nebo nemá prostředky pro sledování svých fyziologických funkcí v průběhu cvičení, je důležité pacienty motivovat k jakémukoli zvýšení své fyzické aktivity, a tím i ke snaze o zlepšování svého zdraví. Z našem dotazníku, který byl vyplněn sestrami, vychází, že pouze 56 % respondentů – sester podává pacientům informace v oblasti fyzické aktivity, přitom je tato oblast v podpoře zdraví velmi důležitá a sestry mohou být jedinými osobami, které to pacientům mohou sdělit. Opravdu veliký vliv na pacienty má podpora z okolí. Studie od Aucella et al. (2014) i od Lamberta et al. (2018) kladou důraz na podporu pacientů. Díky podpoře jsou pacienti více motivováni podporovat své zdraví. Shu-Mei et al. (2022) ve své studii, která se zaměřovala na pacientů svými blízkými v oblasti stravování, fyzické aktivity a celkově zdravého životního stylu, došel k závěru, že je velmi důležité, aby nemocný měl někoho, kdo ho v podpoře zdraví motivuje, povzbuzuje a pomáhá mu. Výsledky ukázali, že mezi tyto osoby spadají nejčastěji manželé a dospělé děti. Podle studie (Pham a Ziegert, 2016) sestry podporují pacienty v navazování kontaktu se svými blízkými či ostatními pacienty, dále je motivují k navštěvování sociálních skupin. Jsme toho názoru, že je motivace velmi důležitá, dává najevo, že má cenu bojovat, má cenu snažit se podporovat své zdraví, má cenu zvyšovat svoji fyzickou aktivitu. Motivace je určitý motor, který nás žene ku předu, žene nás k dosažení našeho cíle. O to větší motivaci máme, pokud nás někdo další (než mi sami) motivuje. Dává nám najevo, že na to máme! Proto má motivace od jiných osob v podpoře zdraví takovou váhu. Z výzkumu uvedeného v této práci lze vyčíst, že sestry motivují pacienty. Více jak polovina respondentů – pacientů je motivována „*velmi často*“ (41 ze 72 respondentů – pacientů). Ani jeden z respondentů – pacientů na otázku „*Jsem na dialyzačním středisku podporován všeobecnými sestrami*“ neodpověděl „*nikdy*“. To může být důležité zejména pro pacienty, kteří žijí sami a již nemají jiný blízký lidský kontakt kromě sester. Vzájemná podpora mezi pacienty již není tak častá

jako podpora sester. Většinou respondenti – pacienti odpovídali, že jsou podporováni jinými pacienty někdy. To je pochopitelné, protože se pacienti většinou neznají, není tedy snadné navázat kontakt a podporovat se. Důležité je, aby byly pacienti podporovány svými vlastními rodinami, dle výsledků studie Shu-Mei et al. (2022) je jasné, že toto podporování přináší ovoce. Dále výzkum uvedený v této práci ukazuje, že velká část respondentů – pacientů je povzbuzovaná blízkými osobami, pokud dojde k úspěchu v léčbě nemoci. Důležité je i udržování kontaktu se svými přáteli, což udržuje i většina respondentů – pacientů z našeho výzkumu. Kritickou oblastí je navštěvování sociálních programů pacientů se svými blízkými. Tato otázka byla ze 68 % zodpovězena „*nikdy*“. Důvodů může být několik, od osobních (averze k takovým setkáním), přes časové (pacienti nevměstnají návštěvu do svého rozvrhu), špatnou informovanost (pacient neví o tom, že se sociální programy konají) až k důvodům geografickým (žádné sociální programy v dostatečně blízkém okolí pacientů nejsou). „*Účastním se edukačních setkání o péči o své zdraví v dialyzačním středisku*“ je další otázkou, kde respondenti – pacienti z velké části (78 %) vybrali odpověď „*nikdy*“. Jeden z respondentů – pacientů dopsal poznámku, že se edukační setkání nekonají. V roce 2019 García-Llana et al. publikovala článek o pilotním mentorském programu, který se uskutečnil v šesti španělských nemocnicích. Probíhalo několik sezení, kde byli přítomni jak pacienti, tak mentoři. Během sezení mohli pacienti sdílet své obavy a starosti či radosti a naději. Jejich důvěra se časem prohlubovala a byli si bližší, navzájem se podporovali. Všichni ten pilotní program chválili. Přítomnost tohoto programu v České republice je jistě žádoucí. Z dotazníků pro sestry v této práci vyplývá, že převážně neochota pacienta brání sestrám v seznámení pacienta s managementem podpory zdraví. Velká pracovní zátěž na oddělení nebo nedostatek času brání zhruba jedné třetině respondentů – sester. Nedostatek času jako bariéru uvádí ve svém výzkumu i Narva et al. (2015). Dále popisuje, že nedostatečná důvěra, málo informací o dané nemoci či nemožnost informace získat, jsou další problémy, které znemožňují pacienta dostatečně informovat. Ze studie od autorů Pham a Ziegert (2016) se vychází jako překážka obtížná komunikace s pacientem na základě nedostatečné motivace či komunikační bariéry. Uvádí, že i příbuzný mohou být překážkou v informování pacienta o podpoře zdraví. Dále autor studie popisuje, že edukace ohledně podpora zdraví probíhala ve větších skupinách i s příbuznými pacientů. Z dotazníku prezentovaného v této práci vyplývá, že respondenti – sestry provádějí individuální edukaci. Výhodou individuální edukace je, že se pacient může doptat sestry na věci, které ho zajímají a nechce o nich mluvit veřejně, před ostatními pacienty.

Skupinová edukace má ale také nesporné výhody: edukace může probíhat pro více pacientů současně je samozřejmě časově a finančně méně náročná, pacienti mohou navázat vztahy i mezi sebou navzájem. Tato setkání také mohou vždy mít konkrétní téma týkající se podpory zdraví či problematiky spojené s CKD. Na konci tohoto edukačního setkání by mohla být diskuze a možnost sdílení. Doprovod blízkého člověka na edukační setkání bych brala jako přínos, neboť se může doptat na otázky, které pacienta nenapadnou, a ví, jak podporovat zdraví svého blízkého. Jeden z respondentů – sester v dotazníku napsal jako typ na zlepšení podpory zdraví u pacientů s CKD právě pozvání blízké osoby při zahájení dialyzační léčby k edukaci ohledně podpory zdraví. Edukace dle dotazníku trvá většinou do 10 minut, což jistě vhodné pro udržení koncentrace pacienta. U první edukace před zahájením dialyzační léčby lze očekávat, že edukace ohledně podpory zdraví bude delší a je to i žádoucí. Četnost edukace má každý respondent – sestra jinou. Některé edukují dle potřeby pacienta, jiné výjimečně. Dle výzkumu prezentovaného v této práci 61 % respondentů – pacientů žádají všeobecné sestry o informaci ohledně péče o sebe „někdy“ a 23 % „často“. Je pochopitelné, že se některým pacientům zdá nevhodné, když se sestra každou návštěvu na něco ptají. Proto je záhodno, aby jim sestra dala najevo, že je tady pro ně a oni se mohou kdykoli zeptat na něco, co je zajímá. Všichni respondenti – sestry si ověřují, zda pacient pochytí informace, které mu poskytovali. Velmi zajímavá by byla odpověď na otázku, jak si to ověřují. Jestli jen dotazem: „Je vám to jasné/ rozumíte tomu?“, nebo zpětnou vazbou ve formě: „Co si z našeho rozhovoru odnášíte?“ Taková otázka bohužel součástí dotazníku nebyla. Z výsledků je také vidět určitá mezera v informování pacientů o podpoře psychického zdraví. Pouze třikrát se ve výsledcích dotazníku objevila odpověď, že respondenti – sestry podávají informace v podpoře zdraví při CKD o psychickém zdraví, konkrétně vyvarování se stresu. Naopak respondenti – pacienti na své psychické zdraví myslí. Většina z nich si dopřává dostatek času na spánek a odpočinek. Ty jsou pro naše psychické zdraví velmi důležité. Myslíme si, že je stejně potřebné, jako když si člověk vymezí čas na rodinu, tak si vymezit čas na spánek a odpočinek, i když to bude na úkor něčeho. Lidé nejsou roboti a je normální být unavený. Může být překvapivé, že poměrně velká část respondentů – pacientů si nikdy nepřijdou demotivováni (22 %) anebo frustrováni (36 %). To lze považovat za obdivuhodné u pacientů, jejichž život se změnil od základu a mimo jiné nemohou dělat činnosti, na které byli zvyklí a které byly pro jejich život velmi podstatné.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou managementu podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním. V teoretické části práce jsou popsány základní informace o ledvinách a rozepsány chronická onemocnění ledvin. Dále jsou popsány ošetrovatelské intervence, které se s chronickým onemocněním pojí a možná podpora zdraví při tomto onemocnění či jako prevence vzniku choroby. Výsledky ukázaly, že nejvíce podporovanou stránkou zdraví je stravování a pitný režim. Většina pacientů si dopřeje i dostatek spánku a odpočinku. Podpora pacientů blízkou osobou či všeobecnou sestrou je velmi častá a nese ovoce, což se dá poznat na zastoupení pacientů, kteří nejsou demotivováni či frustrováni dialyzační léčbou. Oblastí, která v podpoře zdraví zaostává, je fyzická aktivita a účast na edukačních setkání či sociálních programech. Málokterá sestra podává informace o podpoře zdraví ohledně vyvarování se stresu. Informace o výživě a pitném režimu podává každá. Největší překážkou, která brání sestrám ve věnování se pacientům ohledně edukace v podpoře zdraví je neochota pacienta avšak, když už naslouchají, tak velmi ochotně. Výzkum probíhal pomocí nestrukturalizovaných dotazníků. Během zpracování dotazníků vyvstaly otázky, které by stálo za to více rozebrat, což může být využito jako podklad pro další výzkum. Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací pro budoucí vykonavatele zdravotnických profesí, pro zdravotníky v praxi nebo laiky, který mají zájem o podporu svého zdraví a trpí chronickým onemocněním ledvin. V dnešní době roste počet lidí s chytrými hodinkami, kde mohou sledovat parametry svých fyziologických funkcí, nebo třeba počet kroků, který za danou dobu ušli. Ale ví, jak podporovat své zdraví? Ví, že jsou i jiné způsoby, jak podporovat své zdraví, než dlouhé časy strávené v posilovně nebo konzumace jídla bez konzervantů? Ví, že aby podpora jejich zdraví byla kompletní, musí být i psychicky v pohodě? Tato práce není o obecné podpoře zdraví, ale o podpoře zdraví při chronickém onemocnění ledvin. Avšak podpora zdraví zaměřená na chronické onemocnění ledvin vychází z obecné podpory zdraví, takže si tyto otázky může položit i pacient trpící tímto onemocněním. Podporovat své zdraví tímto způsobem nemusí jen pacienti s touto chorobou, ale i ostatní lidé jako prevenci chronického ledvinového onemocnění.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABRAMYAN, S., HANLON, M., 2021. *Kidney Transplantation*. [online]. NCBI. [cit. 2021-10-6]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567755/>
2. AMMIRATI, A. L., 2020. Chronic Kidney Disease. *Rev. Assoc. Med. Brass.* 66(1), p. S82-S90. DOI 10.1590/1806-9282.66.S1.3.
3. ARSLAN, 2020. *Nursing Care Plan For Chronic Kidney Disease*. [online]. Made for Medical. [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: https://www.madeformedical.com/nursing-care-plan-for-chronic-kidney-disease/?fbclid=IwAR0x23TrcFall2_EOD9oyYDrVZ24CLabQ3StEffVv_7u1Udh6_w-r-trBd0
4. AUCELLA, F. et al., 2014. The Role of Physical Activity in the CKD Setting. *Kidney Blood Pressure Research*. 39, 97-106. DOI 10.1159/000355783.
5. Automatizovaná peritoneální dialýza aneb dialýza během spánku, 2016. *Florence*. 12(5), 36. ISSN 1801-464X.
6. AV-Fistula, 2020. [online]. Kalyani Kidney Care Center. [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <http://kidneystoneindia.com/dialysis-treatment-centre-erode/>
7. BEECHAM, G.B., AEDDULA, N.R., 2021. *Dialysis Catheter*. [online]. NCBI. [cit. 2021-10-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539856/>
8. BELLEZA, M., 2021. *Chronic Renal Failure*. [online]. Nurseslabs [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: https://nurseslabs.com/chronic-renal-failure/?fbclid=IwAR0i2dRV5B-Gx1aJ5fK7QClqKtOvv1xGv_ZLln96LFPmK1ym_Fp3RHvKBaU#nursing_assessment

9. COLEMAN, B., 2017. *Chronic Kidney Disease Management*. [online]. CEUfast. [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: <https://ceufast.com/course/chronic-kidney-disease-management?fbclid=IwAR3CjzWXNGLNX69hBxBCzms0TCw1hR56OyTObXmBMqEIK60Ty8Zsv6QM-D4>
10. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2. 3. vydání*. Praha: Grada Publishing. 832 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
11. ČERTÍKOVÁ CHÁBOVÁ, V. et al., 2016. Eliminační metody. In: BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishnig, s. 243 – 251. ISBN: 978-80-247-4343-1.
12. ROBSON, B., SHEEKY, C. 2020. *Chronic kidney Disease (CKD) Management in Primary Care*. 4. vydání. Melbourne: Kidney Health Australia, p. 7. ISBN: 978-0-6485845-4-4.
13. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
14. GARCÍA-LLANA, H. et al., 2019. How to design, apply and assess a Mentoring programme in chronic kidney disease: Narrative impact assessment in six health care centres. *Nefrologia*. 39(6), 603-611. DOI 10.1016/j.nefro.2019.04.002.
15. GROENE, O., 2005. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. [online]. WHO Europe. [cit. 2021-2-17]. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf
16. HALUZÍKOVÁ, J., BŘEGOVÁ, B., 2019. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5329-4.
17. HAMRAHIAN, S.M., FALKNER, B., 2017. Hypertension in Chronic Kidney Disease. In: ISLAM, S. *Hypertension: from basic research to clinical*.

Switzerland: Springer International Publishing, p. 307-325. ISBN: 978-3-319-44250-1.

18. *Health Risks of Overweight & Obesity*, 2018. [online]. NIH. [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/adult-overweight-obesity/health-risks>
19. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN: 978-80-247-4032-4.
20. *Hemodialýza*, 2022. [online]. Dialyza.cz. [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: <https://www.dialyza.cz/cs/porozumet/nahrada-funkce-ledvin/hemoeliminacni-metody/hemodialyza/>
21. HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O., 2009. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení*. Praha: Forsapi. 120 s. ISBN: 978-80-87250-06-8.
22. HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O., 2010. *Dieta u chronických onemocnění ledvin*. Praha: Forsapi. 150 s. ISBN: 978-80-87250-07-5.
23. HUDÁČKOVÁ, A., 2004. Historie hemodialyzační léčby. In: VÁPENÍKOVÁ, D. (eds). *Chronické selhání ledvin*. České Budějovice: ZSF JU, s. 3-8. ISBN 80-7040-729-8.
24. CHICCA, J., 2020. *Adults with Chronic Kidney Disease: Overview and Nursing Care Goals*. [online]. American Nurse. [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: https://www-myamericannurse-com.cdn.ampproject.org/v/s/www.myamericannurse.com/adults-with-chronic-kidney-disease-overview-and-nursing-care-goals/amp/?amp_gsa=1&_js_v=a8&usqp=mq331AQKKAFQArABIIACA w%3D%3D&fbclid=IwAR0x23TrcFall2_EOD9oyYDrVZ24CLabQ3StEffVv_7u1Udh6_w-r-trBd0#amp_tf=Zdroj%3A%20%251%24s&aoh=16439210672686&referrer=http%3A%2F%2Fwww.google.com&share=https%3A%2F%2Fwww.myame

ricannurse.com%2Fadults-with-chronic-kidney-disease-overview-and-nursing-care-goals%2F

25. *Chronic Kidney Disease (CKD)*, 2020. [online]. Familydoctor.org. [cit. 2021-10-5]. Dostupné z: <https://familydoctor.org/condition/chronic-kidney-disease-ckd/?adfree=true>
26. *Chronic Kidney Disease (CKD) Symptoms, Treatment, Causes & Prevention*, 2021. [online]. American Kidney Fund. [cit. 2021-10-5]. Dostupné z: <https://www.kidneyfund.org/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/#top>
27. *Chronic Kidney Disease Management*, 2022. [online]. Nursing in Practice. [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: <https://www.nursinginpractice.com/clinical/chronic-kidney-disease-management/?fbclid=IwAR3Mfeo6BjicyNE3DLKIHiveqwZSDJNGmqM6j7RGhSUGvhsitp8UzScSFSY>
28. *Chronic Kidney Disease Tests & Diagnosis*, 2016. [online]. NIH. [cit. 2021-10-5]. Dostupné z: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/tests-diagnosis>
29. JANÍKOVÁ, J., 2017. *Patologie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-271-0375-1.
30. *Kdo jsme a co děláme?*, 2021. [online]. Česká nefrologická společnost. [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://www.nefrol.cz/>
31. *Keeping your kidneys healthy*, 2021. [online]. NHS. [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/live-well/healthy-body/keeping-your-kidneys-healthy/?fbclid=IwAR0AhfG9oU9V3TpWNUjgKTrkpZ24jAIJTSbZIJf-i0zSL2Oi73dueIjEuEk&tabname=self-help-tips>
32. *Kontaktujte nás*, 2022. [online]. Koordinační středisko transplantací. [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: https://kst.cz/kontakty/#transplantancni_centra

33. KONTROVÁ, L., BORBÉLYOVÁ, V., 2006. *Ošetrovatel'ské štandardy v nefrológii*. Martin: Osveta. 83 s. ISBN 80-8063-237-5.
34. KRACÍKOVÁ, J., 2010. Čas pro nefrologickou sekci. *Florence*. 6(4), 36. ISSN 1801-464X.
35. KRAMER, H., 2019. Diet and Chronic Kidney Disease. *Adv. Nutr.* 10(4), p. S367-S379. DOI 10.1093/advances/nmz011.
36. LAMBERT, K. et al., 2018. How do patients and carers make sense of renal dietary advice? a qualitative exploration. *Journal of Renal Care*. 44(4), 238-250. DOI 10.1111/jorc.12260.
37. LEVIN, A., HEMMELGARN, B., CULLETON, B. et al., 2008. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ*. 179(11), 1154-1162. DOI 10.1503/cmaj.080351.
38. LEVY, J., BROWN, E., LAWRENCE, A., 2016. *Oxford Handbook of Dialysis*. 4. vydání. Oxford: Oxford University Press. 671 s. ISBN: 978-0-19-964476-6.
39. *Living with Chronic Kidney Disease*, 2019. [online]. NHS. [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: https://www.nhs.uk/conditions/kidney-disease/living-with/?fbclid=IwAR3Ud7j8PK6Ku4Fm3sfINmB2uWUBHGnTPhSlCszs1px1MrvXp30b6L7b_A
40. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., DVOŘÁČKOVÁ, J., 2012. *Patologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
41. *Managing Chronic Kidney Disease*, 2016. [online]. NIH. [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/managing#four>

42. MARSH, A.M., GENOVA, R., BUICKO, J.L., 2021. *Dialysis Fistula*. [online]. NCBI. [cit. 2021-10-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559085/>
43. Ministry of Health. 2015. *Managing Chronic Kidney Disease in Primary Care: National Consensus Statement*. Wellington: Ministry of Health. 14 p. ISBN: 978-0-478-44476-6.
44. MOUREK J., 2012. *Fyziologie: Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
45. MUNUO, A. E. et al., 2016. Nutrition knowledge, attitudes and practices among healthcare workers in management of chronic kidney diseases in selected hospitals in Dar es Salaam, Tanzania; a cross-sectional study. *BMC Nutrition*. 2(6), DOI 10.1186/s40795-016-0045-y.
46. MURDESHWAR, H.N., ANJUM, F., 2021. *Hemodialysis*. [online]. NCBI. [cit. 2021-10-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563296/>
47. NARVA, A. S. et al., 2016. Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 11(4), 694-703. DOI 10.2215/CJN.07680715.
48. NAVRÁTIL, L., et al., 2008. *Vnitřní lékařství: Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 424 s. ISBN: 978-80-247-2319-8.
49. NEDBÁLKOVÁ, M., 2011. Hemodialýza-současná praxe. *Vnitřní lékařství*. 57(7&8), 640–644. ISSN 1801-5256.
50. NOVÁK, F. et al., 2021. *Průvodce výživou při chronickém onemocnění ledvin*. 1. vydání. Praha: Kresenius Kabi. 8-22 s.
51. *Obezita: Příčiny a prevence*, 2020. [online]. Dr. Max. [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://www.drmax.cz/pece-o-zdravi/obezita>

52. *Onemocnění ledvin: příčiny a prevence*, 2021. [online]. Fresenius Medical Care. [cit. 2021-10-8]. Dostupné z: <https://www.freseniusmedicalcare.cz/cs/pacienti-a-jejich-rodiny/onemocneni-ledvin/>
53. PHAM, L., ZIEGERT, K., 2016. Ways of promoting health to patients with diabetes and chronic kidney disease from a nursing perspective in Vietnam: A phenomenographic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 11. DOI 10.3402/qhw.v11.30722.
54. *Peritoneální dialýza*, 2022. [online]. Dialýza.cz. [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: <https://www.dialyza.cz/cs/porozumet/nahrada-funkce-ledvin/hemoeliminacni-metody/domaci-dialyza/peritonealni-dialyza/>
55. PETŘEK, J., 2019. *Základy fyziologie člověka: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 172 s. ISBN 978-80-271-2208-0.
56. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 304 s. ISBN: 978-80-247-3871-0.
57. PONTŮCH, P., 2017. Diabetes mellitus 2. typu a chronická obličková choroba. *Vnitřní lékařství*. 63(3), 5. ISSN 1801-5256.
58. *Prevence onemocnění ledvin*, 2022. [online]. Dialýza.cz. [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: <https://www.dialyza.cz/cs/porozumet/prevence-onemocneni-ledvin/>
59. *Příprava pacienta s diabetes mellitus před dialýzou a peritoneální dialýza*, 2009 [online]. Zdraví.euro.cz. [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/priprava-pacienta-s-diabetes-mellitus-pred-dialyzou-a-peritoneal-418775>
60. ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

61. RYCHLÍK, I., BACHROŇOVÁ, P., MARŠÁKOVÁ, A., FRANCOVÁ, L., KRÁTKÁ, K., 2020. Jaké jsou cílové hodnoty krevního tlaku u pacientů s chronickým onemocněním ledvin? *Vnitřní lékařství*. 66(3), 5. ISSN 1801-5256.
62. SACHDEVA, B., ZULFIQAR, H., AEDDULA, N.R., 2021. *Peritoneal Dialysis*. [online]. NCBI. [cit. 2021-10-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532979/>
63. SHU-MEI, CH. et al., 2022. Effects of helping relationships on health-promoting lifestyles among patients with chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 126 s. ISSN: 0020-7489.
64. SCHÜCK, O., 1993. *Nefrologie: pro praktické lékaře*. Praha: SCIENTIA MEDICA. 171 s. ISBN 80-85526-21-2.
65. SCHÜCK, O., 1994. *Nefrologie pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 213 s. ISBN 80-7013-165-9.
66. *Sleep Deprivation and Deficiency*, 2021. [online]. NIH. [cit. 2021-10-21]. Dostupné z: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/sleep-deprivation-and-deficiency>
67. STŘÍTESKÝ, J., 2001. *Patologie: Učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. Olomouc: EPAVA. 338 s. ISBN 80-86297-06-3.
68. *Světový den ledvin*, 2021. [online]. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/aktuality/svetovy-den-ledvin/>
69. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 216 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
70. TESAŘ, V., VIKLICKÝ, O. et al., 2015. *Klinická nefrologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN: 978-80-247-4367-7.

71. *The top 10 causes of death*, 2020. [online]. World Health Organization. [cit. 2021-11-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
72. VACHEK, J., ZAKIYANOV O., TESAŘ V., 2012. Chronické onemocnění ledvin. *Interní medicína pro praxi*. 14(3), 107-110. ISSN 1803-5256.
73. VIKLICKÝ, O., 2013. Nová klasifikace chronických onemocnění ledvin. *Postgraduální nefrologie*. 11(1), 2-3. ISSN 1214-178X.
74. VIKLICKÝ, O., RAJNOCHOVÁ – BLOUDÍČKOVÁ, S., 2013. Současné možnosti léčby nezvratného selhání ledvin. *Vnitřní lékařství*. 59(8), 747–751. ISSN 1801-5256.
75. Vision, Mision, Values, 2021. [online]. ISN [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://www.theisn.org/about-isn/mission-vision-values/>
76. VOKURKA, M., 1994. *Praktický slovník medicíny*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 360 s. ISBN 80-85800-22-5.
77. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada Publishing. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
78. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., PAVLÍKOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
79. *What Is Chronic Kidney Disease?*, 2017. [online]. NIH. [cit. 2021-10-5]. Dostupné z: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/what-is-chronic-kidney-disease>
80. Z obsahu, 2021. *Stěžeň*. 32(1), 3. ISSN 1210-0153.

81. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru hemodialyzační středisko (HDS) za období 2007–2019*, 2020. [online]. ÚZIS. [cit. 2022-3-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008339/nzis-rep-2020-k28-a065-hemodialyzacni-stredisko-2019.pdf>

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1

Chronické onemocnění ledvin

Příloha 2

Dotazník podpory zdraví u dialyzovaných pacientů

Příloha 3

Dotazník pro sestry pracující v dialyzačním středisku

Příloha 4

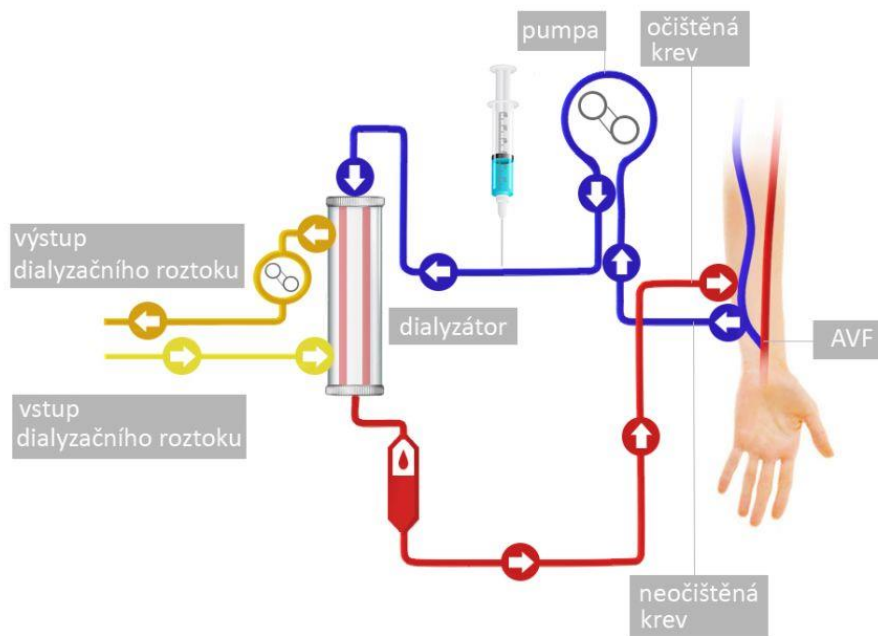
Vyjádření etické komise ZSF JU

Příloha 5

Informační brožura na podporu zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin

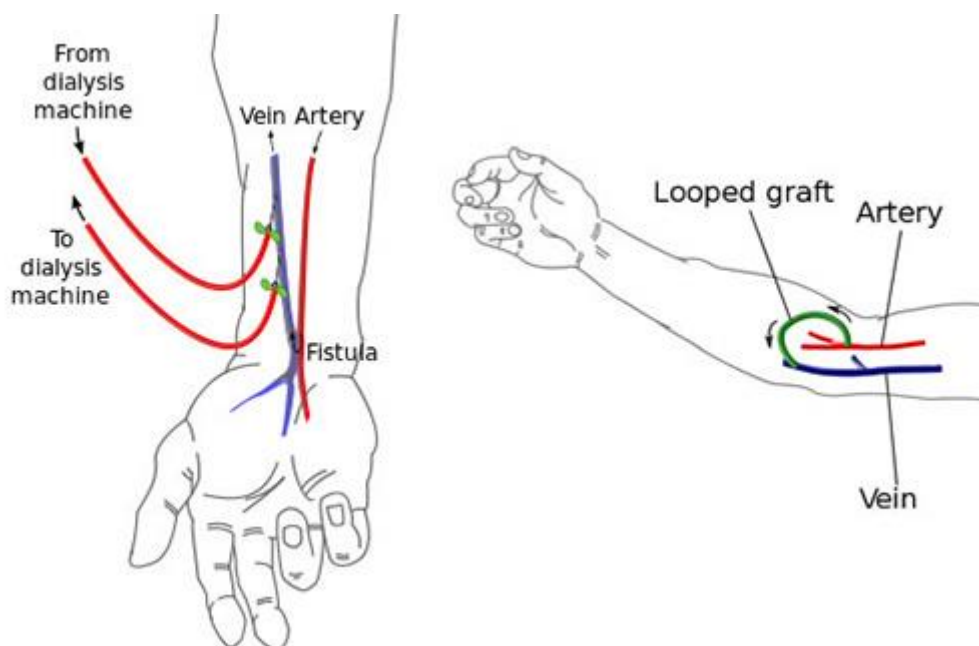
Příloha č. 1 – Chronické onemocnění ledvin

Princip hemodialýzy



Zdroj: Hemodialýza, 2022

Cévní přístupy při hemodialýze



Zdroj: AV – Fistula, 2020

Legenda:

From dialysis machine – z dialyzačního přístroje

To dialysis machine – do dialyzačního přístroje

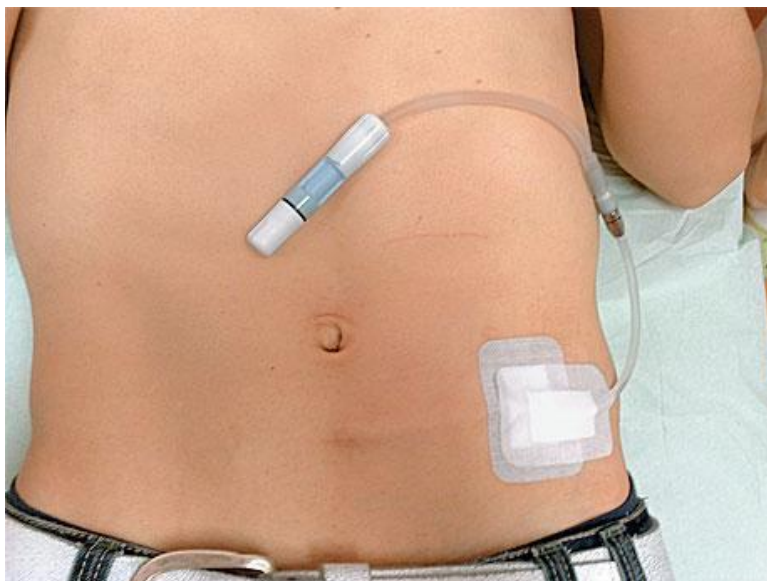
Fistula – atriovenózní fistule

Looped graft – arteriovenózní graft

Artery – tepna

Vein - žíla

Peritoneální katétr



Zdroj: Příprava pacienta s diabetes mellitus před dialýzou a peritoneální dialýza, 2009

Peritoneální dialýza



Zdroj: Peritoneální dialýza, 2022

Automatická peritoneální dialýza



Zdroj: Příprava pacienta s diabetes mellitus před dialýzou a peritoneální dialýza, 2009

Příloha č. 2 – Dotazník podpory zdraví u dialyzovaných pacientů

DOTAZNÍK PODPORY ZDRAVÍ U DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ

Vážená respondentko, vážený respondente.

Moje jméno je Johanka Pumprová a studuji již 3. rokem bakalářský obor Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Bakalářská práce, kterou píším, má za cíl zjistit management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním. Tento dotazník je zcela dobrovolný, anonymní a informace, které získám, nebudou zneužity. Vaše odpovědi by nám měly přiblížit problematiku managementu podpory zdraví u dialyzovaných pacientů.

Touto cestou bych Vás velice ráda chtěla poprosit o spolupráci na této bakalářské práci, a to vyplněním dotazníku.

Předem moc děkuji za Vaše odpovědi a Váš čas!

Prosím v následujících otázkách označte jen jednu možnost

1. Zodpovědnost za své zdraví:				
Otázka	(1) Nikdy	(2) Někdy	(3) Často	(4) Velmi často
1) Hlásím všeobecným sestram, když mám jakékoli problémy/nejasnosti v důsledku nemoci.				
2) Hledám si nové informace o své nemoci.				
3) Absolvuji odborné vyšetření zaměřené na moje onemocnění.				
4) Požádám všeobecné sestry, aby mi poskytly informace týkající se péče o sebe.				
5) Účastním se edukačních setkání o péči o své zdraví v dialyzačním středisku.				

Zdroj: Vlastní, 2022

1. Fyzická aktivita				
Otázka	(1) Nikdy	(2) Někdy	(3) Často	(4) Velmi často
1) Dodržuji svůj cvičební plán na udržení fyzické kondice.				
2) Pravidelně cvičím minimálně 30 minut denně.				
3) Věnuji se volnočasovým aktivitám (jízda na kole, plavání).				
4) Každý den si udržuji fyzickou kondici (delší chůze, chůze po schodech).				
5) Během cvičení sleduji svoje fyziologické funkce (pulz, frekvence dýchání).				

2. Stravování a pitný režim				
Otázka	(1) Nikdy	(2) Někdy	(3) Často	(4) Velmi často
6) Řádně dodržuji svůj dietní režim.				
7) Konzumuji potraviny s vysokým obsahem draslíku.				
8) Při jídle omezuji používání soli.				
9) Konzumuji ovoce (jablko, hruška).				
10) Konzumuji zeleninu.				
11) Při nákupu potravin sleduji výživové údaje na baleních potravin.				
12) Stravuji se minimálně 3x denně.				
13) Dodržuji svůj pitný režim.				

Zdroj: Vlastní, 2022

1. Sociální vztahy a rodina:				
Otázka	(1) Nikdy	(2) Někdy	(3) Často	(4) Velmi často
1) Jsem podporován blízkými osobami (rodinou).				
2) Povzbuzují mě blízké osoby, když dojde k úspěchu v mém onemocnění (např. zlepšené laboratorní hodnoty).				
3) Udržuji vztahy s přáteli.				
4) Navštěvuji sociální programy se svými blízkými.				
5) Lehko naváží sociální kontakt s cizím člověkem.				
6) Jsem na dialyzačním středisku podporován jinými pacienty.				
7) Jsem na dialyzačním středisku podporován všeobecnými sestrami.				

2. Management psychického zdraví				
Otázka	(1) Nikdy	(2) Někdy	(3) Často	(4) Velmi často
8) Dopřeji si čas na odpočinek.				
9) Dopřeji si dostatek spánku.				
10) Cítím se kvůli své chorobě demotivován.				
11) Cítím se být frustrován dialyzační léčbou.				
12) Cítím se unavený a slabý po dialyzační léčbě.				

Zdroj: Vlastní, 2022

Demografické otázky:

- 1) Váš věk:** a) 18-30 let b) 31-40 let c) 41-50 let
d) 51-60 let e) 61-70 let f) 71 a více let
- 2) Doba podstupování dialýzy:** a) 0-3 roky b) 4-6 let c) 7-10 let
d) 11-15 let e) nad 16 let

3) Druh podstupované dialýzy:

- a) hemodialýza
b) hemodiafiltrace
c) kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD)
d) automatická peritoneální dialýza (APD)

4) Jak často absolvujete hemodialýzu anebo hemodiafiltraci?

- a) 2x týdně
b) 3x týdně
c) 4x týdně
d) 5x týdně (jak si můj zdravotný stav vyžaduje)

5) Máte cukrovku?

- a) ano
b) ne

Zdroj: Vlastní, 2022

Příloha č. 3 – Dotazník pro sestry pracující v dialyzačním středisku

DOTAZNÍK PRO SESTRY PRACUJÍCÍ V DIALYZAČNÍM STŘEDISKU

Vážená respondentko, vážený respondente.

Moje jméno je Johanka Pumprová a studuji již 3. rokem bakalářský obor Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Bakalářská práce, kterou píši, má za cíl zjistit management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním. Tento dotazník je zcela dobrovolný, anonymní a informace, které získám, nebudou zneužity. Vaše odpovědi by nám měly přiblížit problematiku managementu podpory zdraví u dialyzovaných pacientů.

Touto cestou bych Vás velice ráda chtěla poprosit o spolupráci na této bakalářské práci, a to vyplněním dotazníku.

Předem moc děkuji za Vaše odpovědi a Váš čas!

1) Pohlaví.

- a) žena
- b) muž

2) Doba práce v dialyzačním středisku.

- a) méně než 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16- 20 let
- e) 20 let a více

3) Vaše pozice ve středisku.

- a) všeobecná sestra
- b) všeobecná sestra se specializací

4) Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

- a) střední škola
- b) vyšší odborná škola
- c) vysoká škola – Bc.
- d) vysoká škola – Mgr.
- e) vysoká škola – Ph.D.
- f) jiné: _____

Zdroj: Vlastní, 2021

5) Edukujete pacienta při zahájení dialyzační léčby o podpoře zdraví při CKD?

ano ne

6) Jakým způsobem projevují pacienti zájem o informovanost v podpoře zdraví při CKD?

(prosím, svoji odpověď více rozepište)

7) Jakou formou edukace to probíhá? (možno vybrat více možností)

a) ústně b) ukázka c) letáček d) video e) prezentace f) přednáška

8) Přijdete si Vy sami řádně edukováni (staniční/ vrchní sestrou) o podpoře zdraví při CKD?

ano ne

9) Máte na oddělení vypracované standardy pro edukaci pacienta o podpoře zdraví při CKD?

ano ne

10) Pokud jdete pacientovi sdělit nějaké informace týkající se podpory zdraví u CKD, jak moc ochotný je naslouchat?

není vůbec ochotný 1 2 3 4 5 naslouchá velmi ochotně

11) V jakých oblastech podáváte informace o podpoře zdraví při CKD?

- a) výživa
- b) fyzická aktivita
- c) vyvarování se stresu
- d) pitný režim
- e) jiné: _____

Zdroj: Vlastní, 2022

12) Jak často pacienty edukujete o podpoře zdraví při CKD?

- a) každou návštěvu
- b) 1x týdně
- c) 1-2x do měsíce
- d) podle potřeby pacienta
- e) výjimečně

13) Kolik tomu věnujete minut?

- a) do 10 minut
- b) 11-20 minut
- c) 21-30 minut
- d) 31-45 minut
- e) 46-60 minut
- f) více minut
- g) podle potřeby pacienta

14) Kdy realizujete edukaci?

- a) během dialyzační léčby
- b) před zahájením dialyzační léčby
- c) po ukončení dialyzační léčby

15) Jaký typ edukace realizujete?

- a) individuální edukace
- b) skupinová edukace

16) Co všechno Vám brání věnovat se pacientovi za účelem managementu podpory zdraví?

- a) nedostatek času
- b) nedostatek informací o CKD
- c) neochota pacienta
- d) nevhodné načasování
- e) velká pracovní zátěž na oddělení
- f) jiné: _____

Zdroj: Vlastní, 2022

17) Jak moc omezenost časem brání v seznámení pacienta s managementem podpory zdraví?

velmi brání 1 2 3 4 5 vůbec nebrání

18) Kde probíhá edukace o podpoře zdraví při CKD?

- a) v čekárně
- b) na lůžku při dialýze
- c) na lůžku před/po dialýze
- d) v místnosti k tomu určené
- e) jinde_____

19) Ověřujete si, jaké informace si pacient z edukace o podpoře zdraví při CKD odnáší?

ano ne

20) Máte nějaké typy, jak podporu zdraví u pacientů s CKD vylepšit?

Děkuji Vám za Váš čas a vyplnění dotazníku!

Zdroj: Vlastní, 2022

Příloha č. 4 - Vyjádření etické komise ZSF JU

	Zdravotně sociální fakulta Faculty of Health and Social Sciences	Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích University of South Bohemia in České Budějovice	Etická komise Ethics Committee
---	---	--	---

VYJÁDŘENÍ ETICKÉ KOMISE ZSF JU

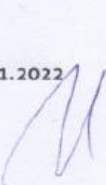
Protokol č. 1/2022

Jméno navrhovatele: Johanka Pumprová

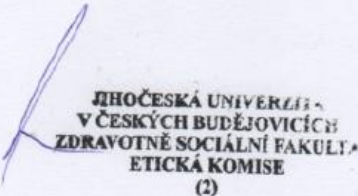
Název projektu: Management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním

Dne 12.1.2022 etická komise ZSF JU posoudila návrh projektu a po zvážení všech dostupných informací souhlasila s realizací navržené studie.

V Českých Budějovicích 12.1.2022



doc. MUDr. Jiří ŠIMEK, CSc.
předseda Etické komise ZSF JU

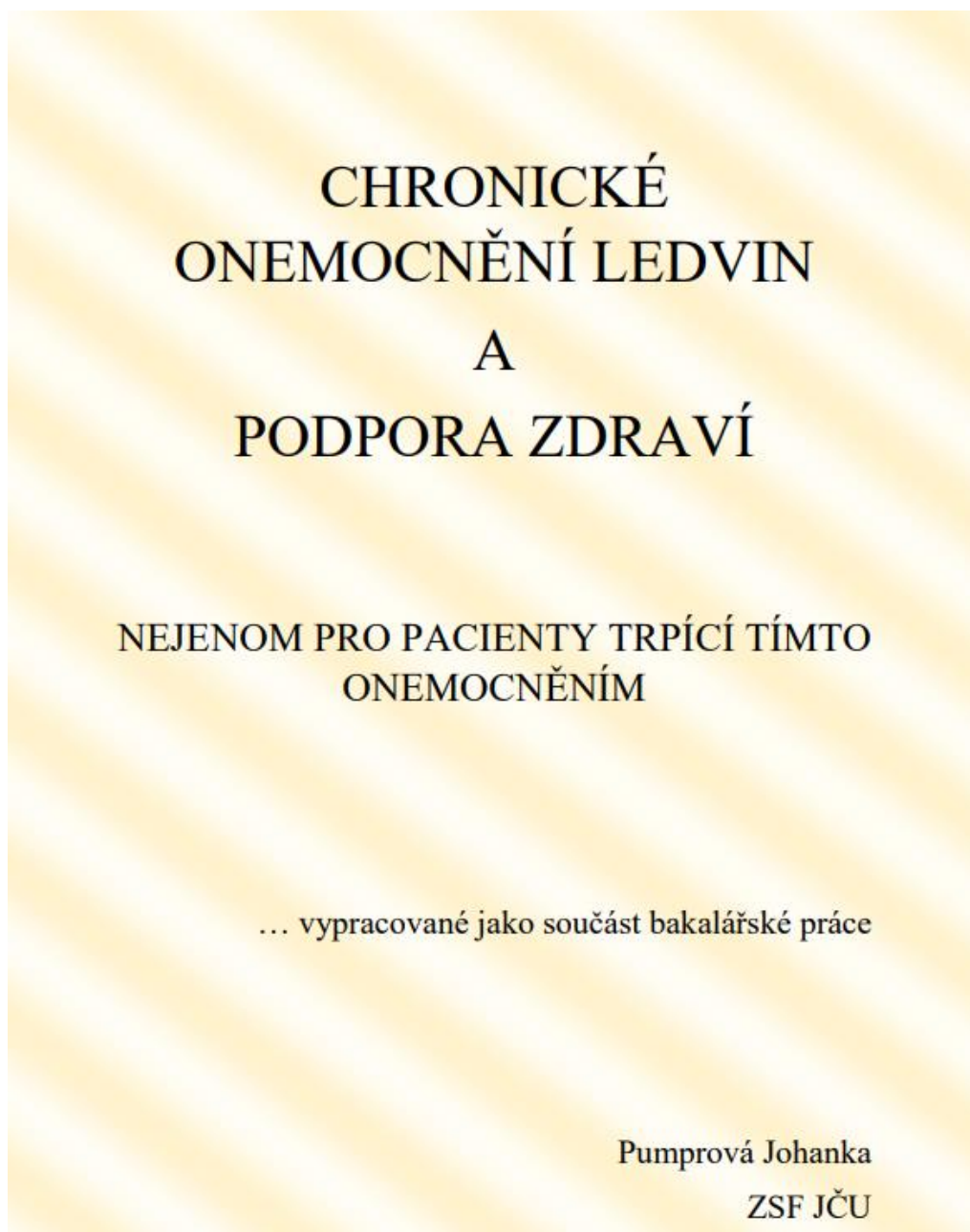


JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA
ETICKÁ KOMISE
(2)

Jihočeská fakulta v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta Etická komise Boreckého 27, 370 11 České Budějovice, Česká republika	Vyřizuje: Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. E/ jsimek@zsf.jcu.cz	T/ +420 389 037 650 WWW.ZSF.JCU.CZ
---	--	--

Zdroj: Vlastní, 2022

Příloha č. 5 - Informační brožura na podporu zdraví u pacientů s chronickým onemocněním ledvin



Zdroj: Vlastní, 2022

ZÁKLADNÍ INFORMACE O CHRONICKÉM ONEMOCNĚNÍ LEDVIN

Co to je?

Nevratné poškození většího a většího množství glomerulů, který mají na starosti filtraci krve v ledvinách. Vlivem poškození dochází ke snižování této filtrace. Jako onemocnění se bere tento stav trvající déle než tři měsíce.

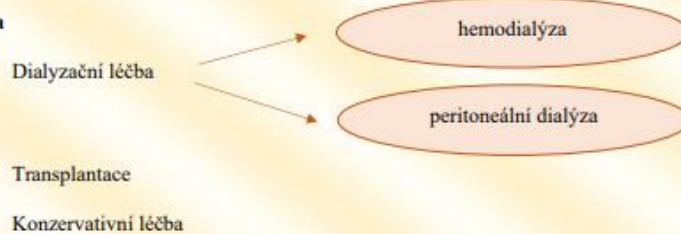
Rizikové faktory



Příznaky

Onemocnění je dlouhou dobu asymptomatické, projeví se až v pokročilejší fázi únavou, otokem kotníků, nechutenstvím či problémy s močením (snížený či zvýšený výdej moče).

Léčba



Zdroj: Vlastní, 2022

ZODPOVĚDNOST ZA SVÉ ZDRAVÍ

Každý člověk je zodpovědný za své zdraví. Je zodpovědný za to, zda své zdraví podporuje, aby předcházel nemocem či je jeho životní styl úplně opačný. Je jen na nás rozhodnout se...

Jak mohou lidé s chronickým onemocněním ledvin podporovat své zdraví?

- Hlásit jakýkoli problém, který se týká jeho onemocnění či změny zdravotního stavu sestrám či lékařům. To samé platí i o nejasnostech, který nemocný má. I když to tak někdy nevypadá, sestry a lékaři jsou od toho, aby se snažili lidem co nejvíce pomoci. Takže se nebojte a zeptejte se!
- Získávat nové informace o svém onemocnění. Snažit se hledat nové poznatky a způsoby, jak své zdraví co nejvíce v dané nemoci (i ve zdraví) podporovat, aby došlo k předcházení komplikací/ zhoršení stavu/ ke vzniku onemocnění.
- Návštěva lékaře dle domluvy a absolvování odborných vyšetření. Neboť jak jinak se dá zjistit zhoršení či zlepšení zdravotního stavu?
- Pokud nevíte, jak podporovat své zdraví, ptejte se a ptejte se. Hlavně sestry, ty by měly mít na toto téma nejvíce informací.
- Účast na edukačních setkáních.

Na prvním grafu si můžete všimnout, jak své zdraví v této kategorii podporují respondenti, kteří se účastnili výzkumu naší bakalářské práce.



Graf 1: Výsledky dotazníku v kategorii Zodpovědnost za své zdraví.

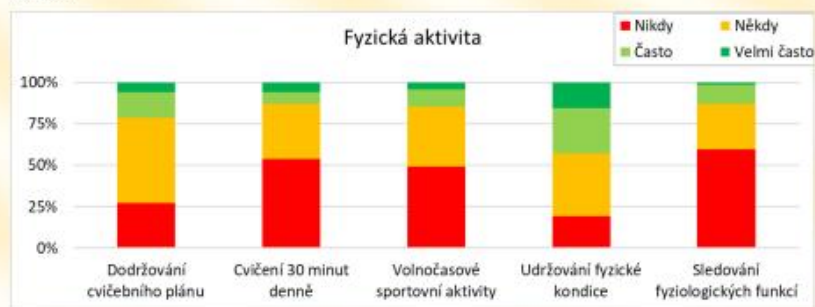
Zdroj: Vlastní, 2022

FYZICKÁ AKTIVITA

Fyzická aktivita je samozřejmou součástí podpory zdraví. Nedá se vynechat ani u podpory zdraví u pacientů s chronickým onemocněním.

- Každý pacient by měl mít svůj cvičební plán na podporu svého fyzického, ale i duševního zdraví. Se sestavením tohoto plánu by pacientům měla pomoci buď všeobecná sestra, lékař či sestra může domluvit konzultaci u odborníka.
- Každý člověk je schopný strávit 30 minut svého času shlédnutím části filmu nebo přečtením kapitoly knihy, tak proč by stejný čas nemohl věnovat fyzické aktivitě?
- Jakým volnočasovým fyzickým aktivitám se dá věnovat? Mezi ideální volby aktivit se dá zařadit jízda na kole či plavání.
- Fyzická aktivita se dá podporovat i jednoduššími způsoby jako je například delší chůze (procházka) či chůze po schodech. Stačí vystoupit o jednu zastávku městské hromadné dopravy dříve než obvykle nebo místo výtahu využít schody.
- Během cvičení je užitečné i sledování fyziologických funkcí (tepovou a dechovou frekvenci) např. na chytrých hodinkách.

Druhý graf ukazuje výsledky stejného dotazníku, jen z kategorie zabývající se fyzickou aktivitou pacientů podstupující dialyzační léčbu z důvodu léčby chronického onemocnění ledvin.



Graf 2: Výsledky dotazníku v kategorii Fyzická aktivita.

Zdroj: Vlastní, 2022

STRAVOVÁNÍ A PITNÝ REŽIM

Další kategorie, kterou v podpoře zdraví nelze opomenout, se týká pitného režimu a stravování.

- Důležité je dodržování dietního režimu. Bez jeho dodržování by podpora zdraví nebyla dostatečně účinná. Jaký nárok na stravování bude pacient mít, zjistí po konzultaci s dietologem či nutriční terapeutkou, kteří by mu měli podat dostatek informací.
- Pacienti, kteří mají přijímat jen omezené množství tekutin by měli vyvarovat potravinám s vysokým obsahem draslíku, který se nachází převážně v brokolici, banánu či kiwi.
- Omezení solení či úplné vynechání dosolování jídel.
- Konzumovat ovoce a zeleninu.
- Číst výživové údaje na obalech potravin?
- Důraz je kladen i na pravidelné a časté stravování (minimálně 3x za den). Ne vždycky je to možné, ale důležité je, aby pravidelné stravování převažovalo nad nepravidelným.
- Dodržování pitného režimu je taktéž součástí podpory zdraví. Někteří pacienti, např. ti, kteří ještě nevyžadují dialyzační léčbu musí přijímat jen omezené množství tekutin. Nesmí se zapomínat, že mezi tekutiny se řadí i potraviny, které obsahují velké množství vody (meloun, polévka).

Další graf poukazuje na výsledky z třetí kategorie z dotazníku.



Graf 3: Výsledky dotazníku v kategorii Stravování a pitný režim.

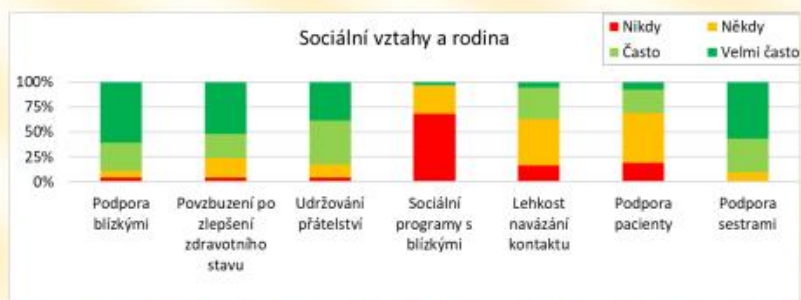
Zdroj: Vlastní, 2022

SOCIÁLNÍ VZTAHY A RODINA

Velmi důležitou součástí podpory zdraví při chronickém onemocnění ledvin (i při kterékoli jiném) je podpora a motivace od rodiny a přátel. Věříme, že velká většina pacientů je podporována svými blízkými. Proto je i pro vás, pacienty, podstatné udržovat vztahy s vašimi blízkými a v případě potřeby si říci o podporu.

- Pacient by měl být podporován blízkými osobami (rodinou).
- Rodina i přátelé by měli pacienta povzbuzovat kdykoli, kde dojde k úspěchu v daném onemocnění/ zlepšení zdravotního stavu (např. při zlepšení laboratorních výsledků).
- Udržování vztahů s přáteli. Občasná návštěva či zavolání může mít na podporu zdraví velký vliv.
- Navštěvování sociálních programů se svými blízkými se dá také zařadit do této kategorie podpory zdraví.
- Podpora od ostatních pacientů z dialyzačního střediska a od sestry, která pacienta ošetřuje.

Předposlední graf poukazuje na výsledky čtvrté kategorie dotazníku. Dá se z něj vyčíst, že i když pacient moc neovlivní, zda bude podporován svými blízkými, tak tato část podpory není obvykle rodinou a přáteli zapomenuta.



Graf 4: Výsledky dotazníku v kategorii Sociální vztahy a rodina.

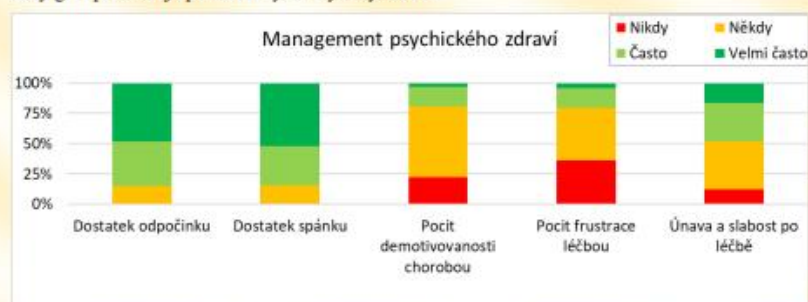
Zdroj: Vlastní, 2022

MANAGEMENT PSYCHICKÉHO ZDRAVÍ

Psychická stránka člověka se často opominá, ona je však velmi důležitá! I ona se musí podporovat! Nezapomínejte na to!!!

- Pravidelný a dostatečný odpočinek je nepostradatelnou součástí podpory zdraví.
Odpočívat se dá různě... u knihy, filmu, na zahrádce či se dá jen tak sedět v křesle a nic nedělat.
- Nesmí se zapomenout i na dostatečný spánek!
- Frustrace, demotivace, únava či slabost patří k nemoci (dost často to prožíváme i my, zdraví lidé), neměly by však v pocitech převažovat.

Pátý graf prezentuje poslední výsledky z výzkumu.



Graf 5: Výsledky dotazníku v kategorii Management psychického zdraví.

Zdroj: Vlastní, 2022

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

1. AMMIRATI, A., 2020. Chronic Kidney Disease. *Rev. Assoc. Med. Brass.* 66(1), p. S82-S90. DOI 10.1590/1806-9282.66.S1.3.
2. HRUBÝ, M., MENEROVÁ, O., 2009. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení*. Praha: Forsapi. 120 s. ISBN: 978-80-87250-06-8.
3. HRUBÝ, M., MENEROVÁ, O., 2010. *Dieta u chronických onemocnění ledvin*. Praha: Forsapi. 150 s. ISBN: 978-80-87250-07-5.
4. *Chronic Kidney Disease (CKD)*, 2020. [online]. Familydoctor.org. [cit. 2021-10-5]. Dostupné z: <https://familydoctor.org/condition/chronic-kidney-disease-ckd/?adfree=true>
5. PUMPROVÁ, J., 2022. *Management podpory zdraví u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
6. VIKLICKÝ, O., 2013. Nová klasifikace chronických onemocnění ledvin. *Postgraduální nefrologie*. 11(1), 2-3. ISSN 1214-178X.
7. VIKLICKÝ, O., RAJNOCHOVÁ – BLOUDÍČKOVÁ, S., 2013. Současné možnosti léčby nezvratného selhání ledvin. *Vnitřní lékařství*. 59(8), 747-751. ISSN 1801-5256.
8. *What Is Chronic Kidney Disease?*, 2017. [online]. NIH. [cit. 2021-10-5]. Dostupné z: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/what-is-chronic-kidney-disease>

Zdroj: Vlastní, 2022

10 SEZNAM ZKRATEK

APD – automatická peritoneální dialýza

AV – atriovenózní

AVF – atriovenózní fistule

AVF – atriovenózní štěp

BMI – body mass index – index tělesné hmotnosti

CAPD – kontinuální ambulantní peritoneální dialýza

CKD – chronické onemocnění ledvin

EDTNA/ERCA – Evropská asociace dialyzovaných a transplantovaných sester/
Evropská asociace renální péče

GF – glomerulární filtrace

WHO – Světová zdravotnická organizace