



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Adherence k léčebnému režimu pacientů
s chronickým onemocněním ledvin**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Jitka Fousková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Červený

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b 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 2.5.2022

.....
Jitka Fousková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala mému vedoucímu PhDr. Martinu Červenému za odborné vedení bakalářské práce. Ráda bych poděkovala za jeho cenné rady, připomínky, trpělivost, ochotu a čas, který práci věnoval. Dále patří mé poděkování všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, za čas a ochotu vyplnit náš dotazník.

Adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin

Abstrakt

Úvod: Chronické onemocnění ledvin v pokročilém stádiu může významně ovlivňovat kvalitu života pacientů. Je odhadováno, že až 10 % celosvětové populace trpí touto nemocí. Vhodná ošetrovatelská péče, úprava životosprávy a dodržování správného léčebného režimu by mohly významným způsobem zpomalit progresi onemocnění. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň adherence k léčbě pacientů s chronickým onemocněním ledvin.

Metodika: K dosažení stanovených cílů byla použita strategie kvantitativního výzkumu. Výzkum probíhal ve třech jihočeských nemocnic s písemným svolením hlavních sester. Výsledky byly zjišťovány pomocí standardizovaného dotazníku, který obsahoval 50 otázek a zjišťoval postoj a přístup pacientů hemodialyzačního centra k dodržování dialyzačního plánu, medikace, omezení příjmu tekutin a diety. Získaná data byla analyzována a statisticky zpracována pomocí programu Microsoft Excel.

Výsledky: Výzkumný soubor byl tvořen 94 respondenty. Z výsledků vyplývá, že 58,5 % pacientů podstupující hemodialyzační léčbu má adherentní přístup k léčbě. Dodržování léčebného režimu je ovlivněno přístupem ošetrovatelského personálu. Pro většinu dotázaných je důležité dodržovat léčebný režim, aby se jejich zdravotní stav nezhoršoval nebo, protože si uvědomují, že stav jejich ledvin vyžaduje, aby dodržovali opatření doporučená odborníky.

Závěr: Výsledky naší práce poukazují na to, jak je důležité, aby sestry věnovaly náležitou pozornost pacientům s chronickým onemocněním ledvin. Pacienti, se kterými personál pravidelně probírá jejich léčbu, dodržují opatření svědomitěji. Nejčastějším problémem, se kterým se respondenti potýkali, bylo neporozumění léčbě a doporučením.

Klíčová slova

chronické onemocnění ledvin; hemodialýza; peritoneální dialýza; predialýza; dialyzační léčba; adherence; sestra

Adherence to treatment regime of patients with chronic kidney disease

Abstract

Introduction: Chronic kidney disease in the progressing stage can significantly affect the quality of the patients' lives. It is estimated that more than 10 % of the worldwide population suffer from this disease. Proper nursing care, lifestyle modification and following proper medical treatment could significantly slow down the progression of disease. The main aim of the bachelor thesis was to find out the level of adherence to the treatment regime of patients with chronic kidney disease.

Methodology: Quantitative research was chosen to process the practical part. Results were collected using a standardised questionnaire containing 50 questions to determine the attitude of haemodialysis centre patients towards adherence to dialysis plan, medication, fluid restriction and diet. Collected data was analysed and statistically processed using Microsoft Excel programme.

Results: The research sample was made up by 94 respondents. The results show that 58,5 % patients undergoing haemodialysis treatment have an adherent attitude to the treatment. Keeping therapy treatment is influenced by the attitude of nursing staff. For most of the respondents, it is important to follow a treatment regime, so that their health does not deteriorate or because they realise that the condition of their kidneys requires them to follow experts' advice.

Conclusion: The results of our thesis highlight the importance of nurses paying attention to patients with chronic kidney disease. Patients with whom nursing staff regularly talk about their treatment follow recommendations more conscientiously. The most frequent problem among patients is misunderstanding treatment and recommendations.

Key words

chronic kidney disease; hemodialysis; peritoneal dialysis; predialysis; dialysis treatment; adherence; nurse

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Chronické onemocnění ledvin.....	10
1.2 Klasifikace chronického onemocnění ledvin	10
1.3 Příčiny onemocnění.....	10
1.4 Příznaky onemocnění	11
1.5 Konzervativní léčba	14
1.6 Ošetrovatelská péče o nemocné s chronickým onemocněním ledvin	15
1.7 Náhrada funkce ledvin – očišťovací metody.....	16
1.8 Hemodialýza	16
1.9 Peritoneální dialýza.....	17
1.10 Úloha sestry v péči o pacienta v predialyzačním období	18
1.11 Úloha sestry v péči o pacienta během dialyzační léčby	20
1.12 Potřeby pacienta s chronickým onemocněním ledvin podstupujícího dialyzační léčbu 22	
1.13 Psychologické a sociální aspekty dialyzační léčby	22
2 Adherence – dodržování léčebných opatřeníh	25
2.1 Faktory ovlivňující adherenci	26
2.2 Management a měření adherence	28
2.3 Management adherence v ošetrovatelství	29
2.4 Jak zlepšit adherenci	29
3 Cíl práce a výzkumné hypotézy.....	31
3.1 Cíle práce	31
3.2 Hypotézy	31
3.3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce a hypotézách	31
4 Metodika.....	33
4.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4.2 Použitá metoda výzkumného šetření.....	33
4.3 Sběr dat	33
4.4 Zpracování dat.....	34
5 Analýza a interpretace výsledků	35
5.1 Vyhodnocení hypotéz.....	64
5.2 Vyhodnocení cílů	70

6	Diskuse.....	73
7	Závěr.....	79
8	Seznam použité literatury.....	81
9	Přílohy	90
9.1	Příloha 1: Rozdělení chronického onemocnění ledvin podle GF a albuminurie.....	91
9.2	Příloha 2: Dotazník	92
9.3	Příloha 3: Žádost o provedení výzkumného šetření	103
9.4	Příloha 4: Edukační materiál	106
10	Seznam zkratk.....	110

Úvod

Bakalářská práce se zabývá dodržováním léčebného režimu u pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Téma jsem si vybrala, protože mě tato problematika zajímá a podle mého názoru je velmi aktuální. Pacientů s chronickým onemocněním ledvin každým rokem přibývá. V nemocnicích se s touto diagnózou setkáváme napříč různými medicínskými obory. Důvodem hospitalizace pacientů nemusí být primárně samo onemocnění, ale také komplikace s ním spojené. K těm může docházet následkem nedodržování léčebného režimu.

Onemocnění spočívá v postupném poškozování ledvinné stavby následkem různých patologických procesů, které vede ke snižování až ztrátě funkce ledvin. Je zákeřné v tom, že kvůli dlouhodobému asymptomatického průběhu dochází k diagnostice pozdě, mnohdy až ve stadiu, kdy ledviny přestávají fungovat. Pacienti v pokročilém stadiu nemoci musí pravidelně podstupovat dialyzační léčbu, která částečně nahrazuje funkci ledvin tím, že krev zbavuje látek tak, jak by to dělaly plně funkční ledviny. Existují dvě základní metody očišťování krve, a to peritoneální dialýza, kterou je možné provádět v domácím prostředí i ambulantně, a hemodialýza, jež probíhá pouze v dialyzačních střediscích. Peritoneální dialýza k očišťování krve využívá pobřišnici, blánu, která obklopuje orgány v dutině břišní, hemodialýza využívá umělou ledvinu, speciální přístroj, jenž přes speciální žilní vstupy mimotělně odstraňuje z krve odpadní látky.

Pro správnou léčbu je důležité, aby pacienti dodržovali léčebný režim uzpůsobený tak, aby nedocházelo ke zhoršování jejich stavu. Kvůli špatně fungujícím ledvinám dochází k zadržování vody v těle, proto nemocní mají určené množství tekutin, které mohou za den vypít. Musí rovněž dodržovat dietu zatěžující ledviny co nejméně. Neméně důležitá je také farmakoterapie, jež pomáhá předcházet komplikacím a umožňuje částečně nahrazovat některé z funkcí ledvin, například udržování správného krevního tlaku. Pacienti, kteří dodržují léčebná doporučení, mají vyšší šanci na delší dobu přežití a život s minimem komplikací.

1 Současný stav

Ledviny mají pro organismus významnou roli, a to hned v několika oblastech. Řídí regulaci elektrolytové a vodní bilance, zajišťují udržení acidobazické rovnováhy, dlouhodobě regulují tlak krve a odstraňují produkty metabolismu, toxiny a jiné cizí látky. Dále regulují pomocí hormonů metabolismus vápníku a erythropoézu. Poklesem renálních funkcí dochází k insuficienci, až k selhání ledvin (Lyerová, 2012). Chronické onemocnění ledvin je progresivním onemocněním, při kterém dochází ke strukturálním a funkčním změnám. Je způsobováno mnoha příčinami, některé jsou známé a dobře prozkoumané, jiné ale nejsou doposud zcela objasněny (Kalantar-Zadeh et al, 2021). Je to onemocnění s významným podílem multisystémových komplikací, které způsobují špatné výsledky a zvyšují náklady na léčbu (Pépin, et al., 2022). Reilly a Perazella (2013) uvádí, že toto onemocnění je celosvětový problém, jehož rychlý nárůst v počtu pacientů může mít za následek přetížení nefrologických ambulancí a dialyzačních středisek (Reilly, Perazella, 2013). Počet pacientů s chronickým onemocněním je celosvětově vysoký a jejich počet neustále roste. Podle Kalantar-Zadeha et al. (2021) se tato nemoc do roku 2040 stane pátou nejčastější příčinou smrti, to představuje největší předpokládaný nárůst ze všech hlavních příčin smrti (Kalantar-Zadeh et al, 2021). Levey a Coresh (2012) uvádí, že by se měl změnit pohled na toto onemocnění. Doporučují, aby se onemocněním nezabývali pouze nefrologové, ale také internisté. Zásadní je také prevence, včasné odhalení a správná léčba (Levey, Coresh, 2012). Kvůli dlouhodobému asymptomatickému průběhu však bývá diagnostikováno pozdě. To má rozsáhlé nejen medicínské, ale také socioekonomické důsledky, včetně možných vysokých nákladů pro zdravotnický systém. Dle statistických údajů onemocněním trpí 10 až 12 % dospělé populace v průmyslově rozvinutých zemích. Za jeden z největších úspěchů moderní medicíny lze považovat vznik a rozvoj dialyzačních metod, které umožňují nahrazování renálních funkcí (Vachek et al., 2012). Náhrada funkce ledvin je komplexní péčí o pacienta, u něhož se může vyskytnout mnoho komplikací, které s onemocněním souvisejí přímo, ale i vzdáleně (Sulková, 2000). Tesař a Viklický (2015) uvádějí, že začátkem šedesátých let se v Československu začala rozvíjet chronická dialyzační léčba. Rychlý rozvoj nastal počátkem devadesátých let, kdy dochází ke zkvalitnění léčby a větší dostupnosti pro pacienty. (Tesař, Viklický, 2015). Dle Břegové a Haluzíkové (2019) je v České republice zhruba sedm a půl tisíce pacientů, kteří podstupují dialyzační léčbu, jež probíhá ve 108 dialyzačních střediscích (Břegová, Haluzíková, 2019).

1.1 Chronické onemocnění ledvin

Tesař a Viklický (2015) ve své publikaci uvádí definici chronického onemocnění ledvin jako abnormality renální stavby nebo funkce trvající déle než 3 měsíce, které ovlivňují zdraví pacienta (Tesař, Viklický, 2015). Poškození a snížení renálních funkcí má za následek pokles glomerulární filtrace pod 1,0 ml/s (Češka, 2015). Ta je nejspolehlivějším ukazatelem renální funkce (Marek, Vrablík, 2019). Za hlavního ukazatele ledvinného poškození je považována perzistující proteinurie (albuminurie). Mezi další ukazatele řadíme abnormality močového sedimentu, abnormální biochemické vyšetření krve a moči, abnormální nálezy při užití zobrazovacích metod (Češka, 2015). V těle se hromadí urea a kreatinin, následkem nesprávného vylučování vodíkových kationtů vzniká metabolická acidóza (Klener, 2011). Typickým výsledkem biochemického vyšetření je zvýšená koncentrace urey a kreatininu v krevním séru (Dítě, 2007).

1.2 Klasifikace chronického onemocnění ledvin

Klasifikace chronického onemocnění je založená na posouzení závažnosti funkčních nebo strukturálních abnormalit ledvin a na příčině onemocnění (Lameire et al, 2021). V roce 2012 KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) vydala publikaci, soubor pokynů, doporučujících rozdělovat chronické onemocnění nejen podle glomerulární filtrace, ale také podle hodnoty albuminurie (Cook et al, 2017). Podle Bobrowske et al. (2021) glomerulární filtrace sama o sobě nepředpovídá prognózu optimálně, albuminurie je důležitým ukazatelem prediktorů rizika progresu onemocnění (Bobrowska et al, 2021). Chronické onemocnění se podle hodnoty glomerulární filtrace dělí do pěti stadií a podle albuminurie do 3 stadií (Ammirati, 2020).

1.3 Příčiny onemocnění

S chronickým onemocněním ledvin je spojena řada onemocnění podílejících se na jeho rozvoji (Lue, McAninch, 2012). Nejčastější příčinou způsobující chronické onemocnění ledvin je diabetes mellitus, dále hypertenze, třetím nejčastějším onemocněním je glomerulonefritida. Polycystické onemocnění ledvin, infekty a obstrukce jsou méně častými, ale významnými příčinami chronického onemocnění (Hammer, McPhee, 2018). Jedná se buď o primární renální onemocnění, mezi které se kromě glomerulonefritidy řadí pyelonefritida, vrozená hypoplazie, nebo sekundární renální onemocnění, jež bývá způsobeno systémovým onemocněním, mezi tyto nemoci patří diabetes mellitus nebo

lupus erythematodes (Lue, McAninch, 2012). Chronické poškozování tkáně ledvin vede k nevratné ztrátě nefronů (Hammer, McPhee, 2018). Fauci et al. (2015) uvádí, že k poškozování ledvinné tkáně dochází dvěma mechanismy. První, počáteční je specifické etiologií, druhý je soubor progresivních mechanismů. Mezi počáteční mechanismy patří například anomálie ledvin podmíněná genetickým vývojem, záněty při určitých typech glomerulonefritid nebo vystavení toxinům u některých typů tubulointersticiálních onemocnění. Druhý mechanismus zahrnuje hyperfiltraci a hypertrofii zbývajících životaschopných buněk (Fauci et al., 2015). Výsledkem poškození je větší funkční zátěž, kterou musí zvládnout menší počet nefronů, tím dochází ke zvýšení glomerulárního filtračního tlaku a k hyperfiltraci. Takto postižené nefrony jsou náchylnější k rozvoji fibrózy a jizvení za vzniku glomerulární sklerózy (Hammer, McPhee, 2018).

Ledviny mají mimořádnou schopnost přizpůsobit se ztrátě nefronů. Zvýšená hladina kreatininu, močoviny a draslíku způsobuje symptomatické změny. Změny rovnováhy solí a vody se projevují až při poklesu funkce ledvin na méně než 25 % kapacity, kdy dochází k vyčerpání adaptivních rezerv ledvin (Huether, McCance, 2018). Na snížení množství nefronů organismus reaguje prostřednictvím vazoaktivních látek, jako jsou hormony, cytokiny a růstové faktory. Tyto krátkodobé adaptace se stávají maladaptivními a dochází ke zvýšení tlaku a průtoku krve nefronem, to zapříčiňuje narušení glomerulární architektury, abnormální funkci podocytů a narušení filtrační bariéry (Fauci et al., 2015).

1.4 Příznaky onemocnění

Chronické selhávání ledvin bývá až do pokročilého stadia asymptomatické (Klener, 2011). Symptomy se objevují až ve stadiu nevratného poškození ledvin (Dítě, 2007), kdy je glomerulární filtrace snižena pod 0,25 ml/s (Klener, 2011). Je proto důležité pacienty s predispozicemi pravidelně sledovat a cíleně léčit (Dítě, 2007). Klinické příznaky, kterými se renální selhání manifestuje, lze souhrnně označit termínem uremie, někdy se lze setkat i s pojmem uremický syndrom (Tesař, Viklický, 2015). Je důsledkem snížení rychlosti glomerulární filtrace, kdy dochází k hromadění látek o různých molekulových hmotnostech v krvi. Jedná se o elektrolyty, nízkomolekulární látky, jako je kreatinin a močovina, peptidy a bílkoviny, i řadu imunologicky a endokrinně aktivních proteinů (Girndt, 2012). Je známkou poškození orgánů způsobeného změnami vnitřního prostředí a metabolickými změnami (Klener, 2011). Klinický obraz obecně je velmi málo specifický. U subjektivních příznaků převládá rychlá unavitelnost, nízká výkonnost,

obtíže s koncentrací, námahová dušnost, menší chuť k jídlu, problémy se spánkem. Mezi objektivní příznaky řadíme hypertenzi, anémii a snadnou tvorbu hematomů (Dítě, 2007).

Normochromní normocytová anémie je častá komplikace zapříčiněná nedostatečnou produkcí erytropoetinu (Bureš, Horáček, 2003). Díky pozvolnému vývoji je organismus velmi dobře adaptován a může se projevit jen nepřímo (Klener, 2011). Podílí se na vývoji kardiovaskulárních komplikací. Při náhradě erytropoetinu dochází k vymizení klinických projevů anémie, zlepšuje se výkonnost organismu. Terapie s sebou však přináší i nežádoucí účinky, mezi které lze řadit zhoršení hypertenze a zvýšené riziko trombózy (Češka, 2015). Uremie je příčinou rozvoje trombocytopenie se sníženou schopností agregace a adhezivitu destiček. Dysbalance mezi proagregačními a protiagregačními prostaglandiny zvyšuje sklony ke krvácivým projevům (Bureš, Horáček, 2003).

Mezi nejzávažnější kardiovaskulární komplikace patří arteriální hypertenze, kterou trpí 80 až 90 % pacientů (Bureš, Horáček, 2003). K jejímu rozvoji dochází v různých fázích onemocnění (Viklický, Tesař, 2015). Přináší s sebou potenciální rizika rozvoje ischemické nemoci srdeční, městnavého srdečního selhání nebo cévní mozkové příhody (Bureš, Horáček, 2003). Vysoký tlak je následkem většího objemu extracelulární tekutiny, retence sodných kationtů, větší aktivity sympatického nervového systému a systému renin-angiotenzin či hromadění vazoaktivních látek (Tesař, Viklický, 2015). Arteriální hypertenze spolu s hypervolémií zapříčiňují srdeční selhání, kdy dochází vlivem hyperkinetické cirkulace při anemii ke zvyšování srdeční práce (Bureš, Horáček, 2003). Obvyklá je hypertrofie a dilatace levé komory srdeční, větší náplň krčních žil, oteklé dolní končetiny. Nebezpečná je uremická perikarditida a pleuritida projevující se typickým třecím šelestem (Navrátil et al., 2017).

Diuréza u nemocných s chronickou renální insuficiencí a chronickým selháním ledvin může být normální nebo zvýšená (Češka, 2015). Následkem porušené koncentrační schopnosti může docházet k polyurii, zejména u výrazného poškození tubulárních funkcí (Klener, 2011). Oligoanurie se většinou rozvíjí až v průběhu dialyzační terapie (Marek, 2010).

Renální osteopatie je častou komplikací renálního selhání (Bureš, Horáček, 2003). Jedná se o poruchu kostního metabolismu (Marek, 2010). Změny v metabolismu se rozvíjejí časně a ke zhoršení dochází s postupným rozvojem renálního selhání (Tesař, Viklický, 2015). K vývoji osteopatie dochází při snížení glomerulární filtrace, objevuje se retence

fosfátů, snižující se hladina ionizovaného vápníku a metabolická acidóza způsobující zvýšenou resorpci kostí (Bureš, Horáček, 2003). Zapříčiňují ji sekundární hyperparathyreóza a osteomalacie související se sklonem k hyperfosfatémii a hypokalcémii a s nedostatkem kalcitriolu (Klener, 2011). Nedostatečnou resorpcí vápníku v trávicím ústrojí v důsledku porušení ledvinné produkce kalcitriolu je jeho hladina snižována (Bureš, Horáček, 2003).

Udržení hladiny kationtů natria není problém pro ledviny v polyurické fázi (Češka, 2015). Zvýšený příjem kationtů natria způsobuje hypertenzi, proteinurii, navozuje glomerulární hyperfiltraci a snižuje účinek blokátorů renin-angiotenzin-aldosteronového systému. Snižováním příjmu solí se kromě tlaku krve snižuje také albuminurie (Tesař, Viklický, 2015). Náhlé omezení solí dietou nebo nevhodnou diuretickou léčbou ohrožuje organismus rozvojem depleční hyponatremie a dehydratací spojenou se snížením glomerulární filtrace. U pacientů podstupujících dialýzu je zvýšení příjmu solí spojené s hyperhydratací a vysokým tlakem (Marek, 2010). Dlouhotrvající ztráty sodných kationů močí ohrožují pacienta závažnou dehydratací, poklesem glomerulární filtrace a zvýšením koncentrace urey a kreatininu v séru (Klener, 2011).

Organismus pacientů je, díky výrazně zvýšené tubulární sekreci a zvýšené extrarenální eliminaci draslíku střevem, většinou schopen jeho bilanci udržet (Marek, 2010). V pokročilém renálním selhání, kdy rychlost glomerulární filtrace klesá pod 0,16 ml/s, je organismus ohrožován hyperkalémií. Při snížení glomerulární filtrace nejsou ledviny schopné udržet homeostázu metabolismu kalia, je tedy nutné příjem výrazně omezit (Tesař, Viklický, 2015). K hypokalémii dochází při zvýšených extrarenálních ztrátách. V pokročilém stadiu nemoci dochází v organismu k rozvoji metabolické acidózy nemající progresivní charakter (Češka, 2015). Acidóza se poklesem glomerulární filtrace prohlubuje. Při snížení filtrace na méně než 40 mililitrů za minutu na 1,73 m² kompenzační schopnosti ledvin nezvládají vyrovnávat ztráty bikarbonátu (Tesař, Viklický, 2015). Uvolňováním vápníku z kostí se účastní na vývoji renální osteopatie (Marek, 2010). Významně zvyšuje intenzitu katabolických procesů (Češka, 2015). Organismus postižený renálním selháním trpí často sníženou tolerancí glukózy a inzulinorezistencí (Češka, 2015). Méně obvyklá je hyperglykémie nalačno (Marek, 2010). Snižováním degradace inzulinu v ledvinách dochází k prodloužení jeho efektu. (Navrátil et al., 2017). Inzulinorezistence souvisí s hypertriacylglycerolémií, kdy dochází k vzestupu VLDL cholesterolu a poklesu HDL cholesterolu (Češka, 2015).

1.5 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba chronického onemocnění je léčbou nefroprotektivní (Souček, Svačina, 2019). Jde o snahu úpravy, popřípadě příznivé ovlivňování metabolických odchylek cestou medikamentózní a dietní. Je dostatečná pouze u pacientů, jejichž glomerulární filtrace není nižší než 0,25 ml/s neboli když kreatinin v krevním séru nepřekračuje hodnotu 500–600 $\mu\text{mol/l}$ (Marek, Vrablík, 2019). Terapie je, pokud je to možné, cílena především na léčbu základního onemocnění (Souček, Svačina, 2019). Úprava krevního tlaku, dietoterapie a minimalizace doprovodných komplikací jsou, bez ohledu na etiologii onemocnění, součástí léčby (Petrášek, Žák 2011). Z důvodu vysokého kardiovaskulárního rizika jsou důležitou součástí léčby kardioprotektivní postupy. Významným principem léčby je kontrola krevního tlaku, představujícího významný rizikový faktor. Zásadní je vyvarování se nefrotoxických léků a vysokoosmolárních kontrastních látek potřebných k radiologickému vyšetření. Při konzervativní terapii hraje důležitou úlohu dodržování diety se sníženým obsahem bílkovin (Souček, Svačina, 2019). Nízkoproteinová dieta, která redukuje příjem bílkovin a fosfátů, může zpomalit uremické příznaky a progresi renální insuficience (Marek, Vrablík, 2019). Ovlivňuje snížení produkce urey, můžeme pozorovat i určitý nefroprotektivní efekt. Má pozitivní účinek na kontrolu krevního tlaku, proteinurii, lipidový profil a kalcium fosfátový metabolismus. Pacienti by si měli dát pozor na množství bílkovin v potravě, nedoporučuje se při dlouhodobé nízkoproteinové dietě, příjem bílkovin nižší než je 0,6 g/kg/den. Přílišným omezením příjmu bílkovin je pacient ohrožován negativní dusíkovou bilancí, katabolismem či malnutricí (Navrátil et al., 2017). Kontraindikovaná je u pacientů v terminálním stadiu onemocnění s uremickými komplikacemi a s těžkými známkami retence vody a elektrolytů (Marek, Vrablík, 2019). Nastavení příjmu tekutin a titrace diuretické léčby, která zahrnuje podávání kličkových diuretik, je součástí úpravy vnitřního prostředí (Souček, Svačina, 2019). U oligoanurických pacientů se sklonem k hyperkalemii je potřeba podávat furosemid (Marek, Vrablík, 2019). Je nutné provést i úpravu případných hyperkalemizujících léků. Důležitá je pečlivá edukace zahrnující správný dietní režim s omezeným příjmem banánů, meruněk, ořechů či minerálních vod. Dále je důležité snížit příjem fosforu, který se nachází v luštěninách, mléčných výrobcích či v rybách (Souček, Svačina, 2019). V případě těžší metabolické acidózy se většinou podává hydrogenuhličitan sodný (soda bikarbona) perorálně tak, aby nedostatek zásaditých látek nepřekročil 5 mmol/l. Porušení metabolismu draslíku a fosforu

způsobuje u nemocných s chronickou renální insuficiencí rozvoj renální osteopatie (Marek, Vráblík, 2019). Stálým nálezem nemocných s chronickou renální insuficiencí je anémie. Základem léčby je dlouhodobé podávání rekombinantního erythropoetinu (Klener, 2011). Při léčbě anémie je kladen důraz na to, aby měl organismus dostatečné zásoby železa (Dítě, 2007). Při jeho nedostatku je potřeba zajistit příjem parenterální cestou za kontinuální monitorace sérového feritinu a transferinu (Klener, 2011). Hodnota hemoglobinu by neměla přesáhnout hodnotu vyšší než 110 g/l (Marek, 2010). Od určité fáze poškození se u pacientů začíná s přípravou na dialyzační terapii. Při vhodné léčbě trvá renální selhání, uremické symptomy však nejsou přítomny (Petrášek, Žák, 2011).

1.6 Ošetrovatelská péče o nemocné s chronickým onemocněním ledvin

Následkem selhávajících ledvinných funkcí vznikají otoky způsobené zvýšeným objemem tělesných tekutin, objevuje se porucha vyprazdňování moče. Vlivem únavy organismu dochází ke snížení fyzické výkonnosti. Následkem únavy a dušnosti, která je způsobená anémií a hromaděním tekutin v těle, hrozí narušení soběstačnosti v základních potřebách, s tím souvisí také porucha psychických funkcí. Anémie spolu s hromaděním toxických látek v organismu dále způsobuje změny barvy kůže a pruritus (Nejedlá, Šafránková, 2006). Kůže je bledá, žlutošedá, otoky se kromě dolních končetin můžou objevovat také v obličeji, především v okolí očních víček (Břegová, Haluzíková, 2019). Chronické onemocnění ledvin ovlivňuje imunitní systém a funkci leukocytů, zvyšuje se tím náchylnost k infekcím. Invazivní přístupy potřebné pro hemodialýzu nebo peritoneální dialýzu riziko infekce zvyšují (LeMone et al., 2011).

Ošetrovatelská péče je zaměřená na podávání naordinované medikace, monitorování vitálních funkcí, pečlivé sledování a zápis bilance tekutin (Nejedlá, Šafránková, 2006). Sledují se možné známky dušnosti, monitoruje se saturace, v případě potřeby se dle ordinace lékaře aplikuje kyslík (Břegová, Haluzíková, 2019). Důležité je pravidelné sledování hodnot, především biochemických parametrů, jako je hladina urey, kreatininu, sodíku a draslíku (Vörösová, et al., 2000). U draslíku je třeba dát pozor na hypokalemii nebo hyperkalemii, dále by se sestra měla zaměřit na hodnoty koagulace, hodnoty značící případnou anémii či trombocytopenii (Břegová, Haluzíková, 2019). Sestra dodržuje zásady při odběru biologického materiálu, zajišťuje uspokojení základních potřeb pacienta, podporuje pacienta po psychické stránce. Snaží se o snížení rizika vzniku infekce při diagnosticko-terapeutických výkonech na minimum (Nejedlá, Šafránková,

2006). Zásadní je zabezpečení cévního přístupu, kontrola AV fistule, aseptické ošetřování močového katetru a jeho okolí, sledování možných kožních změn, turgoru kůže, pruritus. Sestra by měla pacienta poučit o dodržování správného, vyváženého stravovacího režimu (Vörösová, et al., 2000). Sleduje případnou nauzeu či zvracení (Břegová, Haluzíková, 2019). Všímá si subjektivních příznaků a změny hlásí lékaři (Vörösová, et al., 2000). Podstatné je také poskytovat pacientovi dostatečné množství informací o nemoci a možnostech dalších terapeutických opatření (Nejedlá, Šafránková, 2006). Pacienti s chronickým selháváním ledvin jsou nejčastěji léčeni v dialyzačních centrech. Při zhoršení stavu mohou být hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče nebo na oddělení anesteziologicko-resuscitačním. Dekompenzovaný stav vyžaduje intenzivní monitorování stavu a intenzivní sesterskou péči (Nejedlá, Šafránková, 2006).

1.7 Náhrada funkce ledvin – očišť'ovací metody

Nejdůležitější funkcí ledvin je odstraňování odpadních látek dusíkatého metabolismu a udržení stálého vnitřního prostředí (Klener, 2011). Při nedostatečné filtrační a resorpční schopnosti ledvin je potřeba škodlivé látky z krve odstranit (Hrazdina, Mornstein, 2004). Dialýza odstranění dusíkatých i jiných odpadních látek umožňuje, dále upravuje množství elektrolytů, vody a acidobazickou rovnováhu. Neumožňuje však nahrazení endokrinní funkce ledvin ani nedokáže zabránit kardiovaskulárním komplikacím (Lewy et al, 2016). Dialyzační postupy do jisté míry dokážou nahradit sníženou či úplně zaniklou funkci ledvin, nenahrazují ji ale plnohodnotně (Teplan, 2013)

Dialýza je proces, při kterém dochází k difuzi malých molekul a iontů z krve skrz dialyzační membránu do dialyzačního roztoku, dochází tedy k pohybu částic z prostředí o vyšší koncentrace do prostředí o nižší koncentrace. (Rosina et al, 2021). Pro udržení co největšího gradientu se rozpouštědlo často mění nebo se nechává protékat (Navrátil et al, 2019).

1.8 Hemodialýza

Hemodialýza je jedním z nejrozšířenějších léčebných postupů odstraňujících nežádoucí látky z krevního řečiště pacienta (Ševela et al, 2011). K odstranění látek se používá polopropustná membrána, jejíž póry propouštějí soluty o určité molekulové hmotnosti a nepropouštějí krevní elementy (Teplan, 2006). K pohybu rozpuštěných látek a vody přes semipermeabilní membránu dochází díky difuzi a konvekci. Difúze je pohyb látek a vody

přes semipermeabilní membránu po koncentračním gradientu. Konvekce je založená na pohybu rozpouštědla a rozpuštěných látek přes semipermeabilní membránu po gradientu hydrostatického tlaku (Wong et al, 2015)

Krev protéká polopropustnou membránou proti dialyzační kapalině, která proudí v opačném směru, setkává se tak s roztokem o menší koncentraci, a tím dochází k difúzi malých rozpuštěných látek a ke snížení koncentračního gradientu. K odstranění přebytečné vody se používá ultrafiltrace, která vytváří záporný transmembránový tlak (Wilkinson, 2017). Dochází ke konvektivnímu proudění vody a rozpuštěných látek po tlakovém gradientu, způsobenému hydrostatickými, popřípadě osmotickými silami (Lewy et al, 2016).

Pro hemodialýzu je potřebný trvalý cévní přístup. Zajištění přístupu je obtížnější u starších pacientů, protože u nich všechny typy cévních přístupů mohou potenciálně vést k problémům (Teplan, 2015). Měly by poskytovat snadné, opakované a dlouhodobé napojení nemocného na hemodialyzační přístroj (Krajíček et al, 2007). Lze je dělit na chirurgicky vytvořené arteriovenózní spojky a na katétry zaváděné do centrálního žilního řečiště (Tesař, Viklický, 2015) Při péči o arteriovenózní zkraty je nezbytností dodržování základních hygienických zvyklostí (Chytilová, 2015).

Klener (2011) uvádí podle výskytu komplikace časně (nízký tlak, křeče), méně časně (pruritus, cefalea, bolesti hrudníku, nauzea, arytmie) a vzácné (krvácivé stavy, dyekvilibrační syndrom, poruchy vědomí, neklidné nohy) (Klener, 2011). Teplan (2006) ve své publikaci uvádí komplikace akutní a chronické. Akutní komplikace vznikají na podkladě jedné procedury, buď v jejím průběhu, nebo v návaznosti na ni. Chronické komplikace vznikají následkem opakovaných hemodialyzačních procedur (Teplan, 2006).

1.9 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza využívá jako filtrační membránu peritoneum. To má vlastnosti semipermeabilní membrány, která propouští látky a vodu z jednoho prostředí do druhého, látky pronikají z krevních vlásečnic do dialyzačního roztoku a naopak (Kracíková, 2011). Peritoneum se skládá z viscerální a parietální části, u dospělého člověka má jeho povrch 1 až 2 m². Principem je napuštění dialyzačního roztoku do peritoneální dutiny a jeho následné vypouštění a znovu napuštění, která se pravidelně periodicky opakují (Teplan,

2013). Roztok je do dutiny napouštěn přes katetr, který je zaváděn punkční metodou a do břišní stěny vrůstá, nepoškozený vydrží až několik let (Kracíková, 2011). Obvykle si ji pacient provádí sám, je tedy potřeba pacientova aktivní účast na léčbě. Metodě musí rozumět a hlavně musí být správně edukován. Velmi důležitá je pozitivní motivace pacienta (Teplan, et al., 2015). Eibensteiner, et al. (2022) uvádí, že účinnost peritoneální dialýzy je často časově omezena z důvodu chronického poškozování peritoneální membrány. Měření klinických parametrů ukazuje, že dysfunkce peritoneální membrány u jednotlivců je značně variabilní. Kvalitní dialyzační léčba je charakterizovaná adekvátní peritoneální ultrafiltrací a clearancí malých solutů při zachování homeostázy tekutin a solí (Eibensteiner, et al. 2022). Ullian, et al. (2022) jako výhody peritoneální dialýzy uvádí možnost provádět dialýzu v domácím prostředí, hemodynamickou stabilitu v průběhu procesu, možnost cestování a potřebu menšího množství jehel. Jako hlavní nevýhody Ullian, et al. (2022) vidí riziko bakteriální peritonitidy a hypoalbuminemii. Dále se mohou objevit méně závažné komplikace, jako pneumoperitoneum, hemoperitoneum, kýly anebo hypokalemie (Ullian, et al., 2022). Podle Kracíkové (2011) má informace nemocnému poskytnout specializovaný tým sestavený z lékaře, sestry, psychologa, nutriční terapeutky a sociální pracovnice. Nemocný by měl být informovaný o léčbě a možných komplikacích. Velmi důležitá je vhodná edukace pacienta, ta by měla klást důraz na individuální schopnosti a možnosti pacienta, často se zapojují také rodinní příslušníci. Sestra provádějící edukaci sestavuje plány lekcí, zařazuje nová témata a opakuje s pacientem předchozí témata (Kracíková, 2011).

1.10 Úloha sestry v péči o pacienta v predialyzačním období

Podle Raffraye et al. (2021) je pro včasné zahájení dialyzační léčby klíčová spolupráce praktického lékaře a nefrologa, ta je důležitým faktorem pro oddálení progresu onemocnění a zajištění vhodné léčby v nejlepších podmínkách (Raffray et al., 2021). Podle Viklického (2015) je pro úspěšnou léčbu nejdůležitější týmová spolupráce, zásadní úlohu má sestra, která provádí edukaci pacienta. Pacient by měl být poučen o možnostech léčby nezvratného renálního selhání. První volbou léčby je transplantace. Pokud pacient není vhodným kandidátem, informuje sestra pacienta o možnostech hemodialýzy a peritoneální dialýzy (Tesař, Viklický, 2015). Nefrologická společnost doporučuje ve 4. stadiu onemocnění začít pacienta na léčbu připravovat, pacient by měl být poučen a měl by spolu s lékařem rozhodnout, jakou metody léčby si zvolí (Lyerová, 2012). V rámci predialyzační péče je zaveden cévní přístup či peritoneální katetr, důležitá je také

psychologická příprava a včasné zahájení vakcinace proti hepatitidě typu B. Pro určení krevní skupiny a Rh faktoru, HIV protilátek a vyšetření hepatitidy je potřeba provést krevní odběry. Pacientům čekajícím na transplantaci ledvin se dále dělá odběr krve na hladinu cytomegaloviru, viru Epstein Barrové, určení protilátek reagujících s panelem antigenů (PRA) a další (Břegová, Haluzíková, 2019). Dále je nutné mít vytvořené protokoly na léčbu nemocných, které obsahují seznam vyšetření, konzilií a očkovací kalendář, případnou léčbu anemie a poruch metabolismu vápníku a fosforu a seznam diet (Tesař, Viklický, 2015). Zvláště důležitá je edukace z hlediska kvality pacientova života a předcházení komplikacím. Vždy by měla být individualizovaná s ohledem na pacientův zdravotní stav, jeho dovednosti, znalosti a funkční zdatnosti. Potřebné je respektovat soukromí, vhodné je zapojit, se souhlasem pacienta, rodinu a nejbližší (Viklický et al., 2010). V rámci přípravy na zařazení do dialyzačního programu je pacient řádně a efektivně edukován nefrologickou sestrou. Správná edukace je prováděná včas. Cílem je na základě získaných vědomostí, postojů a hodnot eliminovat strach, obavy a nejistoty z neznámého (Břegová, Haluzíková, 2019). Během edukace by sestra pacientovi měla vysvětlit princip, způsob a podmínky hemodialýzy, popřípadě peritoneální dialýzy. V případě zavádění cévního přístupu by sestra pacientovi měla ukázat, jak správně o přístup pečovat (Borbélyová et al., 2006). Součástí edukace by měl být i zácvik pacienta v péči, ochraně a sledování cévního přístupu, rozpoznání přiměřené hydratace, sledování krevního tlaku. Velmi důležitá je znalost správné životosprávy. (Viklický et al., 2010). Jediný možný způsob, kterým lze zpomalit rozvoj fatální uremie a prodloužit život, je dodržovat dietní opatření (Břegová, Haluzíková, 2019). Snížením příjmu bílkovin dochází ke snížení hromadění močoviny a dalších odpadních látek metabolismu dusíku. Omezení bílkovin umožňuje lepší ovlivnění acidobazické rovnováhy, hyperparatyreózy, osteodystrofie, hyperkalémie, neuropatie a ztráty chutě k jídlu (Hrubý, Mengerová, 2009). Omezení příjmu bílkovin, které jsou zdrojem močoviny, kreatininu a fosforu, není snadné. Dieta by měla obsahovat vhodné množství plnohodnotných bílkovin, především živočišného původu. Při chronickém renálním selhávání je důležité omezit příjem tekutin na množství, které není vyšší o půl litru než objem moče vyloučené z organismu za 24 hodin. Důležité je uvědomit si, že tekutiny se nachází také v potravinách, množství vody v nich je velmi těžké odhadovat (Hrubý, Mengerová, 2010). Pacienti v predialyzačním období by měli dodržovat dietu s omezením bílkovin, po zařazení do dialyzačního programu je potřeba množství bílkovin ve stravě navýšit. Přejít z nízkobílkovinné diety na dietu s vysokým obsahem bílkovin je pro pacienty často velmi problematický

(Pokorná, 2013). Dodržování diety během dialyzační léčby je stejně důležité jako dodržování farmakoterapie, protože významně ovlivňuje vývoj komplikací, kvalitu života, nemocnost a úmrtnost. Úprava výživy má tři hlavní cíle, omezení uremické toxicity, zabránění podvýživě a zpomalení vývoje komplikací (Hrubý, Mengerová, 2009). Cílem dietních opatření je sjednotit příjem jednotlivých živin s dialyzační léčbou a podpořit ji tím. Dialýza tělo očisťuje od zplodin metabolismu, nadbytku minerálů a vody, zároveň tím organismus přichází o potřebné bílkoviny a další potřebné látky. Jídelníček dialyzovaného musí obsahovat větší množství bílkovin a energie, současně ale musí být omezen příjem fosforu, draslíku a sodíku. (Pokorná, 2013). Je nezbytné, aby dietní opatření byla individualizovaná pro každého nemocného podle hodnot renálních funkcí a podle potřeb organismu (Hrubý, Mengerová, 2010).

1.11 Úloha sestry v péči o pacienta během dialyzační léčby

Před zahájením dialýzy je stanoven terapeutický a ošetrovatelský plán se záměrem předcházet rizikům a komplikacím. Před zahájením dialýzy nebo během dialýzy probíhá vizita, která je zaměřena na fyzikální vyšetření. Posuzuje se hydratace, otoky dolních končetin, náplň krčních žil, kontrolovány jsou cévní přístupy, sledují se vitální funkce, tlak krve, pulz, tělesná teplota. V rámci ošetrovatelského procesu sestra sleduje stav nutriční, posuzuje základní zrakové a sluchové funkce, hodnotí riziko pádu a soběstačnost nemocného. U arteriovenózních spojek je sledována funkčnost, přítomnost víru, šelestu, a případných komplikací, jako je zánět či hematoma (Břegová, Haluzíková, 2019). Před zahájením hemodialýzy sestra zajistí veškerý materiál, který je podle dialyzačního předpisu potřeba. Pro snížení rizika vzniku komplikací, které jsou spojené s dialyzačním přístrojem, sestra před začátkem dialýzy provede jeho kontrolu, provede test alarmů či funkční test prováděný podle pokynů výrobce. K přípravě dialyzátoru by mělo dojít bezprostředně před zahájením léčby. Sestra, která zahajuje dialyzační léčbu, by měla před napojením pacienta provést pečlivou kontrolu přístroje a okruhu. Měla by se ujistit, že v systému není přítomen vzduch, aby nedošlo ke vzniku pěny v okruhu po zahájení léčby. Než je pacient připraven k hemodialýze, přístroj je uveden do režimu recirkulace. Dialyzační přístroj by měl být naprogramován podle dialyzačního předpisu lékaře a v souladu s pacientovými potřebami. Klíčem k prevenci komplikací během léčby je zhodnocení stavu pacienta před každým zahájením léčby. Zhodnocení zahrnuje měření teploty, pulsu, dýchání, krevního tlaku, saturace a hmotnosti pacienta (Lewy et al., 2016). Pacienta na dialyzační okruh napojuje jedna až dvě sestry, které mají k provádění výkonu

kompetence. Každé dialyzační centrum by mělo mít vytvořený standard k zahájení dialýzy (Břegová, Haluzíková, 2019). V průběhu dialyzační procedury hraje zásadní roli dialyzační sestra, která sleduje pacientův stav a funkčnost dialyzačního přístroje. Odstup mezi jednotlivými kontrolami je individuální, závisí na stavu a potřebě nemocného. U pacientů ve stabilizovaném stavu se krevní tlak měří po zahájení, v polovině a po ukončení, ostatním dialyzovaným je tlak měřen každou hodinu, případně i častěji (Sulková et al., 2000). Během hemodialýzy sestra sleduje stav pacienta, objektivní i subjektivní příznaky. V případě výskytu komplikací, jako například zvracení, nauzey, neklidu, pocitu žízně, bolesti hlavy či na hrudi, palpitace, výskytu arytmií či křečí, sestra informuje lékaře, zkontroluje všechny parametry na přístroji a postupuje dle lékařské ordinace. Dále sleduje vzhled a barvu krve v setech i dialyzátoru, sleduje hodnoty žilního tlaku, které zapisuje spolu s dalšími klinickými i technickými parametry do dialyzačního protokolu. Do dialyzačního protokolu sestra dále zapisuje typ dialyzátoru, dialyzační roztok, způsob napojení i to, jak je stanovený průtok krve a dialyzačního roztoku (Břegová, Haluzíková, 2019). V průběhu dialýzy je možné podávat krevní transfuzi, a to obvyklým způsobem, set je napojován paralelně k arteriálnímu. Během dialýzy je také možné aplikovat intravenózně léky, které se podávají přes dialyzační set. Takto je aplikován erythropoetin a jiné ordinované léky, jako jsou preparáty železa či antibiotika (Sulková et al., 2000). Dle ordinace lékaře sestra odebírá krev na laboratorní vyšetření. U pacientů ve stabilizovaném stavu jsou odběry prováděny jednou za měsíc. Mezi základní ukazatele patří hodnoty sodných a draselných kationtů, chloridového aniontu, fosforu, urey, kreatininu, celkové bílkoviny, aminotransferáz, glykemie, krevního obrazu a stav zásob železa v organismu. Odběry se provádí výlučně před zahájením dialyzační léčby ze zavedené dialyzační jehly (Břegová, Haluzíková, 2019). V průběhu dialyzačního cyklu pacientovi laboratorní hodnoty kolísají. Biochemické parametry jsou po dialýze nejnižší a před následující dialýzou dosahují nejvyšších hodnot, parametry krevního obrazu jsou naopak po hemodialýze důsledkem ultrafiltrace nejvyšší a s narůstající hyperhydratací dochází k jejich poklesu. Krev je odebírána při zahájení dialýzy. Sestry tak nemusí pacienta napichovat vícekrát. Dialyzační proceduru lze využít i k podání léků a transfuzí. Snadno dialyzovatelné léky jsou podávány na konci procedury, ostatní léky a transfuze jsou podávány v průběhu. Podávání transfuze v průběhu dialýzy je výhodné, protože dochází k odstraňování kaliumu, které je následkem rozpadlých erytrocytů v krevní konzervě obsaženo (Táborský, 2020).

1.12 Potřeby pacienta s chronickým onemocněním ledvin podstupujícího dialyzační léčbu

Nemoc mnohdy zamezuje uspokojování potřeb pacientů, mění způsob vyjadřování potřeb a možnosti uspokojení (Trachtová, et al., 2001). Vágnerová (2007) rozděluje ve své publikaci potřeby na potřeby základní biologické, základní psychologické a psychosociální potřeby sekundární (Vágnerová, 2007). Úkolem sester je napomáhat pacientům s uspokojováním těchto potřeb (Trachtová et al, 2001). Mezi potřeby, které je nezbytné uspokojit, patří potřeba jistoty, bezpečí a nezávislosti pacienta (Šamánková et al., 2011). Pacienti obvykle věnují svoji pozornost na biologické potřeby, přechodně upozadují potřeby vyšší úrovně (Trachtová et al., 2001). Péče o pacienta, ošetrovatelská i terapeutická, by měla být nastavena tak, aby docházelo k naplňování všech jeho potřeb, které je schopen přijmout, primárních i sekundárních, a to v plném rozsahu, jak je pacient prezentuje. Pro správné plnění potřeb pacienta je příhodné zapojit do procesu i rodinu (Šamánková et al., 2011). Přítomnost rodinných příslušníků může nemocnému pomoci, aby si uvědomil své potřeby a aby se naučil zdravému způsobu jejich uspokojování (Trachtová et al., 2001). Pro správné naplnění potřeb je důležité s pacientem komunikovat a informovat ho. Dostatek informací umožňuje pacientovi kognitivní kontrolu nemoci. Pokud jsou pacientovi podávány informace o jeho nemoci, o prognóze, účincích léků, plánovaných vyšetření, zvládá nemoci klidněji. Nedostatek informací a nejistota ztěžují plnění primárních i sekundárních potřeb. Důležité je respektování pacientovy autonomie. Šamánková et al. (2011) definují autonomii jako potřebu udržení schopnosti vést život podle svých pravidel. Pacientova autonomie představuje zachování jeho identity, tedy ponechat pacienta tím, kým je a kým chce být (Šamánková et al, 2011).

1.13 Psychologické a sociální aspekty dialyzační léčby

Pacient podstupující dialyzační léčbu je stresován těžkým, nevléčitelným, a tedy doživotním onemocněním, kterým chronické onemocnění ledvin je, a také náročnou léčbou, jakou je dialýza (Sulková et al., 2000). Stres je situace vyvolaná nadměrnou zátěží psychiky, kdy se jedinec ocitá v situaci, které se nejde vyhnout a je s ní spojené jedincovo silně motivované chování. Také označuje psychofyzický stav jedince, ke kterému dochází následkem stresové situace (Nekonečný, 2015). Dlouhodobě nadměrný stres vede k porušení psychosomatické rovnováhy. Mezi stresové faktory u pacientů podstupujících dialyzační léčbu patří nejistá budoucnost, obavy ze smrti, bolest, časově, psychicky i

fyzicky náročná terapie, závislost na přístrojích, dialyzačním centru a zdravotnickém personálu, dietní omezení a omezení tekutin, žízeň, sucho v ústech, snížená energie, pruritus, snížení diurézy, poruchy spánku, ztráta tělesných funkcí. Zásadním stresorem je zhoršení zdravotního stavu a navýšení počtu dialyzačních dnů (Břegová, Haluzíková, 2019). Nair et al. (2021) uvádí, že sociálně slabší pacienti či pacienti s nižším dosaženým vzděláním zažívají vyšší míru psychického stresu. Dále uvádí, že chronické onemocnění ledvin neúměrně více postihuje právě tyto skupiny pacientů (Nair, et al., 2021). U dialyzovaných pacientů lze stres rozdělit podle způsobujících příčin do tří skupin. Pacienta nejvíce tíží, že se nachází na pomezí života a smrti, naživu zůstává jen díky dialyzačnímu přístroji. Druhou příčinou je poznamenaný rodinný život, který je dialyzačním programem narušen. Rodinní příslušníci zažívají během dialyzační léčby či zhoršení zdravotního stavu obrovské napětí, musí se vyrovnat s představou možného úmrtí blízkého, připravují se na truchlení. Pacient si je zase vědom toho, jak se jeho nejbližší cítí, a dává si to za vinu. Poslední příčinou je dané chronické onemocnění, kvůli kterému pacient nemá naději na uzdravení. I když musí pacient podstupovat náročnou léčbu, jakou je dialýza, jeho zdravotní stav se nelepší, naopak se nevratně zhoršuje, dochází k přibývání komplikací a ubývání fyzických sil, soběstačnosti a nezávislosti (Sulková et al, 2000). Po zařazení do dialyzačního programu dochází ke zlomu, kdy je životně důležitý orgán nahrazen přístroji, pacient se cítí být zachráněn. Pravidelně začne do dialyzačního centra docházet, začíná si však uvědomovat, že je léčbou „omezován“, když ve stejnou dobu, po stejný čas a na stejném místě musí podstupovat stejný proces stále dokola (Břegová, Haluzíková, 2019). Aby byl pacient schopný zvládnout velkou psychickou zátěž, je jeho psychika vybavena nevědomými obrannými mechanismy. Pomáhají zachovat stabilní obraz o vlastním světě a o své osobě, chrání ho před neúměrnou úzkostí (Sulková et al., 2000).

Nejčastější psychologickou komplikací, která negativně ovlivňuje kvalitu pacientova života, je deprese. Závažně negativně ovlivňuje průběh léčby, zvyšuje počet hospitalizací, snižuje complianci léků, snižuje také kvalitu života a bývá jednou z příčin úmrtí dialyzovaného pacienta. Nejčastěji se objevuje mezi třetím a devátým rokem léčby, především u žen (Babatsikou, Gerogianni, 2014). Jedná se o prožitek smutku, beznaděje a bezmoci. Sestra by měla změnu pacientova chování včas zaregistrovat, jelikož je s ním pravidelně v kontaktu. Mezi příznaky deprese lze řadit nechutenství, ztrátu hmotnosti, únavu, neschopnost radovat se z pěkných věcí, nezájem o cokoliv, stavy bez energie

(Břegová, Haluzíková, 2019). Diagnostika deprese u pacienta s chronickým onemocněním je ztížena možnou záměnou příznaků s uremickým syndromem. Mezi rizikové faktory patří nezaměstnanost, nízký příjem, nízké sociální dávky, změny v rodinných vztazích či problémy v zaměstnání (McKercher, et al., 2013).

Mezi nejčastější pocit pacienta podstupujícího dialýzu lze řadit únavu. Je častější u pacientů podstupujících hemodialýzu než u těch, kteří podstupují peritoneální hemodialýzu, je totiž spojena s větší nejistotou z nepředvídatelných událostí (Sulková et al., 2000). McKercher et al. (2013) uvádí, že úzkosti se jen velmi zřídka vyskytují samostatně, většinou jimi pacienti trpí současně s depresí. Úzkosti mají negativní vliv na kvalitu pacientova života, a to nezávisle na depresi, kterou může současně trpět (McKercher, et al., 2013). Únavu lze dělit na periferní a centrální. K periferní únavě dochází přímo ve svalu, k centrální v oblasti řízení svalů. K únavě a nedostatku energie dochází následkem odstranění tekutin z organismu v průběhu dialýzy (Břegová, Haluzíková, 2019).

Zhoršení emočního stavu a kvality života ovlivňuje dodržování léčebného plánu. Dále bývá zhoršení přístupu k léčbě způsobeno vlastním přesvědčením o svém zdraví a menší sociální podporou (Ayers, de Visser, 2015).

2 Adherence – dodržování léčebných opatřeních

Cambridgeský i Oxfordský slovník adherenci shodně popisují jako skutečnost, že se někdo chová přesně podle určitých pravidel a jako dodržování chování podle určitých názorů a přesvědčení, Oxfordský slovník ještě dodává dodržování ustáleného způsobu, jak něco dělat (McIntosh et al., 2013; Hornby et al., 2020). Vědecká skupina Světové zdravotnické organizace zabývající se adherencí k dlouhodobé léčbě adherenci popisuje jako rozsah, v němž se chování jedince, tedy dodržování diety a farmakoterapie a změna životního stylu, shoduje s doporučeními od odborníků (Price, 2016). Jiná definice o adherenci hovoří jako o behaviorálním procesu, jenž je silně ovlivněn prostředím, ve kterém daný jedinec žije, včetně zdravotnického systému. Uspokojivá adherence je závislá na znalostech, motivaci, dovednostech a zdrojích jedinců potřebných k dodržování doporučení zdravotnických pracovníků (Vrijens et al., 2012). Využívá se k vyjádření spolupráce pacienta a zdravotníka a je výsledkem vzájemného vztahu a komunikace mezi nimi. Odráží pacientovy preference a postoje, důraz je pokládán na aktivní spolurozhodování při terapii (Plevová et al., 2018). Kobsa (2018) v souvislosti se vztahem pacienta k léčbě vymezuje kromě adherence i complianci, perzistenci a konkordanci (Kobsa, 2018). Často se zaměňuje adherence a compliance, dochází totiž k přehlížení důležitých rozdílů mezi těmito koncepty. (McKay, Verhagen, 2015).

Pojem compliance Cambridgeský slovník popisuje jako uposlechnutí rozkazu, žádosti nebo dodržování pravidel (McIntosh et al., 2013). Oxfordský slovník dodává, že se jedná o dodržování pravidel či požadavků od nadřízených osob (Hornby et al., 2020). Bailey et al. (2021) uvádí definici, která říká, že compliance popisuje, do jaké míry se pacient řídí lékařem navrženým léčebným plánem, často znamená podřízenost pacienta doporučením lékaře, málokdy zohledňuje pacientovy preference v léčbě nebo jeho zdravotní stav a hodnoty (Bailey et al., 2021). Kobsa (2018) complianci popisuje jako chování pacienta v souladu s názorem lékaře. Podstatné podle Kobsy (2018) je, jestli má pacient aktivní, či pasivní přístup, jestli se jedná ze strany pacienta o prosté podřízení se lékařské autoritě, či dojde ke vzniku určitého partnerství. Pacient má v souvislosti s compliancí na výběr z několika možností, od plné akceptace lékaře po stav, kdy si sám určuje prostor pro svoje chování tak, aby bylo možné naplnění cílů. Complianci lze chápat jako pasivní roli pacienta (Kobsa, 2018).

Perzistenci Cambridgeský slovní popisuje jako skutečnost, že někdo nebo něco setrvává. Oxfordský slovník perzistenci popisuje obsáhleji, jako snahu pokračovat v děláni něčeho navzdory obtížím, které jsou s tím spojené (McIntosh et al., 2013, Hornby et al., 2020). Perzistence podle Vrablíka (2012) vyjadřuje, jak je pacient schopný dlouhodobě správně užívat léky, případně jak je dlouhodobě schopný dodržovat jiný léčebný režim (Vrablík, 2012). Bývá skloňována především v souvislosti s dodržováním léčebného plánu u chronických onemocnění. (Kobsa, 2018)

Konkordance je doplňujícím pojmem. (Kobsa, 2018) Je prvkem adherence popisující stav spolupráce a vzájemné shody s předepsaným léčebným plánem mezi lékařem a pacientem. Je důkazem posunu od podřízeného přijetí léčebného plánu pacientem k terapeutické spolupráci mezi pacientem a lékařem. (Bailey et al., 2021) V rámci adherence popisuje konkordance aktivní roli pacienta (Kobsa, 2018).

2.1 Faktory ovlivňující adherenci

Adherence je ovlivněna více faktory (Gurková, 2017). Čapek a Václavík (2019) rozdělují faktory do několika kategorií, a to na faktory ze strany pacienta, do kterých řadí věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, životní styl, mentální stav pacienta, důvěru v léčbu či komorbiditu, na socioekonomické faktory, kam zařazuje rodinné zázemí a podporu rodiny, rodinnou anamnézu, dostupnost zdravotnické péče v místě bydliště či zaměstnání, dalším faktorem je vyspělost zdravotního systému, počet zdravotnických pracovníků, vztah pacienta se zdravotnickým personálem a v neposlední řadě faktory související s léčbou, tedy množství užívaných léků či nežádoucí účinky (Čapek, Václavík, 2019). Podle Slabé (2017) ovlivňují adherenci faktory spojené s vnějším prostředím, léčbou, onemocněním, pacientem a zdravotnickým pracovníkem (Slabá, 2017). Bartůněk a Ptáček (2015) ve své publikaci řadí mezi základní faktory ovlivňující adherenci systém zdravotní péče, charakteristiku nemoci, terapii, vlastnosti pacienta a socioekonomické faktory (Bartůněk, Ptáček, 2015). Gurková (2017) dále považuje za významný faktor interakční charakteristiky vztahu sestra – pacient, množství času na edukaci pacienta, souvislou péči a spolupráci mezi jednotlivými obory (Gurková, 2017). Mezi vnější prostředí řadí Slabá (2017) rodinu a sociální oporu pacienta, které mají velký vliv na adherenci. Důležitá je také sociální a finanční podpora. Dále mezi faktory vnějšího prostředí patří i pohled společnosti na dané onemocnění. (Slabá, 2017). Hlavní překážkou léčby Burnier a Egan (2019) považují neakceptaci či popírání diagnózy pacientem. Jako

rizikové vidí i nevnímání potenciálních následků nedodržování léčebného plánu při asymptomatickém průběhu onemocnění. Nepříznivý dopad na adherenci mohou mít závažné vedlejší účinky farmakologické terapie. (Burnier, Egan, 2019). Díky přístupu pacientů k velkému množství informací se zvyšují nároky na léčbu. Na míře adherence se podílí také vlastnosti užívané medikace, pacient by měl být správně poučen o možných nežádoucích účincích (Slabá, 2017).

Smaje et al. (2018) považují za faktory, které pozitivně ovlivňují přístup k léčbě, vysokou zdravotní gramotnost a informovanost o účelu léčby a následcích vynechání léčby. (Smaje et al., 2018). Burnier a Egan (2019) vidí spojitost mezi nízkou adherencí a nedostatečnými znalostmi. Naopak Slabá (2017) mezi adherencí a množstvím informací vidí spojitost jen malou. Tvrdí, že pacient s dostatkem informací nemá automaticky lepší přístup k léčbě, naopak podle Slabé (2017) velké množství informací může vést ke snížení adherence. Negativní dopad mohou mít nekvalitní, nerelevantní informace, které mohou značně ovlivnit pacienta, negativně se mohou odrazit na spolupráci se zdravotnickým pracovníkem. Ve velkém množství informací se pacient nemusí orientovat a může se zaměřovat pouze na nežádoucí účinky léčby. Snahu pacienta o sebevzdělání je důležité podpořit, pacient tím prokazuje o své onemocnění zájem, je ale potřeba poskytnout mu správné zdroje informací. (Slabá, 2017) Dalším důležitým faktorem, který se významně na adherenci podílí, je nemoc, především závažnost příznaků, rozsah fyzických, psychických, sociálních postižení, případně i omezení schopnosti vykonávat povolání, průběh a vývoj onemocnění a přítomnost dalších onemocnění. (Bailey et al., 2021) Slabá (2017) se domnívá, že adherence je obecně nižší u pacientů s chronickým onemocněním, kdy zátěž a odpovědnost pacienta je trvalá, bez možnosti vyléčení se. Tento fakt je podle ní důležitý zohlednit při edukaci pacienta. Dalším důležitým faktorem na pacientově straně je jeho věk. Ve stáří dochází ke snížení schopnosti chápání, respektování, realizování a dodržování doporučení zdravotníků. Důležitý je aktivní přístup pacienta, ten ovlivňuje jednoduchost léčebného plánu, dále asrozumitelnost doporučení, případně forma léků. Pacienti vyššího věku musí plán dostatečně pochopit a fyzicky zvládnout (Slabá, 2017). Jako rizikové faktory non-adherence farmakologické léčby u pacientů vyššího věku Topinková (2013) považuje užívání sedmi či více druhů léků, deset či více jednotlivých aplikací denně, brání léků častěji než dvakrát denně, problémové zacházení s léky, užívání většího množství léků déle než pět let a přípravu medikace bez pomoci či dohledu (Topinková, 2013). Christensen et al. (2022) považují za často přehlížený faktor,

který se podílí na nedostatečné adherenci, delší časový interval mezi jednotlivými návštěvami u lékaře (Christensen et al., 2022).

2.2 Management a měření adherence

Management adherence je souborem procesů, který slouží ke sledování a podpoře adherence. Snaží se o dosažení naplánované terapie. Zahrnuje také aktivity zdravotnických subjektů, zdravotníků, pacientů, sociálních systémů a rodiny. (Kobsa, 2018) Jedná se o průběžné hodnocení a podporu pacienta zdravotnickým systémem a zdravotníky, předepisování léků, ale také podporu ze strany rodiny pacienta. (Bailey et al., 2021) Cílem je dosáhnout co nejlepšího užívání medikace pacientem, pacient by měl užívat takové léky, které mají co možná nejlepší účinek na jeho stav a zároveň minimální vedlejší účinky (Vrijens et al., 2012).

Měření adherence je klíčové pro odhad kvality života nemocných a ekonomických nákladů souvisejících s léčbou. Při měření se provádí identifikace osob, které jsou během léčebného režimu nejvíce ohroženi, provádí se cílené intervence a následné přesné hodnocení zavedených intervencí (Tibble et al., 2021). Adherence se dá měřit buď jako dvojitá, nebo jako spojitá (kontinuální) proměnná. V případě dvojité proměnné může být jedinec buď adherentní, nebo non-adherentní. V případě kontinuální (spojité) proměnné adherence se měří, do jaké míry jedinec dodržuje léčebný plán (Bailey et al., 2021). Gupta et al. (2021) metody na měření adherence rozlišují na objektivní a subjektivní. Subjektivní metody spoléhají na vnímavost pacienta nebo zdravotnického pracovníka k dodržování léčebného plánu. Výhodou je poměrně snadné a levné provedení. Subjektivní metody zahrnují dotazníkové šetření a názor zdravotnického pracovníka na pacienta. Výzkumy však ukázaly, že názory zdravotnických pracovníků neposkytují spolehlivá data. Mezi objektivní patří přímé a nepřímé metody. Nepřímé metody zahrnují hodnocení lékařských záznamů, počítání léků či používání elektronických monitorovacích zařízení. Přímé měření zahrnuje přímé sledování léčby a chemický rozbor moči anebo krve, ze kterých se zjišťují hladiny jednotlivých léků (Gupta et al., 2022).

2.3 *Management adherence v ošetrovatelství*

Idier et al. (2011) uvádí, že při práci s pacienty s chronickým onemocněním je pro ošetrovatelský personál vhodné využívat terapeutické vzdělávání pacientů. Terapeutické vzdělávání pacientů má dva hlavní cíle, zlepšit adherenci pacienta a kvalitu života ve smyslu zvládnutí života s nemocí (Idier et al., 2011). Nielsen et al. (2021) považují za nedostatečné rozdělení rolí v edukaci pacienta. Sestry si mnohdy nejsou jisté svým postavením v rámci edukace pacienta. Bylo by tedy lepší, kdyby měli jasně vymezenou roli, tím by došlo ke zlepšení spolupráce sestry s pacientem. Právě sestry jsou pacientům nejbližší, protože jsou s nimi několikrát v týdnu během hemodialýzy v blízkém kontaktu (Nielsen et al., 2021). Pro dobrou adherenci je důležitý dobrý vztah mezi sestrou a pacientem. Výzvou pro ošetrovatelský personál je porozumění pacientovým preferencím a přizpůsobit jim svou edukaci (Nielsen et al., 2018). Edukace pacienta je kontinuální proces, není vhodné časově ji omezovat, měla by se opakovat, dokud pacient nezíská potřebné znalosti a dovednosti. Často však v praxi není k dostatečné edukaci dostatek času (Idier et al., 2011).

2.4 *Jak zlepšit adherenci*

Nejdříve je pečlivým rozbořením anamnézy potřeba identifikovat, které faktory se u pacientů podílí na non-adherenci. Úlohou zdravotnických pracovníků je ovlivňovat faktory týkající se pacienta či jeho okolí. Pacient by měl být seznámen se všemi dostupnými možnostmi léčby. Jednotlivé léčebné postupy by měly být pacientovi odůvodněny, měla by být naznačena realistická očekávání, měl by být obeznámen s možnými riziky nežádoucích účinků a způsobů jejich ovlivnění (Hradílek, 2012). Zdravotník by měl pacienta vyslechnout, zjistit, co si o terapii myslí, a odhalit jeho obavy (Slabá, 2017). Nejdůležitější je správná a dostatečná motivace s patřičným vysvětlením žádoucích a nežádoucích účinků a poučením o možných důsledcích nedodržování léčebného režimu (Vrablík, 2012). Motivační rozhovory se zaměřují na podporu vnitřní motivace při snaze změnit chování. Představují komunikační a terapeutický přístup, který se zaměřuje na zkoumání a řešení rozpolcenosti doprovázející proces změny a rozhodování. Pro úspěšnou práci s motivací je potřeba empatického naslouchání, porozumění pacientovým vnitřním motivacím, podpory pacientových schopností a respektu pacientovy autonomie. Úlohou zdravotníka při budování pacientovy sebedůvěry je jeho uznání a ocenění i při sebemenších úspěších. Podstatné je průběžně sledovat

pacientův případný odpor a snažit se o jeho snížení. Příčinou pacientova odporu může být přístup zdravotníka k pacientovi a jeho nemoci, nejčastější příčinou bývá vynechávání pacienta z rozhodování o jeho léčebném plánu a nesprávné zhodnocení, jak je pacient na změnu připraven (Slabá, 2017). Adherenci k medikamentózní léčbě významně zvyšují různé typy intervencí, platí, že čím déle intervence trvají, tím jsou účinnější. Mezi nejlepší intervence se řadí spojování užívání medikace s jinými zvyky, které pacientovi poskytují zpětnou vazbu stran předchozího posouzení adherence, dále self-monitoring a používání dávkovačů léků (Čapek, Václavík, 2019). Pro úspěšné zlepšování přístupu pacienta k léčbě je důležité, aby pacient svojí nemoci porozuměl, pochopil důsledky a princip léčby. Velmi obtížné je srozumitelně vysvětlit souvislost mezi onemocněním a rizikovými faktory, a to v době vyhrazené běžného vyšetření. Efektivnější je při edukaci používat pomůcky. Při edukaci má svou nezastupitelnou roli zdravotní sestra. Šance na dobrou spolupráci pacienta se zdravotníkem je bez pochopení nemoci, možných důsledků při nedodržování léčby a možnosti léčby minimální (Vrablík, 2013). Pro zvyšující adherenci je důležité také funkční rodinné zázemí, případně funkční systém sociální podpory. Rozvoj informačních technologií umožňuje zvýšení adherence pomocí aplikací, které upozorňují na správné a včasné užití léků (Čapek, Václavík, 2019). Hradílek (2012) tvrdí, že obecně je nejdůležitější, aby byl pacient s léčbou, která ovlivňuje nejen zdravotní stav, spokojený. Spokojenost závisí na očekávání efektivity terapie, vnímání efektivity terapie, přijatelnosti a komfortu terapie (Hradílek, 2012).

3 Cíl práce a výzkumné hypotézy

3.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit úroveň adherence pacientů k léčbě chronického onemocnění ledvin.

Cíl 1: Zjistit, jak pacient vnímá dialyzační léčbu.

Cíl 2: Zjistit, jak pacienta ovlivňuje přístup ošetrovatelského personálu.

Cíl 3: Identifikovat omezení, která jsou s dialyzační léčbou spojená.

Cíl 4: Vypracovat edukační materiál na zvýšení adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin.

3.2 Hypotézy

H1: Pacienti s vyšším vzděláním mají lepší adherenci k léčbě než pacienti s nižším vzděláním.

H2: Pacienti žijící v trvalém vztahu mají lepší adherenci k léčbě než pacienti, kteří žijí sami.

H3: Pacienti nad 65 let dodržují dialyzační plán lépe než pacienti mladší 65 let.

H4: Ženy dodržují farmakologickou léčbu svědomitěji než muži.

3.3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce a hypotézách

Adherenci Světová zdravotnická organizace definuje jako rozsah, ve kterém se jedincovo chování (užívání léků, dodržování diety, změna životního stylu) shoduje s dohodnutým doporučením od poskytovatele zdravotní péče (Sabaté, 2003).

Chronické onemocnění ledvin je definováno jako stav, kdy dochází ke snížení renální funkce projevující se snížením glomerulární filtrace na 60 ml/min na 1,73 m² tkáně nebo jsou patrné markery, které značí poškození ledvin. V obou případech musí k poškození docházet nejméně měsíce, bez ohledu na primární příčinu (Webster, 2017).

Pacienta Slovník spisovné češtiny definuje jako nemocného člověka, který se léčí. (Filipec et al, 2001)

Dialýza je proces, při kterém dochází k difúzi molekul a iontů z krve přes dialyzační membránu do dialyzačního roztoku. Je to postup nahrazující přirozenou renální funkci (Rosina et al., 2021)

Dialyzační léčba je souhrnný terapeutický postup, který je využíván v léčbě chronického selhání ledvin a komplikací s tímto onemocněním spojených. Probíhá pravidelně formou hemodialýzy či peritoneální dialýzy. (Souček, Svačina, 2019)

4 Metodika

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem pro kvantitativní výzkumné šetření byli pacienti, ženy i muži, ve věku od 31 let do 93 let s chronickým onemocněním ledvin podstupující hemodialyzační léčbu v dialyzačních střediscích. Bylo osloveno 100 respondentů, 6 z nich vyplnění dotazníků odmítlo. S respondenty byly dotazníky osobně vyplněny, a to z důvodu většího rozsahu dotazníku a vyššího věku některých z respondentů. Návratnost dotazníků byla 94 % (94). Žádný z dotazníků nebyl vyloučen pro nesprávné vyplnění. Pro zpracování výsledků bylo použito 94 (94 %) dotazníků.

4.2 Použitá metoda výzkumného šetření

V bakalářské práci byla ke sběru dat využita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat proběhl metodou dotazování pomocí anonymního standardizovaného dotazníku O adherenci k léčbě konečného stadia onemocnění ledvin (*The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire*), který byl přeložen z anglického originálu a byl použit se souhlasem autorky Kim Youngmee, PhD. Dotazník obsahoval celkem 50 otázek, které byly rozděleny do pěti kategorií. Otázky č. 1 až 9 se týkaly všeobecných a demografických údajů. Otázky č. 10 až 23 se zabývaly hemodialyzační léčbou. Otázky č. 24 až 32 se týkaly medikace. Otázky č. 33 až 42 byly zaměřeny na problematiku dodržování omezeného příjmu tekutin. Otázky č. 43 až 50 se zaměřily na problematiku dodržování diety. Před zahájením výzkumného šetření byla sepsána žádost o provedení výzkumu, která následně s připraveným dotazníkem byla zaslána hlavním sestřám vybraných nemocnic v Jihočeském kraji.

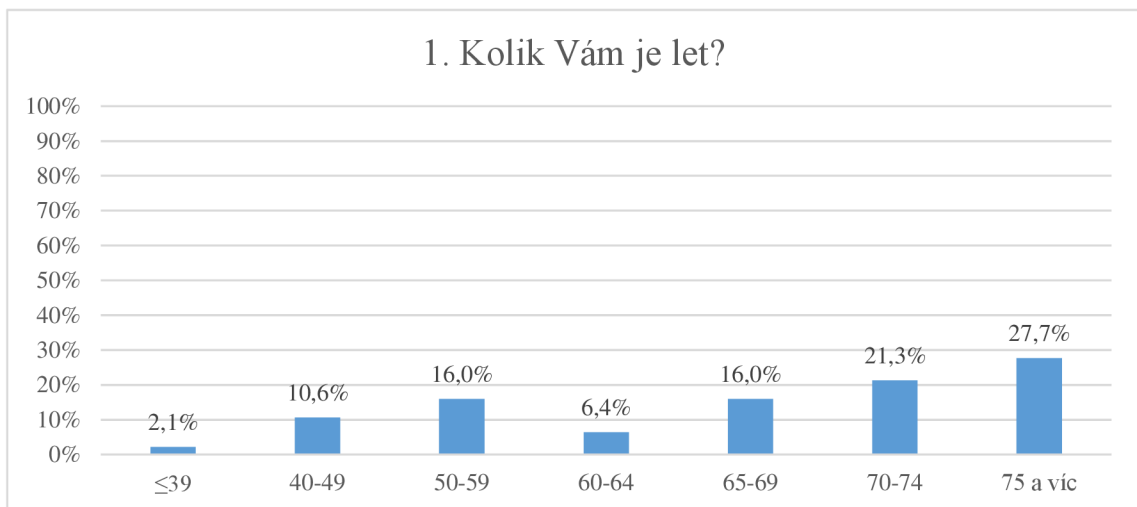
4.3 Sběr dat

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu února a března 2022 v dialyzačních centrech třech jihočeských nemocnic s písemným souhlasem hlavních sester oslovených nemocnic a souhlasem vrchních sester hemodialyzačních středisek a interního oddělení. Respondentům byly rozdány dotazníky v tištěné podobě. Před vyplněním dotazníku byli respondenti informováni o tématu bakalářské práce a účelu výzkumu a ujištění o zachování anonymity a všichni souhlasili se zpracováním údajů v rámci výzkumného šetření.

4.4 Zpracování dat

Získané výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel a následně převedeny do jednotlivých grafů. Všechny hypotézy byly spočítány pomocí chí kvadrát testu v kontingenční tabulce v programu Microsoft Excel. Hypotézy byly počítány na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$. Pokud výsledkem chí kvadrát testu byla hodnota p vyšší než 5% , nulovou hypotézu H_0 nebylo možné vyvrátit, pokud zjištěná hodnota p byla menší než 5% , byla nulová hypotéza H_0 vyvrácena a stanovena hypotéza alternativní H_A .

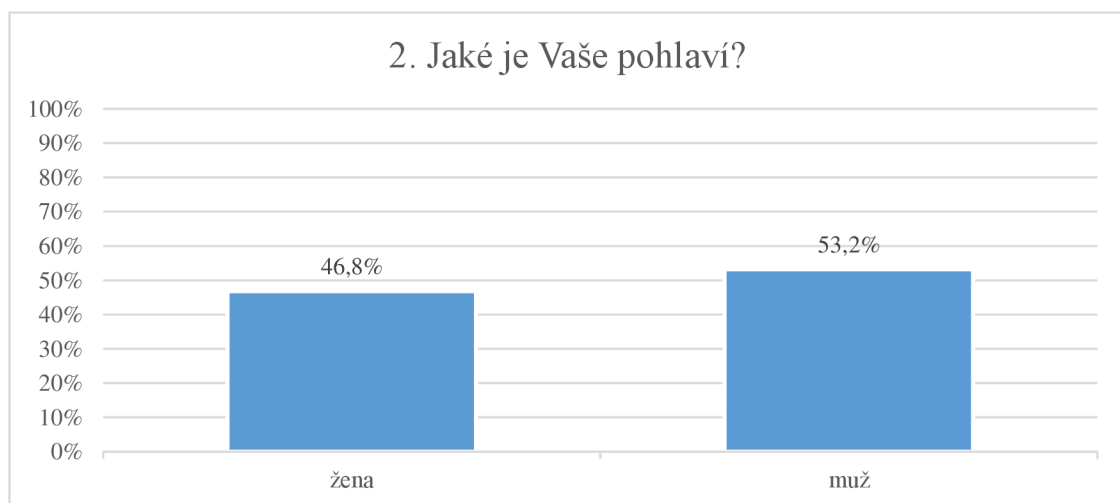
5 Analýza a interpretace výsledků



Graf 1 věk

zdroj: vlastní

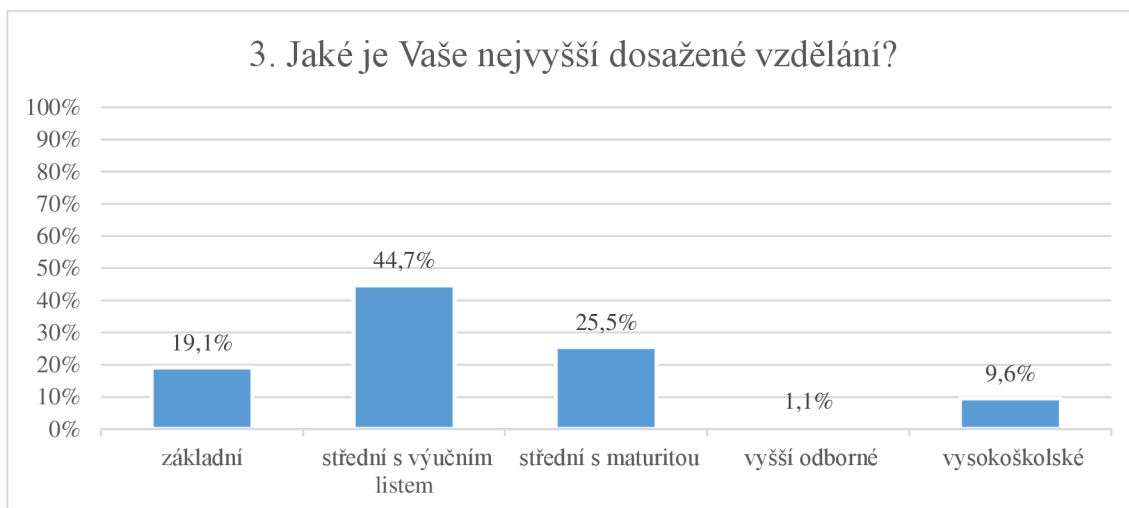
Z celkového počtu respondentů 94 (100 %) bylo 2 (2,1 %) respondentům méně nebo 39 let, 10 (10,6 %) respondentům bylo mezi 40 a 49 lety, 50 až 59 let bylo 15 (16 %) respondentům, 60 až 64 let bylo 6 (6,4 %) respondentům, 65 až 69 bylo 15 (16 %) respondentům, 70 až 74 let bylo 20 (21,3 %) a nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 75 vyšším, bylo jich 26 (27,7 %).



Graf 2 pohlaví

zdroj: vlastní

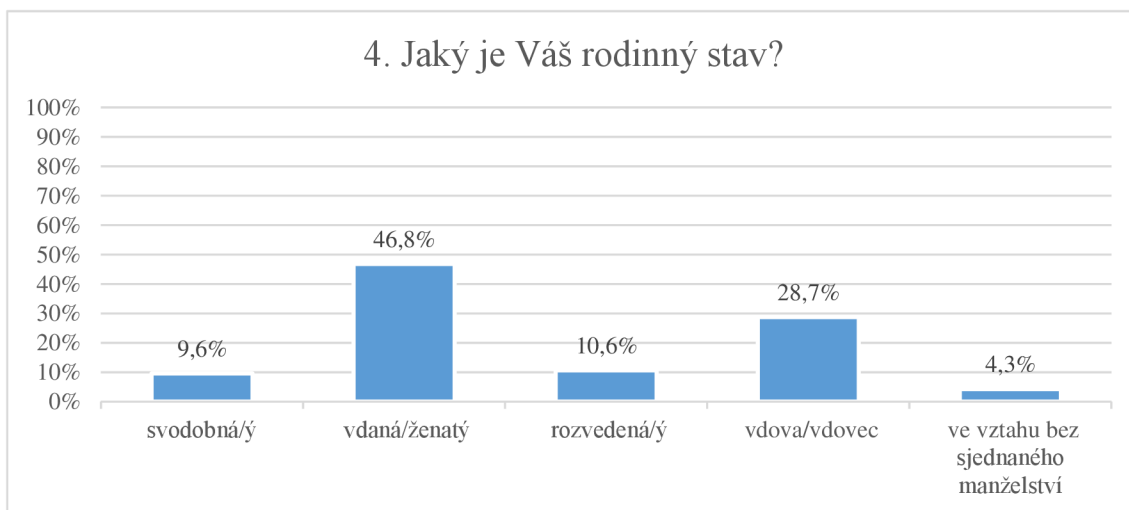
Z grafu 2 je patrné, že muži tvoří větší polovinu respondentů, z celkového počtu 94 (100 %) bylo 50 (53,2 %) respondentů mužského pohlaví a 44 (46,8 %) respondentů ženského pohlaví.



Graf 3 vzdělání

zdroj: vlastní

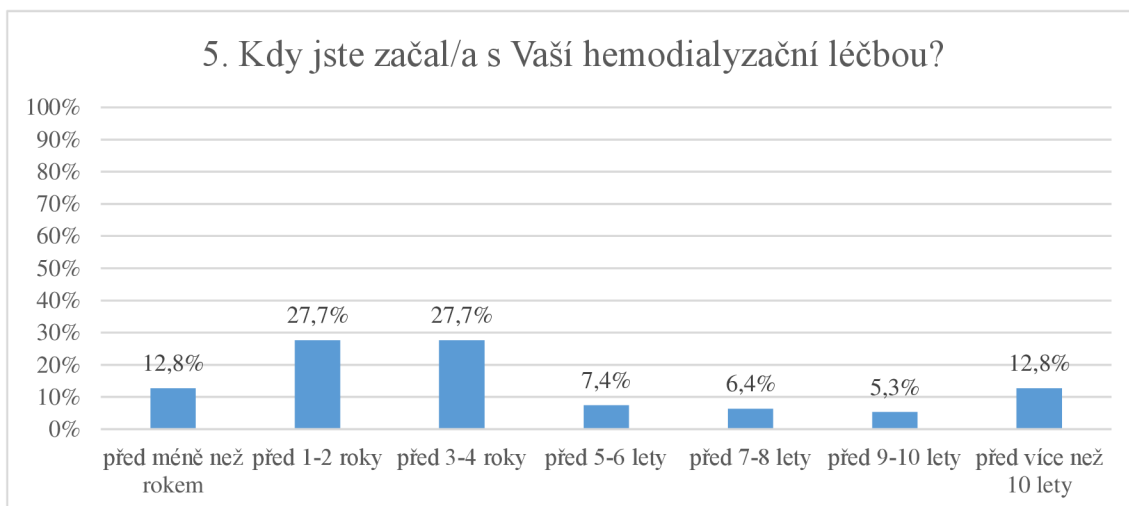
Otázka č.3 zjišťovala vzdělání respondentů. Základní vzdělání mělo 18 (19,1 %) respondentů, nejvíce respondentů, a to 42 (44,7 %), odpovědělo, že nejvyšším dosažením vzděláním je střední s výučním listem, druhým nejčastějším typem vzdělání bylo střední s maturitou, toto vzdělání mělo 24 (25,5 %) respondentů, nejméně respondentů, lépe řečeno 1 (1,1 %), mělo vyšší odborné vzdělání, 9 (9,6 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání.



Graf 4 rodinný stav

zdroj: vlastní

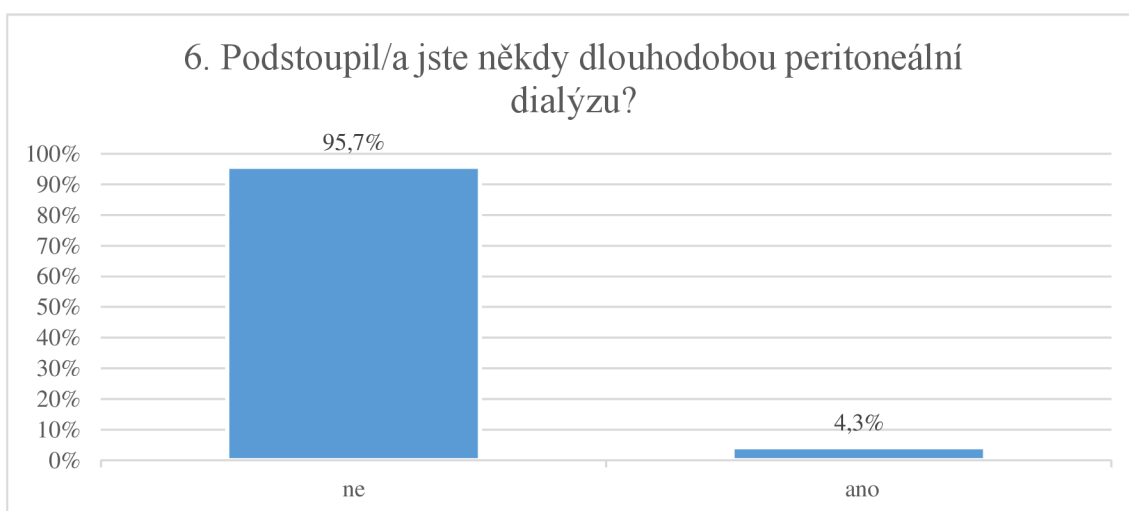
Z grafu 4 je zřejmé, že z celkového počtu respondentů 94 (100 %) bylo 9 (9,6 %) respondentů svobodných, nejvíce respondentů bylo vdaných nebo ženatých, a to 44 (46,8 %), rozvedených respondentů bylo 10 (10,6 %), 27 (28,7) respondentů odpovědělo, že jsou vdovami nebo vdovci, nejméně respondentů bylo ve vztahu bez sjednaného manželství, a to 4 (4,3 %).



Graf 5 délka hemodialyzační léčby

zdroj: vlastní

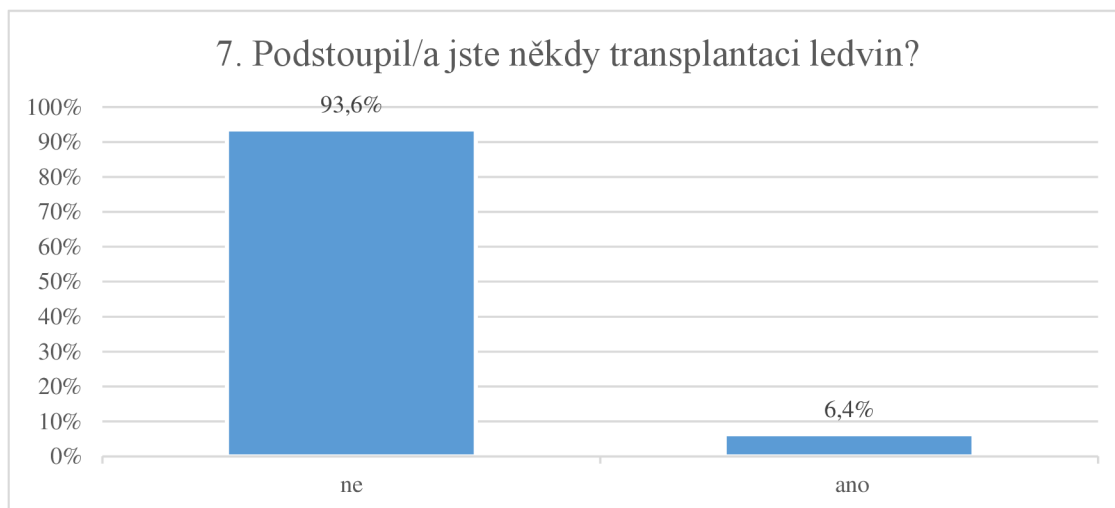
V otázce č.5 bylo zjišťováno, kdy respondenti začali s hemodialyzační léčbou. Před méně, než rokem začalo s léčbou 12 (12,8 %) respondentů, 26 (27,7 %) respondentů začalo s léčbou před 1 až 2 roky, stejný počet respondentů, tedy 26 (27,7 %), začal s hemodialyzační léčbou před 3 až 4 roky, před 5 až 6 lety začalo s léčbou 7 (7,4 %) respondentů, 6 (6,4 %) respondentů začalo s léčbou před 7 až 8 lety, 5 (5,3 %) respondentů začalo s léčbou před 9 až 10 lety, před více než 10 lety začalo s léčbou 12 (12,8 %) respondentů.



Graf 6 peritoneální dialýza

zdroj: vlastní

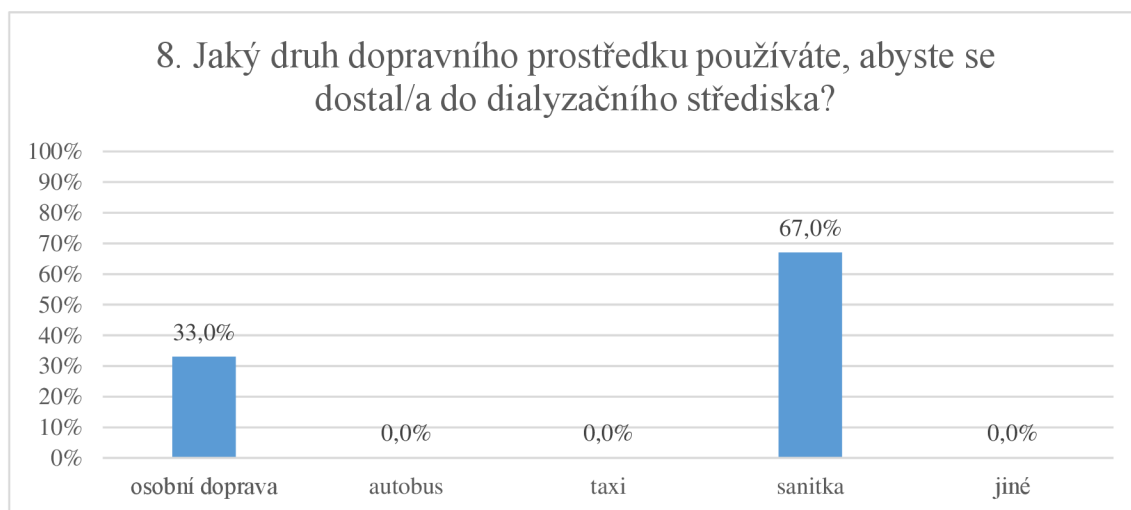
Z výsledků grafu 6 je zřejmé, že většina respondentů, 90 (95,7 %) z celkového počtu 94 (100 %), nepodstoupilo peritoneální dialýzu, pouze 4 (4,3 %) respondenti peritoneální dialýzu postoupili, 2 (50 %) ze 4 (100 %) respondentů peritoneální dialýzu podstupovali 2 roky, 1 respondent (25 %) peritoneální dialýzu podstupoval 1 rok a 1 (25 %) respondent si nevzpomněl, jak dlouho ji podstupoval.



Graf 7 transplantace ledvin

zdroj: vlastní

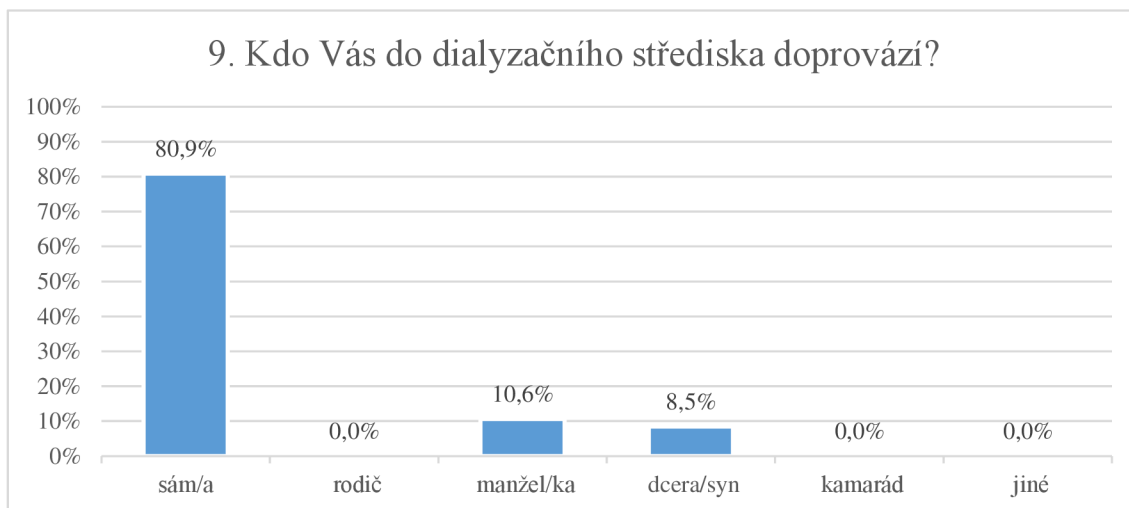
Z grafu 7 je patrné, že 88 (93,6 %) respondentů nepodstoupilo transplantaci ledvin, 6 (6,4 %) respondentů transplantaci podstoupilo. 2 (33,2 %) z 6 (100 %) respondentů transplantaci podstoupilo před 11 lety, jeden z nich dále uvedl, že transplantovaná ledvina mu vydržela 8 let, 1 (16,7 %) respondentovi byla ledvina transplantovaná před 9 lety, 1 (16,7) respondent transplantaci podstoupil před 10 lety, 1 (16,7) respondentovi byla ledvina transplantovaná před 21 lety, 1 (16,7 %) respondent podstoupil transplantaci dvakrát, první před 24 let a druhou před 10 lety, druhá transplantovaná ledvina vydržela 6 let.



Graf 8 dopravní prostředek

zdroj: vlastní

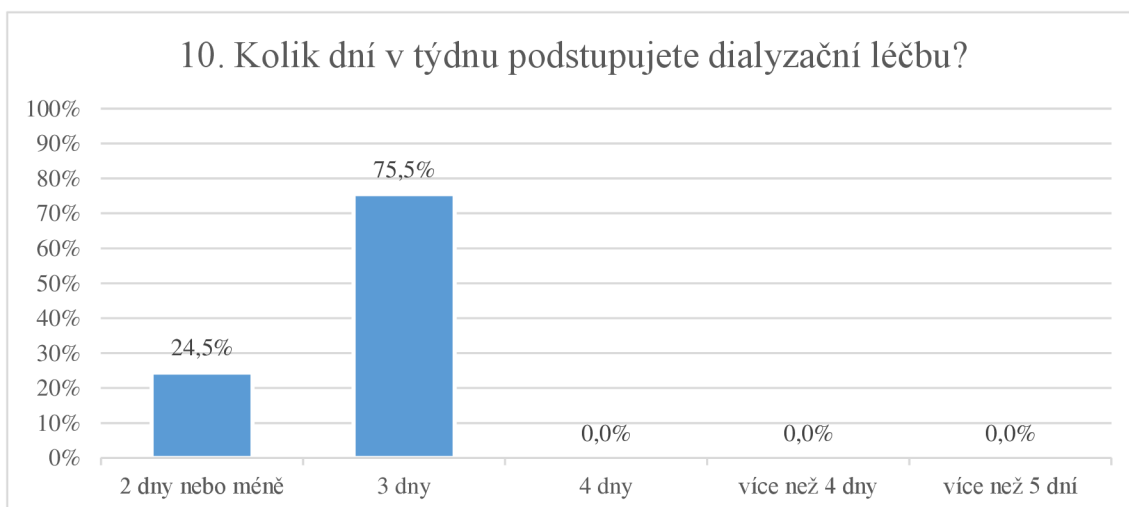
Otázka č.8 zjišťovala, jaký dopravní prostředek respondenti využívali, aby se do dialyzačního střediska dostali. Z celkového počtu respondentů 94 (100 %) větší polovina respondentů, a to 63 (67 %), využívala sanitku, 31 (33 %) respondentů jezdilo do dialyzačního střediska autem, žádný (0 %) z respondentů nevyužíval autobus ani taxík.



Graf 9 doprovod

zdroj: vlastní

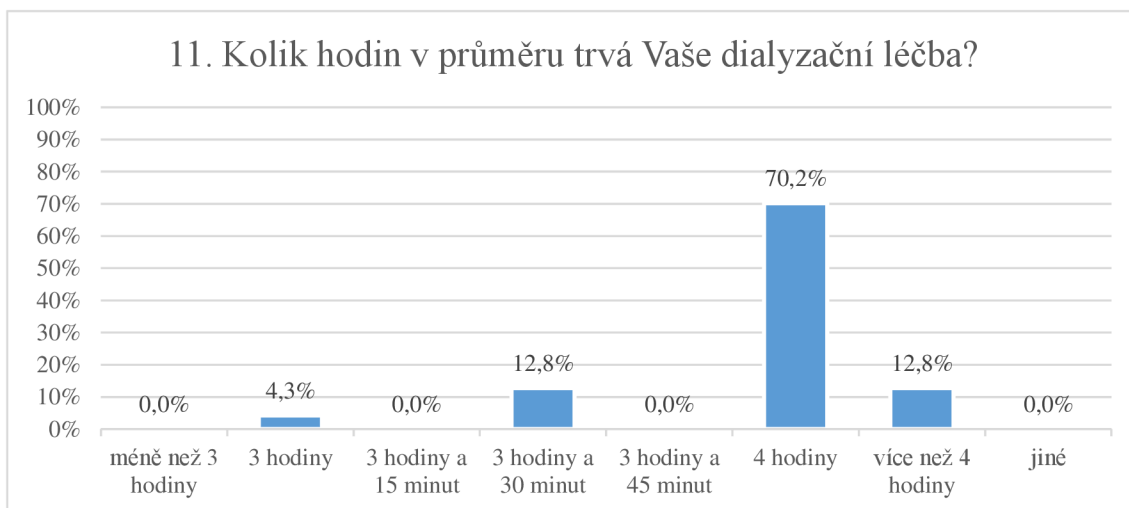
Otázka č.9 zkoumala, jestli respondenty do dialyzačního střediska někdo doprovází. Z 94 (100 %) respondentů většinu, 76 (80,9 %) z nich, nikdo do dialyzačního střediska nedoprovázel, 10 (10,6 %) respondentů doprovázela manželka nebo manžel, 8 (8,5 %) respondentů do dialyzačního střediska vozila dcera nebo syn, žádného (0 %) z respondentů do dialyzačního střediska nedoprovázel rodič ani kamarád.



Graf 10 počet dní hemodialýzy

zdroj: vlastní

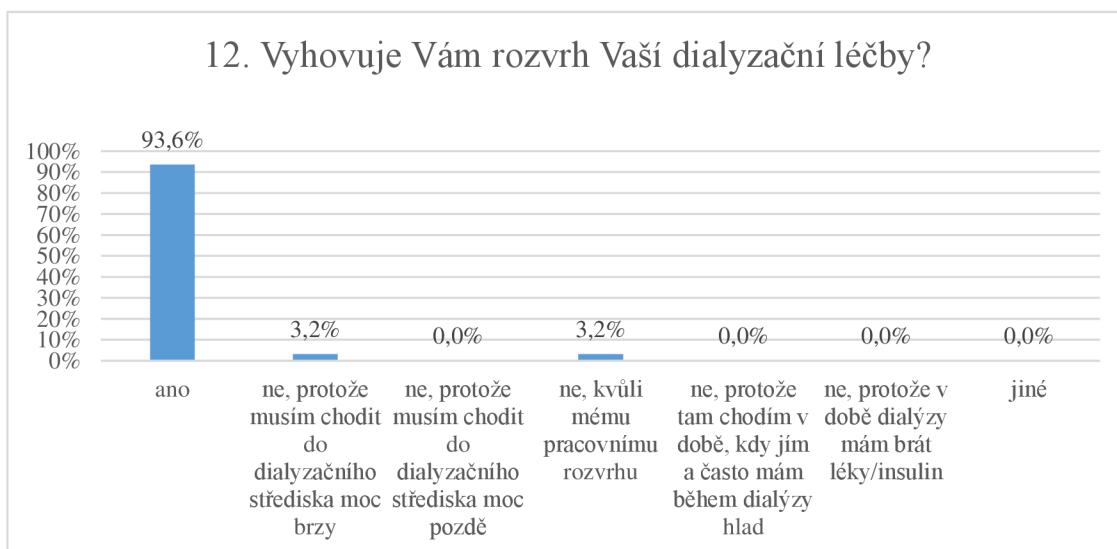
Otázka č.10 zjišťovala, kolik dní v týdnu respondenti navštěvují dialyzační středisko. Tři čtvrtiny respondentů, 71 (75,5 %) z 94 (100 %), podstupují dialyzační léčbu 3 dny v týdnu, jedna třetina respondentů, 23 (24,5 %), podstupuje léčbu 2 nebo méně dnů v týdnu, žádný (0 %) z respondentů nepodstupuje léčbu 4 nebo více než 4 dny v týdnu.



Graf 11 délka hemodialýzy

zdroj: vlastní

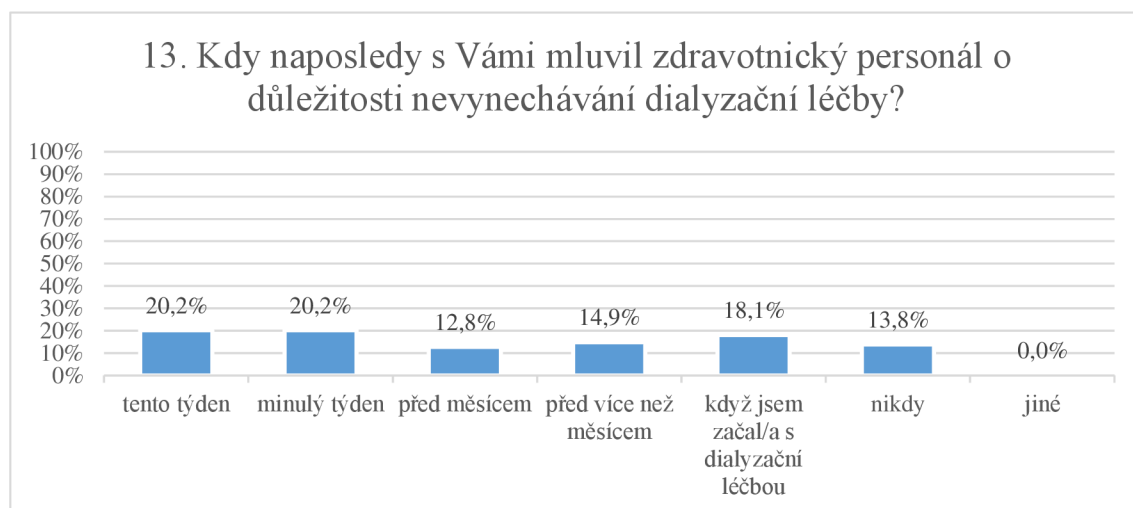
Otázka č.11 zkoumala, kolik hodin trvá dialyzační léčba. Nejvíce respondentů, 66 (70,2 %) z 94 (100 %), tráví v dialyzačním středisku 4 hodiny, více než 4 hodiny stráví v dialyzačním středisku 12 (12,8 %) respondentů, stejnému počtu respondentů trvá dialyzační léčba 3 hodiny a 30 minut, 4 (4,3 %) respondentům trvá 3 hodiny, žádnému (0 %) z respondentů netrvá dialyzační léčba méně než 3 hodiny, 3 hodiny a 15 minut či 3 hodiny a 45 minut.



Graf 12 dialyzační rozvrh

zdroj: vlastní

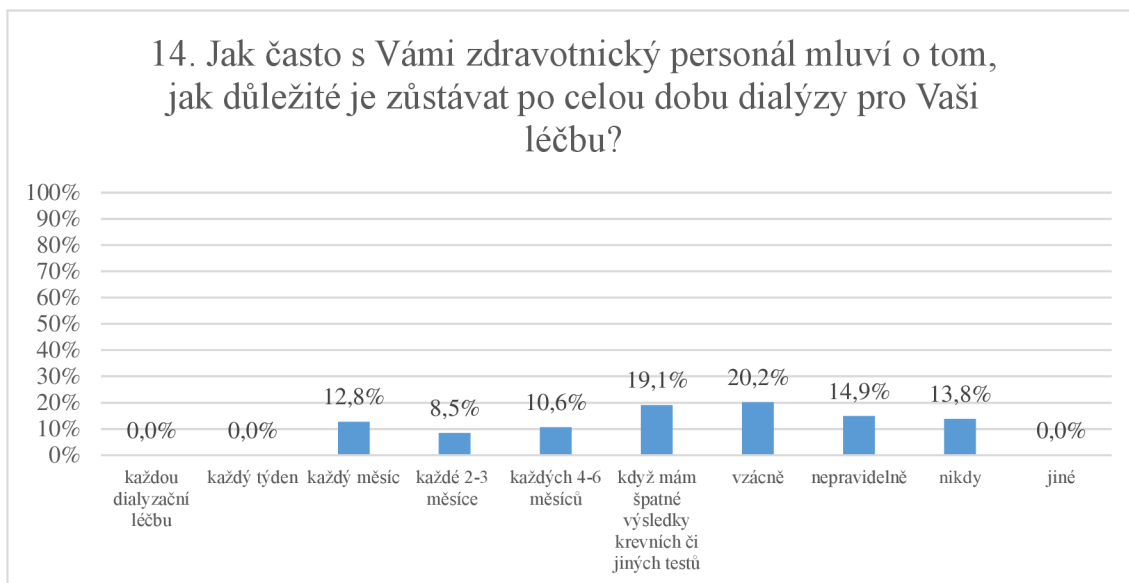
Otázka č.12 zjišťovala, zda respondentům vyhovuje jejich dialyzační plán. 88 (93,6 %) z 94 (100 %) respondentů dialyzační plán vyhovuje, 3 (3,2 %) respondentům rozvrh nevyhovuje, protože musí jezdit do dialyzačního střediska moc brzy, 3 (3,2 %) respondentům plán nevyhovuje z důvodu pracovních povinností, žádnému (0 %) z respondentů nevyhovoval dialyzační rozvrh kvůli tomu, že by musel do dialyzačního střediska chodit moc pozdě nebo kvůli tomu, že by během dialýzy měl hlad či že by měl během dialýzy brát léky nebo inzulin.



Graf 13 probírání dialyzační léčby

zdroj: vlastní

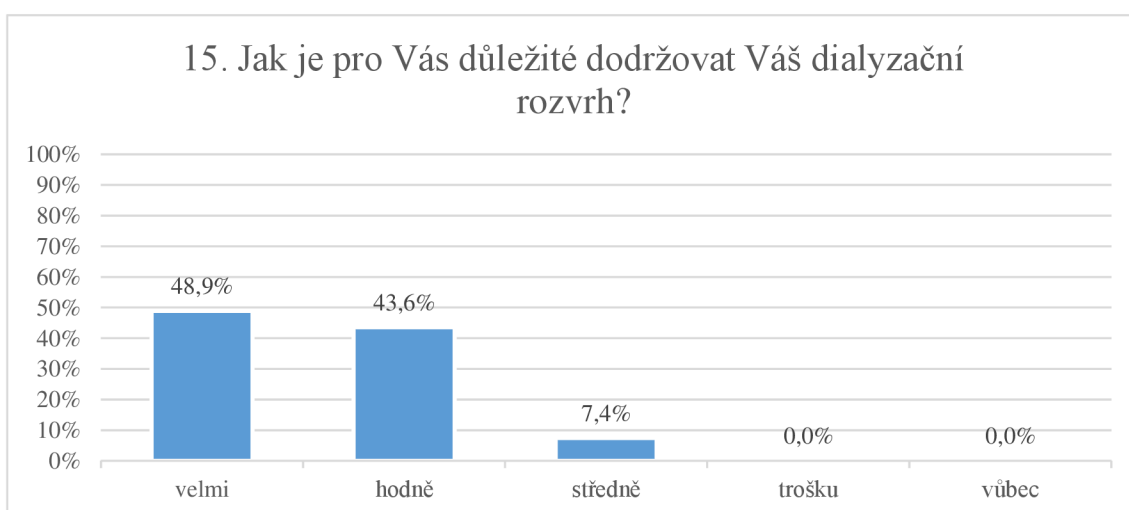
Z grafu 13 vyplývá, že z celkového počtu respondentů 94 (100 %) s 19 (20,2 %) respondenty zdravotnický personál probíral důležitost nevynechávání dialyzační léčby v týdnu, kdy vyplňovali dotazník, a se stejným počtem respondentů toto téma probíral personál týden před vyplněním dotazníku, se 12 (12,8 %) respondenty mluvil před měsícem, 14 (14,9 %) respondentů odpovědělo, že s nimi zdravotnický personál o důležitosti nevynechávání dialyzační léčby mluvil před více než měsícem, 17 (18,1 %) respondentů uvedlo, že s nimi zdravotnický personál o tomto tématu hovořil v době, kdy začali s dialyzační léčbou, možnost nikdy zvolilo 13 (13,8 %) respondentů, žádný (0 %) z respondentů nevybral možnost jiné.



Graf 14 četnost probírání dialyzační léčby

zdroj: vlastní

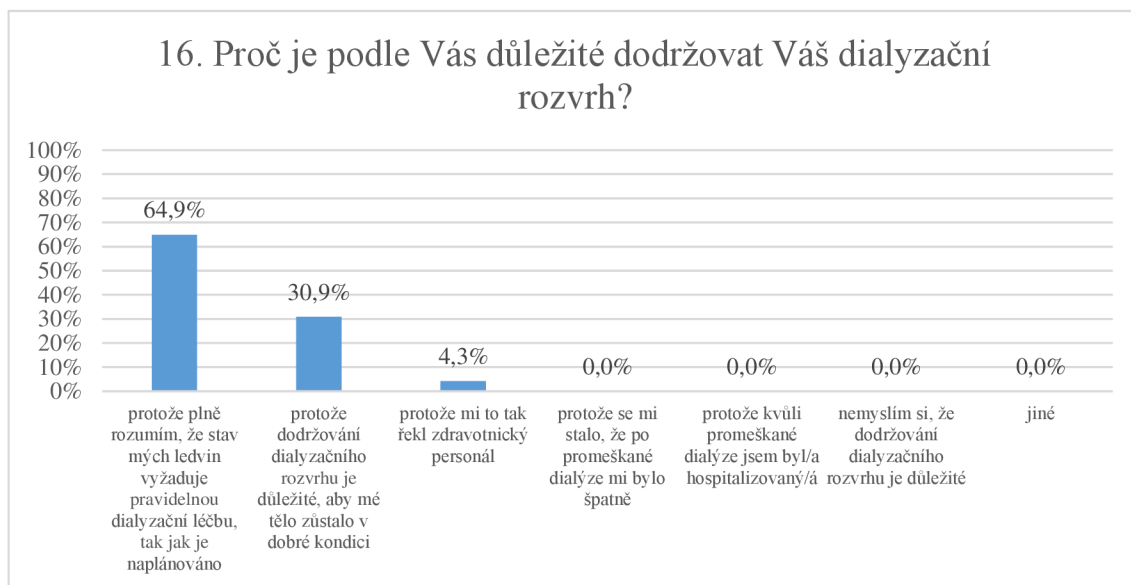
Otázka č. 14 zjišťovala, jak často s respondenty zdravotnický personál mluví o tom, jak je důležité zůstat v dialyzačním středisku po celou dobu dialýzy. 12 (12,8 %) respondentů z 94 (100 %) odpovědělo, že s nimi zdravotnický personál toto téma probírá každý měsíc, s 8 (8,5 %) respondenty probírá personál každé 2–3 měsíce, každých 4–6 měsíců zdravotnický personál řeší toto téma s 10 (10,6 %) respondenty, vzácně toto téma probírají s 19 (20,2 %) respondenty, 14 (14,9 %) respondentů odpovědělo, že s nimi zdravotnický personál toto téma probírá nepravidelně, se 13 (13,8 %) respondenty zdravotnický personál nikdy neprobíral důležitost zůstat po celou dobu dialýzy, žádný (0 %) z respondentů ne zvolil možnost jiné.



Graf 15 důležitost dodržování dialyzační léčby

zdroj: vlastní

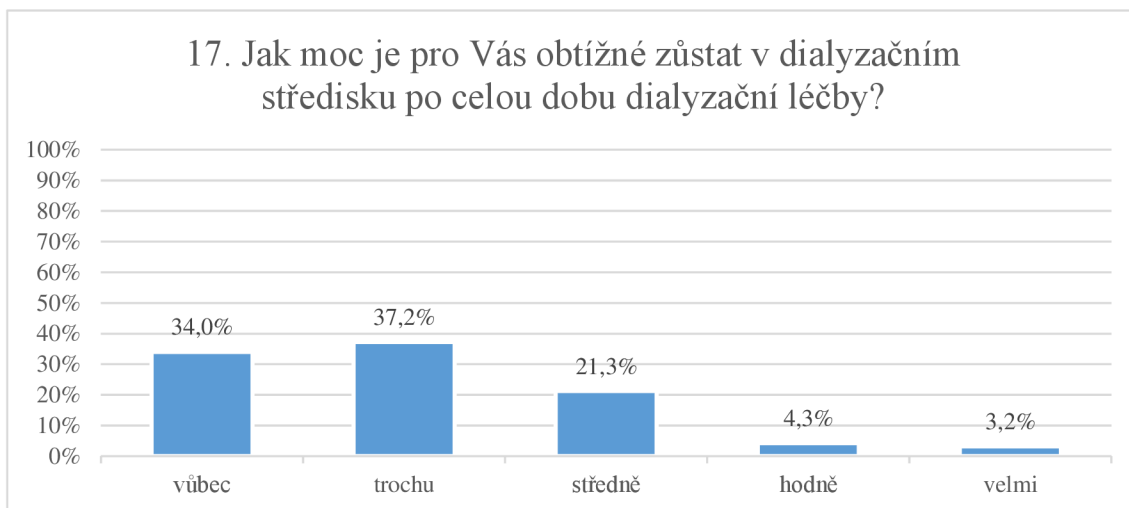
Z grafu 15 lze usoudit, že pro 46 (48,9 %) respondentů z 94 (100 %) je velmi důležité dodržovat dialyzační rozvrh, pro 41 (43,6) respondentů je dodržování dialyzačního rozvrhu hodně důležité, středně důležité je pro 7 (7,4 %) respondentů, žádný (0 %) z respondentů nezvolil možnost trochu či vůbec.



Graf 16 důvod důležitosti dodržování dialyzačního rozvrhu

zdroj: vlastní

Otázka č. 16 zjišťovala, proč je podle respondentů důležité dodržovat dialyzační rozvrh. Z 94 (100 %) respondentů 61 (64,9 %) zvolilo možnost: protože plně rozumím, že stav mých ledvin vyžaduje pravidelnou dialyzační léčbu, tak jak je naplánováno, 29 (30,9 %) respondentů odpovědělo: protože dodržování dialyzačního rozvrhu je důležité, aby mé tělo zůstalo v dobré kondici, 4 (4,3 %) respondenti z nabídky odpovědí vybrali: protože mi to tak řekl zdravotnický personál, žádný (0 %) z respondentů nezvolil možnosti: protože se mi stalo, že po promeškané dialýze mi bylo špatně, protože po promeškané dialýze jsem byl/a hospitalizovaný/á, nemyslím si, že dodržování dialyzačního rozvrhu je důležité, ani nikdo nezvolil možnost jiné.



Graf 17 obtížnost zůstávání v dialyzačním středisku

zdroj: vlastní

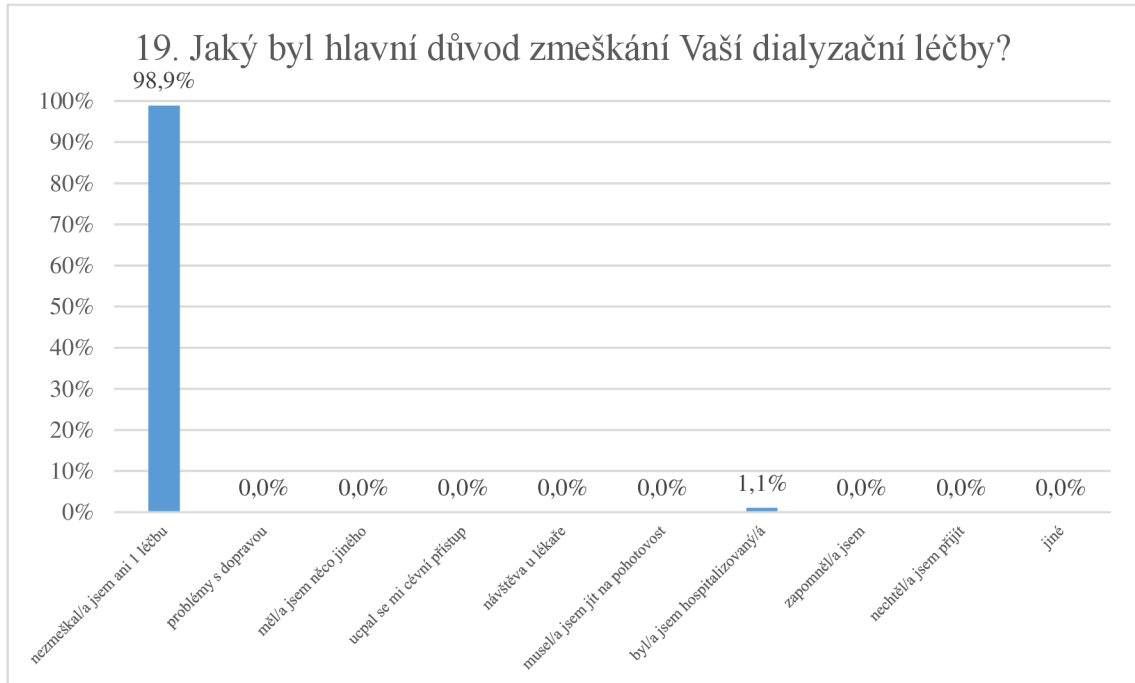
Z grafu 17 vyplývá, že pro 32 (34 %) respondentů není vůbec obtížné v dialyzačním středisku zůstat po celou dobu léčby, trochu obtížné je to pro 35 (37,2 %) respondentů, 20 (21,3 %) respondentů odpovědělo, že je pro ně středně těžké zůstat po celou dobu dialýzy, pro 4 (4,3 %) respondenty je hodně těžké zůstat po celou dobu léčby a pro 3 (3,2 %) je to velmi obtížné.



Graf 18 vynechání dialyzační léčby

zdroj: vlastní

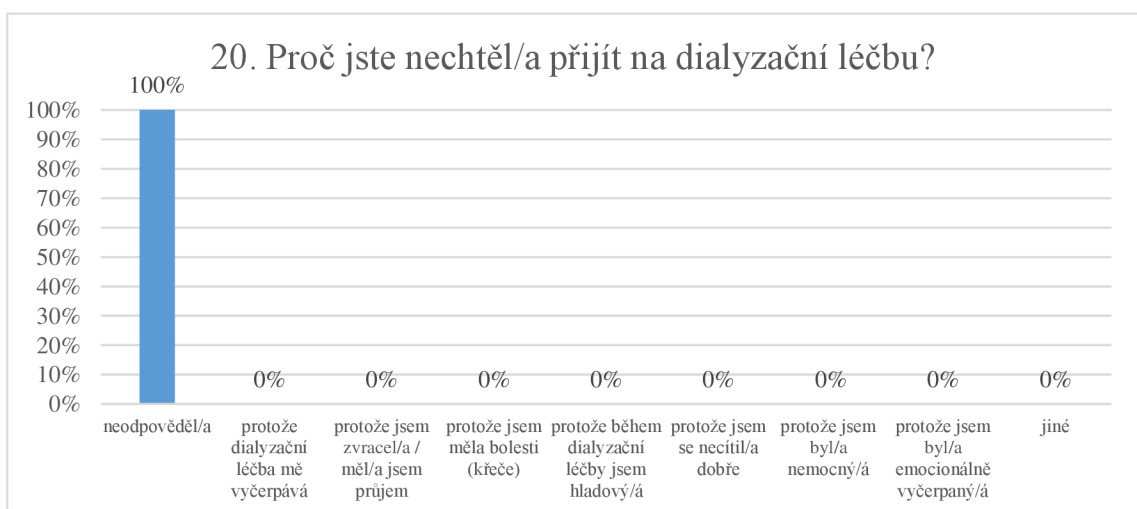
Z grafu 18 plyne, že naprostá většina respondentů, 93 (98,9 %), nezmeškala v době, kdy dotazník vyplňovala, za poslední měsíc ani jednu léčbu, 1 (1,1 %) respondent zmeškal 1 léčbu, žádný (0 %) z respondentů v době vyplňování dotazníku nezmeškal 2, 3 nebo 4 léčby.



Graf 19 důvod zmeškání dialyzační léčby

zdroj: vlastní

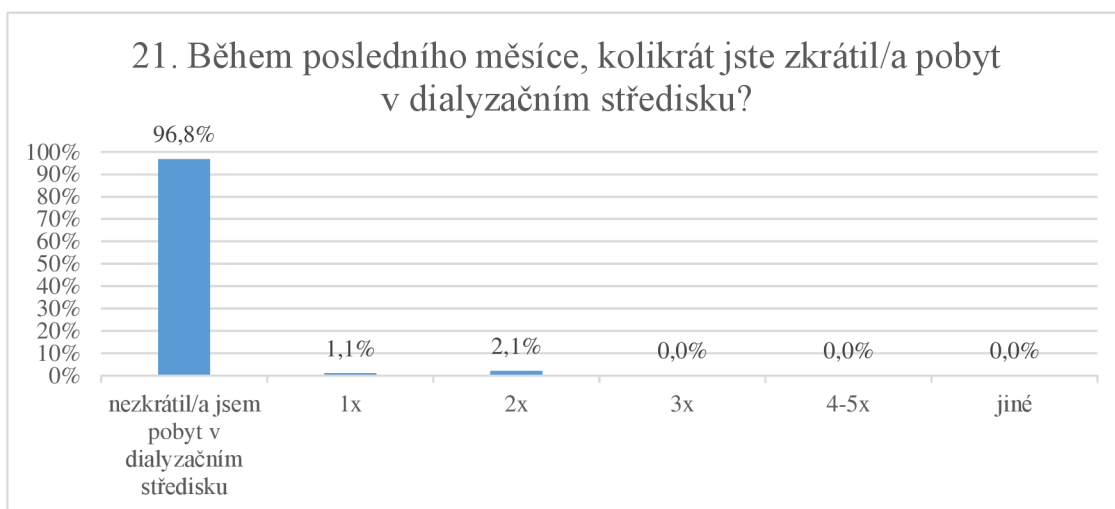
Otázka č. 19 zjišťovala důvod vynechání dialyzační léčby. 93 (98,9 %) respondentů odpovědělo, že nezmeškali ani jednu léčbu, 1 (1,1 %) respondent dialyzační léčbu zmeškal z důvodu hospitalizace, žádný (0 %) z respondentů nezmeškal léčbu z důvodu problému s dopravou, kvůli ucpanému cévnímu přístupu, návštěvě u lékaře, kvůli potřebě jít na pohotovost, kvůli tomu, že by zapomněl, nechtěl přijít či jiné.



Graf 20 důvod záměrného vynechání dialyzační léčby

zdroj: vlastní

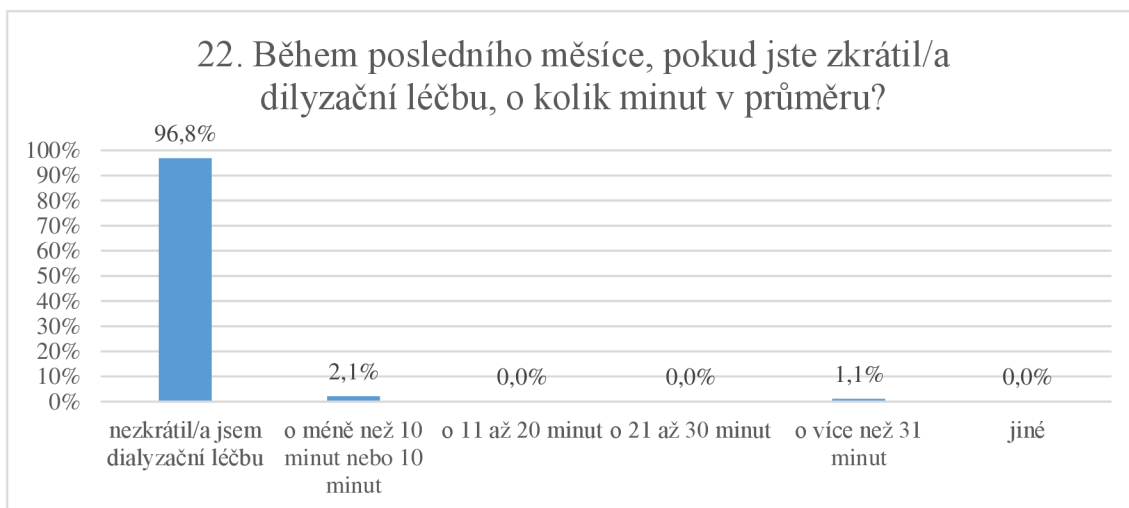
Na otázku č. 20 měli odpovědět respondenti, kteří by v předchozí otázce zvolili možnost: Nechtěl/a jsem přijít/. Tuto možnost v předchozí otázce žádný z respondentů neodpověděl, z tohoto důvodu na tuto otázku žádný z respondentů neodpověděl.



Graf 21 zkrácení dialyzační léčby

zdroj: vlastní

Graf 21 znázorňuje, kolikrát za poslední měsíc respondenti zkrátili dialýzu. 91 (96,8 %) respondentů dialyzační léčbu v době vyplňování dotazníku nezkrátili dialýzu ani jednou, 1 (1,1 %) respondent zkrátil 1 dialyzační léčbu a 2 (2,1 %) respondenti léčbu zkrátili 2x, žádný (0 %) z respondentů nevedl, že by dialyzační léčbu zkrátil 3x, 4–5x či možnost jiné.



Graf 22 doba zkrácení dialyzační léčby

zdroj: vlastní

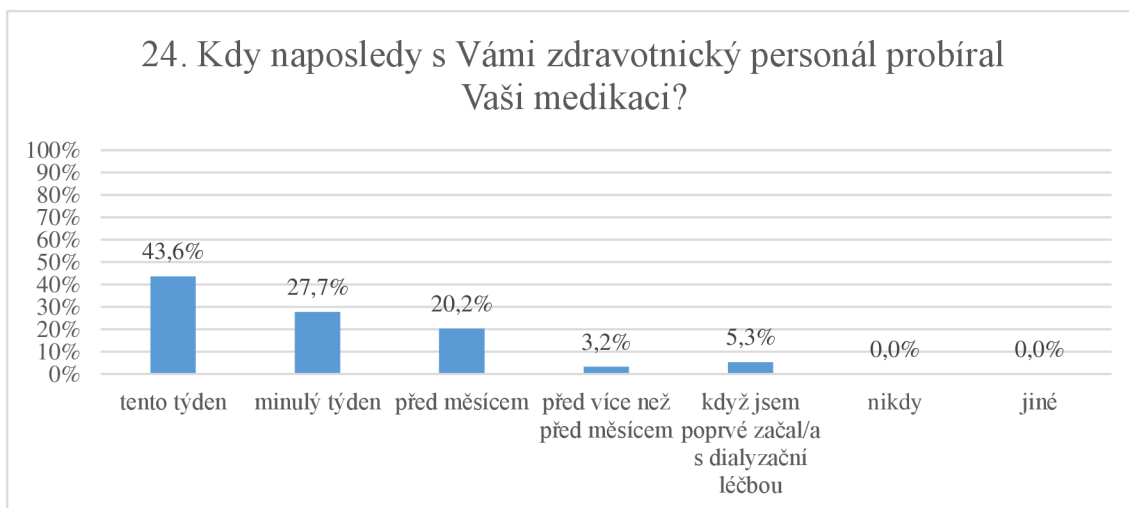
Otázka č. 22 navazuje na předchozí otázku a zjišťuje, o kolik minut v průměru respondenti zkrátily dialyzační léčbu. 91 (96,8 %) respondentů svou dialyzační léčbu v posledním měsíci nezkrátilo, 2 (2,1 %) respondenti dialýzu zkrátily o méně než 10 minut nebo o 10 minut, 1 (1,1 %) respondent ji zkrátil o více než 31 minut.



Graf 23 důvod zkrácení dialyzační léčby

zdroj: vlastní

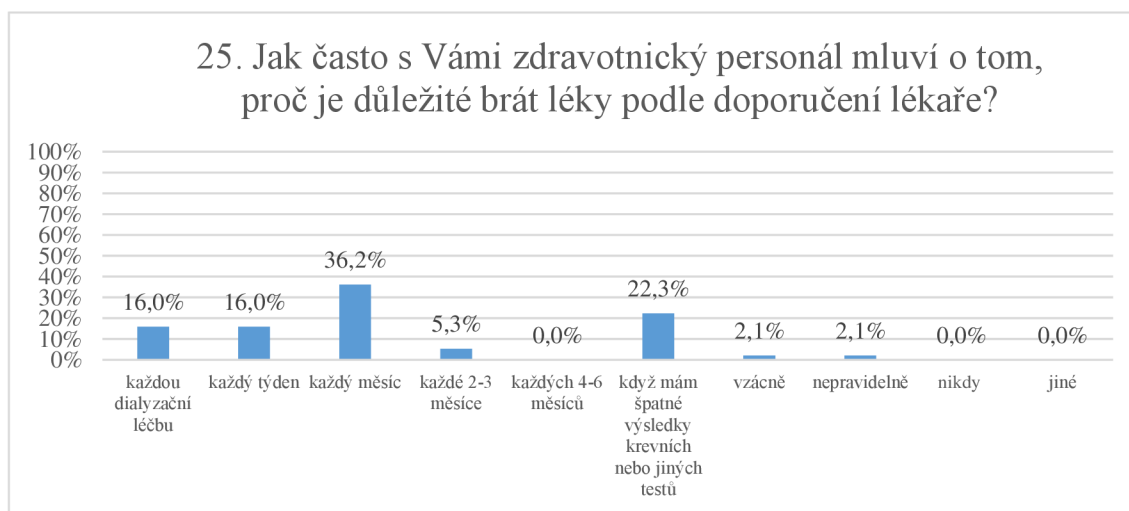
Otázka č. 23 zjišťovala příčinu zkrácení dialyzační léčby. 91 (96,8 %) z 94 (100 %) respondentů dialyzační léčbu nezkrátilo, proto nevybralo ani jednu z nabízených možností, 1 (1,1 %) respondent odpověděl, že důvodem zkrácení dialyzační léčby byla potřeba jít na záchod, 2 (2,1 %) respondenti svou dialyzační léčbu zkrátily z důvodu ucpaného cévního přístupu, žádný (0 %) z respondentů neodpověděl, že důvodem zkrácení dialyzační léčby byly křeče, nízký tlak, návštěva lékaře, osobní důvody či naléhavý problém, z důvodu rozhodnutí personálu, žádný z pacientů nezvolil odpověď nechtělo se mi tam zůstat ani jiné.



Graf 24 probírání medikace

zdroj: vlastní

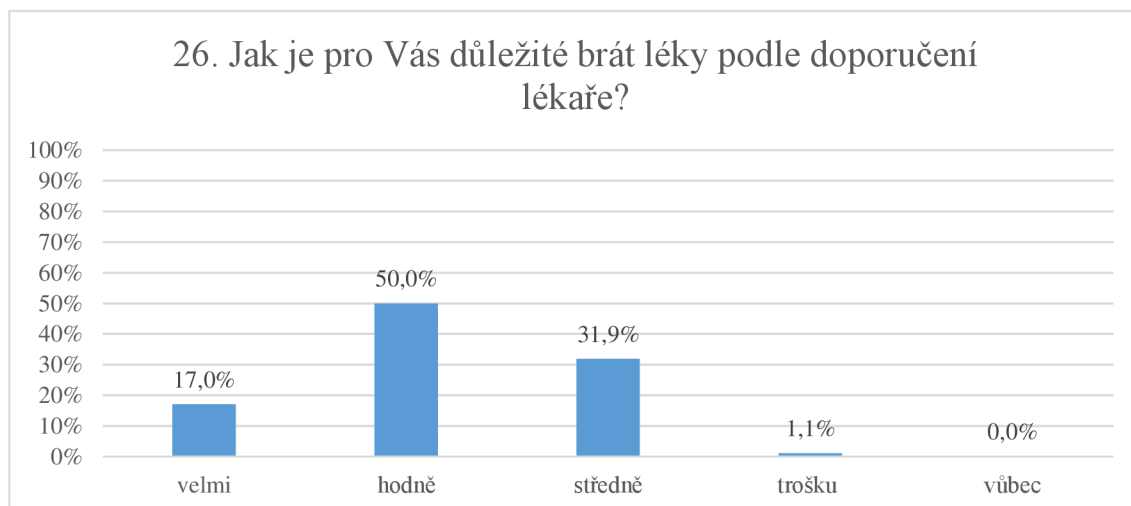
Graf 24 poukazuje, že z celkového počtu respondentů 94 (100 %) s 41 (43,6 %) respondenty probíral zdravotnický personál medikaci v týdnu, kdy se účastnili našeho výzkumu, s 26 (27,7 %) respondenty mluvil o tomto tématu týden před vyplňováním našeho dotazníku, se 3 (3,2 %) respondenty řešil personál řešil toto téma měsíc před vyplňováním našeho dotazníku, podle 5 (5,3 %) respondentů s nimi personál tuto problematiku probíral v době, kdy začali s dialyzační léčbou, žádný (0 %) z respondentů nevedl, že by zdravotnický personál nikdy neprobíral téma medikace, nikdo (0 %) taktéž ne zvolil možnost jiné.



Graf 25 četnost probírání medikace

zdroj: vlastní

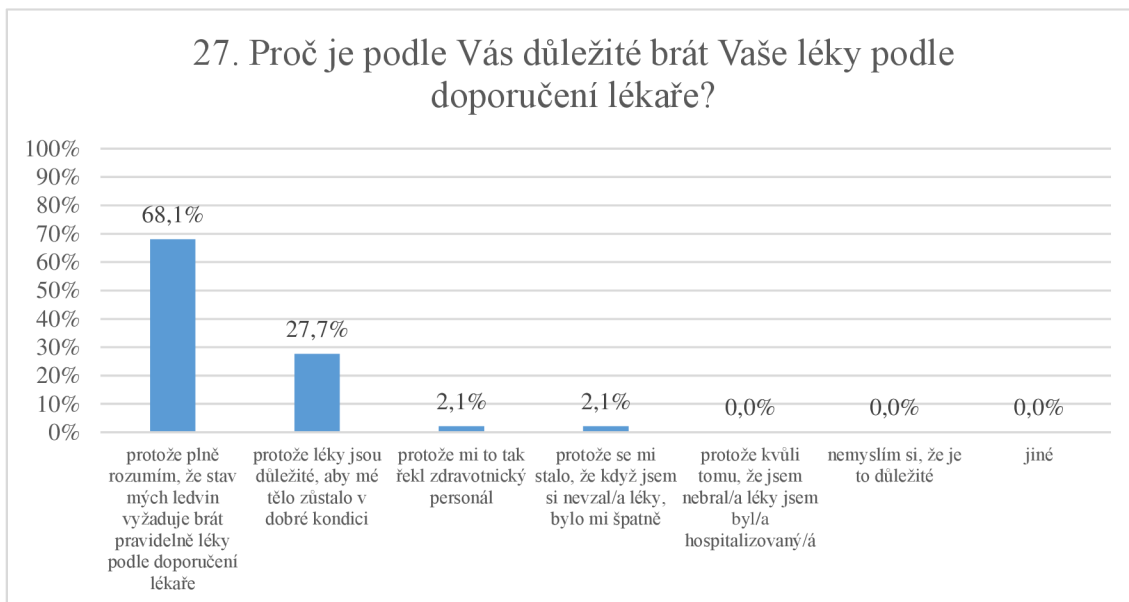
Z grafu 25 vyplývá, že s 15 (16 %) respondenty probírá zdravotnický personál medikaci pravidelně každou dialyzační léčbu, důvody, proč je důležité léky brát podle doporučení lékařů, probírá personál pravidelně každý týden se stejným počtem respondentů, tedy s 15 (16 %), každý měsíc téma dodržování medikace řeší zdravotníci s 34 (36,2 %) respondenty, s 5 (5,3 %) respondenty si lékaři nebo sestřičky o medikaci povídají každé 2 až 3 měsíce, 21 (22,3 %) respondentů uvedlo, že předmětem rozhovoru mezi nimi a zdravotníky je medikace vždy, když mají špatné výsledky krevních, popřípadě jiných testů, 2 (2,1 %) respondenti uvedli, že s nimi zdravotnický personál téma medikace a její dodržování řeší vzácně, stejný počet respondentů uvedl, že s nimi toto téma probírají zdravotníci nepravidelně, nikdo (0 %) z respondentů však neuvedl, že by s nimi zdravotnický personál nikdy toto téma neprobíral, žádný (0 %) z respondentů také nezvolil možnost jiné.



Graf 26 důležitost medikace

zdroj: vlastní

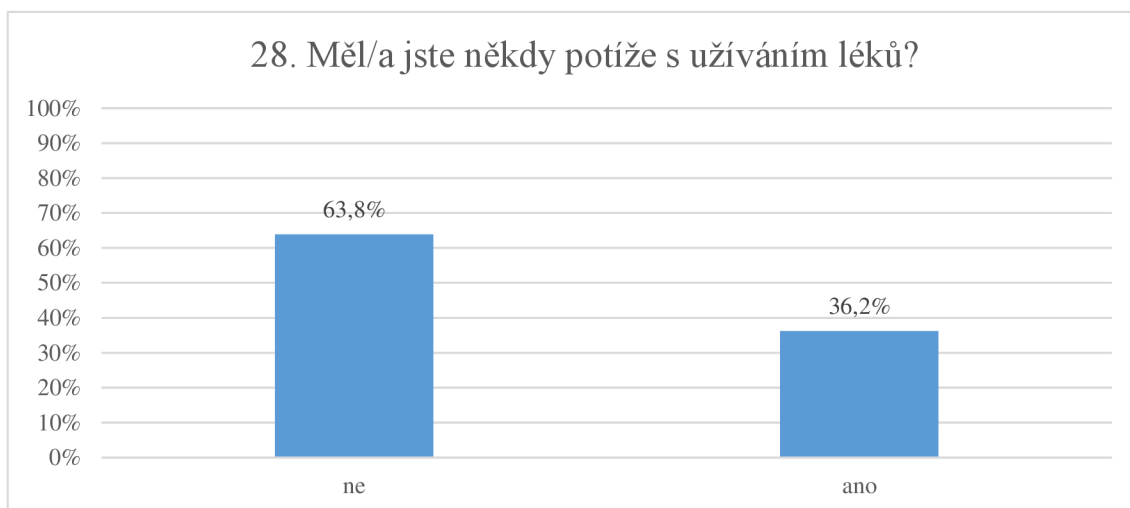
Z grafu 26 lze soudit, že pro 16 (17 %) respondentů je velmi důležité brát léky podle doporučení lékaře, pro polovinu respondentů, tedy pro 47 (50 %) z 94 (100 %) dotázaných, je dodržování medikace hodně důležité, středně důležité je brání léků podle doporučení lékaře pro 30 (31,9 %) respondentů, 1 (1,1 %) respondent dodržování medikace považuje za trochu důležité, žádný (0 %) z dotázaných ne zvolil možnost vůbec.



Graf 27 důvod důležitosti medikace

zdroj: vlastní

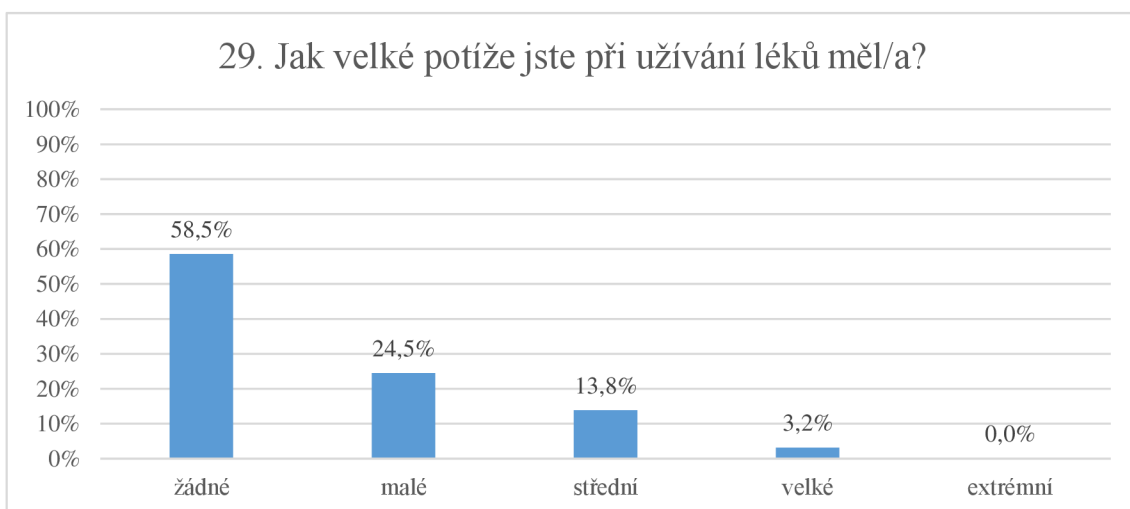
Otázka č. 27 zjišťovala, proč je podle respondentů důležité dodržovat medikace podle doporučení lékaře. Více než polovina respondentů, přesně 64 (68,1 %) z 94 dotázaných, odpověděla, že dodržování doporučené medikace je důležité, protože plně rozumí, že stav jejich ledvin vyžaduje brát pravidelně léky podle doporučení lékaře, poměrně menší skupina v počtu 26 (27,7 %) respondentů zvolila odpověď protože léky jsou důležité, aby jejich tělo zůstalo v dobré kondici, podle 2 (2,1 %) respondentů je brát léky podle doporučení lékaře důležité, protože jim to tak řekl zdravotnický personál, 2 (2,1 %) respondenti uvedli, že jim po zapomenuté medikaci bylo špatně, žádný z dotázaných ne zvolil možnosti protože kvůli tomu, že jsem nebral léky jsem byl/a hospitalizovaný/á, nemyslím si, že je to důležité, nikdo také ne zvolil možnost jiné.



Graf 28 potíže s medikací

zdroj: vlastní

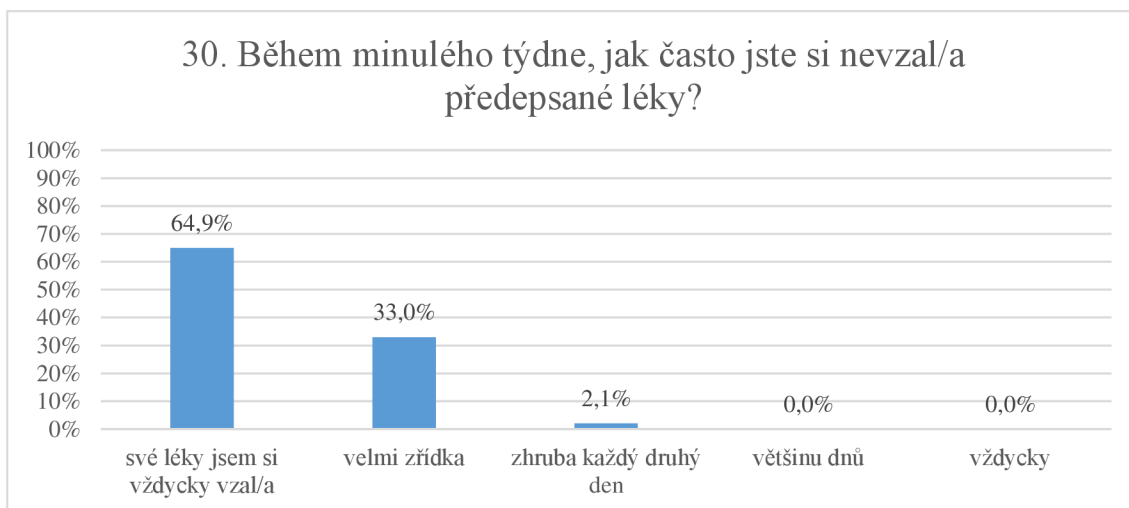
Otázka č. 28 se zabývala otázkou, zda respondenti měli někdy nějaké potíže s užíváním léků. Větší skupina tvořená 60 (63,8 %) respondenty odpověděla, že s užíváním léků nikdy problém neměla, méně početná skupina 34 (36,2 %) respondentů odpověděla, že s pravidelným užíváním léků měli nebo mají potíže.



Graf 29 míra potíží s medikací

zdroj: vlastní

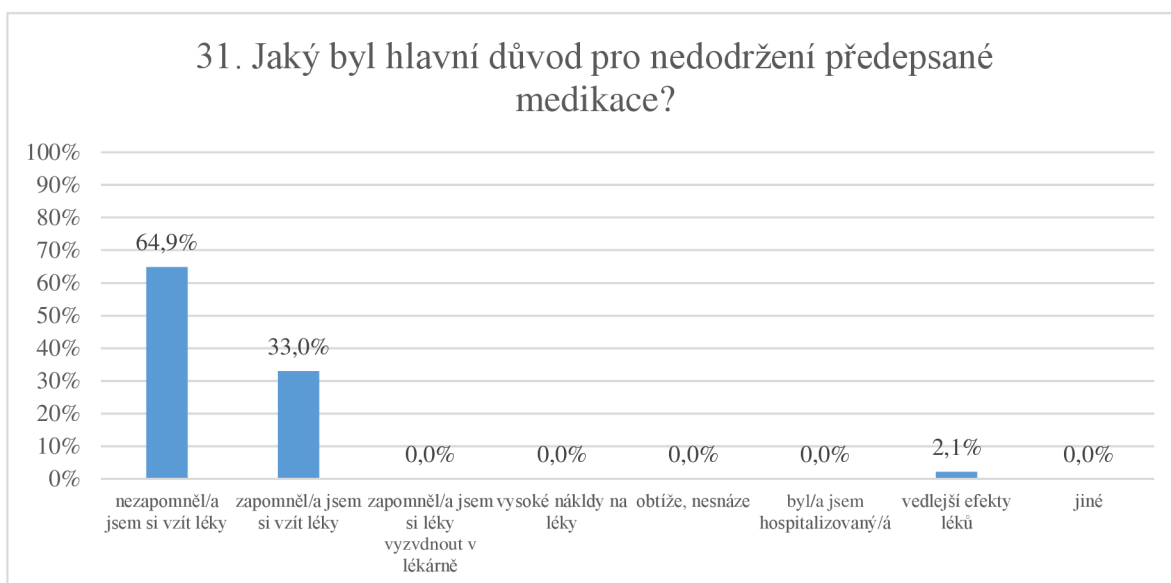
Z grafu 29 je patrné, že 55 (58,5 %) respondentů s užíváním léků nemělo žádné potíže, malé potíže s dodržováním medikace mělo 23 (24,5 %) respondentů, střední potíže mělo 13 (13,8 %) respondentů, s velkými potížemi se potýkali 3 (3,2 %) respondenti, žádný z respondentů neuvědl, že by měl s dodržováním medikace extrémní potíže.



Graf 30 *nedodržování medikace*

zdroj: vlastní

Graf 30 ukazuje, kolik respondentů z celkového počtu 94 (100 %) během týdne, který předcházel vyplnění našeho dotazníku, si nevezalo předepsané léky. Větší polovina respondentů, tedy 61 (64,9 %), odpověděla, že své léky si vždycky vzala, zhruba třetina respondentů, 31 (33 %), odpověděla, že své léky si velmi zřídka nevezala, 2 (2,1 %) respondenti odpověděli, že své léky si nevezali zhruba každý druhý den. Žádný (0 %) z respondentů ne zvolil možnost, že své léky si nevezal většinu dnů nebo vždycky.



Graf 31 *důvod nedodržení medikace*

zdroj: vlastní

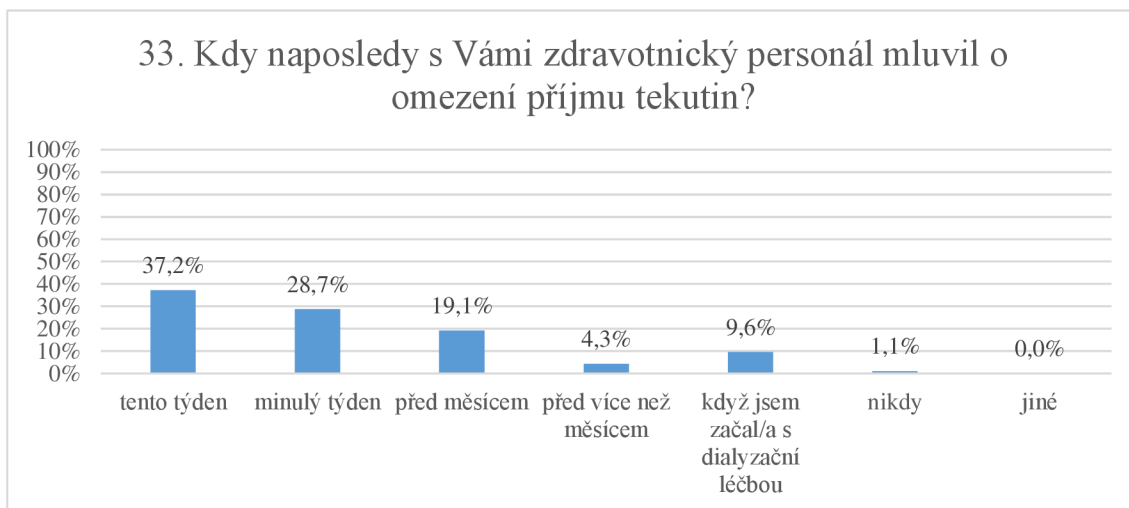
Otázka č. 31 zkoumala, co bylo hlavní příčinou pro nedodržení předepsané medikace respondenty. Více než polovina respondentů, přesněji 61 (64,9 %), zvolila odpověď nezapomněl/a jsem si vzít léky, přibližně třetina respondentů, 31 (33 %), odpověděla, že si léky nevzali, protože zapomněli, 2 (2,1 %) z respondentů uvedli, že důvodem pro dodržení medikace byly vedlejší efekty léků. Žádný (0 %) z respondentů nezvolil možnosti zapomněl/a jsem si léky vyzvednout léky v lékárně, vysoké náklady na léky, obtíže (nesnáze), nikdo nezvolil ani možnost, že by byl/a respondent/ka hospitalizovaný/á nebo jiné.



Graf 32 vedlejší účinky

zdroj vlastní

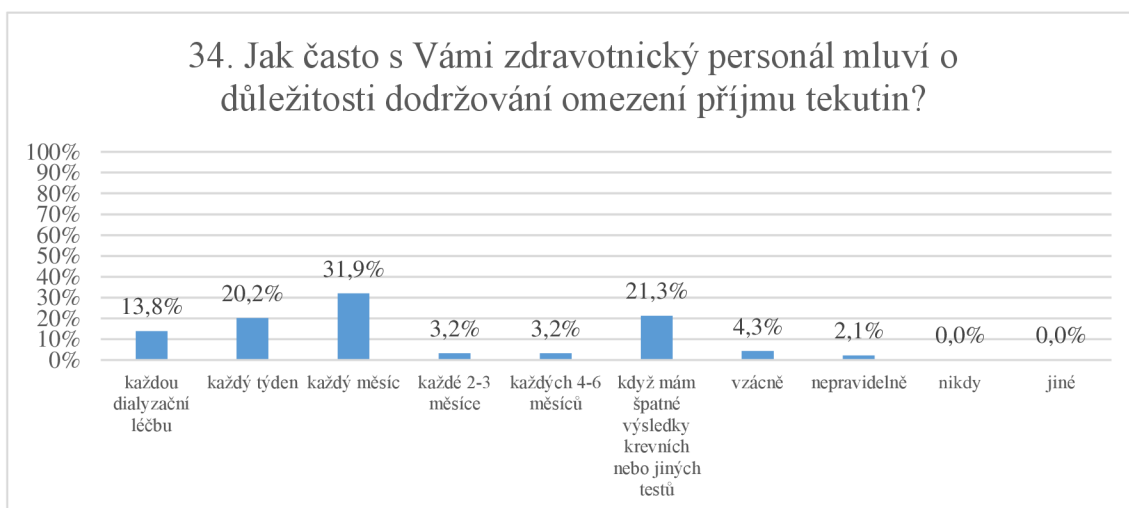
Otázka č. 32 souvisí s otázkou předcházející. Zjišťuje, s jakými vedlejšími účinky léků se potýkali respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili, že příčinou pro nedodržení předepsané medikace byly vedlejší účinky léků. Na tuto otázku z 94 (100 %) respondentů odpověděli 2 (2,1 %). 1 z respondentů odpověděl, že jako vedlejší účinek léků pocíťoval nevolnost, zvracení, průjem či zácpu, druhý respondent pocíťoval následkem užívání léků bolesti břicha. Žádný z respondentů neuvedl, že jako vedlejší účinek léků by pocíťoval ztrátu chuti, točení hlavy, bolesti hlavy, svědění či problémy s kůží ani možnost jiné.



Graf 33 probírání omezení příjmu tekutin

zdroj: vlastní

Otázka č. 33 zjišťovala, kdy naposledy s respondenty zdravotnický personál mluvil o omezení příjmu tekutin. Z celkového počtu 94 (100 %) respondentů 35 (37,2 %) uvedlo, že s nimi personál o tématu omezení příjmu tekutin mluvil v týdnu, kdy probíhal výzkum, 27 (28,7 %) respondentů odpovědělo, že téma s nimi personál probíral týden před vyplňováním dotazníku, s 18 (19,1 %) respondenty o tématu personál hovořil měsíc před naším výzkumem, více než před měsícem o omezení příjmu tekutin zdravotnický personál mluvil se 4 (4,3 %) respondenty, 9 (9,6 %) respondentů zvolilo možnost když jsem začal/a s dialýzační léčbou, s 1 (1,1 %) respondentem personál o omezení příjmu tekutin nikdy nemluvil. Žádný (0 %) z respondentů nezvolil možnost jiné.

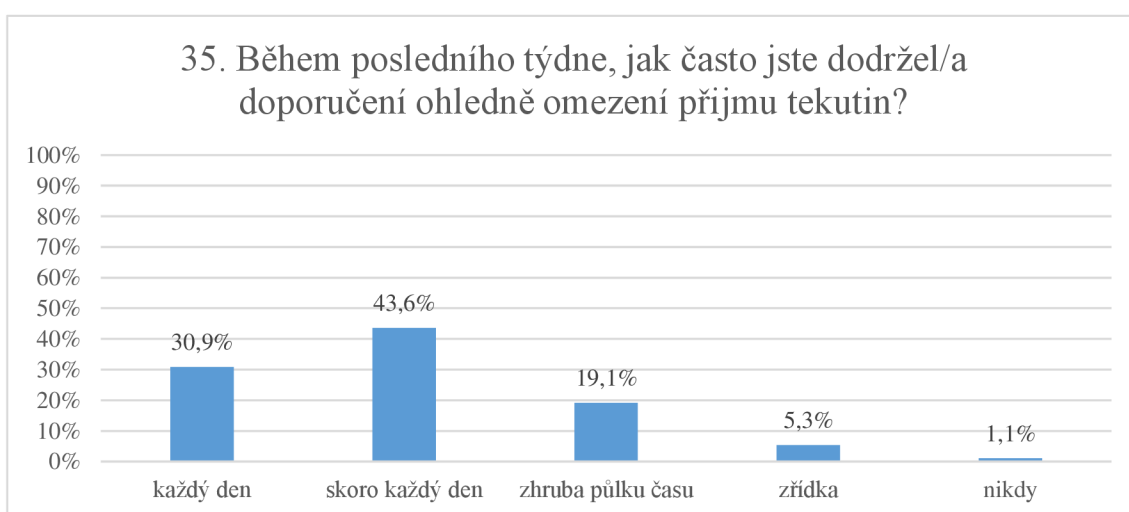


Graf 34 Četnost probírání omezeného příjmu tekutin

zdroj: vlastní

Otázka č. 34 se zabírala tím, jak často zdravotnický personál s respondenty probírá téma omezení příjmu tekutin. Nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 30 (31,9 %) respondentů, bylo, že s nimi personál o problematice omezení příjmu tekutin mluví každý měsíc,

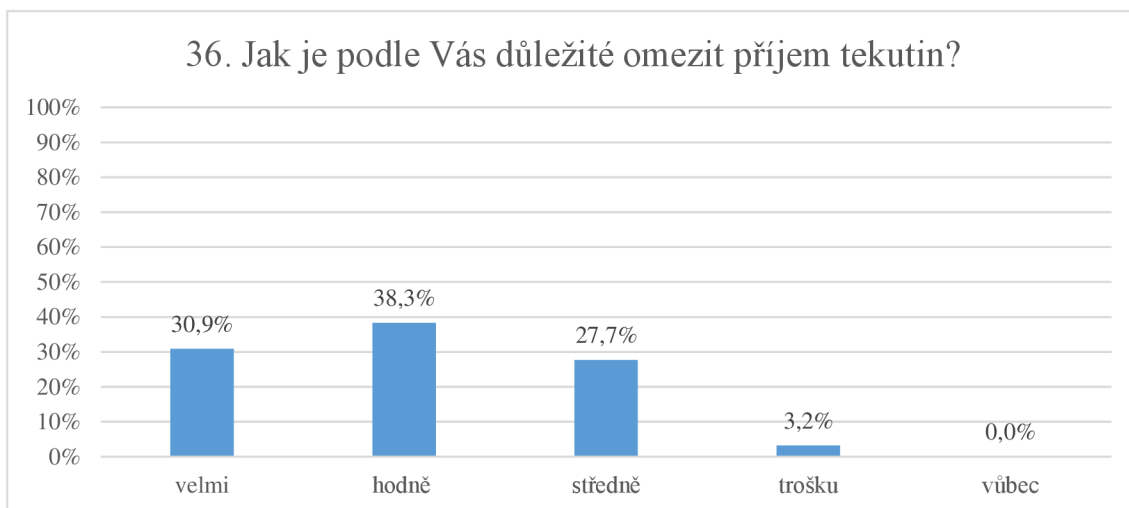
druhou nejčastější odpověď, když mám špatné výsledky krevních nebo jiných testů, označilo 20 (21,3 %) respondentů, 19 (20,2 %) respondentů uvedlo, že s nimi tuto problematiku personál probírá každý týden, každou dialyzační léčbu omezený příjem tekutin lékaři a sestry řeší s 13 (13,8 %) respondenty, každé 2–3 měsíce o omezeném příjmu tekutin hovoří personál se 3 (3,2 %) respondenty, se stejným počtem respondentů, tedy 3 (3,2 %), hovoří personál každých 4–6 měsíců, 4 (4,3 %) respondenti uvedli, že o tomto tématu s nimi lékaři a sestry mluví jen vzácně a podle 2 (2,1 %) respondentů s nimi zdravotnický personál problematiku probírá nepravidelně. Žádný (0 %) z respondentů neoznačil odpovědi nikdy a jiné.



Graf 35 dodržování omezeného příjmu tekutin

zdroj: vlastní

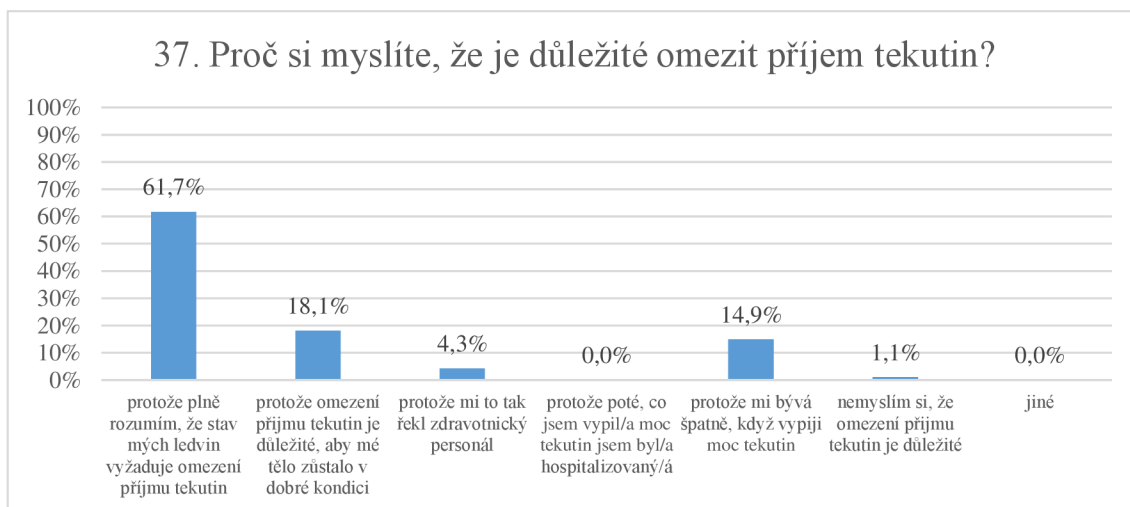
Z grafu 35 lze odvodit, jak často respondenti během posledního týdne dodrželi doporučení ohledně omezení příjmu tekutin. 29 (30,9 %) respondentů doporučení dodrželo každý den, skoro každý den vypilo správné množství tekutin 41 (43,6 %) respondentů, zhruba půlku času, tedy každý druhý den, omezení dodrželo 18 (19,1 %) respondentů, 5 (5,1 %) respondentů doporučení dodržovalo jen zřídka, 1 (1,1 %) respondent doporučení nedodržel žádný ze 7 dnů.



Graf 36 důležitost dodržování omezeného příjmu tekutin

zdroj: vlastní

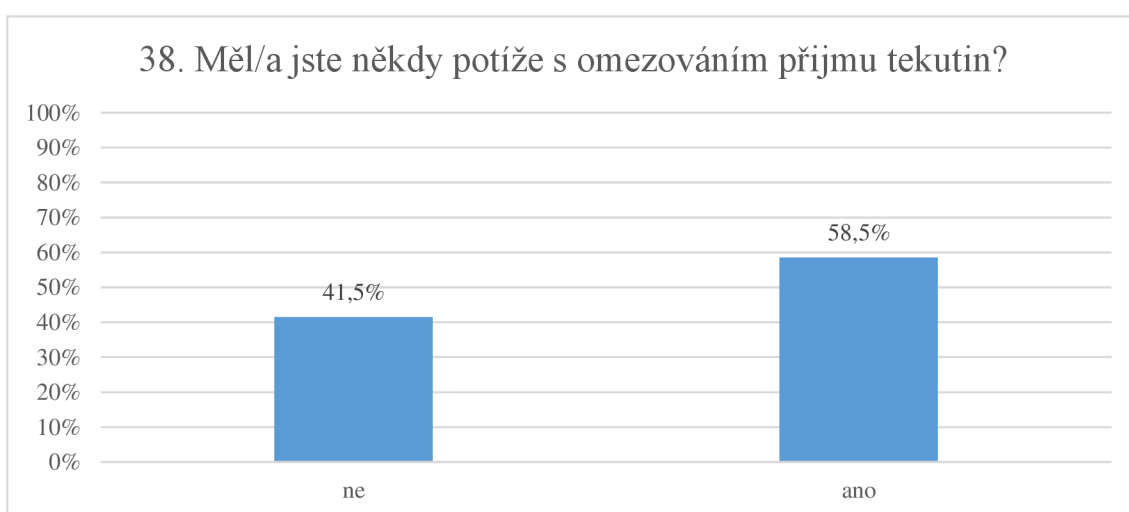
Z grafu 36 je zřejmé, že pro 29 (30,9 %) respondentů je omezení příjmu tekutin velmi důležité, hodně důležité je omezení pro 36 (38,3 %) respondentů, 26 (27,7 %) respondentů uvedlo, že dodržování omezení příjmu tekutin je pro ně středně důležité, 3 (3,2 %) z oslovených respondentů označilo, že dodržování omezení příjmu tekutin je pro ně trošku důležité. Žádný z respondentů nezvolil možnost vůbec.



Graf 37 důvod dodržování příjmu tekutin

zdroj: vlastní

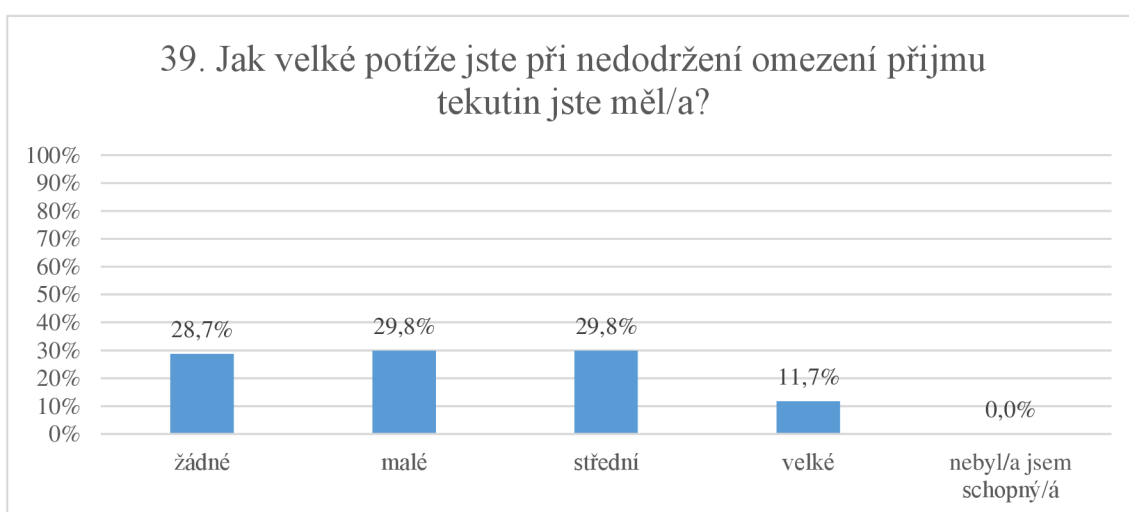
Otázka č. 37 zkoumala důvod, proč je podle respondentů důležité omezit příjem tekutin. Z celkového počtu 94 (100 %) respondentů si 58 (61,7 %) z nich myslí, že dodržování omezení příjmu tekutin je důležité, protože plně rozumí, že stav jejich ledvin vyžaduje omezení příjmu tekutin, jako důvod protože omezení příjmu tekutin je důležité, aby tělo zůstalo v dobré kondici zvolilo 17 (18,1 %) respondentů, podle 4 (4,3 %) respondentů je omezení důležité, protože jim to tak řekl zdravotnický personál, pro 14 (14,9 %) respondentů je omezení příjmu tekutin důležité, protože jim bývá špatně, když vypijí moc tekutin, podle 1 (1,1 %) respondenta omezený příjem tekutin není důležité. Žádný (0 %) z respondentů nezvolil možnost jiné.



Graf 38 potíže s omezováním příjmu tekutin

zdroj: vlastní

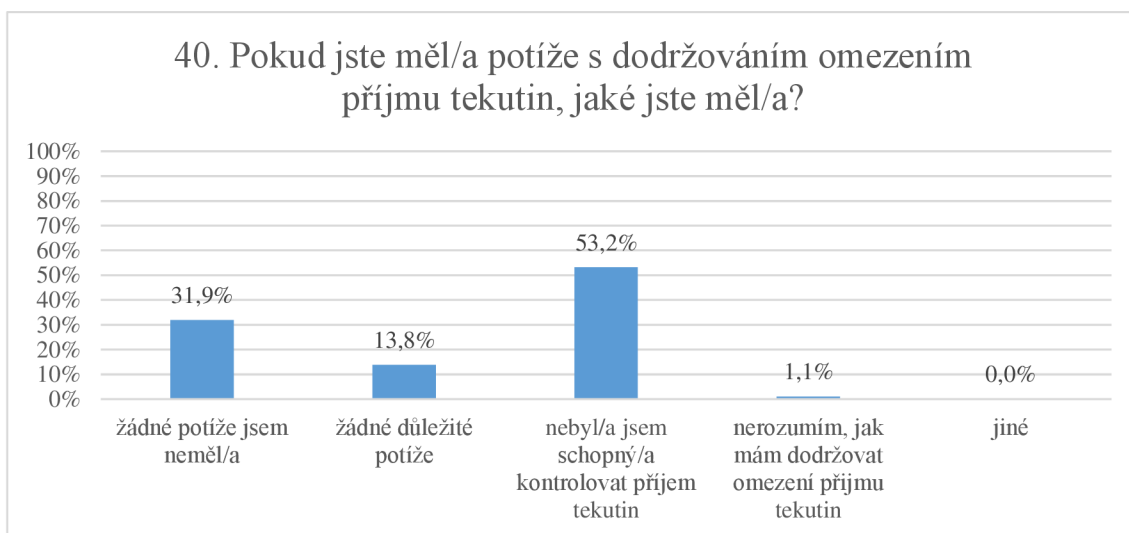
Z grafu 38 plyne, že 55 (58,5 %) z 94 (100 %) oslovených respondentů se někdy potýkalo s problémy při dodržování omezeného příjmu tekutin, 39 (41,5 %) respondentů s omezeným příjmem tekutin nikdy problém nemělo.



Graf 39 míra potíží s omezováním příjmu tekutin

zdroj: vlastní

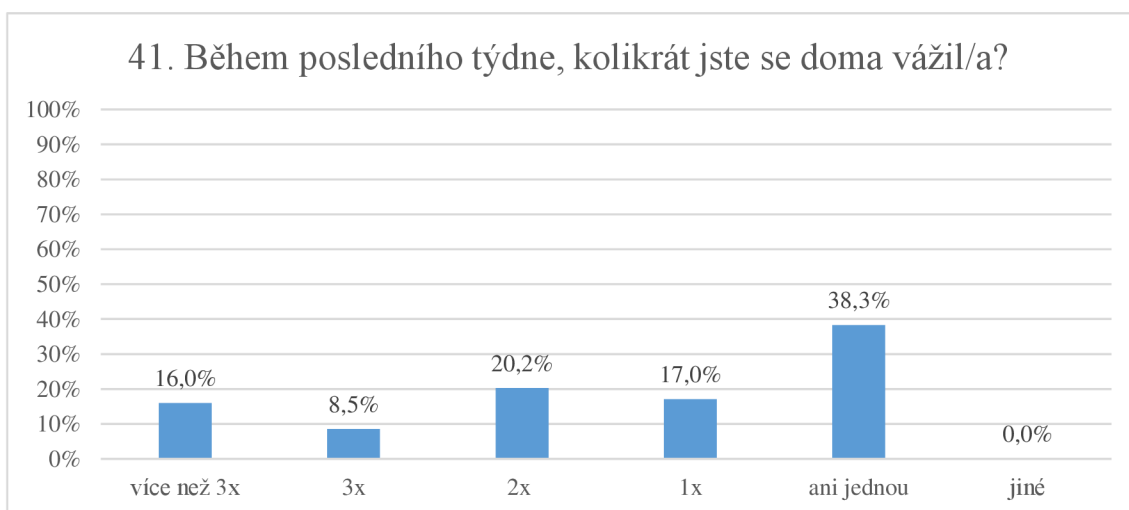
Z grafu 39 lze usoudit, že 27 (28,7 %) respondentů žádné potíže s omezeným příjmem tekutin nemělo, s malými potížemi se potýkalo 28 (29,8 %) respondentů, stejný počet respondentů, tedy 28 (29,8 %), pociťovalo střední potíže, velké potíže trápily 11 (11,7 %) respondentů. Žádný z respondentů nevedl, že by nebyl schopen dodržovat omezený příjem tekutin.



Graf 40 druh potíží s omezováním příjmu tekutin

zdroj: vlastní

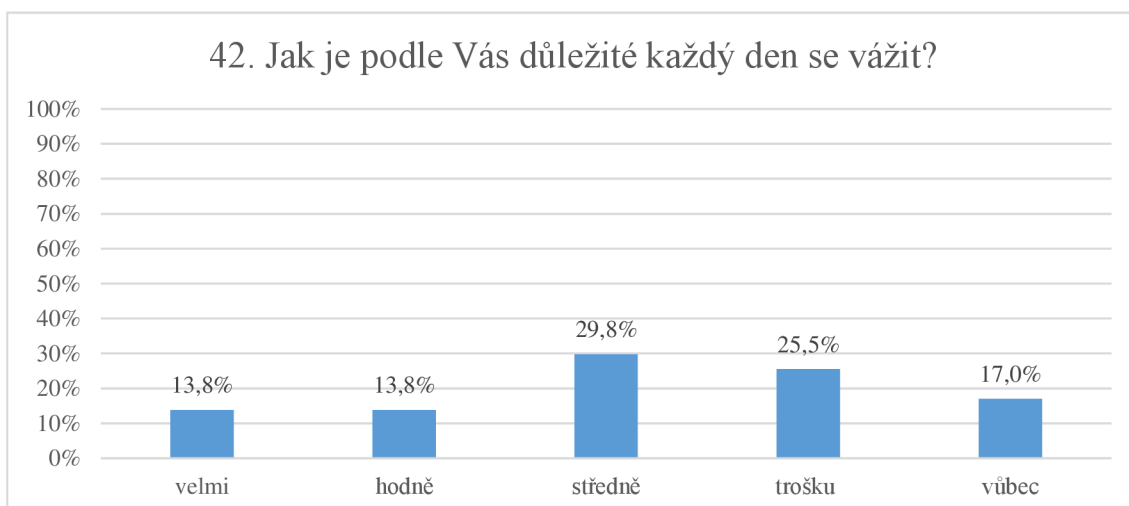
Otázka č. 40 zjišťovala, jaké potíže respondenti s dodržováním omezení příjmu tekutin měli. 30 (31,9 %) z oslovených respondentů uvedlo, že s dodržováním omezeného příjmu tekutin žádné potíže nemělo, žádné důležité potíže nemělo 13 (13,8 %) respondentů, 50 (53,2 %) respondentů nebylo schopno kontrolovat příjem tekutin, 1 (1,1 %) respondent nerozuměl, jak měl omezení příjmu tekutin dodržovat. Žádný z respondentů ne zvolil možnost jiné.



Graf 41 četnost vážení

zdroj: vlastní

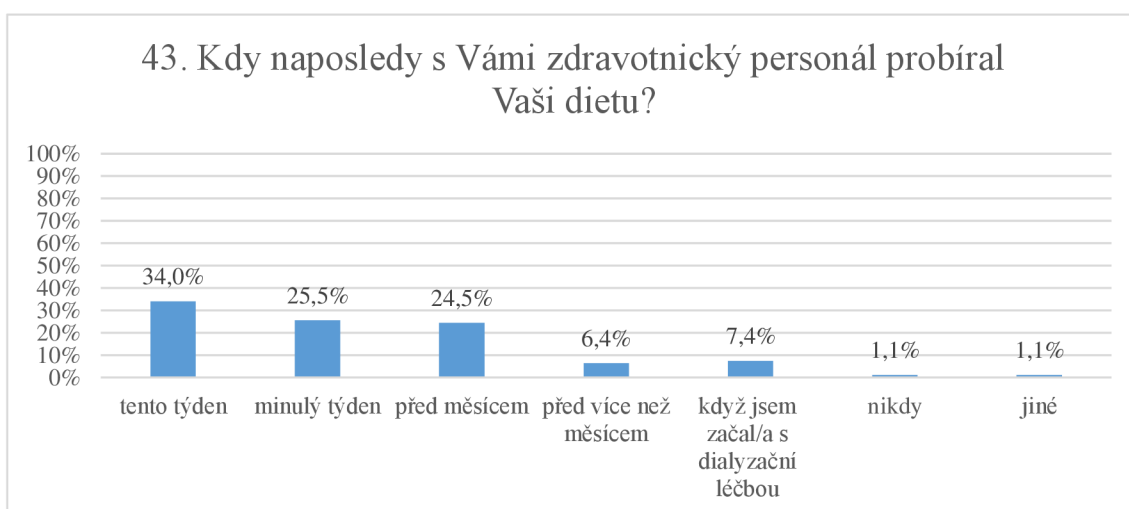
Graf 41 znázorňuje, kolikrát během posledního týdne se doma respondenti vážili. Nejvíce z dotázaných respondentů, 36 (38,3 %) z 94 (100 %), odpovědělo, že se doma nevážili ani jednou, 2x týdně se doma vážilo 19 (20,2 %) respondentů, 16 (17 %) respondentů se vážilo 1x za týden, 15 (16 %) respondentů se doma vážilo více než 3x, 3x se zvážilo 8 z respondentů. Žádný z respondentů nezvolil možnost jiné.



Graf 42 důležitost vážení

zdroj: vlastní

Z grafu 42 lze usuzovat, že pro 13 (13,8 %) z 94 (100 %) respondentů je velmi důležité se každý den vážit, pro stejný počet respondentů je vážení hodně důležité, středně důležité je každodenní vážení podle 28 (29,8 %) respondentů, 24 (25,5 %) respondentů uvedlo, že vážit se každý den je trošku důležité, 16 (17 %) respondentů si myslí, že vážení se každý den není vůbec důležité.



Graf 43 probírání dietních opatření

zdroj: vlastní

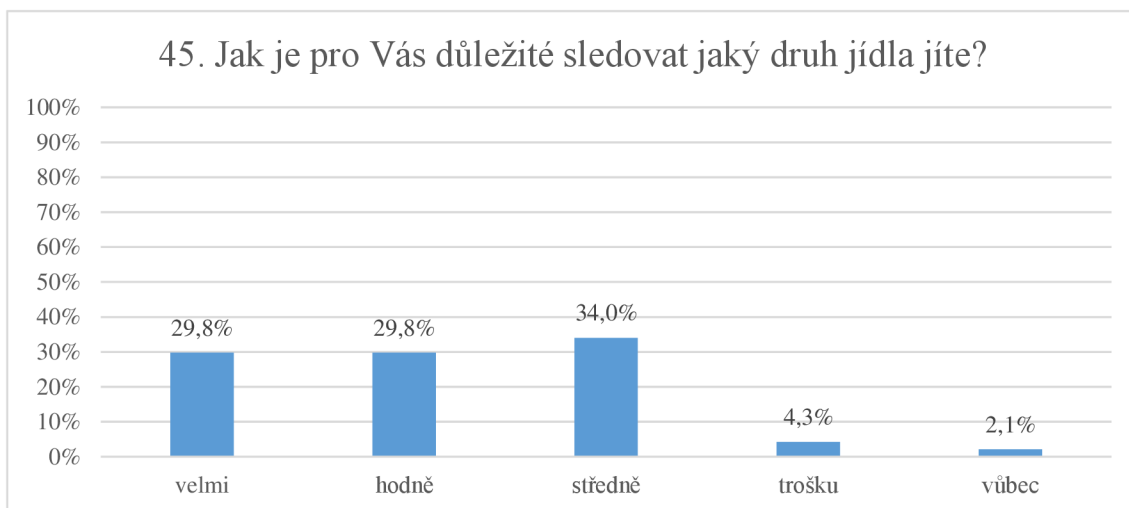
Z grafu 43 je patrné, kdy naposledy zdravotnický personál s respondenty probíral dietní doporučení. S 32 (34 %) respondenty toto téma lékaři a sestry probírali v týdnu vyplňování našeho dotazníku, v týdnu předcházejícím dietu probíral personál s 24 (25,5 %) respondenty, 23 (24,5 %) respondentů odpovědělo, že zdravotníci s nimi o dietě naposledy hovořili před měsícem, před více než měsícem probíral personál dietu s 6 (6,4 %), se 7 (7,4 %) respondenty téma diety rozebíral personál, když začali s dialyzační léčbou, 1 (1,1 %) respondent uvedl, že zdravotnický personál s ním nikdy toto téma nerozebíral, 1 (1,1 %) z respondentů zvolil možnost jiné, odpověděl, že personál s ním téma řeší občas.



Graf 44 četnost probírání dietních opatření

zdroj: vlastní

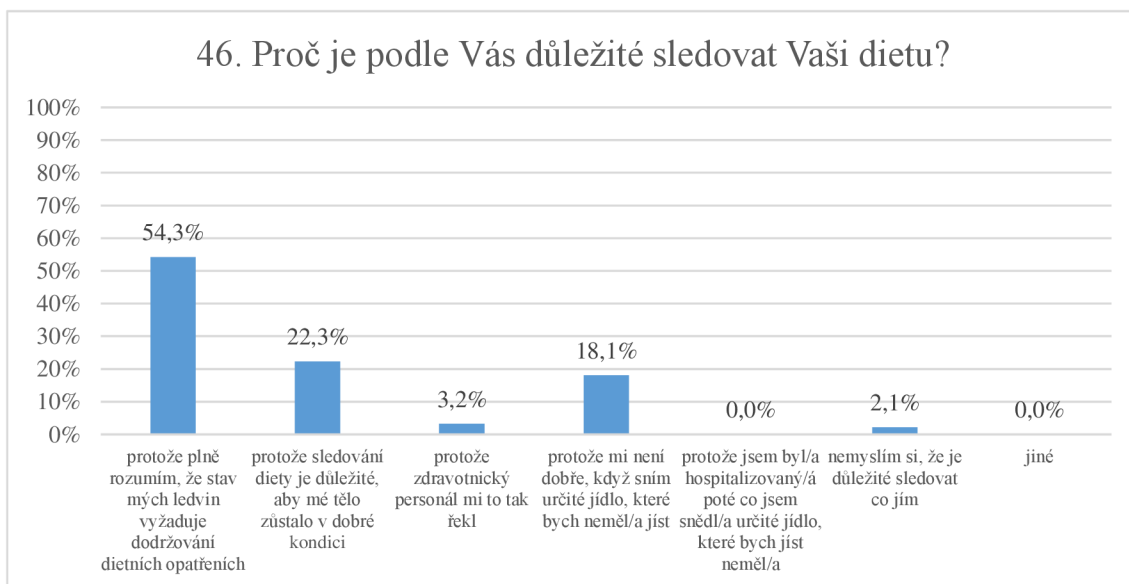
Z grafu 44 vyplývá, jak často zdravotníci s respondenty probírají důležitost dodržování dietních opatření. 12 (12,8 %) respondentů uvedlo, že personál dialyzačního centra s nimi dietu probírá každou dialyzační léčbu, každý týden dietní opatření lékaři a sestry řeší s 16 (17 %) respondenty, s 32 (34 %) respondenty dietu probírá zdravotnický personál každý měsíc, každé 2–3 měsíce vedou zdravotníci rozhovor na téma dieta s 5 (5,3 %) respondenty, 2 (2,1 %) respondenti uvedli, že personál s nimi o dodržování hovoří každých 4–6 měsíců, s 22 (23,4 %) respondenty téma probírá v případě, že mají špatné výsledky krevních, případně jiných testů, 1 (1,1 %) respondent odpověděl, že personál s ním téma dodržování dietních opatření probírá jen vzácně, 1 (1,1 %) z respondentů zvolil možnost jiné a odpověděl, že zdravotníci s ním na toto téma hovoří občas. Žádný z respondentů nevedl, že by s ním zdravotnický personál nikdy nemluvil.



Graf 45 důležitost dietních opatření

zdroj: vlastní

Graf 45 ukazuje, jak je podle respondentů důležité sledovat druhy jídel, které jí. 28 (29,8 %) respondentů z celkového počtu 94 (100 %) odpovědělo, že je pro ně velmi důležité sledovat vše, co jí, stejný počet respondentů, 28 (29,8 %), zvolil odpověď hodně, středně důležité je sledování jídelníčku pro 32 (34 %) respondentů, pro 4 (4,3 %) respondentů je dodržování dietních opatření důležité jen trochu a pro 2 (2,1 %) respondenty dieta vůbec důležitá není.



Graf 46 důvod důležitosti dietních opatření

zdroj: vlastní

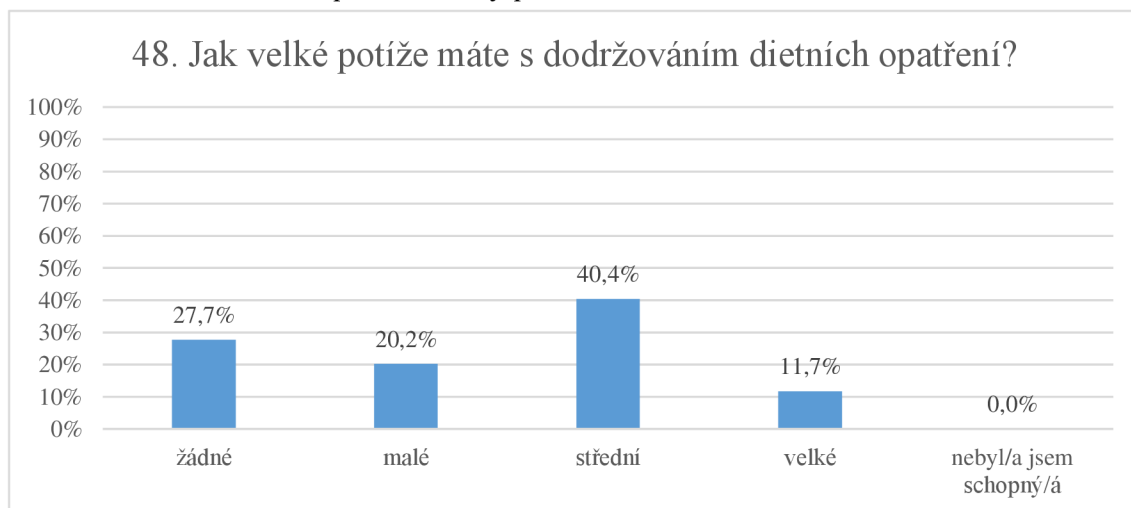
Otázka č. 46 se zabývala důvodem, proč je podle respondentů důležité dodržovat dietu. 51 (54,3 %) respondentů odpovědělo, že je sledování jídelníčku důležité, protože plně rozumí, že stav jejich ledvin vyžaduje dodržování dietních opatření, odpověď protože sledování diety je důležité, aby tělo zůstalo v dobré kondici, zvolilo 21 (22,3 %) respondentů, podle 3 (3,2 %) respondentů, je sledování diety důležité, protože jim to řekl zdravotnický personál, pro 17 (18,1 %) respondentů je dodržování dietních opatření důležité, protože se jim stalo, že když snědli určité jídlo, které neměli, necítili se dobře, 2 (2,1 %) z oslovených respondentů si myslí, že sledování toho, co jí, není důležité. Žádný z oslovených respondentů nezvolil možnost, protože jsem byl/a hospitalizovaný/á poté, co jsem snědl/a určité jídlo, které bych jíst neměl/a ani možnost jiné.



Graf 47 potíže s dodržováním dietních opatřeních

zdroj: vlastní

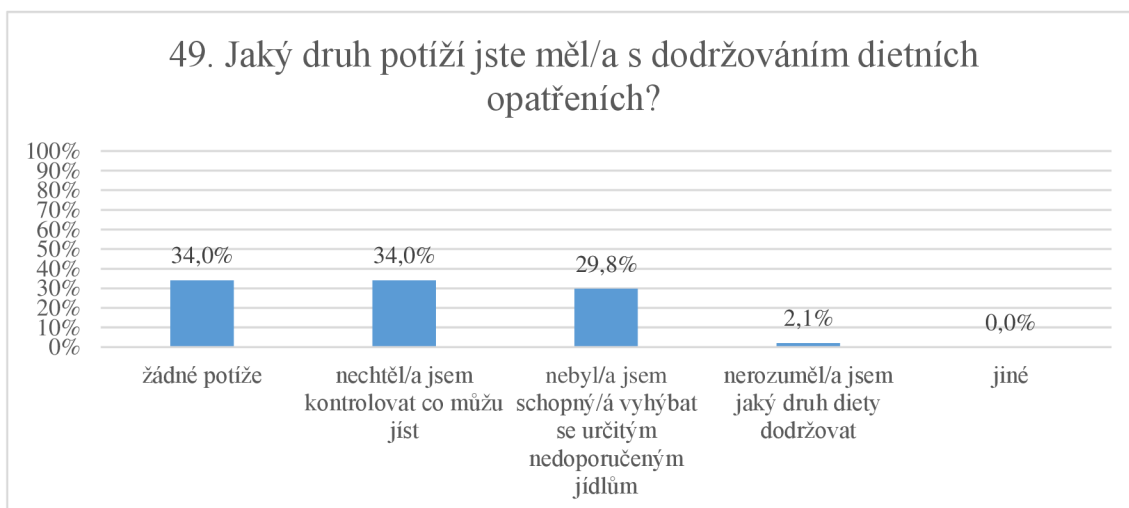
Z grafu 47 lze soudit, že s dodržováním dietních opatření z celkového počtu 94 (100 %) mělo problém 53 (56,4 %) respondentů, 41 (43,6 %) respondentů uvedlo, že s dodržováním dietních opatření žádný problém nemělo.



Graf 48 míra potíží s dodržováním dietních opatřeních

zdroj: vlastní

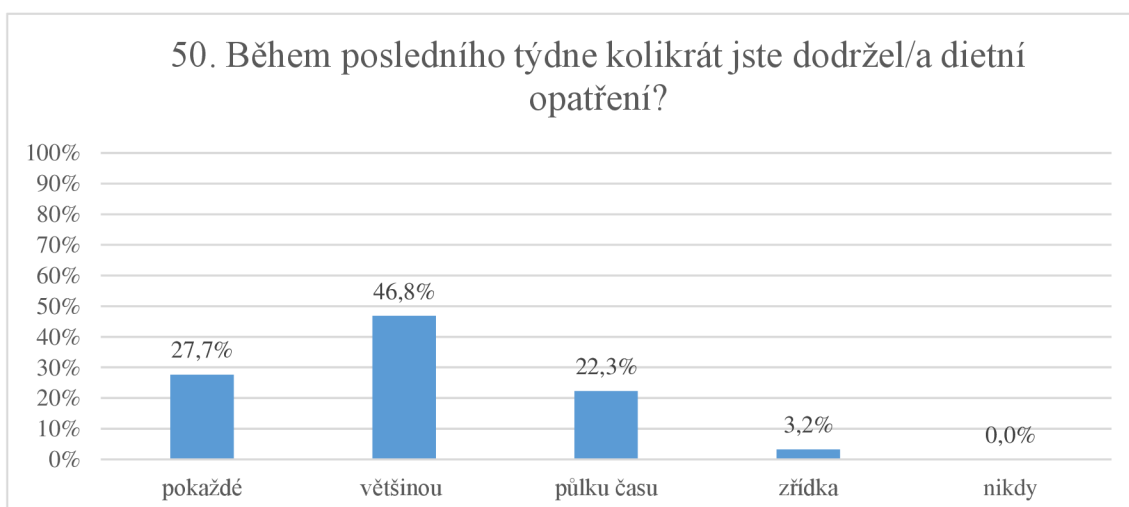
Graf 48 umožňuje posoudit, jak velké potíže respondenti s dodržováním dietních opatření měli. Z celkového počtu 94 (100 %) respondentů žádné potíže s dietním opatřením nemělo 26 (27,7 %) z nich, 19 (20,2 %) respondentů uvedlo, že s dodržováním dietního režimu má malé obtíže, se středními potížemi se potýkalo 38 (40,4 %) respondentů, velké potíže pociťovalo 11 (11,7 %) respondentů, žádný z respondentů neoznačil odpověď nebyl/a jsem schopný/á.



Graf 49 druh potíží s dodržováním dietních opatřeních

zdroj: vlastní

Graf 49 poukazuje, s jakými potížemi se při dodržování dietních opatřeních respondenti nejčastěji potýkali. 32 (34 %) respondentů se s žádnými potížemi nepotýkalo, 32 (34 %) dalších respondentů uvedlo, že nechtělo kontrolovat, co můžou jíst, vyhýbat se určitým nedoporučeným jídlům nezvládlo 28 (29,8 %) respondentů, 2 (2,1 %) respondenti nerozuměli, jaký druh diety mají dodržovat. Žádný z respondentů neoznačil možnost jiné.



Graf 50 dodržování dietních opatřeních

zdroj: vlastní

Z grafu 50 vyplývá, kolikrát během posledního týdne respondenti dodrželi dietní opatření. 26 (27,7 %) respondentů dietní opatření dodrželi pokaždé, většinu dní jedlo vhodná jídla 44 (46,8 %) respondentů, zhruba každý druhý den, respektive půlku času dietu dodrželo 21 (22,3 %) z respondentů, zřídka kdy dietní opatření dodřeli 3 (3,2 %) respondenti. Žádný z respondentů nezvolil možnost nikdy.

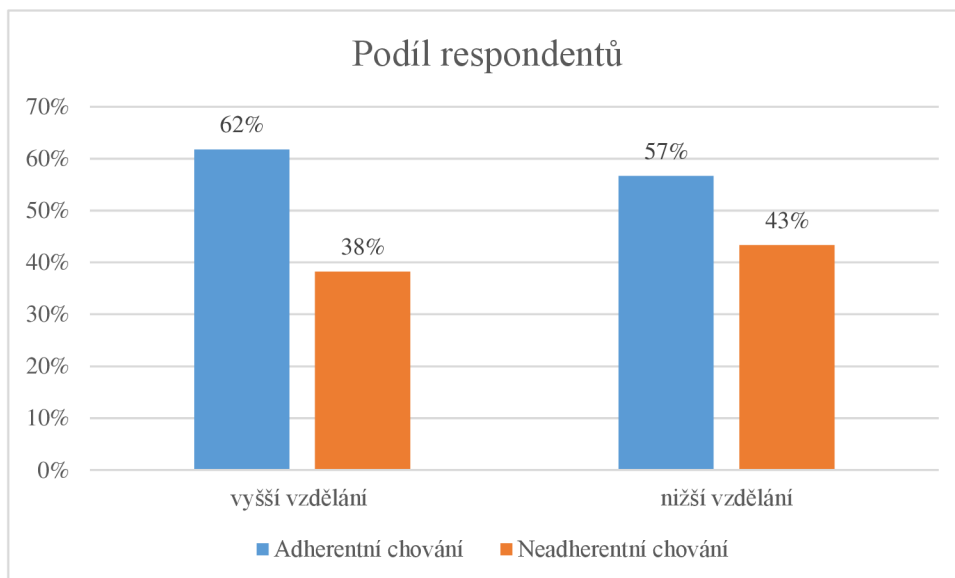
5.1 Vyhodnocení hypotéz

Hypotézy 1, 2, 3 byly testovány na otázkách č. 18: „Během minulého měsíce, kolikrát jste zcela vynechal/a dialyzační léčbu?“, č. 21: „Během posledního měsíce, kolikrát jste zkrátil/a pobyt v dialyzačním centru?“, č. 22: „Během posledního měsíce, pokud jste zkrátil/a dialyzační léčbu, o kolik minut v průměru?“, č.30: „Během minulého týdne, jak často jste si nevezal/a předepsané léky?“, č. 35: „Během posledního týdne, jak často jste dodržel/a doporučení ohledně omezení příjmu tekutin?“ a č. 50: „Během posledního týdne kolikrát jste dodržel/a dietní opatření?“.

Pro statistické zpracování byly jednotlivé odpovědi obodovány podle míry adherentního chování. Maximální počet bodů byl 15, minimální počet bodů byl 0. Pro adherentní chování bylo stanoveno rozmezí od 15 do 10 bodů, pro neadherentní chování bylo určeno rozmezí od 9 do 0 bodů.

H1: Pacienti s vyšším vzděláním mají lepší adherenci k léčbě než pacienti s nižším vzděláním.

Hypotéza byla vyjádřena očekávaným poměrem četností 59 % : 41 %, jako adherentní chování : neadherentní chování. Výsledky získané vyhodnocením otázek č. 18, č. 21, č. 22, č.30, č. 35 a č. 50 byly porovnány s úrovní vzdělání respondentů, kterou zjišťovala otázka č. 3: „Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?“. Jako vyšší vzdělání byly označeny možnosti střední s maturitou, vyšší odborné, vysokoškolské, jako vzdělání nižší byly označeny možnosti základní a střední s výučním listem.



Graf 51 míra vzdělanosti

zdroj: vlastní

Vyšší vzdělání mělo celkem 34 (36,2 %) respondentů, 60 (63,8 %) respondentů dosáhlo nižšího vzdělání. Z 34 respondentů s vyšším vzděláním mělo adherentní chování 21 (62 %) z nich, neadherentní chování mělo 13 (38 %) respondentů s vyšším vzděláním. Ze 60 respondentů s nižším vzděláním mělo adherentní chování 34 (57 %) z nich, neadherentní mělo 26 (43 %) respondentů. Dosažená hladina významnosti byla vypočítána užitím chí kvadrát testu, zjištěná hodnota 63 % dokazuje, že hypotézu H0 nelze zamítnout. Na základě výsledků je možné H1 potvrdit, výsledky ukazují, že pacienti s vyšším vzděláním mají lepší adherenci k léčbě než pacienti s nižším vzděláním.

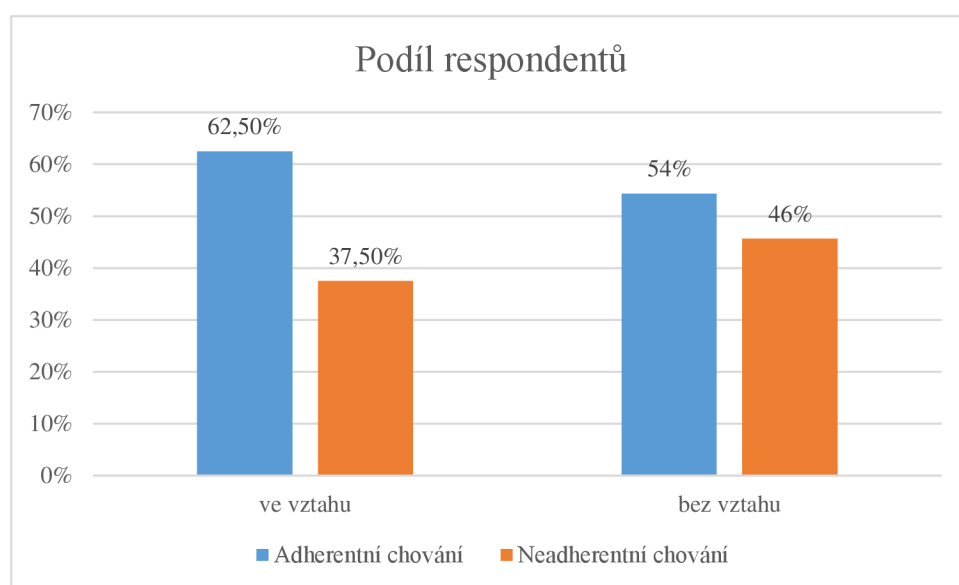
Tabulka 1 Adherentní chování v závislosti na dosaženém vzdělání

Vzdělání	Pozorované četnosti			Očekávané četnosti			Dosažená hladina významnosti
	Adherentní chování	Neadherentní chování	celkem	Adherentní chování	Neadherentní chování	celkem	
vyšší vzdělání	21	13	34	19,9	14,1	34	63 %
nižší vzdělání	34	26	60	35,1	24,9	60	
celkem	55	39	94	55	39	94	
vyšší vzdělání	62 %	38 %	100 %	59 %	41 %	100 %	
nižší vzdělání	57 %	43 %	100 %	59 %	41 %	100 %	
celkem	59 %	41 %	100 %	59 %	41 %	100 %	

zdroj: vlastní

H2: Pacienti žijící v trvalém vztahu mají lepší adhezenci k léčbě než pacienti, kteří žijí sami.

Hypotéza byla vyjádřena očekávaným poměrem četností 59 % : 41 %, adherentní chování : neadherentní chování. Výsledky, které byly získané na základě vyhodnocení otázek č. 18, č. 21, č. 22, č.30, č. 35 a č. 50 jsme porovnali s výsledky otázky č. 4: „Jaký je Váš rodinný stav?“. Možnosti byly rozděleny do dvou kategorií, ve vztahu a sám/a, do kategorie ve vztahu jsme přiřadili možnosti vdaná/ženatý a ve vztahu bez sjednaného manželství, do kategorie sám/a byly přiřazeny možnosti svobodný/á, rozvedený/á, vdovec/vdova.



Graf 52 rodinný stav

zdroj: vlastní

Do kategorie ve vztahu bylo zařazeno 48 (51,1 %) respondentů, 46 (48,9 %) respondentů bylo přiřazeno do kategorie sám/a. Z 48 respondentů, kteří byli ve vztahu, mělo adherentní chování 30 (62,5 %) z nich, 18 (37,5 %) z nich měla chování neadherentní. 46 (48,9 %) z 94 respondentů nebylo v trvalém vztahu, z nich 25 (54 %) měla adherentní chování a 21 (46 %) chování neadherentní. Dosažená hladina významnosti byla vypočítána pomocí chí kvadrát testu. Ze zjištěné hodnoty významnosti 42 %, lze usoudit, že hypotézu H0 nelze zamítnout. H2 je možné na podkladě vypočítané hodnoty významnosti potvrdit. Výsledky ukazují, že pacienti žijící v trvalém vztahu mají lepší adhezenci k léčbě než pacienti, kteří žijí sami.

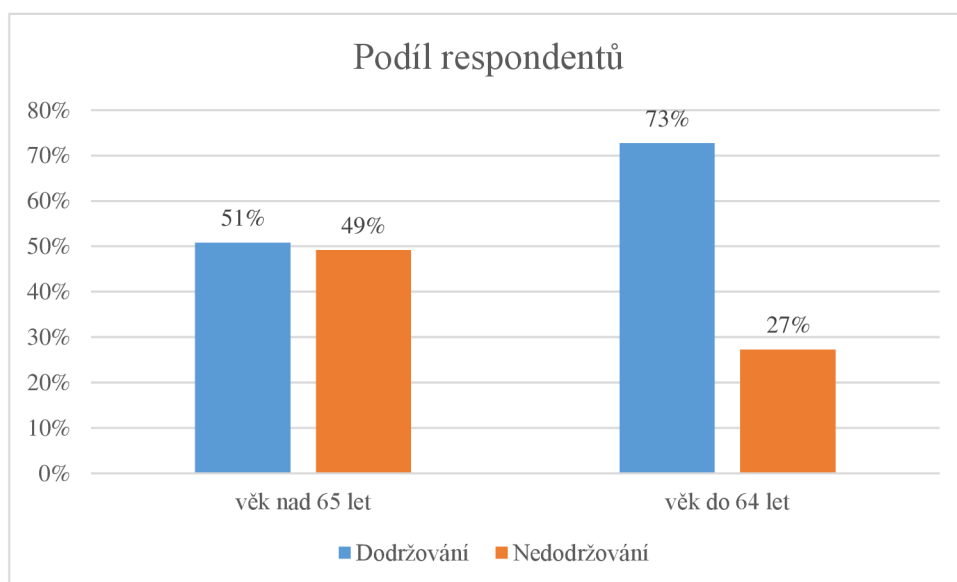
Tabulka 2 Adherentní chování v závislosti na rodinném stavu respondenta

Vztah	Pozorované četnosti			Očekávané četnosti			Dosažená hladina významnosti
	Adherentní chování	Neadherentní chování	celkem	Adherentní chování	Neadherentní chování	celkem	
ve vztahu	30	18	48	28,1	19,9	48	42 %
sám/a	25	21	46	26,9	19,1	46	
celkem	55	39	94	55	39	94	
ve vztahu	62,5 %	37,5 %	100 %	59 %	41 %	100 %	
sám/a	54 %	46 %	100 %	59 %	41 %	100 %	
celkem	59 %	41 %	100 %	59 %	41 %	100 %	

zdroj: vlastní

H3: Pacienti nad 65 let dodržují dialyzační plán lépe než pacienti mladší 65 let.

Hypotéza byla vyjádřena očekávaným poměrem četností 59 % : 41 %, adherentní chování : neadherentní chování. Výsledky získané po vyhodnocení otázek č. 18, č. 21, č. 22, č. 30, č. 35 a č. 50 byly porovnány s věkem respondentů, tuto informaci zjišťovala otázka č. 1: „Kolik Vám je let?“. Otázka byla otevřená, následně byly vytvořené jednotlivé věkové kategorie, které byly rozděleny na 2 skupiny, respondenti do 64 let věku a respondenti nad 65 let věku.



Graf 53 rozdělení podle věku

zdroj: vlastní

Z celkového počtu 94 (100 %) respondentů, 61 (64,9 %) z nich bylo 65 nebo více let, 33 (35,1 %) z nich bylo 64 nebo méně let. Z 61 respondentů o věku 65 nebo více dialyzační plán dodržovalo, přesněji 31 (51 %) z nich, zbylých 30 (49 %) respondentů plán nedodržovalo. 33 (35,1 %) z 94 (100 %) respondentů bylo 64 nebo méně let. Z 33 respondentů plán dodržovalo 24 (73 %) z nich, zbylých 9 (27 %) plán nedodržovalo. Dosažená hladina významnosti byla vypočítána užitím chí kvadrát testu, zjištěná hodnota 4 % dokazuje, že hypotézu H0 zamítáme, jelikož neplatí, že by zjištěná hladina významnosti byla větší nebo rovna zvolené hladině významnosti $\alpha = 5 \%$, platí tedy H_A: Pacienti nad 65 let nedodržují dialyzační plán lépe než pacienti do 64 let věku.

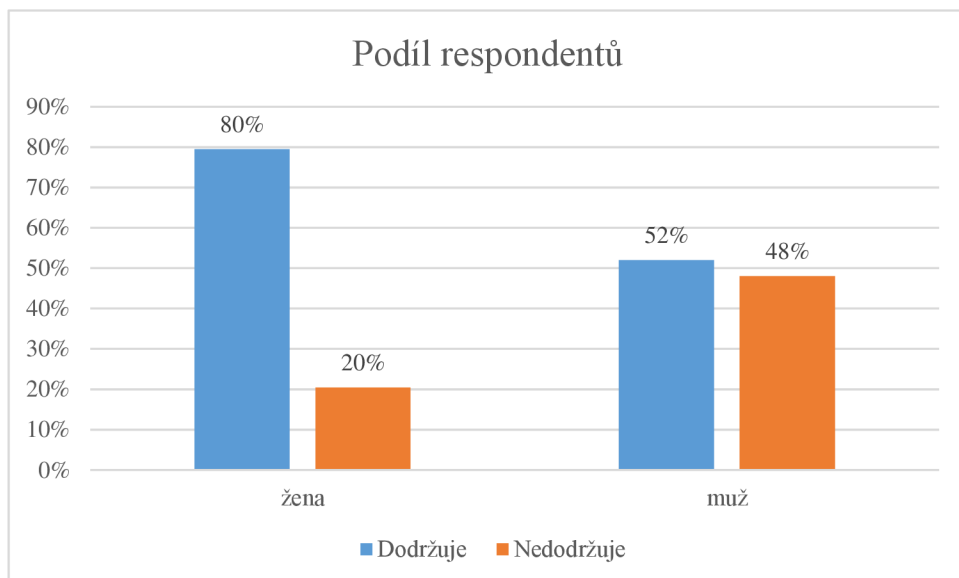
Tabulka 3 dodržování dialyzačního plánu v závislosti na věku

Pozorované četnosti			Očekávané četnosti			Dosažená hladina významnosti	
Věk	Dodržování	Nedodržování	celkem	Dodržování	Nedodržování		celkem
nad 65 let	31	30	61	35,7	25,3	61	4 %
do 64 let	24	9	33	19,3	13,7	33	
celkem	55	39	94	55	39	94	
nad 65 let	51 %	49 %	100 %	59 %	41 %	100 %	
do 64 let	73 %	27 %	100 %	59 %	41 %	100 %	
celkem	59 %	41 %	100 %	59 %	41 %	100 %	

zdroj: vlastní

H4: Ženy dodržují farmakologickou léčbu svědomitěji než muži.

Hypotéza 4 byla testována otázkou č. 30: „Během minulého týdne, jak často jste si nevezal/a předepsané léky?“ a byla vyjádřena očekávaným poměrem četností 65 % : 35 %, dodržování : nedodržování farmakologické léčby. Výsledky byly získány po vyhodnocení otázky č. 30 a porovnány s pohlavím respondentů, které zjišťovala otázka č. 2: „Jaké je Vaše pohlaví?“.



Graf 54 pohlaví respondentů

zdroj: vlastní

Z 94 (100 %) respondentů bylo 44 (46,8 %) žen a 50 (53,2 %) mužů. Ze 44 žen farmakologickou léčbu dodržovalo 35 (80 %) z nich, 9 (20 %) z nich farmakologickou léčbu nedodržovalo. Z 50 mužů farmakoterapii dodržovalo 26 (52 %) z nich a 24 (48 %) z nich farmakoterapii nedodržovalo. Dosažená hladina významnosti byla vypočítána užitím chí kvadrát testu. Vypočítaná hodnota 0,52 % dokazuje, že H_0 zamítáme, jelikož neplatí, že by zjištěná hladina významnosti byla rovna nebo větší zvolené hladině významnosti $\alpha = 5 \%$, platí tedy H_A : Ženy nedodržují farmakologickou léčbu svědomitěji než muži.

Tabulka 4 dodržování farmakologické léčby v závislosti na pohlaví

Pohlaví	Pozorované četnosti			Očekávané četnosti			Dosažená hladina významnosti
	Dodržuje	Nedodržuje	celkem	Dodržuje	Nedodržuje	celkem	
žena	35	9	44	28,6	15,4	44	0,52 %
muž	26	24	50	32,4	17,6	50	
celkem	61	33	94	61	33	94	
žena	80 %	20 %	100 %	65 %	35 %	100 %	
muž	52 %	48 %	100 %	65 %	35 %	100 %	
celkem	65 %	35 %	100 %	65 %	35 %	100 %	

zdroj: vlastní

5.2 *Vyhodnocení cílů*

Dílčí cíl 1: Po vyhodnocení dat získané výzkumným šetřením, jsme zjistili, jak pacienti vnímají dialyzační léčbu. Pro 92,5 % dotázaných je velmi nebo hodně důležité pravidelně docházet do hemodialyzačního střediska, 7,5 % dotázaných uvedlo, že je to středně důležité. Jako důvod, proč je důležité pravidelně docházet na hemodialyzační léčbu, uvedlo 95,7 % respondentů, že rozumí, že stav jejich ledvin vyžaduje pravidelnou dialyzační léčbu nebo, že dialyzační léčba je důležitá, aby jejich tělo zůstalo v dobré kondici. 4,3 % respondentů považují hemodialyzační léčbu důležitou, protože jim to řekl zdravotnický personál. Pro 67 % dotázaných je velmi, případně hodně důležité dodržovat farmakoterapii, za středně nebo trochu důležité dodržování medikace považuje 33 % respondentů. Jako důvod uvedlo 95,8 % respondentů, že stav jejich ledvin vyžaduje dodržování medikace, případně že díky medikaci jejich tělo zůstává v dobré kondici. 2,1 % respondentů uvedlo, že dodržují medikaci, protože jim to řekl zdravotnický personál, stejný počet respondentů má s nedodržováním medikace špatné zkušenosti, proto je pro ně dodržování důležité. Sledování příjmu tekutin je velmi nebo hodně důležité pro 69 % dotázaných, dodržování omezeného příjmu tekutin je středně nebo trochu důležité pro 30 % dotázaných. Jako důvod dodržování omezeného příjmu tekutin uvedlo 80 % respondentů, stav svých ledvin, který vyžaduje omezený příjem tekutin nebo důležitost pro zachování dobré kondice organismu. 15 % dotázaných uvedlo, že dodržování je pro ně důležité, protože po překročení omezeného příjmu tekutin jim bylo špatně. Pro 5 % dotázaných bylo omezení příjmu tekutin důležité, protože jim to řekl zdravotnický personál nebo pro ně omezení příjmu tekutin důležité nebylo. Dodržování dietních opatření je velmi či hodně důležité pro 60 % z dotázaných, zbylých 40 % uvedlo, že dieta je pro ně středně či trochu důležitá nebo uvedli, že pro ně dietní opatření důležitá nejsou. 76,6 % respondentů dietní režim považuje za důležité pro udržení těla v dobré kondici, nebo protože si uvědomují, že stav jejich ledvin to vyžaduje. 18,1 % dotázaných dietu považuje za důležitou, protože jim nebylo dobře, když snědli jídlo, které neměli. Zbylých 5,3 % uvedlo, že dodržování diety je důležité, protože jim to tak řekl zdravotnický personál nebo to nepovažují za důležité.

Dílčí cíl 2: Po vyhodnocení získaných dat jsme zjistili, jak přístup personálu ovlivňuje dodržování léčebného režimu pacientů. S 9 z 55 respondentů s adherentním chováním, personál pravidelně minimálně jednou měsíčně probíral důležitost hemodialyzační léčby. Se zbylými 46 (83,6 %) personál toto téma probíral nepravidelně, podle potřeby, případně

uvedlo, že s nimi toto téma nikdy personál neprobíral. Ze skupiny 39 respondentů s neadherentním chováním, personál probíral důležitost dodržování, nevynechávání a nezkracování hemodialyzační léčby s 3 (7,7 %) z nich pravidelně každý měsíc, se zbylými 36 (92,3 %) respondenty personál toto téma probíral nepravidelně nebo toto téma nikdy neprobírali. Celkové výsledky ukazují, že personál téma dodržování hemodialyzační léčby s pacienty často neprobírá. O důležitosti dodržování farmakologické léčby pravidelně minimálně jednou měsíčně hovořil ošetřovatelský personál se 30 (54,5 %) respondenty s adherentním chováním a s 20 (51,3 %) respondenty ze skupiny dotázaných s neadherentním chováním. Naopak nepravidelně, případně vůbec téma dodržování medikace neprobírali sestry s 25 (45,5 %) respondenty ze skupiny adherentní chování a s 19 (48,7 %) respondenty s neadherentním chováním. Omezený příjem tekutin řešil ošetřovatelský personál pravidelně minimálně jednou za měsíc s 40 (72,7 %) respondenty s adherentním chováním a s 22 (56,4 %) dotázanými s neadherentním chováním, nepravidelně nebo vůbec toto téma neřešily sestry s 15 (27,3 %) pacienty s adherentním chováním a se 17 (43,6 %) pacienty s neadherentním chováním. O dietě pravidelně každý měsíc nebo častěji mluvil ošetřovatelský personál s 37 (67 %) z 55 respondentů ze skupiny adherentního přístupu k léčbě a s 24 (61,5 %) ze 39 respondentů ze skupiny neadherentního přístupu k léčbě, nepravidelně nebo vůbec neprobíhal rozhovor na toto téma mezi ošetřovatelským personálem a 18 (33 %) respondenty s adherentním chováním a mezi ošetřovatelským personálem a 15 (38,5 %) respondenty s neadherentním chováním.

Dílčí cíl 3: Po vyhodnocení získaných dat jsme zjistili, s jakými omezeními se pacienti nejčastěji potýkají. Dialyzační rozvrh vyhovuje 53 (96,4 %) respondentům s adherentním chováním a 35 (90 %) respondentům ze skupiny s neadherentním chováním, rozvrh nevyhovoval 2 (3,6 %) respondentům s adherentním chováním a 4 (10 %) respondentům s neadherentním chováním. Pouze 1 (1,8 %) respondent uvedl, že v posledním měsíci vynechal dialyzační léčbu, tento respondent byl ze skupiny dotázaných s adherentním chováním, všichni respondenti (39–100 %) s neadherentním chováním nevynechali v posledním měsíci ani jednu dialyzační léčbu. Svou léčbu během posledního měsíce zkrátil, kvůli ucpanému cévnímu přístupu 1 (1,8 %) respondent s adherentním přístupem k léčbě a 1 (2,5 %) respondent s neadherentním přístupem k léčbě, kvůli potřebě jít na záchod zkrátil léčbu 1 (2,5 %) respondent s neadherentním přístupem k léčbě. Léky si zapomnělo vzít 21 (54 %) respondentů ze skupiny neadherentního chování a 10 (18,2 %)

respondentů ze skupiny adherentního chování, další 2 (3,6 %) respondenti z této skupiny své léky neužívají podle doporučení kvůli vedlejším účinkům léků. S omezeným příjmem tekutin, kvůli neschopnosti kontrolovat příjem, mělo problém 18 (32,7 %) respondentů s adherentním přístupem k léčbě a 32 (82 %) respondentů s neadherentním přístupem k léčbě, 1 (1,8 %) respondent ze skupiny adherentního chování nerozuměl, jak má omezený příjem tekutin dodržovat. Dietní opatření nedodržovalo 13 (23,7 %) respondentů s adherentním chováním a 19 (48,7 %) respondentů s neadherentním chováním, protože nechtělo kontrolovat co můžou jíst, 10 (18,2 %) respondentů ze skupiny s adherentním chováním a 18 (46,2 %) respondentů ze skupiny s neadherentním chováním nebylo schopné vyhýbat se určitým nedoporučeným jídlům, 2 (3,6 %) respondenti s adherentním přístupem k léčbě nerozuměli jaký druh diety mají dodržovat.

Dílčí cíl 4: Cílem bylo vypracovat edukační materiál pro pacienty s chronickým onemocněním ledvin, viz. příloha 4

6 Diskuse

Bakalářská práce se věnuje problematice dodržování léčebného režimu u pacientů, kteří trpí chronickým onemocněním ledvin a podstupují hemodialyzační léčbu. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň adherence pacientů k léčbě chronického onemocnění ledvin. Dále byly stanoveny částečné cíle, které zkoumaly, jak pacient vnímá dialyzační léčbu součástí, které je mimo samotné hemodialýzy, farmakoterapie, dodržování dietních opatření a omezený příjem tekutin, správná životospráva a dodržování farmakoterapie významně ovlivňuje funkci ledvin a následně potřebnou hemodialyzační léčbu. Ke lepší adherenci významně přispívá také správný přístup ošetrovatelského personálu, naším cílem bylo zjistit, jak pacienta a jeho adherenci přístup personálu ovlivňuje. Pacienti se při léčbě setkávají s různými úskalími, které mohou jejich snahu dodržovat léčebný režim znepříjemňovat, naším cílem bylo tyto omezení identifikovat. Pro účely zhodnocení stanovených hypotéz byl původní dotazník The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire doplněn o 4 identifikační otázky, které nám umožnily v jednotlivých hypotézách porovnat potřebná data. Otázky v dotazníku zjišťovaly, jak pacienti dodržují léčebný režim, jak je dodržování pro ně důležité a obtížné, případně proč nedodrželi léčbu a jak často personál s pacienty hovoří. Na základě cílů byly stanoveny 4 hypotézy. Lambert et al. (2017) uvádí, že vlivem stárnutí populace a rostoucímu podílu obezity, hypertenze a diabetu trpí přibližně každý 8 dospělý na celém světě chronickým onemocněním ledvin, z toho 2 % osob s chronickým onemocněním ledvin dospěje do konečného stadia onemocnění. Podle Kuglera et al. (2011) je ke zvládnutí nemoci potřeba, aby pacienti zodpovědně dodržovali farmakoterapii, dietní opatření, omezení příjmu tekutin a docházeli pravidelně do hemodialyzačního střediska. Ibrahim et al. (2015) ve článku, který popisuje výsledky jejich studie uvádí, že nízká adherence doporučené léčby mezi pacienty podstupující hemodialyzační léčbu je častým problémem a je spojena se zvýšenou morbiditou a mortalitou. Beto et al. (2016) uvádí podobné výsledky jako Ibrahim et al (2015), nedostatečné dodržování léčebného režimu mezi pacienty je podle kolektivu autorů odhadováno na 20 % až 70 %. Mellon et al. (2013) uvádí, že míra adherence mezi pacienty je velmi odlišná, nejvyšších hodnot dosahuje adherence u nemocných ve Spojených Státech, autoři uvádí hodnotu až 86 %. Také Larsen et al. (2009) uvádí, že dodržování léčebného režimu mezi pacienty, kteří se jejich výzkumu účastnili, bylo obecně vysoké (82 %). Výsledky našeho výzkumu se shodují s kolektivem Larsen et al. (2009). Z našeho výzkumu vyplývá, že adherentní chování k

léčebnému režimu mělo, z 94 respondentů, 55 (58,5 %) z nich, zbylých 39 (41,5 %) respondentů nedodržovalo alespoň jednu ze zkoumaných oblastí. Naš dotazník zkoumal subjektivní hodnocení adherence, tedy jak pacienti sami sebe a svůj přístup k léčbě vnímají. Zkoumání objektivní, pomocí krevních hodnot, případně na podkladě hodnot renálních funkcí, poskytuje přesnější nezkrácené informace o dodržování léčebných opatření. Naš předpoklad se shoduje s tvrzením Mellona et al. (2013), kteří považují subjektivní hodnocení adherence za nepřesné, protože pacienti neustále přeceňují svůj přístup k léčbě.

První hypotézou jsme chtěli zjistit, jestli existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním pacienta a adherencí. Úroveň vzdělání byla rozdělena na vyšší a nižší, jako nižší vzdělání jsme označili základní vzdělání a střední s výučním listem. Za vyšší vzdělání jsme označili střední s maturitou, vyšší odborné a vysokoškolské. Podle Chirondey et al. (2016) je vzdělání pacientů často zmiňovaný faktor ovlivňující míru adherence. U pacientů s nižším vzděláním je zvýšené riziko horší adherence k léčbě. Lambert et al. (2017) také spojuje vyšší vzdělání s lepším přístupem k léčbě. Beerendrakumar et al. (2018) taktéž uvádí, že úroveň vzdělání účastníků výzkumu souvisí s úrovní jejich vzdělání, méně vzdělaní účastníci se více odchylojí od dodržování léčebného režimu dle doporučení. Naopak kolektiv Ibrahim et al. (2015) nezjistili významný rozdíl mezi dodržováním a nedodržováním léčebných opatření v závislosti na vzdělání pacientů. Podle kolektivu Ozen et al. (2019) vyšší vzdělání neurčuje automaticky lepší přístup k léčbě, autoři předpokládají, že pacienti s vyšším vzděláním mají více profesních závazků, kvůli kterým nemusí dodržovat léčebný režim. Výsledky vyplývající z našeho výzkumu se shodují s autory, kteří tvrdí, že respondenti s vyšším vzděláním mají lepší přístup k léčbě a potvrzují naši hypotézu. Z celkového počtu 94 respondentů mělo středoškolské s maturitou, vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání 34 (53,1 %). Ze skupiny těchto respondentů s vyšším vzděláním mělo adherentní chování 21 (62 %) z nich, ze 60 respondentů s nižším vzděláním adherentní chování mělo 34 (57 %) z dotázaných. Velmi vysokou adherenci měli respondenti k dodržování dialyzačního plánu. Z výsledků otázky č. 18: „Během posledního měsíce, kolikrát jste zcela vynechal/a dialyzační léčbu“ vyplývá, že 33 (97,1 %) respondentů s vyšším vzděláním a 60 (100 %) respondentů s nižším vzděláním ani jednou dialyzační léčbu nevynechalo, 1 (2,9 %) respondent s vyšším vzděláním léčbu vynechal kvůli hospitalizaci. Na otázku č. 21: „Během posledního měsíce, kolikrát jste zkrátil/a pobyt

v dialyzačním centru?“ a č. 22: „O kolik minut v průměru jste zkrátil/a dialyzační léčbu?“ odpovědělo 32 (94,1 %) respondentů s vyšším vzděláním, že během posledního měsíce ani jednou nezkrátili dialyzační léčbu, 59 (98,3 %) respondentů s nižším vzděláním, taktéž za poslední měsíc ani jednou svou dialyzační léčbu nezkrátilo. Z odpovědí otázky č. 30: „Během minulého týdne, jak často jste si nevezal/a předepsané léky?“, vyplývá, že adherentní chování mělo 34 (100 %) respondentů s vyšším vzděláním a 58 (96,7 %) respondentů s vzděláním nižším. Na otázku č. 35: „Během posledního týdne, jak často jste dodržel/a doporučení ohledně omezení příjmu tekutin?“, odpovědělo adherentně 26 (76,5 %) respondentů s vyšším vzděláním a 44 (73,3 %) respondentů se vzděláním nižším. Z odpovědí na otázku č. 50: „Během posledního týdne, kolikrát jste dodržel/a dietní opatření.“, vyplývá, že 29 (85,3 %) respondentů s vyšším vzděláním měla adherentní chování k dietnímu režimu, 41 (68,3 %) dotázaných s nižším vzděláním mělo k dietnímu režimu adherentní přístup. Z výsledků vyplývá, že adherentní chování mělo více než 50 % respondentů z obou skupin. Respondenti s vyšším vzděláním měli zodpovědnější přístup k léčbě, z 34 respondentů s vyšším vzděláním dodržovalo léčebný režim 21 (62 %) z nich. Z 60 respondentů s nižším vzděláním dodržovalo léčebný režim 34 (57 %) z nich.

V rámci druhé hypotézy jsme zkoumali, jaký je vzájemný vztah mezi partnerským vztahem pacienta a adherencí k léčbě. Výsledky námi provedeného výzkumného šetření nám stanovenou hypotézu potvrdily. Podle Larsena et al (2009) pacienti, kteří žijí v trvalém vztahu mají lepší přístup k dodržování léčebného režimu, zřejmě díky pravidelnějšímu režimu než pacienti, kteří žijí sami. Kugler et al (2011) použitím zobecněného lineárního modelu odhalili, že u pacientů, kteří žijí sami, je častější neadherentní přístup k léčbě. Podle Chirondy et al (2016) pacienti s chronickým onemocněním ledvin potřebují emocionální podporu, aby se zvládli vyrovnat a adaptovat na změny, které jsou s léčbou spojené. Výzkum ukázal, že podpora rodiny a přátel zásadně pozitivně ovlivňuje zapojení pacienta do vlastní léčby. Pacienti, kteří žijí sami se můžou cítit sociálně izolovaní, a to pro ně může být stresující a únavné. Podpora přátel a rodiny zlepšuje kvalitu života dialyzovaného pacienta o pomáhá prodloužit dobu přežití. (Chironda et al., 2016). Burnier et al. (2015) považují nedostatečnou sociální podporu za jeden z hlavních faktorů, který je spojen s nedostatečnou adherencí k dialyzační léčbě. Z výsledků výzkumu Ibrahima et al. (2015) vyplývá, že většina respondentů s adherentním přístupem k léčbě bylo v trvalém vztahu, naopak polovina respondentů,

kteří uvedli, že jsou rozvedený, nedodržovalo léčebný režim. Výsledky našeho šetření potvrdily námi stanovenou hypotézu. Z celkového počtu 94 respondentů bylo 48 (51,1 %) z nich zařazeno do kategorie v trvalém vztahu a 46 (48,9 %) respondentů bylo zařazeno do kategorie sám/a. Z 48 respondentů žijící v trvalém vztahu mělo adherentní chování 30 (62,5 %) z nich, ze skupiny 46 respondentů, kteří žijí sami, mělo adherentní chování 25 (54 %) z nich. Z výsledků otázky č. 18: „Během posledního měsíce, kolikrát jste zcela vynechal/a dialyzační léčbu?“, je patrné, že oslovení respondenti měli k dodržování dialyzačního rozvrhu vysokou adherenci. Všechny 48 (100 %) respondentů v trvalém vztahu za poslední měsíc ani jednou dialýzu nevynechalo, z 46 respondentů, kteří žijí sami, léčbu vynechal jen 1 (2,2 %) z nich. Na otázku č. 21 „Během posledního měsíce, kolikrát jste zkrátil/a pobyt v dialyzačním centru?“ a č. 22: „O kolik minut v průměru jste zkrátil/a dialyzační léčbu?“ odpovědělo 48 (100 %) respondentů v trvalém vztahu, že během posledního měsíce ani jednou nekrátilo dialyzační léčbu, z 46 respondentů žijících bez partnera (případně partnerky) uvedlo 43 (93,5 %) z nich, že ani jednou během posledního měsíce nezkrátilo dialyzační léčbu. Na otázku č. 30: „Během minulého týdne, jak často jste si nevezal/a předepsané léky?“, odpovědělo 47 (97,9 %) z 48 respondentů v dlouhodobém vztahu, že si své léky vzali pokaždé nebo si je nevezali jen velmi zřídka, stejnou odpověď uvedlo i 45 (97,8 %) z 46 respondentů, kteří nežijí v dlouhodobém vztahu. Z výsledků otázky č. 35: „Během posledního týdne, jak často jste dodržel/a doporučení ohledně omezení příjmu tekutin?“, je patrné, že 36 (75 %) respondentů v trvalém vztahu dodržuje omezení příjmu tekutin, z respondentů, kteří v trvalém vztahu nežijí omezení dodržuje 34 (73,9 %) z nich. Podle výsledků otázky č. 50: „Během posledního týdne, kolikrát jste dodržel/a dietní opatření.“, je zřejmé, že dietní opatření lépe dodržují respondenti žijící sami, 36 (78,9 %) z nich uvedlo, že dietní opatření během posledního týdne dodrželo pokaždé nebo většinou, z 48 respondentů žijících v trvalém vztahu dodrželo dietní opatření pokaždé nebo většinou 34 (70,1 %) z nich. V každé ze čtyř oblastí mělo adherentní chování minimálně 70 % respondentů v obou skupinách. Z výsledků plyne, že adherentní chování měla, kromě jedné oblasti, lepší skupina respondentů v trvalém vztahu, respondenti nežijící v trvalém vztahu měli lepší přístup k dodržování dietních opatření.

Třetí hypotéza zjišťovala, zda existuje statisticky významný vztah mezi věkem pacienta a adherencí k léčbě. Po zpracování získaných dat jsme museli námi stanovenou nulovou hypotézu vyvrátit a formulovat hypotézu alternativní. Zjistili jsme, že mezi věkem

pacienta a adherenci k léčbě neexistuje statisticky významný vztah. Wang et al. (2022) se domnívají, že pacienti vyššího věku, kteří jsou ve starobním důchodu, mají horší přístup k léčbě než mladší pracující pacienti, podle autorů zhoršený přístup k léčbě souvisí s horší pamětí starších osob. Beerendrakumar et al. (2018) nepovažují věk jako kategorii, která by ovlivňovala přístup pacientů k léčbě chronického onemocnění ledvin. Ibrahim et al. (2015) shodně uvádí, že jejich studie neprokázala zásadní rozdíl mezi dodržováním a nedodržováním léčebného režimu a věkem respondentů. Han et al. (2020) taktéž nezaznamenali rozdíl v přístupu k léčbě na základě rozdělení podle věku respondentů. Naopak Larsen et al. (2009) ve svém výzkumu, který byl proveden napříč různými zeměmi, zjistili, že přístup k léčbě se se zvyšujícím věkem zlepšuje. Domnívají se, že mladší pacienti si neuvědomují rizika, která jsou s nedodržováním léčebného režimu spojená. Na druhou stranu připouští, že starší pacienti v důsledku užívání většího množství léků, mohou mít tendenci k nedodržování léčby, zejména té farmakologické. S tvrzením Larsena et al. (2009) se shoduje také kolektiv autorů Lambert et al. (2017), který uvádí, že vyšší věk pacientů je spojen s lepším přístupem k léčbě. Mellon et al. (2013) doplňují, že počátek onemocnění v raném dospělém věku může narušovat životní styl pacienta a nedodržování léčby může představovat snahu jedince mít nad vlastním životem určitou kontrolu. Námí stanovená hypotéza odpovídá tvrzení kolektivů Larsen et al. (2009), Lambert et al. (2017) a Mellon et al. (2013), avšak výsledky, které jsme získali po statistickém zpracování našeho výzkumného šetření odpovídají tvrzení kolektivů Beerendrakumar et al. (2018), Ibrahim et al. (2015) a Han et al. (2020). Z 94 respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, bylo 33 (35,1 %) respondentů mladších 65 let, 65 a více bylo 61 (64,9 %) z dotázaných. Adherentní chování mělo z 61 respondentů 31 (51 %) a ze skupiny 33 respondentů mladších 65 let léčebný režim dodržovalo 24 (73 %) z nich. Na otázku č. 18: „Během posledního měsíce, kolikrát jste zcela vynechal/a dialyzační léčbu?“, kladně odpovědělo všech 61 (100 %) respondentů ze skupiny 65 a starší a 32 (97 %) respondentů ze skupiny do 64 let. Na otázce č. 21 „Během posledního měsíce, kolikrát jste zkrátil/a pobyt v dialyzačním centru?“ a č. 22: „O kolik minut v průměru jste zkrátil/a dialyzační léčbu?“, odpovědělo 59 (96,7 %) respondentů nad 65 let a 32 (97 %) respondentů do 64 let, že ani jednou dialyzační léčbu nezkrátili. Z výsledků odpovědí na otázku č. 30: „Během minulého týdne, jak často jste si nechal/a předepsané léky?“ vyplývá, že z 61 respondentů, kterým bylo 65 a více let si své léky vzali vždy, případně jen zřídka zapomělo na své léky 59 (96,7 %) z nich, ze skupiny respondentů mladších 65 let, to samé odpovědělo 33 (100 %) z nich. Z výsledků otázky č. 35: „Během

posledního týdne, jak často jste dodržel/a doporučení ohledně omezení příjmu tekutin?“, je patrné, že 43 (70,5 %) respondentů ve věku 65 či starší a 27 (81,8 %) respondentů ve věku 64 či mladší dodržují omezený příjem tekutin. Podle výsledků otázky č. 50: „Během posledního týdne, kolikrát jste dodržel/a dietní opatření.“, je zřejmé, že dietní opatření svědomitěji dodržují respondenti mladší, ze skupiny respondentů do 64 let dietu dodržovalo 28 (84,8 %) z nich a nad 65 let ji dodržovalo 42 (68,9 %) ze skupiny. Z výsledků vyplývá, že dialyzační plán dodržuje z obou skupin vždy minimálně 68 % respondentů. Respondenti v kategorii do 64 let měli zodpovědnější přístup než respondenti v kategorii nad 65 let.

Ve čtvrté hypotéze jsme zjišťovali, jaký je vztah mezi pohlavím pacienta a adherencí k léčbě. Ibrahim et al. (2015) ve svém výzkumu nezjistili významný rozdíl v nedodržování farmakoterapie mezi ženami a muži. Dle Kuglera et al. (2011) mají muži větší předpoklad pro nedodržování léčby. Chironda et al. (2016) také považují mužské pohlaví jako rizikovější pro neadherentní chování. Také Burnier et al. (2015) považují za jeden z faktorů, které negativně ovlivňuje adherenci k léčbě, mužské pohlaví. Ozen et al. (2019) také uvádí, že muži mají horší přístup k dodržování léčby. Podle autorů je postoj mužů ovlivněný jejich kulturním postavením. Léčbou by mohli přijít o své postavení v rodině, a proto častěji léčbu nedodržují. Námi stanovená hypotéza se shoduje s názory a zjištěními autorů Kugler et al. (2011), Chironda et al. (2016), Burnier et al. (2015) a Ozen et al. (2019). Stanovenou hypotézu jsme po statistickém zpracování získaných dat museli vyvrátit a určit hypotézu alternativní. Z celkového počtu 94 respondentů byla větší polovina mužského pohlaví, přesněji 50 (53,2 %) z dotázaných, respondentů ženského pohlaví bylo méně, přesněji 44 (46,8 %) dotázaných. Farmakologickou léčbu nedodržovali 2 z oslovených respondentů, 1 (2,3 %) žena a 1 (2 %) muž. Velmi zřídka medikaci nedodržovalo 8 (18,2 %) žen a 23 (46 %) mužů, naopak své léky si pokaždé vzalo 35 (79,5 %) žen a 26 (52 %) mužů. Z výsledků je zřejmé, že farmakologickou léčbu dodržují obě pohlaví svědomitě. Chronickou medikaci dodržuje více než polovina dotázaných.

7 Závěr

V bakalářské práci zaměřené na adherenci k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin byl stanoven jeden hlavní a čtyři dílčí cíle. Hlavním cílem bylo zjistit úroveň adherence pacientů k léčbě chronického onemocnění ledvin. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak pacient vnímá dialyzační léčbu. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak pacienta ovlivňuje přístup ošetrovatelského personálu, třetím identifikovat omezení, která jsou s dialyzační léčbou spojená a posledním, čtvrtým cílem bylo vypracovat edukační materiál na zvýšení adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin.

Prostřednictvím prvního cíle jsme se snažili zjistit, jak pacienti hemodialyzačních středisek vnímají dialyzační léčbu. Pro většinu pacientů je velmi nebo hodně důležité pravidelně docházet do hemodialyzačního střediska. Pro minimální počet dotázaných je pravidelná návštěva středně důležitá. Jako důvod, proč je důležité pravidelně docházet na hemodialyzační léčbu, respondenti nejčastěji volili odpověď, že stav jejich ledvin vyžaduje pravidelnou dialyzační léčbu nebo, že dialyzační léčba je důležitá, aby jejich tělo zůstalo v dobré kondici. Dodržování farmakoterapie bylo velmi (případně hodně) důležité pro více než polovinu dotázaných. Zhruba třetina respondentů uvedla, že dodržování farmakoterapie je pro ně důležitá jen trochu. Důvodem pro dodržování farmakologie označili téměř všichni dotázaní, že stav jejich ledvin vyžaduje dodržování medikace, případně že díky medikaci jejich tělo zůstává v dobré kondici. Sledování příjmu tekutin je pro více než polovinu respondentů hodně nebo velmi důležité. Pro méně, než třetinu dotázaných je dodržování tekutin trochu důležité. Jako důvod pro dodržování omezeného příjmu tekutin většina dotázaných uvedla, že stav ledvin vyžaduje omezený příjem tekutin nebo že omezený příjem tekutin je důležitý pro zachování dobré kondice organismu. Více než polovina dotázaných uvedla, že dodržování dietních opatření je pro ně velmi nebo hodně důležité, protože si uvědomují, že stav jejich ledvin to vyžaduje nebo protože je to potřeba pro udržení těla v dobré kondici.

Druhým cílem bylo zjistit, jak pacienta ovlivňuje přístup ošetrovatelského personálu. Z výzkumu vyplývá, že pacienti, se kterými ošetrovatelský personál pravidelně probíral léčbu, medikaci, dietu a omezený příjem tekutin, svědomitěji dodržovali léčebná opatření. Naopak respondenti, kteří uvedli, že ošetrovatelský personál s nimi problematiku dodržování léčebného režimu probíral nepravidelně, nebo dokonce vůbec, porušovali

častěji doporučená omezení nebo je vůbec nedodržovali. Z toho lze usuzovat, že pro pacienty je důležitá spolupráce s ošetrovatelským personálem.

Prostřednictvím třetího cíle jsme chtěli identifikovat omezení, která jsou s dialyzační léčbou spojená. Více než 90 % dotázaných vyhovuje stávající dialyzační plán, 3,2 % nevyhovuje kvůli času hemodialýzy a 3,2 % nevyhovuje kvůli pracovnímu rozvrhu. Respondenti, kteří nedodržovali chronickou medikaci, jako hlavní důvod uvedli, že si léky zapomněli vzít, 2 respondenti nedodržovali medikaci z důvodu vedlejších účinků léků. Více než polovina dotázaných uvedla, že nebyla schopná kontrolovat příjem tekutin, 1 respondent nechápal, jak má omezení dodržovat. V oblasti dietních opatření bylo nejčastěji zmiňovaným problémem, že respondenti nechtěli kontrolovat co můžou a co nemůžou jíst nebo, že se nechtěli těmto jídlům vyhýbat, 2 respondenti nerozuměli, jaký druh diety mají dodržovat.

Posledním, čtvrtým cílem bakalářské práce bylo vypracovat edukační materiál na zvýšení adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin. (viz. Příloha 4)

Celková adherence k léčbě u pacientů, kteří se našeho výzkumu zúčastnili, byla vysoká. Více než polovina respondentů, respektive 58,5 % z oslovených, dodržovala léčebný režim podle doporučení lékaře. Zbylých 41,5 % nedodržovali jednu nebo více oblastí léčebného režimu. Bakalářská práce a její výsledky poslouží jako zdroj informací pro pacienty hemodialyzačních středisek, kteří podstupují dialyzační léčbu.

8 Seznam použité literatury

1. AMMIRATI, A., L., 2020. Chronic Kidney Disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 66 (1), 3–9. ISSN 0104-4230.
2. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BABATSIKOU, F. P., GEROGIANNI, K. S., 2014. Psychological Aspects in Chronic Renal Failure. *Health Science Journal*. 8(2), 205–214. ISSN 1791-809X.
4. BAILEY, R. et al., 2021. Treatment Adherence in Integrative Medicine—Part One: Review of Literature. *Interagive Medicine*. 20(3), 48–60. ISSN 2529-797X.
5. BARTŮŇEK, P., PTÁČEK, R et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
6. BEERENDRAKUMAR, N., et al., 2018. Dietary and Fluid Regime Adherence in Chronic Kidney Disease Patients. *Journal of Caring Sciences*. 7 (1), 17–20. ISSN 1792-037X.
7. BENEŠ, J. et al., 2015. *Základy fyziky pro lékařské a zdravotnické obory, pro studium i praxi*. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-4712-5.
8. BETO, A., J., et al., 2016. Strategies to promote adherence to nutritional advice in patients with chronic kidney disease: a narrative review and commentary. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*. 2 (9), 21–33. ISSN 1178-7058.
9. BOBROWSKA, A. et al., 2021. Burden of Chronic Kidney Disease by KDIGO Categories of Glomerular Filtration Rate and Albuminuria: A Systematic Review. *Advances in Therapy*. 38(1), 180–200. ISSN 0740-238X.
10. BORBÉLYOVÁ, V. et al., 2006. *Ošetrovatelské štandardy v nefrológii*. Martin: Osveta. 83 s. ISBN 80-8063-237-5.
11. BŘEGOVÁ, B., HALUZÍKOVÁ, J., 2019. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada. 252 s. ISBN 978-80-247-5329-4.

12. BURNIER, M., et al., 2015. Drug adherence in chronic kidney diseases and dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 30(1), 39–44. ISSN 1460-2385.
13. BURNIER, M., EGAN, B. M., 2019. Adherence in Hypertension, A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management. *Circulation Research*. 124(7), 1124–1140. ISSN 0009-7330.
14. BUREŠ, J., HORÁČEK, J., 2003. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén. 870 s. ISBN 80-7262-208-0.
15. COOK, D. et al., 2017. Chronic Kidney Disease: Detection and Evaluation. *American Family Physician*. 96(12), 776–783. ISSN 0002-838X.
16. ČAPEK, B., VÁCLAVÍK, J., 2019. Adherence k léčbě arteriální hypertenze. *Kardiologická revue Interní medicína*. 21(1), 45–48. ISSN 2336-288X.
17. ČEŠKA, R., 2015. *Interna*. 2. vydání. Praha: Triton. 870 s. ISBN 978-80-7387-885-6.
18. DÍTĚ, P., 2007. *Vnitřní lékařství*. 2. vydání. Praha: Galén. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
19. EIBENSTEINER, F. et al., 2022. Monitoring Daily Ultrafiltration in Automated Peritoneal Dialysis. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*. 17(1), 107–110. ISSN 1555-9041.
20. FAUCI, A. et al., 2015. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19 issue. New York: McGraw-Hill Education. 3984 p. ISBN 978-0-07-180215-4.
21. FILIPEC, J. et al., 2001, *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*. 2.vydání. Praha: Academia. 648 s. ISBN 80-200-0493-9.
22. GIRNDT, M., 2012. Klinische Probleme der Urämie. *Der Internist* 53(6), 817–822, ISSN 0020-9554.
23. GUPTA, P. et al., 2022. Review of the methods to measure non-adherence with a focus on chemical adherence testing. *Translational Metabolic Syndrome Research*. 5(1), 1–9. ISSN 2588-9303.

24. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění, edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
25. HAMMER, G. D., MCPHEE, J. S., 2018. *Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine*. 8 issue. New York: McGraw-Hill Education. 832 p. ISBN 978-1-26-002650-4.
26. HORNBY, A. S. et al., 2020. *Oxford advanced Learner's Dictionary*. 10 issue. Oxford: Oxford University Press. 1888 p. ISBN 978-0-19-479848-8.
27. HRADÍLEK, P., 2012. Adherence k léčbě u roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi*. 13(3), 155–158. ISSN 1213-1814.
28. HRAZDINA, I., MORNSTEIN, V., 2004. *Lékařská biofyzika a přístrojová technika*. Brno: Neptun. 396 s. ISBN 80-902896-1-4.
29. HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O., 2009. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení*. Praha: Forsapi. 120 s ISBN 978-80-87250-06-8.
30. HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O., 2010. *Dieta u chronického onemocnění ledvin*. Praha: Forsapi. 150 s. ISBN 978-80-87250-07-5.
31. HUETHER, S., MCCANCE, K., 2018. *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children*. 8 issue. Philadelphia: Elsevier Books. 1720 p. ISBN 978-0-323-58347-3.
32. CHIRONDA G., et al., 2016. Contributing Factors to Non-Adherence among Chronic Kidney Disease (CKD) Patients: A Systematic Review of Literature. *Medical & Clinical Reviews*. 2(4), ISSN 2471-299X.
33. CHRISTENSEN, R. E. et al., 2022. The presence of accountability in digital interventions targeting non-adherence: A review. *Patient Education and Counseling*. 105(1), 1–7. ISSN 0738-3991.
34. CHYTILOVÁ, E. et al., 2015. *Cévní přístupy pro hemodialýzu*. Praha: Mladá fronta. 192 s. ISBN 978-80-204-3657-3.

35. IBRAHIM, S., et al., 2015. Study of Non-Compliance among Chronic Hemodialysis Patients and its Impact on Patients' Outcomes. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*. 26 (2), 243–249. ISSN 2320-3838.
36. IDIER L., et al., 2011. Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 48 (12), 1570–1586. ISSN 0020-7489.
37. KALANTAR-ZADEH, K. et al., 2021. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 398(10302), 786–802. ISSN 0140-6736.
38. KLENER, P. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. vydání. Praha: Galén. 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9
39. KOBSA, M., 2018. Význam adherence v léčbě atopické dermatitidy. *Dermatologie pro praxi*. 12(3), 108–110. ISSN 1802-2960.
40. KRACÍKOVÁ, J., 2011. Chronické selhání ledvin a jeho léčba z pohledu všeobecné sestry. *Medicina pro praxi*. 8 (7 a 8), 339–341. ISSN 1214-8687.
41. KRAJÍČEK, M. et al., 2007. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. Praha: Grada. 438 s. ISBN 978-80-247-0607-8.
42. KUGLER, C., et al., 2011. Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *Journal of Nephrology*. 24 (3), 366–375. ISSN 1440-1797.
43. LAMBERT, K., et al., 2017. An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end stage kidney disease. *BMC Nephrology*. 18 (1), ISSN 1471-2369.
44. LAMEIRE, H. N. et al., 2021. Harmonizing acute and chronic kidney disease definition and classification: report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. Kidney international. *Kidney International*. 100(3), 516–526. ISSN 0085-2538.
45. LARSEN, J., et al., 2009. Can differences in medical drug compliance between European countries be explained by social factors: analyses based on data from

- the European Social Survey, round 2. *BMC Public Health*. 16 (9), ISSN 1471-2458.
46. MELLON, L., et al., 2013. Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. *Patient Education and Counseling*. 92 (1), 88–93. ISSN 1873-5134.
47. LEMONE, P. et al., 2011. *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care*. 5 issue. New Jersey: Pearson. 1869 p. ISBN 978-0-13-507594-4.
48. LEVEY A. S., CORESH, J., 2012. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 379(9811), 165–180. ISSN 0140-6736.
49. LEWY, J. et al., 2016. *Oxford Handbook of Dialysis*. 4. issue. Oxford: Oxford University Press. 688 p. ISBN 978-0-19-964476-6.
50. LUE, F. T., MCANINCH, J. W., 2012. *Smith and Tanagho's general urology*. 18 issue. New York: McGraw-Hill Medical. 768 p. ISBN 978-007-174279-5.
51. LYEROVÁ, L., 2012. Metody náhrady ledvinné funkce – praktický postup u pacienta s chronickým onemocněním ledvin v predialýze. *Urologie pro praxi*. 13(4), 159–162. ISSN 1213-1768.
52. MAREK, J., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vydání. Praha: Grada. 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
53. MAREK, J., VRABLÍK, M., 2019. *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí*. 5. vydání. Praha: Grada. 896 s. ISBN 978-80-247-5078-1.
54. MCINTOSH, C. et al., 2013. *Cambridge Advanced Learner's Dictionary*. 4 issue. Cambridge: Cambridge University Press. 1856 p. ISBN 978-1-107-61950-0.
55. MCKAY, C. D., VERHAGEN, E., 2015. 'Compliance' versus 'adherence' in sport injury prevention: why definition matters. *British Journal of Sports Medicine*. 0(0), 1–2. ISSN 0306-3674.
56. MCKERCHER, CH. et al., 2013. Psychosocial factors in people with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy. *Nephrology*. 18(9), 585–591. ISSN 1440-1797.

57. NAIR, D. et al., 2021. Psychological Adaptation to Serious Illness: A Qualitative Study of Culturally Diverse Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 61(1), 32–41. ISSN 0885-3924.
58. NAVRÁTIL, L. et al., 2019. *Medicínská biofyzika*. 2. vydání. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-271-0209-9.
59. NAVRÁTIL, L. et al., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
60. NEJEDLÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
61. NEKONEČNÝ, M., 2015. *Obecná psychologie*. Praha: Triton. 662 s. ISBN 978-80-7387-929-7.
62. NIELSEN, T., M., et al., 2018. Adherence to medication in patients with chronic kidney disease: a systematic review of qualitative research. *Clinical Kidney Journal*. 11 (4), 513–527. ISSN 2048-8513.
63. NIELSEN, T., M., et al., 2021. Practices and pitfalls in medication adherence in hemodialysis settings – a focus-group study of health care professionals. *BMC Nephrology*. 22 (1), ISSN 1471-2369.
64. ORTIZ, A., 2022. RICORS2040: the need for collaborative research in chronic kidney disease. *Clinical Kidney Journal*. 15(3), 372–387. ISSN 2048-8505.
65. OZEN, N., et al., 2019. Nonadherence in Hemodialysis Patients and Related Factors: A Multicenter Study. *The Journal of Nursing Research*. 27 (4), ISSN 1682-3141.
66. PÉPIN, M. et al., 2022. Cognitive disorders in patients with chronic kidney disease: specificities of clinical assessment. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 37(2), 23–32. ISSN 0931-0509.
67. PLEVOVÁ, I. et al., 2018 *Ošetřovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

68. PETRÁŠEK, J., ŽÁK, A., 2011. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén. 524 s. ISBN 978-80-7262-697-7.
69. POKORNÁ, P., 2013. *Výživa dialyzovaných pacientů*. Praha: Forsapi. 140 s. ISBN 978-80-87250-23-5.
70. PRICE, P., 2016. How can we improve adherence?. *Diabetes/metabolism research and reviews* 32(1), 201–205. ISSN 1520-7560.
71. RAFFRAY, M. et al., 2021. Predialysis Care Trajectories of Patients With ESKD Starting Dialysis in Emergency. *Kidney International Reports*. 6(1), 156–167. ISSN 2468-0249.
72. REILLY, R., PERAZELLA, M., 2013. *Nephrology in 30 Days*. 2 issue. New York: McGraw-Hill Education. 416 p. ISBN 978-0-07-178841-0.
73. ROSINA, J. et al., 2021. *Biofyzika Pro zdravotnické a biomedicínské obory*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2526-5.
74. SABATÉ, E., 2003, *Adherence to long-term therapies Evidence for action*. Geneva: World Health Organization. 211 p. ISBN 92-4-154599-2.
75. SLABÁ, Š., 2017. Adherence k léčbě z pohledu psychologa. *AtheroRev* 2(1), 21–24. ISSN 1803-6597.
76. SMAJE, A. et al., 2018, Factors associated with medication adherence in older patients: A systematic review. *Aging medicine*. 3(1), 254–266. ISSN 2475-0360.
77. SOUČEK, M., SVAČINA, P., 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
78. SULKOVÁ, S. et al., 2000. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf. 693 s. ISBN 80-85912-22-8.
79. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
80. ŠEVELA, K. et al., 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.

81. TÁBORSKÝ, P., 2020. Péče o hospitalizovaného dialyzovaného pacienta z pohledu internisty. *Vnitřní lékařství*. 66(8), 28–33. ISSN 1801-7592.
82. TEPLAN, V. et al., 2006. *Praktická nefrologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 536 s. ISBN 978-80-247-1122-5.
83. TEPLAN, V., 2013. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-2881-3.
84. TEPLAN, V. et al., 2015. *Nefrologie vyššího věku*. Praha: Mladá fronta. 360 s. ISBN 978-80-204-3521-7.
85. TESAŘ, V., VIKLICKÝ, O., 2015. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7.
86. TIBBLE, H. et al., 2021. Measuring and reporting treatment adherence: What can we learn by comparing two respiratory conditions?. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 87(3), 825–836. ISSN 0306-3674.
87. TOPINKOVÁ, E., 2013. Jak zlepšit adherenci k lékovému režimu u klinicky komplexních polymorbidních seniorů? Editorial. *Vnitřní lékařství*. 59(9). 760–763 s. ISSN 1801-7592.
88. TRACHTOVÁ, E. et al., 2001, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 186 s. ISBN 80-7013-324.8.
89. ULLIAN, M. E. et al., 2022. Hyperkalemia in chronic peritoneal dialysis patients. *Renal Failure*. 44(1), 217–223. ISSN 0886-022X.
90. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 978-80-246-0841-9.
91. VACHEK, J. et al., 2012. Chronické onemocnění ledvin. *Interní medicína pro praxi*. 14(3), 107–110. ISSN 1212-7299.
92. VIKLICKÝ, O. et al., 2010. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3227-5.

93. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2000. *Interné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta 114 s. ISBN 80-8063-051-8.
94. VRIJENS, B. et al., 2012. A new taxonomy for describing and defining adherence to medication. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 73(5), 691–705. ISSN 0306-5251.
95. VRABLÍK, M., 2012. Adherence v léčbě hypertenze: pomohou nové lékové formy? *Interní medicína*. 14(11), 415–418. ISSN 1212-7299.
96. VRABLÍK, M., 2013. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Medicína pro praxi*. 10 (11–12), 369–371. ISSN 1214-8687.
97. WEBSTER, A. et al., 2017. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 10075(389), 1238–1252. ISSN 0140-6736.
98. WILKINSON, B. I. et al., 2017. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 10 issue. Oxford: Oxford University Press. 904 p. ISBN 978-0-19-968990-3.
99. WONG, J. et al., 2015. Haemodialysis. *Medicine*. 43(8), 478–483. ISSN 1357-3039.
100. YOUNGMEE, K. et al., 2010. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): Testing The Psychometric Properties in Patients Receiving In-Center Hemodialysis. *Nephrology Nursing*. 37(4), 377–393, ISSN 1526-744X.

9 Přílohy

Příloha 1: Rozdělení chronického onemocnění ledvin podle GF a albuminurie

Příloha 2: Dotazník

Příloha 3: Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha 4: Edukační materiál

9.1 Příloha 1: Rozdělení chronického onemocnění ledvin podle GF a albuminurie

Tabulka 5. Rozdělení podle GF a albuminurie

		Albuminurie		
GFR (ml/min/1,73 m ²)		<30 mg/g	30–300 mg/g	>300 mg/g
stadium 1	≥90	nízké riziko	střední riziko	vysoké riziko
stadium 2	60–89	nízké riziko	střední riziko	vysoké riziko
stadium 3A	45–59	střední riziko	vysoké riziko	velmi vysoké riziko
stadium 3B	30–44	vysoké riziko	velmi vysoké riziko	velmi vysoké riziko
stadium 4	15–29	velmi vysoké riziko	velmi vysoké riziko	velmi vysoké riziko
stadium 5	<15	velmi vysoké riziko	velmi vysoké riziko	velmi vysoké riziko

zdroj: Ammirati, 2020 (volně přeloženo)

9.2 Příloha 2: Dotazník

Vážená pacientko, vážený paciente, obracím se na Vás s žádostí o vyplnění anonymního dotazníku, který se zabývá problematikou dodržování léčebného režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Dotazník poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma Adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Problematika chronického onemocnění ledvin je velmi závažná, počet nemocných se neustále zvyšuje. Až 15% dospělé populace trpí touto nemocí. Pro úspěšné zvládnutí nemoci je důležitý aktivní přístup pacienta k léčbě. Cílem bakalářské práce je zjistit úroveň dodržování léčebného režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin.

Dovoluji si Vás požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Hodící se odpovědi zakroužkujte, vždy jen jednu z nabízených možností.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Jitka Fousková, studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, bakalářského programu ošetrovatelství, oboru všeobecná sestra.

I. Demografické a všeobecné údaje

1. Kolik Vám je let (uved'te počet let):

2. Jaké je vaše pohlaví?

- a. žena
- b. muž

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. základní
- b. střední s výučním listem
- c. střední s maturitou
- d. vyšší odborné
- e. vysokoškolské

4. Jaký je Váš rodinný stav?

- a. svobodná/ý
- b. vdaná/ženatý
- c. rozvedená/ý
- d. vdova/vdovec
- e. ve vztahu bez sjednaného manželství (druh, družka)

5. Kdy jste začal/a (znovu začal/a) Vaši hemodialyzační léčbu?

- a. napište datum začátku ____/____
(měsíc/rok)
- b. napište datum, kdy jste znovu začal/a hemodialyzační léčbu ____/____
(měsíc/rok)

6. Podstoupil/a jste někdy dlouhodobou peritoneální dialýzu?

- a. ne
- b. ano (prosím, odpovězte na následující otázku)
 - peritoneální dialyzační léčbu jsem podstupoval/a od ____/____ do ____/____
(měsíc/rok)
(měsíc/rok)

7. Podstoupil/a jste někdy transplantaci ledvin?

- a. ne
- b. ano (prosím, odpovězte následující otázku)
 - transplantaci ledvin jsem podstoupil/a jednou od ____/____ do ____/____
(měsíc/rok) (měsíc/rok)
 - transplantaci ledvin jsem podstoupil/a dvakrát od ____/____ do ____/____
(měsíc/rok) (měsíc/rok)
a od ____/____ do ____/____
(měsíc/rok) (měsíc/rok)
a od ____/____ do ____/____
(měsíc/rok) (měsíc/rok)
 - pokud jste transplantaci ledvin podstoupil/a více jak dvakrát, prosím napište datum do kolonek nad

8. Jaký dopravní prostředek používáte, abyste se dostal/a do dialyzačního střediska?

- a. osobní dopravu
- b. autobus
- c. taxík
- d. sanitku
- e. jiný (prosím, uveďte jaký):

9. Kdo Vás doprovází do dialyzačního centra (střediska)?

- a. sám/a
- b. rodič
- c. manžel/ka
- d. dcera/syn
- e. kamarád
- f. jiný (prosím, uveďte kdo):

II. Hemodialyzační léčba

10. Kolik dní v týdnu podstupujete hemodialyzační léčbu?

- a. 2 dny nebo méně
- b. 3 dny
- c. 4 dny
- d. více než 4 dny
- e. více než 5 dní

11. Kolik hodin v průměru trvá Vaše hemodialyzační léčba?

- a. méně než 3 hodiny
- b. 3 hodiny
- c. 3 hodiny a 15 minut
- d. 3 hodiny a 30 minut
- e. 3 hodiny a 45 minut
- f. 4 hodiny
- g. více než 4 hodiny
- h. jinak (prosím, uveďte jak dlouho):

12. Vyhovuje Vám rozvrh Vaší dialyzační léčby? (Prosím, vyberte 1 nejvíce se hodící odpověď.)

- a. ano
- b. ne, protože musím chodit do dialyzačního centra příliš brzy
- c. ne, protože musím chodit do dialyzačního centra moc pozdě
- d. ne, kvůli mému pracovnímu rozvrhu
- e. ne, protože tam chodím v době, kdy jím a často mám během dialýzy hlad
- f. ne, protože v době dialýzy mám brát léky/insulin
- g. ne, protože (prosím, uveďte důvod):

13. Kdy naposledy s Vámi mluvil zdravotnický personál (lékař, sestra, ...) o důležitosti nevynechávání dialyzační léčby?

- a. tento týden
- b. minulý týden
- c. před měsícem
- d. před více než měsícem
- e. když jsem začal/a s dialyzační léčbou
- f. nikdy
- g. jiné (prosím, uveďte kdy):

14. Jak často s Vámi zdravotnický personál (lékař, sestra, ...) mluví o tom, jak důležité je zůstat po celou dobu dialýzy pro Vaši léčbu?

- a. každou dialyzační léčbu
- b. každý týden
- c. každý měsíc
- d. každé 2–3 měsíce
- e. každých 4–6 měsíců
- f. když mám špatné výsledky krevních, popřípadě jiných testů
- g. vzácně
- h. nepravidelně
- i. nikdy
- h. jinak (prosím, uveďte jak často):

15. Jak je podle Vás důležité dodržovat Váš dialyzační rozvrh?

velmi	hodně	středně	trošku	vůbec
5	4	3	2	1

16. Proč je podle Vás důležité dodržovat Váš dialyzační rozvrh (plán)?

- a. protože plně rozumím, že stav mých ledvin vyžaduje dialyzační léčbu tak, jak je naplánováno.
- b. protože dodržování dialyzačního rozvrhu je důležité, aby mé tělo zůstalo v dobré kondici.
- c. protože mi to tak řekl zdravotnický personál.
- d. protože se mi stalo, že po promeškané dialýze mi bylo špatně.
- e. protože kvůli promeškané dialýze jsem byl hospitalizován/á/y.
- f. nemyslím si, že dodržování dialyzačního rozvrhu je pro mě důležité.
- g. jiné (prosím, uveďte proč):

17. Jak moc je pro Vás obtížné zůstat v dialyzačním centru po celou dobu dialyzační léčby?

vůbec	trochu	středně	hodně	velmi
1	2	3	4	5

18. Během minulého měsíce, kolikrát jste zcela vynechal/a dialyzační léčbu?

- a. žádnou (nezmeškal/a jsem ani jednu)
- b. zmeškal/a jsem 1 léčbu
- c. zmeškal/a jsem 2 léčby
- d. zmeškal/a jsem 3 léčby
- e. zmeškal/a jsem 4 nebo více léčeb

19. Jaký byl hlavní důvod zmeškání Vaší dialyzační léčby minulý měsíc?

- a. nezmeškal/a jsem ani jednu léčbu
- b. problémy s dopravou
- c. měla jsem něco jiného (prosím, vysvětlete)
- d. ucpal se mi přístup na hemodialýzu
- e. návštěva (schůzka) u lékaře
- f. musel/a jsem jít na pohotovost
- g. byl/a jsem hospitalizovaná
- h. zapomněl/a jsem
- i. nechtěl/a jsem přijít / nemohl/a jsem přijít
- j. jiný (prosím, uveďte jaký):

20. Odpovězte tuto otázku, pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a: Nechtěl/a jsem přijít / Nemohl/a jsem přijít – Proč jste nechtěl/a jít na dialyzační léčbu?

- a. protože dialyzační léčba mě vyčerpává.
- b. protože jsem zvracela/ měla jsem průjem
- c. protože jsem měla křeče (bolesti)
- d. protože během dialyzační léčby jsem často hladový/á
- e. protože jsem se necítil/a dobře
- f. protože jsem byl/a nemocný/á
- g. protože jsem byla emocionálně vyčerpaná
- h. jiné (prosím, uveďte jaké):

21. Během posledního měsíce, kolikrát jste zkrátil/a pobyt v dialyzačním centru?

- a. nezkrátil/a jsem pobyt v dialyzačním centru
- b. 1x
- c. 2x
- d. 3x
- e. 4x až 5x
- f. jiné (prosím, uveďte kolikrát):

22. Během posledního měsíce, pokud jste zkrátil/a dialyzační léčbu, o kolik minut v průměru?

- a. nezkrátil/a jsem si dialyzační léčbu
- b. o méně než 10 minut nebo 10 minut
- c. o 11 až 20 minut
- d. o 21 až 30 minut
- e. o více než 31 minut
- f. jiné (prosím, uveďte o kolik):

23. Jaký byl Váš hlavní důvod zkrácení dialýzy?

- a. nezkrátil/a jsem dialýzu
- b. křeče
- c. potřeba jít na záchod
- d. neklid
- e. nízký krevní tlak
- f. ucpaný cévní přístup
- g. schůzka (návštěva) doktora
- h. osobní důvody/naléhavý problém
- i. pracovní povinnosti
- j. problémy s dopravou
- k. rozhodnutí personálu (prosím, vysvětlete):
- l. nechtělo se mi tam zůstat
- m. jiný důvod (prosím, uveďte jaký):

III. Léky

24. Kdy naposledy s Vámi zdravotnický personál (lékař, sestra, ...) probíral Vaši medikaci?

- a. tento týden
- b. minulý týden
- c. před měsícem
- d. více než před měsícem
- e. když jsem poprvé začal/a s dialyzační léčbou
- f. nikdy
- g. jiné (prosím, uveďte kdy):

25. Jak často s Vámi zdravotnický personál (lékař, sestra, ...) mluví o tom, proč je důležité brát léky podle doporučení lékaře?

- a. každou dialyzační léčbu
- b. každý týden
- c. každý měsíc
- d. každé 2–3 měsíce
- e. každých 4–6 měsíců
- f. když mám špatné výsledky krevních nebo jiných testů
- g. vzácně
- h. nepravidelně
- i. nikdy
- j. jinak (prosím, uveďte jak často):

26. Jak je podle Vás důležité brát léky podle doporučení lékaře?

velmi	hodně	středně	trošku	vůbec
5	4	3	2	1

27. Proč je podle Vás důležité brát Vaše léky podle doporučení lékaře?

- a. protože plně rozumím, že stav mých ledvin vyžaduje brát pravidelně léky podle doporučení lékaře
- b. protože léky jsou důležité, aby mé tělo zůstalo v dobré kondici
- c. protože mi to tak řekl zdravotnický personál (lékař, sestra, ...)
- d. protože se mi stalo, že když jsem si nevzal/a léky, bylo mi špatně
- e. protože kvůli tomu, že jsem nebral/a léky jsem byl/a hospitalizovaná
- f. nemyslím si, že užívání léků je pro mě důležité
- g. jiné (prosím, uveďte proč):

28. Měl/a jste někdy obtíže s užíváním léků?

- a. ne
- b. ano

29. Jak velké obtíže jste při užívání léků měl/a?

žádné	malé	střední	velké	extrémní
1	2	3	4	5

30. Během minulého týdne, jak často jste si nevzal/a předepsané léky?

- a. své léky jsem si vždycky vzal/a
- b. velmi zřídka
- c. zhruba každý druhý den
- d. většinu dnů
- e. vždycky

31. Jaký byl hlavní důvod pro nedodržení předepsané medikace?

- a. nezapomněl/a jsem si vzít léky
- b. zapomněl/a jsem si vzít léky
- c. zapomněl/a jsem si léky vyzvednout v lékárně
- d. vysoké náklady na léky
- e. obtíže, nesnáze
- f. byl/a jsem hospitalizovaný/á
- g. vedlejší efekty léků (prosím, odpovězte na otázku č. 32.)
- h. jiné (prosím, uveďte jaké):

32. Jaké vedlejší účinky jste měl/a (odpovězte, pokud jste v předchozí otázce č. 31.

odpověděl/a „vedlejší účinky“)

- a. ztráta chuti k jídlu
- b. nevolnost/zvracení/průjem/zácpa
- c. bolesti břicha
- d. točení hlavy
- e. bolesti hlavy
- f. svědění/problémy s kůží
- g. jiné (prosím, uveďte jaké):

IV. Tekutiny

33. Kdy naposledy s Vámi zdravotnický personál (lékař, sestra, ...) mluvil o omezení příjmu tekutin.

- a. tento týden
- b. minulý týden
- c. před měsícem
- d. před více než měsícem
- e. když jsem začal/a s dialyzační léčbou
- f. nikdy
- g. jinak (prosím, uveďte kdy):

34. Jak často s Vámi zdravotnický personál (lékař, sestra, ...) mluví o důležitosti dodržování omezení příjmu tekutin.

- a. každou dialyzační léčbu
- b. každý týden
- c. každý měsíc
- d. každé 2–3 měsíce
- e. každých 4–6 měsíců
- f. když mám špatné výsledky krevních nebo jiných testů
- g. vzácně
- h. nepravidelně
- i. nikdy
- j. jinak (prosím, uveďte jak často):

35. Během posledního týdne, jak často jste dodržel/a doporučení ohledně omezení příjmu tekutin?

- a. každý den (pořád)
- b. skoro každý den (skoro pořád)
- c. zhruba půlku času
- d. zřídka
- e. nikdy

36. Jak je podle Vás důležité omezit příjem tekutin?

velmi	hodně	středně	trošku	vůbec
5	4	3	2	1

37. Proč si myslíte, že je důležité omezit příjem tekutin?

- a. protože plně rozumím tomu, že stav mých ledvin vyžaduje omezení příjmu tekutin
- b. protože omezení příjmu tekutin je důležité, aby mé tělo zůstalo v dobré kondici
- c. protože mi to tak řekl zdravotnický personál (lékař, sestra, ...)
- d. protože poté co jsem vypil/a hodně tekutin jsem byl/a hospitalizovaný/á
- e. protože mi bývá špatně, když vypiji moc tekutin
- f. nemyslím si, že omezení příjmu tekutin je důležité
- g. jiné (prosím, uveďte proč):

38. Měl/a jste někdy potíže s omezováním příjmu tekutin.

- a. ne
- b. ano

39. Jak velké obtíže jste při nedodržení omezení příjmu tekutin měl/a?

žádné	malé	střední	velké	nebyl/a jsem schopný/a
1	2	3	4	5

40. Pokud jste měl/a potíže s dodržováním omezení příjmu tekutin, jaké jste měl/a?

- a. žádné obtíže jsem neměl/a
- b. žádné důležité obtíže
- c. nebyl/a jsem schopný/á kontrolovat příjem tekutin
- d. nerozumím, jak mám dodržovat omezení příjmu tekutin
- e. jiné (prosím, uveďte jaké):

41. Během posledního týdne, kolikrát jste se doma vážil/a?

- a. více než 3x
- b. 3x
- c. 2x
- d. 1x
- e. ani jednou
- f. jinak (prosím, uveďte kolikrát):

42. Jak je podle Vás důležité každý den se vážit?

velmi	hodně	středně	trošku	vůbec
5	4	3	2	1

V. Dieta

43. Kdy naposledy s Vámi zdravotnický personál (lékař, sestra, ...) mluvil o Vaší dietě?

- a. tento týden
- b. minulý týden
- c. před měsícem.
- d. před více než měsícem
- e. když jsem poprvé začal/a s dialyzační léčbou
- f. nikdy
- g. jindy (prosím, uveďte kdy):

44. Jak často s Vámi zdravotnický personál (lékař, sestra, ...) mluví o důležitosti dodržování vhodné diety?

- a. každou dialyzační léčbu.
- b. každý týden.
- c. každý měsíc.
- d. jednou za 2–3 měsíců.
- e. jednou za 4–6 měsíců.
- f. když mám špatné výsledky krevních nebo jiných testů.
- g. vzácně
- h. nepravidelně
- i. nikdy.
- j. jinak (prosím, uveďte jak často):

45. Jak je podle Vás důležité sledovat jaký druh jídla jíte?

velmi	hodně	středně	trošku	vůbec
5	4	3	2	1

46. Proč je podle Vás důležité denně sledovat Vaši dietu?

- a. protože plně rozumím, že stav mých ledvin vyžaduje dodržování dietních opatření
- b. protože sledování diety je důležité pro udržení zdraví
- c. protože mi to tak řekl zdravotnický personál (lékař, sestra, ...)
- d. protože mi není dobře, když sním určité jídlo, které bych neměl/a jíst
- e. protože jsem byl/a hospitalizovaný/á poté co jsem snědl/a určité jídlo, které bych neměl/a jíst
- f. nemyslím si, že je důležité sledovat co jím
- g. jiné (prosím, uveďte proč):

47. Měl/a jste někdy potíže s dodržováním dietních opatření?

- a. ne
- b. ano

48. Jak velké potíže máte s dodržováním dietních opatření?

žádné	malé	mírné	velké	nebyl/a jsem schopný/a
1	2	3	4	5

49. Jaký druh potíží jste měl/a s dodržováním dietních opatření?

- a. žádné potíže
- b. nechtěl/a jsem kontrolovat co můžu jíst
- c. nebyl/a jsem schopný/á vyhýbat se určitým nedoporučeným jídlům
- d. nerozuměl/a jsem jaký druh diety dodržovat
- e. jiné (prosím, uveďte jaké):

50. Během posledního týdne kolikrát jste dodržel/a dietní opatření?

- a. pokaždé
- b. většinou
- c. půlku času
- d. zřídka
- e. nikdy

9.3 Příloha 3: Žádost o provedení výzkumného šetření

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra

Jméno a příjmení studenta/studentky: Jitka Fousková

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): fouskova.jitka@centrum.cz

Název zdravotnického zařízení: ██████████

Oddělení: Hemodialýza

Název práce: Adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin

Cíl: Cílem bakalářské práce je zjistit úroveň adherence pacientů k léčbě chronického onemocnění ledvin.

Částečné cíle:

Cíl 1: Zjistit, jak pacient vnímá dialyzační léčbu.

Cíl 2: Zjistit, jak pacienta ovlivňuje přístup ošetřovatelského personálu.

Cíl 3: Identifikovat omezení, která jsou s dialyzační léčbou spojená.

Cíl 4: Vypracovat edukační materiál na zvýšení adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin.

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku: Ke sběru dat bude využita metodika kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat proběhne metodou dotazování pomocí standardizovaného dotazníku The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire. Bude rozdán pacientům dialyzačního centra. Stanovili jsme si výzkumné hypotézy, které se týkají adherence pacientů s chronickým onemocněním ledvin. V dotaznících se zaměříme na dodržování dialyzačního rozvrhu, dodržování farmakoterapie, dodržování omezení příjmu tekutin a diety. Výzkum bychom chtěli uskutečnit ve třech dialyzačních centrech v Jihočeském kraji. Chtěli bychom Vás ujistit, že zúčastněná zdravotnická zařízení nebudeme porovnávat. Byli bychom rádi, kdybychom z každého dialyzačního centra dostali zpět 20–40 vyplněných dotazníků. Následně bychom získané informace statisticky zpracovali a uspořádali do grafů. Výsledky bychom porovnali se stanovenými hypotézami.

Předpokládané výstupy: Výstupem bakalářské práce bude doporučení a edukační prostředek na zvýšení adherence v léčebném režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Výsledky práce mohou být použity jako informační materiál pro veřejnost.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno: Ph.D. Martin Červený

Podpis:  Martin Červený

16.02.2022

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu ~~nesouhlasím~~ souhlasím.

Jméno: 

Podpis: 

Hlavní sestra

 23.02.2022 

Předpokládané výstupy: Výstupem bakalářské práce bude doporučení a edukační prostředek na zvýšení adherence v léčebném režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Výsledky práce mohou být použity jako informační materiál pro veřejnost.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno: PhDr. Martin Červený

Podpis:  Martin Červený

16.02.2022

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím ~~nesouhlasím~~.

Jméno: 

Podpis: 

Předpokládané výstupy: Výstupem bakalářské práce bude doporučení a edukační prostředek na zvýšení adherence v léčebném režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Výsledky práce můžou být použity jako informační materiál pro veřejnost.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno: PhDr. Martin Červený

Podpis:


Martin Červený

16.02.2022

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/~~nesouhlasím~~.

Jméno:

Podpis:




23.2.22

9.4 Příloha 4: Edukační materiál



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Chronické onemocnění ledvin a léčebný režim

Počet pacientů s chronickým onemocněním je celosvětově vysoký a neustále se zvyšuje. Pro správnou léčbu je důležité, aby pacienti dodržovali léčebný režim uzpůsobený tak, aby nedocházelo ke zhoršování jejich stavu. Pacienti, kteří dodržují léčebná doporučení, mají vyšší šanci na delší dobu přežití a život s minimem komplikací.



Co je to chronické onemocnění ledvin?

- ledviny mají pro organismus významnou roli – odstraňují odpadní látky z těla,
- ledviny dlouhodobě regulují tlak krve a odstraňují toxiny a jiné cizí látky
- podstatou onemocnění je postupné poškození ledvinové stavby
- k poškození dochází následkem různých patologických procesů → následkem je snižování až ztráta funkce ledvin – ledviny přestávají fungovat

Příčiny chronického onemocnění

- nejčastější příčinou je diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, hypertenze, glomerulonefritida
- méně častými, ale významnými příčinami jsou infekty a obstrukce ledvin

Jak rozpoznat chronické onemocnění ledvin aneb kdy navštívit odborníka?

Kvůli dlouhodobému asymptomatickému průběhu však bývá diagnostikováno pozdě. Symptomy se objevují až ve stadiu nevratného poškození ledvin. Mezi příznaky, kterých je potřeba si všimnout, patří rychlá unavitelnost, nízká výkonnost, obtíže s koncentrací, námahová dušnost, menší chuť k jídlu, problémy se spánkem, otoky nohou (mohou se objevit také otoky obličeje), změny barvy kůže, svědivost kůže.





Léčba

Konzervativní léčba

- snaží se chránit ledviny a jejich funkci
- dostatečná pouze v případě, že ledviny mají zachovanou funkčnost
- patří sem: dieta, medikace, kontrola krevního tlaku, omezený příjem tekutin



Náhrada funkce ledvin

- nahradit sníženou či úplně zaniklou funkci ledvin částečně dokáží dialyzační postupy
- peritoneální dialýza
 - k očišťování krve využívá pobřišnici – blánu, která obklopuje orgány v dutině břišní
- hemodialýza
 - využívá umělou ledvinu, speciální přístroj, jenž přes speciální žilní vstupy mimotělně odstraňuje z krve odpadní látky

Pro správnou léčbu je důležité, aby pacienti dodržovali léčebný režim, aby nedocházelo ke zhoršování jejich stavu. Kvůli špatně fungujícím ledvinám dochází k zadržování vody v těle, proto nemocní mají určené množství tekutin, které mohou za den vypít. Musí rovněž dodržovat dietu zatěžující ledviny co nejméně. Farmakoterapie pomáhá předcházet komplikacím a umožňuje částečně nahrazovat některé z funkcí ledvin.



Co ovlivňuje přístup k léčbě?

pozitivní faktory

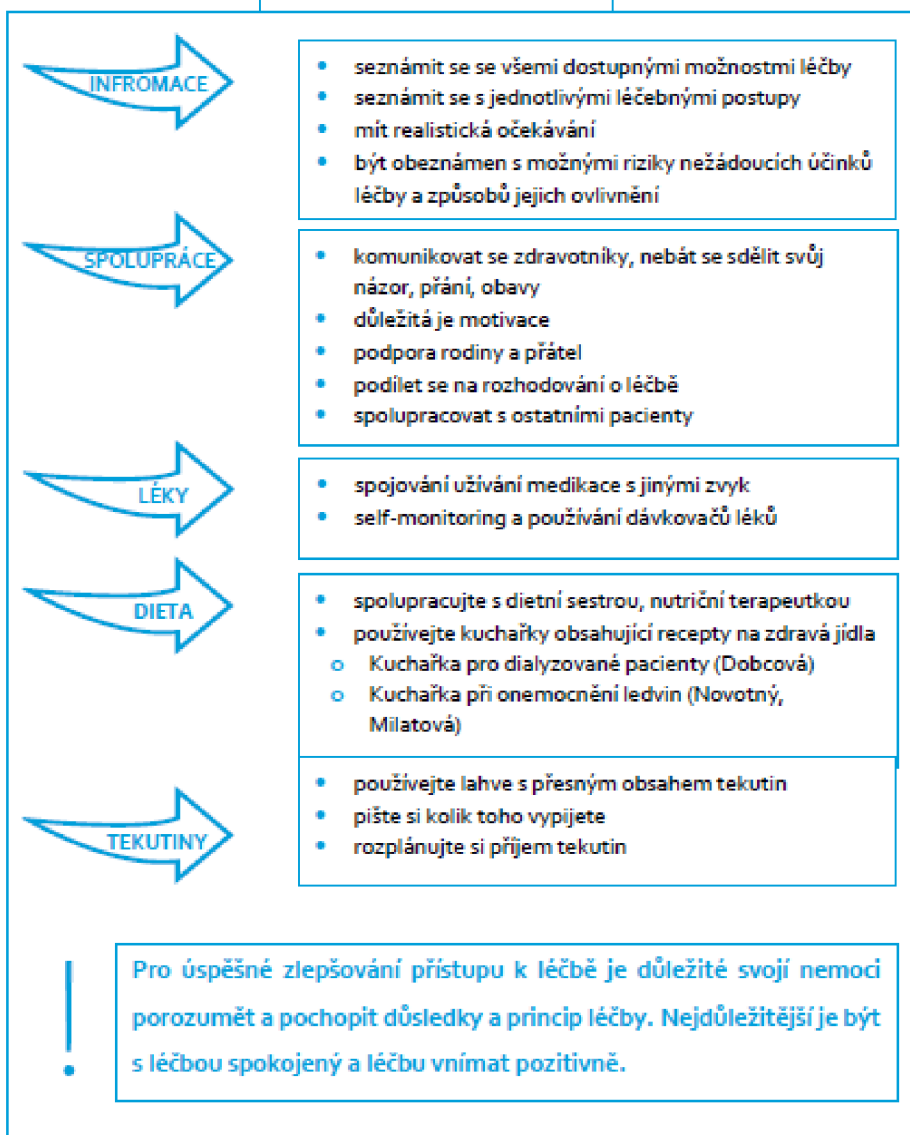
- podpora rodiny a přátel
- informovanost o účelu léčby a případných následcích nedodržování léčby

negativní faktory

- velké množství nekvalitních a nerelevantních informací
- popírání a neakceptace onemocnění
- nevnímání potenciálních následků nedodržování léčebného plánu



Jak zlepšit přístup k léčbě?





Dietní opatření



- znalost správné životosprávy je velmi důležitá
- dodržování diety během léčby je stejně důležité jako dodržování farmakoterapie, významně totiž ovlivňuje vývoj komplikací, kvalitu života, nemocnost a úmrtnost
- snahou dietních opatřeních je snížit příjem bílkovin, protože jejich složky zatěžují ledviny
- dieta by měla obsahovat vhodné množství plnohodnotných bílkovin, především živočišného původu
- cílem dietních opatření je sjednotit příjem jednotlivých živin
- úprava výživy má tři hlavní cíle, omezení uremické toxicity, zabránění podvýživě a zpomalení vývoje komplikací
- pacienti připravující se na dialyzační léčbu by měli dodržovat dietu s omezením bílkovin
- během dialýzy organismus přichází o potřebné bílkoviny a další potřebné látky, proto je potřeba množství bílkovin ve stravě navýšit
- přechod z nízkobílkovinné diety na dietu s vysokým obsahem bílkovin je často velmi problematický
- jídelníček dialyzovaného musí obsahovat větší množství bílkovin a energie, současně ale musí být omezen příjem fosforu, draslíku a sodíku
- při chronickém renálním selhávání je důležité omezit příjem tekutin na množství, které není vyšší o půl litru než objem moče vyloučené z organismu za 24 hodin
- je nezbytné, aby dietní opatření byla individualizovaná pro každého nemocného podle schopnosti ledvin a podle potřeb organismu

ZDROJE:

- FOUSKOVÁ, J., 2022. *Adherence k léčebnému režimu pacientů s chronickým onemocněním ledvin*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
- DUBCOVÁ, L., 2016. *Kuchařka pro dialyzované pacienty – 130 receptů*. Petrovice: ALMI (ProfiSales s.r.o.). 128 s. ISBN 978-80-87494-18-9.
- MILATOVÁ, R., NOVOTNÝ, M., 2017. *Kuchařka při onemocnění ledvin*. Praha: Vyšehrad. 104 s. ISBN 978-80-7429-809-7.

Vypracovala: Jitka Fousková

10 Seznam zkratek

ml/s – mililitrů za sekundu

KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes (Onemocnění ledvin zlepšení celosvětových výsledků)

m² – metr čtvereční

GF – glomerulární filtrace

VLDL cholesterol – very low density lipoprotein (lipoprotein o velmi nízké hustotě)

HDL cholesterol – high density lipoprotein (lipoprotein o vysoké hustotě)

mmol/l – milimol na litr

g/l – gram na litr

AV fistule – arteriovenózní fistule

Rh faktor – Rhesus faktor

HIV – Human immunodeficiency virus (lidský virus imunologické nedostatečnosti)

PRA – panel-reactive antibody (panel-reaktivních protilátek)