

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Eliška Lamaczová

Kvalita života pacienta s peritoneální dialýzou
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radana Pěružková

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2019

podpis

Děkuji vážené Mgr. Radaně Pěružkové za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady při tvorbě přehledové práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním ledvin

Název práce: Kvalita života pacienta s peritoneální dialýzou

Název práce v AJ: Quality of life of a patient with peritoneal dialysis

Datum zadání: 2018-01-21

Datum odevzdání: 2019-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: *Lamaczová Eliška*

Vedoucí práce: Mgr. Radana Pěružková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Peritoneální dialýza je jednou z možností dialýzy, která pacientům přináší určitou míru autonomie. Možnost léčby v domácím prostředí a nezávislost na zdravotnickém centru jsou faktory, které výrazně ovlivňují kvalitu života těchto osob. Přehledová bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacienta s peritoneální dialýzou. První část bakalářské práce předkládá publikované poznatky o kvalitě života pacienta s peritoneální dialýzou. Druhá část se zabývá potřebou edukace u pacienta s peritoneální dialýzou. Všechny informace byly dohledány v odborných databázích EBSCO, PubMed a ProQuest.

Abstrakt v AJ: Peritoneal dialysis is one of the options for dialysis that gives patients some degree of autonomy. Treatment options in the home environment and independence from the health center are factors that greatly affect the quality of life of these people. The bachelor thesis deals with the quality of life of a patient with peritoneal dialysis. The first part of the bachelor thesis presents published findings about the quality of life of a patient with peritoneal dialysis. The second part deals with the need for education in a patient with peritoneal dialysis. All informations was reserved in the professional databases EBSCO, PubMed and ProQuest.

Klíčová slova v ČJ: peritoneální dialýza, kvalita života, pacient, edukace, psychosociální faktory, ošetrovatelství

Klíčová slova v AJ: peritoneal dialysis, quality of life, patient, education, psychosocial factors, nursing

Rozsah: 41 stran/ 0 příloh

Obsah

Úvod	6
1 Popis řešeršní činnosti	8
2 Přehled publikovaných poznatků	11
2.1 Faktory ovlivňující kvalitu života pacienta s peritoneální dialýzou	13
2.2 Potřeba edukace u pacienta s peritoneální dialýzou.....	21
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků	28
Závěr.....	29
Referenční seznam	31
Seznam zkratek	41

Úvod

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem (WHO, 2017). Termín „kvalita života“ se v oblasti zdravotnictví používá již od 80. let 20. století. V dnešní době znamená „kvalita života“ hledání a identifikaci faktorů, které mají pozitivní vliv na dobrý a smysluplný život a pocit štěstí. Velký význam pro kvalitu života pacientů s peritoneální dialýzou (PD) má svoboda volby způsobu léčby a aktivní zapojení pacienta do rozhodování o léčbě (Mahrová et. al., 2016, s. 245).

Peritoneální dialýza je domácí renální substituční léčba u pacientů s konečným stádiem ledvinného onemocnění, která nabízí autonomní a flexibilní životní styl (Ellam, Wilkie, 2015, s. 484). Konečné stádium ledvinného onemocnění vyžaduje náhradu ledvin. Existuje několik způsobů renální substituční terapie: hemodialýza-HD, peritoneální dialýza-PD, transplantace ledvin-TxL (Mahrová, 2016, s. 245). Pacienti, kteří volí PD, často upřednostňují PD kvůli flexibilitě rozvrhu, schopnosti provádět dialýzu doma a schopnost dialyzovat se při spánku (Ghaffari et. al., 2013, s. 707). V roce 2016 bylo v České republice léčeno celkem 6739 dialyzovaných pacientů. Z toho pouze 429 pacientů (6,3 %) bylo léčeno peritoneální dialýzou (Rychlík, Lopot, 2016, s. 3).

Cílem bakalářské práce je sumarizace nejnovějších dohledaných publikovaných poznatků o kvalitě života pacienta s peritoneální dialýzou.

Pro vypracování přehledové bakalářské práce byly stanoveny dva dílčí cíle:

Cíl 1: Sumarizace nejnovějších dohledaných publikovaných poznatků o faktorech, které ovlivňují kvalitu života pacienta s peritoneální dialýzou.

Cíl 2: Sumarizace nejnovějších dohledaných publikovaných poznatků o potřebě edukace pacienta s peritoneální dialýzou.

Před tvorbou přehledové bakalářské práce byla prostudována tato vstupní studijní literatura:

ELLAM T. a M. WILKIE. 2015. Chronic kidney disease: Peritoneal dialysis. *Elsevier Ltd* [online]. **43**(8), 484-488. DOI: 10.1016/j.mpmed.2015.05.001. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1357303915001139>

GHAFFARI A. et. al. 2013. PD First: Peritoneal Dialysis as the Default Transition to Dialysis Therapy. *Seminars in Dialysis* [online]. **26**(6), 706-713. DOI: 10.1111/sdi.12125. ISSN 0894-0959. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=bf3c18df-03e1-4889-9f3d-52c9a0860389%40pdc-v-sessmgr06&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=92005675&db=a9h>

MAHROVÁ, Andrea, et al. 2016. Quality of life of patients on peritoneal dialysis treatment – Cross sectional study in the Czech Republic. *Kontakt* [online]. **18**(4), e244-e252 [cit. 2019-03-19]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2016.10.005. ISSN 12124117. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S121241171630040X>

WHO. 2017. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Introducing the WHOQOL instruments. *World Health Organization* [online]. © WHO 2017. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

1 Popis rešeršní činnosti

Pro rešeršní činnost byl použit standardní postup vyhledávání s použitím vhodných klíčových slov a za pomoci booleovských operátorů. Pro první fázi rešeršní činnosti bylo zvoleno období 2014-2019. V druhé fázi rešeršní činnosti bylo zahrnuto období 2009-2019 z důvodu malého množství kvalitních studií na dané téma. Sumarizační údaje o provedené rešeršní činnosti jsou uvedeny dále.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: peritoneální dialýza, kvalita života, pacient, edukace, psychosociální faktory, ošetřovatelství

Klíčová slova v AJ: peritoneal dialysis, quality of life, patient, education, psychosocial factors, nursing

Jazyk: český a anglický

Období: 2009-2019

Další kritéria: recenzovaná periodika, plný text



DATABÁZE:

EBSCO, PubMed, ProQuest



Nalezeno 136 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

nerecenzovaná periodika
duplicitní články
kvalifikační práce



**SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH
DOKUMENTŮ:**

EBSCO: 24 článků
PubMed: 6 článků
ProQuest: 18 článků



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Advances In Peritoneal Dialysis. Conference On Peritoneal Dialysis: 1 článek
American Journal of Kidney Diseases: 2 články
American Journal of Nephrology: 1 článek
Annals of Saudi Medicine: 1 článek
Blood Purification: 1 článek
Brazilian Journal of Nephrology: 1 článek
Elsevier Ltd: 1 článek
Enfermería Global: 1 článek
Escola Anna Nery: 1 článek
International Journal of Health Science: 1 článek
International Journal of Nephrology and Renovascular Disease: 1 článek
International Journal of Nursing Studies: 1 článek
International Journal of Preventive Medicine: 1 článek
International Urology and Nephrology: 1 článek
Journal of Advanced Nursing: 1 článek
Journal of clinical and diagnostic research: 1 článek
Journal of Clinical Medicine Research: 1 článek
Journal of Clinical Nursing: 2 články
Journal of Evidence-Based Care: 1 článek
Journal of Psychosomatic Research: 1 článek
Journal of Renal Care: 3 články
Kidney and Blood Pressure Research: 1 článek
Kontakt: 1 článek
Nefrologia: Publicacion Oficial De La Sociedad Espanola Nefrologia: 2 články
Nephrology: 3 články
Nephrology Dialysis Transplantation: 1 článek

Nephrology Nursing Journal: 2 články
Peritoneal Dialysis International: 7 článků
Plos one: 1 článek
Psychology & Health: 1 článek
Quality of Life Research: 1 článek
Scandinavian Journal of Urology and Nephrology: 1 článek
Seminars in Dialysis: 1 článek
World Journal of Nephrology: 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 48 dohledaných článků

Pro tvorbu bakalářské práce byla dále použita směrnice WHO a statistická ročenka dialyzační léčby v České republice, které jsou citovány v referenčním seznamu.

2 Přehled publikovaných poznatků

Počet pacientů s terminálním stádiem onemocnění ledvin stále roste a spolu s ním i hospodářská, sociální a individuální zátěž touto chorobou. V mnoha zemích zůstává PD nedostatečně využívána navzdory řadě výhod. Zapojení pacienta do rozhodování o možnosti léčby a péče v konečném stádiu onemocnění ledvin má zásadní význam. Spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem má vliv nejen na výsledky fyzického, psychického a sociálního zdraví, ale také na kvalitu života těchto pacientů a jejich rodin (Walker, Howard, Morton, 2016, s.341-343). Metoda PD má oproti hemodialýze určité výhody v tom, že umožňuje zachování zbytkové funkce ledvin, lepší kontrolu krevního tlaku a lepší kvalitu života, která spočívá v možnosti menšího dietního omezení a větší nezávislosti (Madar, Bar-Tal, 2009, s. 1664-1669). V důsledku zachování zbytkové funkce ledvin nemají pacienti s PD tak přísné omezení v oblasti stravy a množství přijatých tekutin (Goncalves et al., 2015, s. 471). Má však také určité nevýhody, jako jsou infekce, selhání katétru, selhání ultrafiltrace a vyhoření pacienta. V takovém případě je indikována HD. Tyto nevýhody mohou vyvolat pocit nejistoty, která vede k psychickému stresu a má negativní vliv na léčbu. Nejistota vyvolává neschopnost určit význam událostí nemoci a jejich symptomy. Nejistota může snížit schopnost pacienta zpracovávat informace. Důvěryhodnou osobou, sociální podporou a vzděláváním se může zabránit vzniku nejistoty a s ní zhoršené schopnosti zpracovávat informace. Důvěryhodnou osobou je nejčastěji poskytovatel zdravotní péče. Sociální podpora snižuje míru nejistoty prostřednictvím sdělování a prodiskutování informací o nemoci. Snížení nejistoty u pacienta s PD vyžaduje nejen poskytování informací, ale také zlepšení subjektivního vnímání jejich zdraví (Madar, Bar-Tal, 2009, s. 1664-1669). K pocitu podpory a vyrovnání se s každodenním životem na terapii PD pacientům pomáhá také silný rodinný vztah, možnost komunikace s jinými pacienty na dialyzační terapii, se kterými mohou sdílet zkušenosti a informace o tom, jak se s každodenním životem s PD vyrovnat. Stejně jako komunikace dialyzovaných pacientů mezi sebou je důležitá komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem (Tong et al., 2013, s.873-888).

Je všeobecně známo, že edukace optimalizuje výsledky ošetrovatelské péče, ať už se jedná o péči krátkodobou či dlouhodobou. Vzdělávání pacientů v různých aspektech PD snižuje riziko vzniku peritonitidy. Tím dochází ke snižování mortality a selhání techniky PD a zlepšování kvality života (Barone et al., 2011, s.97-100). PD mění život pacientů,

způsobuje změny v jejich fyzických a sociálních aktivitách a činí je závislémi na pomoci druhých (Sadala et al., 2010, s.38).

2.1 Faktory ovlivňující kvalitu života pacienta s peritoneální dialýzou

Termín kvalita života zahrnuje širokou škálu ukazatelů pokrývajících celkovou spokojenost se životy v oblastech jako jsou zdraví, podmínky bydlení, zaměstnanost, bezpečnost, vzdělávání a volný čas. Z hlediska zdravotního stavu jsou zvažovány fyzické, sociální a emocionální dopady způsobené onemocněním a jeho léčbou (Goncalves et al., 2015, s. 468). Joshi (2014) ve svém článku definuje kvalitu života jako širokou koncepci ovlivněnou komplexním tělesným zdravím, psychickým stavem, mírou nezávislosti, společenskými vztahy, osobním přesvědčením a jejich vztahem k charakteristickým rysům jejich životního prostředí (Joshi, 2014, s. 309). WHO (World Health Organization) definuje kvalitu života jako jedincovo vnímání jeho postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterém žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o širokou koncepci, která je komplexně ovlivněna fyzickým zdravím, psychickým stavem, mírou nezávislosti, společenskými vztahy, osobním přesvědčením a jejich vztahem k charakteristickým rysům prostředí (WHO, 2017). Onemocnění ledvin má významný dopad nejen na kvalitu života, ale také na psychický stav člověka, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti (Mahrová, 2016, s. 275).

PD je nejběžnější domácí metodou dialýzy u pacientů s konečným stádiem ledvinného onemocnění. End-stage renal disease (ESRD) je pátým stádiem chronického onemocnění ledvin, ve kterém dochází k postupné ztrátě funkce ledvin a stává se tak vážným zdravotním problémem. Očekává se, že výskyt ESRD v populaci se bude zvyšovat. Je to především způsobeno rostoucí prevalencí diabetu mellitu (DM), kardiovaskulárními chorobami a obezitou, ale také stárnutím populace (Schaepe, Bergjan, 2015, s. 883). Faktory, které ovlivňují volbu metody léčby pacientů s konečným stádiem selhání ledvin, se dle věku mohou lišit. Mladší pacienti si chtějí udržet způsoby normálního života a potřebují být stále pracovně aktivní, což PD poskytuje. Starší pacienti mohou naopak upřednostňovat zvýšený pocit bezpečnosti, který poskytuje hemodialýza v dialyzačním středisku. (Chang et al., 2018, s. 1888). Možnost vykonávat péči a léčbu v domácím prostředí, namísto nemocničního, může mít pozitivní vliv na psychosociální přizpůsobení pacienta, avšak tato možnost se sebou nese pro pacienta velkou zodpovědnost, která může být považována jako zátěž (Griva et al., 2010, s. 363-364). Peritoneální dialýzu mohou zvolit pacienti s lepší sociální podporou a efektivitou. Zatímco pacienti, kteří jsou méně

nezávislí, si mohou zvolit hemodialýzu jako svůj preferovaný způsob renální substituční léčby (Makkar et al., 2015, s. 30). Automatická peritoneální dialýza (APD) je ve srovnání s kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou (CAPD) pro pacienty pohodlnější. Je to především tím, že CAPD zahrnuje vícenásobné denní výměny dialyzační tekutiny, které zabírají více času a mají tak větší zásah do každodenních činností a životního stylu. Kromě toho, kontinuální přítomnost dialyzační tekutiny v břiše během dne je spojena se zvýšenou bolestí a intraabdominálním tlakem (Griva et al., 2010, s. 368-369). I když si výměnu dialyzátu pacient provádí sám, podmínkou metody CAPD je však přítomnost blízké osoby či příbuzného, popřípadě zdravotnického pracovníka (Sadala et al., 2010, s.39). Naopak osoby s APD zažívají omezení zejména v souvislosti s časem ulehnutí do postele. Každý den jsou nuceni jít do postele ve stanoveném čase a zůstat v posteli, dokud výměna dialyzátu nebude ráno ukončena (Petersson, Lennerling, 2017, s. 605-612). Volba dialyzační metody pacienta obecně závisí na úsudku lékaře, na dostupných zdrojích zdravotní péče, způsobu financování, klinickém stavu pacienta, přístupu k predialyzačním vzdělávání a osobní preferenci (Tong et al., 2013, s.873).

Pacienti s ESRD musí čelit dopadům dialyzační léčby, která nejenže může zhoršovat jejich fyzické zdraví, ale také může negativně ovlivnit jejich práci, rodinu, sociální aktivity a může vést k psychologickým problémům (Ya-Fang, I-chuan, 2015, s. 1435). Zazzeroni et al. (2017) ve svém systematickém přehledu uvádí, že domácí dialyzační metoda, jako je PD, nabízí autonomní a flexibilní životní styl, který vede k lepší kvalitě života (Zazzeroni et al., 2017, s. 718-719). Petersson a Lennerling (2017) ve své kvalitativní studii uvádějí, že navzdory ztrátě části autonomie a fyzického omezení, vykazovali pacienti s PD spokojenost a snažili se si život užívat. Ukázalo se, že ke zlepšení kvality života je nezbytné přijmout změnu způsobu života a nechat se od okolí podpořit. Postupně se dialyzační léčba stala rutinou a pacienti se více zaměřovali na okolní aktivity jako domácí práce, nakupování, setkávání se s přáteli, až po kontakt s dialyzačními sestrami během každodenních návštěv (Petersson, Lennerling, 2017, s. 605-612).

Důležitým nástrojem pro hodnocení kvality života dialyzovaných pacientů je dotazník Kidney Disease Quality of Life (KDQOL). Dotazník KDQOL je zaměřen na obavy týkající se zdraví osob s onemocněním ledvin, pacientů na dialýze a na vliv onemocnění ledvin na jejich každodenní život, na zátěž způsobenou nemocí ledvin, na pracovní stav, kognitivní funkce a kvalitu sociálních interakcí, na sexuální funkci, sociální podporu,

povzbuzení pracovníků dialýzy a spokojenost pacienta (Al Wakeel et al., 2012, s.570). Existuje několik verzí KDQOL; první verze je KDQOL Long-Form, která se skládá ze 134 otázek v 11 specifických stupnicích pro onemocnění ledvin. KDQOL-Short Form verze 1.3 se skládá ze 36 otázek týkajících se celkového fyzického a duševního stavu a 43 specifických otázek týkajících se selhání ledvin. KDQOL-Short Form verze 1.3 je také navržena v kratší verzi, známá jako KDQOL-Short Form 36, která se skládá z formátu Short Form-12 (který měří fyzické a duševní fungování pomocí 12 otázek) a 24 specifických otázek týkajících se této nemoci (Zazzeroni, 2017, s. 718-719).

Griva et al. (2013) hodnotili kvalitu života a emoční úzkost mezi pacienty na peritoneální dialýze a hemodialýze. Pro účast do této studie musel pacient splňovat tyto kritéria: věk 21 a více, léčba peritoneální dialýzou po dobu minimálně 3 měsíců nebo léčba hemodialýzou po dobu minimálně 6 měsíců, pacient musel být schopen poskytnout informovaný souhlas a musel být schopen komunikovat se zdravotníky. Kvalita života byla hodnocena pomocí KDQOL-SF-12, která zahrnovala měřítko fyzických složek a měřítko souhrnu duševních složek. Byly měřeny sociodemografické informace zahrnující pohlaví, věk, etnický původ, vzdělání, manželské a pracovní postavení aj. Konečný vzorek zahrnoval celkem 433 pacientů, z toho 201 na PD a 232 na HD. Z výsledků vyplynulo zhoršení kvality života u obou metod dialýzy. Vyšší symptomy deprese vykazovali pacienti s peritoneální dialýzou. Avšak spokojenost s péčí byla u nich signifikantně vyšší než u pacientů s HD (Griva et al., 2013, s. 57-66). Pacienti, kteří podstupují peritoneální dialýzu se cítí svobodněji než pacienti s hemodialýzou. Jsou schopni pokračovat v práci a cítí se spokojenější. Nejvíce postiženou doménou kvality života u pacientů s PD je fyzické zdraví, které je narušeno počtem výměn vaků, které jsou prováděny každých 6 hodin denně u kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy, nebo nezbytností pacientů s APD zůstat po dobu 8 až 10 hodin v posteli (Al Wakeel et al., 2012, s.573). Zazzeroni et al. (2017) ve svém systematickém přehledu popisuje kvalitu života, která je hodnocena prostřednictvím KDQOL-SF-36 a který, stejně jako výše jmenovaná studie, poukazuje u pacientů s PD na vyšší spokojenosti s péčí a léčbou (Zazzeroni et al., 2017, s. 717-727). Studie od Theofilou (2011) zabývající se kvalitou života pacientů s PD a HD zahrnovala celkem 144 pacientů, z toho 60 pacientů s PD a 80 s HD. Průměrný věk byl 61 let. Hodnocení kvality života bylo provedeno pomocí dotazníků WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) a General Health Questionnaire 28 (GHQ-28). Pacienti s peritoneální dialýzou dosáhli vyššího skóre

v oblasti sociálních vztahů. To může souviset s modelem peritoneální léčby, která nabízí větší kontrolu a flexibilitu v každodenním životě, a tudíž méně sociálních omezení. Dále bylo zjištěno, že PD v porovnání s hemodialyzovanými pacienty je v oblasti dostupnosti a kvality zdravotních služeb, dopravy, financí a rekreace hodnocena pozitivněji. Pokud jde o duševní zdraví, zjistilo se, že hemodialyzovaní pacienti hodnotili svůj celkový zdravotní stav jako horší, a hlásili více psychologických problémů, jako jsou problémy se spánkem a úzkost, spolu se sebevražednými myšlenkami (Theofilou, 2011, s. 132-138). Ze studie od Tong et al. (2013) vyplynulo, že většina pacientů s PD je schopna pokračovat v práci a do určité míry zůstat společensky aktivní. Za velice důležité účastníci studie považovali schopnost cestovat, jelikož pacienti s PD ve srovnání s hemodialyzovanými pacienty nejsou závislí na dialyzačních centrech (Tong et al., 2013, s.873-888).

Sexuální dysfunkcí u pacientů s PD se zabýval Azevedo et al. (2014). Tato studie poukazuje na to, že sexuální dysfunkce silně narušuje kvalitu života. Prevalence sexuální dysfunkce u mužů a žen je rozdílná, stejně tak i rizikové faktory této komplikace jsou u obou pohlaví odlišné. Z výsledků studie vyplynulo, že na zhoršenou pohlavní funkci u mužů, kromě očekávaných faktorů, jako je věk a diabetes, má vliv i zvýšená hladina vápníku v séru, což může vést k erektilní dysfunkci na podkladě vaskulární etiologie. Chronické onemocnění ledvin je spojeno s poruchami reprodukčních hormonů, které mohou zhoršit funkci hypotalamu a hypofýzy a přispět tak k sexuální dysfunkci. Na rozdíl od mužů, u nichž je erektilní funkce vnějším parametrem charakterizující sexuální funkci, je sexuální dysfunkce u žen subjektivnější a mnohem více související s psychickou nerovnováhou. Sexuální dysfunkce u žen je v porovnání s muži častější. Ženy se sexuální dysfunkcí často trpěly depresemi a komorbiditami, které vedly k poruchám výživy. Zároveň ve studii byla položena otázka, do jaké míry peritoneální katétr narušuje sexualitu. Většina účastníků odpověděla, že dopad na sexuální funkci má katétr minimální. Někteří dokonce argumentovali, že se stal součástí jejich těla. Pokud jde o sexualitu v rámci zvolené metody PD, bylo zjištěno, že sexuální dysfunkci hlásilo 27 % pacientů na APD, oproti 7,1 % pacientům na CAPD. Tudíž metoda APD může být omezujícím faktorem během sexuální dysfunkce (Azevedo et al., 2014, s. 703-709).

Pacienti s PD mají problémy se spánkem. Spánek je často narušován hlukem a světlem z dialyzačního přístroje během noční výměny dialyzačního roztoku. Důsledkem pak je celková únava a vyčerpanost (Tong et al., 2013, s. 884-886). Únavu spojenou se špatným

spánkem v každodenním životě zkoumali autoři Yngman-Uhlin et al. (2010). Pocit únavy ovlivňuje každodenní život tím, že omezuje činnost, kognitivní fungování a účast na společenských aktivitách. Únava byla součástí chronického onemocnění. Duševní únava převládala nad únavou fyzickou. Fyzická únava byla popsána jako tíha, slabost a snížená svalová síla. Pacienty s PD často trápí změněný vzorec spánku, způsobený častým nočním probouzením. Jedna z příčin narušeného spánku byl uremický syndrom, který se projevuje syndromem neklidných nohou, pruritem, křečemi a bolestmi břicha souvisejícími s výměnou dialyzačního roztoku. Během začínání s PD je nutné zvýšit potřebnou sílu člověka, a to jak fyzickou, tak i psychickou. Pacienti popsali pocity úzkosti a obavy, když se zřetelně projevila jejich neschopnost vykonávat činnosti, která byla způsobena únavou. Pacienti s PD často trpí únavou a jejími důsledky, které se projevují ve všech oblastech každodenního života, tj. v oblasti fyzického, psychického, sociálního a spirituálního zdraví. Únava zahrnuje řadu příznaků, jako jsou ospalost, vyčerpanost a symptomy deprese. Účastníkům studie pomohla únava a ospalost rozptýlit nadějná myšlenka na úspěšnou transplantaci ledviny (Yngman-Uhlin et al, 2010, s. 407-412). Erdogan, Dervisouglu a Kutlu (2012) uvádějí, že špatná kvalita spánku je spojena s nižší kvalitou života. S kvalitou spánku úzce souvisí základní nutriční ukazatelé, mezi které patří sérový albumin a celkový cholesterol. U diabetických pacientů na dialýze je špatný nutriční stav jedním z hlavních rizikových faktorů poruchy spánku. Autor dále poukazuje na to, že se špatnou kvalitou spánku úzce souvisí deprese a pocit beznaděje. Problémy se spánkem u pacientů s ESRD jsou pravděpodobněji spojeny s psychologickými faktory než s metabolickými změnami souvisejícími s onemocněním ledvin. Proto screening depresivních symptomů by měl být součástí rutinního vyšetření dialyzovaných pacientů s poruchou spánku (Erdogan, Dervisouglu, Kutlu, 2012, s. 444-447).

Peritoneální dialýza má významný vliv na psychosociální oblast života pacientů. Symptomy související s onemocněním ledvin, jako je únava, nevolnost, svědění kůže, poruchy spánku aj., mají za následek ztrátu fyzických a sociálních funkcí. Tyto ztráty jsou často příčinou vzniku deprese (Mok et al., 2019, s. 74). Deprese je nejčastějším psychiatrickým onemocněním u pacientů s konečným stádiem onemocnění ledvin (Ma, Li, 2016, s. 639). Je důležité rozlišovat přítomnost depresivních symptomů, které jsou hodnoceny pomocí dotazníků míry deprese, a přítomnost psychiatrické diagnózy depresivní poruch. Avšak depresivní nálady i klinická deprese mohou podstatně snížit kvalitu života a mohou být rizikovými faktory mortality dialyzovaných pacientů (Griva

et al., 2010, s. 363-364). AlDukhayel (2015) ve své průřezové studii uvádí, že u pacientů s konečným stádiem onemocnění ledvin je riziko vzniku deprese 4krát vyšší než u běžné populace. Studie tohoto autora se účastnilo celkem 266 pacientů, z toho 133 pacientů s PD. Z výsledků studie vyplynulo, že prevalence deprese u pacientů s peritoneální dialýzou byla vyšší než u pacientů s hemodialýzou (PD 98,5 % a HD 83,5 %) a že deprese u pacientů s PD je spojena s vyšším rizikem vzniku peritonitidy (AlDukhayel, 2015, s. 9-16). Také Goh a Griva (2018) uvádějí, že míra deprese u pacientů s PD je vyšší než u hemodialyzovaných pacientů. Jedna z příčin může být to, že PD je domácí dialyzační technika, kdy je pacient dennodenně odpovědný za svou péči a zdraví a léčení se v domácím prostředí může působit jako stálá připomínka špatného zdravotního stavu (Goh, Griva, 2018, s. 95-96). Nicméně ještě vyšší riziko vzniku deprese mají dialyzovaní pacienti, u kterých je diagnostikován diabetes mellitus. Vzniklá deprese u těchto pacientů způsobuje horší zvládání sebedpěče, což zahrnuje např. kontrolu krevního cukru (Mok et al., 2019, s. 80). AlDukhayel (2015) uvádí, že na vysokou prevalenci deprese měl vliv socioekonomický status pacientů, kdy 65,4 % účastníků mělo nízký měsíční příjem, 61 % z nich mělo nízké vzdělání a 48,9 % účastníků nepracovalo. Autor ve své studii dále uvádí, že většina dialyzovaných pacientů s depresivními symptomy a horší kvalitou života dosáhla pouze základního vzdělání (AlDukhayel, 2015, s. 9-16). Naopak Grincenkov et al. (2013) ve své brazilské studii poukazuje na to, že vzdělání a příjem rodiny významně neovlivňuje kvalitu života pacientů s peritoneální dialýzou. Socioekonomické postavení pacientů by tak nemělo být překážkou ve volbě PD jako způsob léčby onemocnění ledvin (Grincenkov et al., 2013, s. 687-696). Lin et al. (2013) uvádějí, že vliv na vznik deprese u dialyzovaných pacientů má úroveň sociální podpory. Sociální podpora je zahrnutí jednotlivce do komplexní sítě (rodina, přátelé, sousedé, kolegové a členové komunity), u níž může jedinec dávat a přijímat náklonnost a pomoc (Lin et al., 2013, s. 527-535). Nedostatek sociální podpory výrazně zhoršuje depresivní symptomy dialyzovaných pacientů. Nízká sociální podpora ze strany zdravotnických pracovníků může zapříčinit pacientovo nedodržování režimových opatření (Chan et al., 2018, s.159). Goh a Griva (2018) uvádějí, že míra deprese u pacientů s kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou a automatickou peritoneální dialýzou se může lišit. Z výsledků jejich studie vyšlo to, že pacienti s CAPD měli vyšší míru deprese než pacienti s automatickou peritoneální dialýzou. To by mohlo být způsobeno tím, že pravidelné denní výměny dialyzátu zabírají pacientům více času, a tím pádem mají méně

času na rodinu, práci a společenský život (Goh, Griva, 2018, s. 95-96) Clemente et al. (2010) ve své prospektivní observační studii, která zahrnovala 44 pacientů, uvádějí, že deprese nemá vliv na volbu dialyzační techniky, avšak výrazně zhoršuje průběh komplikací, které u dialyzovaných pacientů mohou nastat. Ze studie také vyplynulo to, že po informování pacientů o možných metodách dialýzy, bylo pro peritoneální dialýzu rozhodnuto 41 % pacientů. Avšak nakonec pouze 32 % si peritoneální dialýzu zvolilo. Důvodem byl strach a nejistota související se sebeděčí (Clemente et al., 2010, s. 198-199).

Pacienti s PD mají ve srovnání s běžnou populací sníženou fyzickou funkci a fyzickou aktivitu. Léčba PD může být překážkou ve vykonávání fyzické aktivity. Mezi faktory omezující fyzickou aktivitu patří dialyzát v peritoneální dutině, peritoneální katétr, zvýšené riziko kýly a riziko infekce v místě katétru. V praxi se pacientům doporučuje, aby se vyhnuli plavání, popřípadě plavali pouze v chlorovaných čistých bazénech či mořích. Dále se pacientům s PD, kteří se věnují namáhavým cvičením jako je tenis nebo vzpírání, doporučuje aktivitu vykonávat s vyprázdněnou dutinou břišní, a to především kvůli korelaci abdominálního tlaku. Naopak vytrvalostní cvičení, jako je cyklistika, můžou být prováděna bez nutnosti vyprázdnění dutiny břišní (Greenwood, 2017, s. 595-597).

PD má také vliv na sociální zdraví. Peritoneální dialýza může být příčinou pracovní neschopnosti, která přispívá k sociálnímu vyloučení osob. Zahrnuje velké množství změn a omezení, které jsou často považovány za stigma ovlivňující sociální vztahy. Pacienti s PD si musejí hlídat množství přijatých tekutin a nesmějí pít alkohol, a proto se často neúčastní různých oslav a událostí. To má za následek vzdalování přátel, až jejich ztrátu. Kromě změn způsobených onemocněním ledvin autoři studie poukazují na pocity strachu a obav pacientů před předsudky okolí. Dialýza vede k intenzivním změnám v životě těchto pacientů s dopadem na sociální a psychologickou dimenzi, zasahující do sociálních a rodinných vztahů. U mnohých pacientů vznikají sociální poruchy, sociální izolace a vzdalují se od svých přátel a příbuzných. Diagnostikování nemoci vede ke stavu zranitelnosti. Tento stav vyžaduje podílení a motivaci rodiny během procesu adaptace a zvládnutí nemoci. Domácí prostředí je před zahájením PD nutné vybavit a uzpůsobit tak, aby korelovalo s léčbou, stejně jako je nutné zapojit příbuzné a blízké osoby k aktivnímu vykonávání péče během celého onemocnění. Kromě toho, aby bylo možné provádět PD, je nutné zavést peritoneální katétr do dutiny břišní. Tento katétr mění vzhled těla pacienta

a může vést k pocitu narušeného obrazu těla. Rodina má proto důležitou roli během podpory pacienta k překonání stigmat souvisejících s PD. Přítomnost chronického onemocnění může povzbudit členy rodiny, aby se setkali, podporovali a pomáhali si při poskytování péče. Podpora rodiny je nezbytnou součástí v souvislosti s PD, zajišťuje dodržování léčby a zlepšuje kvalitu života. Podle hodnocení kvality života dotazníkem KDQOL-SF bylo zjištěno, že odhodlání příbuzných pacientů s PD pomoci v poskytování péče pozitivně ovlivnilo oblast spokojenosti pacienta. Kromě podpory rodiny, pacienti s PD potřebují upravit své stereotypy v každodenním životě, což představuje zátěž. Ačkoliv terapie peritoneální dialýzou poskytuje větší nezávislost, svobodu a pohodlí domova, vyžaduje také řadu změn v životním stylu, v návycích, v domácí organizaci, v práci, ve společenských aktivitách a v budoucnosti. Změny souvisí se změnami stravy, s kontrolou bilance tekutin, s hygienickou péčí o katétr aj. Činnosti pacientů s PD jsou omezeny a jejich životní rutinou se stává výměna dialyzačního roztoku, péče o katétr a užívání léku a dodržování vhodné diety. Důsledkem toho jsou dopady v sociálním životě se ztrátami v osobní, sociální a ekonomické sféře života pacienta s PD (Oliveira et al., 2019, s. 1-7).

2.2 Potřeba edukace u pacienta s peritoneální dialýzou

Edukace dialyzovaných pacientů má mnoho požadavků jak na pacienty, tak na edukační sestry. Pravděpodobně největším požadavkem je zajistit, aby pacient s PD zvládl více než 90 % své péče sám, přičemž vedl normální život a vypořádal se se stresem vyvolaným změnami v jeho životě. Každý pacient je jiný, má jiné vlastnosti a možnosti. Proto je edukace velmi různorodá a náročná (Bergjan, Schaepe, 2016, s. 1730). Jsou zapotřebí psychoedukační programy, které se zabývají tím, jak lze PD integrovat do normálního životního stylu pacienta, aby se minimalizoval pocit zdravotnického vniknutí do domácnosti a zátěž rodiny (Tong et al., 2013, s.885). Je podstatné rozlišovat vzdělávání a učení. Vzdělávání by mělo vést k získávání nových znalostí a dovedností, zatímco učení je akt či proces, během kterého dochází ke změnám v chování (Figueiredo et al., 2015, s. 141). Důležitou složkou v rámci PD je nejen edukace pacienta, ale i opakované reedukace, které zabraňují vzniku chyb a komplikací v souvislosti s PD. Tyto rekvalifikace jsou důležité zejména u těch pacientů, kteří s učením mají problémy (Barone et al., 2011, s. 97-100). Mezi tyto problémy můžeme řadit kognitivní poruchy způsobené pokročilou urémií, fyzické poruchy způsobené chronickou únavou a ztrátou síly, energie či motivace (Bergjan, Schaepe, 2016, s. 1730). Problémy s učením způsobují také psychologické problémy, které souvisí převážně se ztrátou důvěry a s pocitem závislosti na dialyzačním přístroji (Peikani et al., 2018, s. 1-2). Je nezbytné, aby poskytovatel zdravotní péče prvotně pochopil to, jak pacient své onemocnění vnímá, jak se u něj projevuje, jakými způsoby se s ním vyrovnává a zároveň jak se onemocnění podepisuje na jeho bio-psycho-socio-spirituálním zdraví a následně s pacientem konzultoval a vzdělával jej v jednotlivých oblastech života (Zarmehri, 2018, s. 42-45). Edukace pacientů s PD se může v různých zemích světa lišit. Odlišnost se týká zejména v době trvání edukace, metodách a učebních pomůckách, které jsou během edukace využívány (Bergjan, Schaepe, 2016, s. 1730). Metod a učebních pomůcek je široká škála. Pacienti mohou být edukováni prostřednictvím supervize, pomocí názorné ukázky technik na simulační panence, prostřednictvím ilustračních příruček, brožur, videí a her. Nejideálnější způsob poskytování edukace v oblasti PD není přesně stanoven. Přesto jakékoliv vzdělávání multidisciplinárním týmem s využitím skupinových diskuzí a individuálních konzultací výrazně zlepšuje sebeřízení a sebeúčinnost pacienta (Schaepe, Bergjan, 2015, s. 894). ISPD nabízí doporučený obsah edukace pacientů s PD. Obsah je

zaměřen především na technické dovednosti jako je aseptická technika, mytí rukou, provádění převazu v místě katétru, postup během výměny dialyzační tekutiny, péče o katétru, komplikace a jejich řešení (Bergjan, Schaepe, 2016, s. 1730). Hlavním cílem je ukázat pacientovi správnou metodu výměny PD, předat informace a dovednosti tak, aby byl pacient schopen provést požadované postupy bezpečně, a aby byl schopen rozpoznat jakoukoli infekci (Ozturk et al., 2009, s. 141). Dodržování aseptické techniky je klíčovým bodem k tomu, aby se snížilo riziko vzniku peritonitidy a dalším infekcím spojených s PD. Proto je důležité, aby pacient během edukace pochopil nezbytnost aseptického postupu (Schaepe, Bergjan, 2015, s. 895). U peritoneální dialýzy je nutností provádět výměnu dialyzátu dle postupu po předchozí správné hygieně rukou a s ohledem na aseptickou techniku. Rovněž pacienti musejí pečovat a pravidelně vyhodnocovat místo výstupu katétru, aby byli schopni zaznamenat jakékoliv známky infekce. To provádějí tak, jak byli poučeni a edukováni zdravotnickým personálem před zahájením léčby. Avšak požadavky na aseptickou výměnu jsou pro mnohé pacienty tak náročné, že i přes všechny výhody, které tato metoda dialýzy nabízí, si pacienti raději zvolí HD (Campbell et al., 2016, s.631-639). ISPD doporučuje do učebních osnov pro budoucí edukátory PD zařadit koncepci zásad vzdělávání dospělých. Tyto zásady by měli usnadnit vzdělání pacientů s PD, zvýšit jejich zapojení ve výuce a zlepšit komunikaci mezi edukátorem a edukantem (Boudville et al., 2017, s. 262). Andragogika neboli vzdělávání dospělých poskytuje to, aby sestra byla schopna poznat typ pacienta nebo pečovatele a byla schopna naplánovat edukaci a trénink. Figueiredo et al. (2015) ve své studii uvádí, že pouhých 31 % sester zaměřených na PD mělo základní znalosti v oblasti andragogiky (Figueiredo et al., 2015, s. 141). Edukátor PD musí mít dokonalou znalost postupu PD, jak vzdělávat, sledovat a dohlížet na edukanty (Schaepe, Bergjan, 2015, s. 884). V pokynech ISPD neexistuje jasně stanovená doba trvání edukace pacienta s PD (Ozturk et al., 2009, s. 141). Neexistuje ani standardizovaný postup, jak správně poskytovat edukaci a trénink v oblasti PD (Schaepe, Bergjan, 2015, s. 895). Edukaci lze provádět na klinice, v nemocnici nebo v domácím prostředí pacienta (Ozturk et al., 2009, s. 141). Schaepe a Bergjan (2015) uvádí, že vzdělávání v dialyzačním středisku je účinnější než v nemocničním prostředí a snížilo počet osob, které léčbu PD přerušily. Sestry edukátorky během domácí návštěvy mohou posoudit, zdali pacient s PD je schopen dovednosti a informace získané během školení převést do praxe. Domácí návštěvy poskytují edukátorům obraz o tom, jak pacient své dovednosti realizuje ve svém domácím prostředí (Schaepe, Bergjan, 2015, s. 893).

Ozturk et al. (2009) ve své studii uvádí, že pacienti s PD mají tendenci buď pozměnit či zapomenout základní a důležité informace, které obdrželi na začátku léčby PD. Je proto důležité edukaci a trénink PD stále opakovat (Ozturk et al., 2009, s. 141). Trénink pacienta s PD je jedním z aspektů úspěšného edukačního programu. Dalšími aspekty, které úspěšnost mohou ovlivnit jsou zkušenosti dialyzačních sester a nefrologů, technika implantace katétru a čistota domácího prostředí. ISPD proto vytvořila osnovu pro dialyzační sestry a edukátory, která pomáhá trénovat a edukovat pacienty v oblasti PD. Na konci tréninku sestra učí pacienta nebo pečovatele bezpečně, pohodlně a účinně provést potřebné dovednosti v rámci PD. Jako první musí sestra zjistit, jaký způsob učení daný pacient či pečovatel preferuje. Styl učení charakterizuje to, jakým způsobem se lidé integrují s podmínkami učení a zahrnují kognitivní, afektivní, fyzické a environmentální aspekty, které mohou podpořit zpracování informací. Jakmile sestra zjistí preferovaný styl učení pacienta, měla by odpovídajícím způsobem plánovat vzdělávání a trénink pacienta (Figueiredo et al., 2016, s. 592-594). Edukace se zaměřuje na obecný popis chronického onemocnění ledvin a způsoby substituční léčby, včetně popisu peritoneální dutiny. Dále na druhy peritoneálních roztoků a výměnu vaků. Důraz je kladen na správnou hygienu rukou a aseptický postup během výměny vaků. Součástí edukace je také dieta, farmakologická léčba, možné komplikace a jejich předcházení (Gadola et al., 2013, s. 41). Během edukace sestra věnuje pacientovi neomezenou pozornost a napomáhá mu během praktického postupu s cílem poskytnout pacientovi okamžitou zpětnou vazbu. Sestra také hodnotí dosažení cílů, které si s pacientem na začátku edukace stanovili. Minimální cíle, které je třeba splnit, jsou, aby pacient či pečovatel byl schopen bezpečně provádět PD postupy pomocí aseptické techniky k připojení na dialyzační stroj; rozpoznal infekci a našel vhodná opatření; rozpoznal změnu rovnováhy tekutin a její vztah k hypertenzi / hypotenzi; byl schopen odhalit, hlásit a zvládnout možné komplikace dialýzy pomocí dostupných zdrojů, věděl, kdy a jak komunikovat se svým dialyzačním střediskem (Figueiredo et al., 2016, s. 592-605). Výměna znalostí a informací, např. parafrázováním či rekapitulací probíraného tématu, podporuje porozumění při učení se nových dovedností mezi pacientem a edukátorem. Metoda této konverzace se odráží v neustálém opakování znalostí a dovedností, které si pak edukant lépe osvojí. Tato záměrná opakující se výměna znalostí a informací je popsána jako „Konverzační rámec“. Efektivní edukace pacientů s PD a rovněž edukátorů, by měla probíhat v souladu s osvědčenými postupy, které na konverzační rámec navazují (Boudville et al., 2018,

s.262-263). Komunikace zajišťuje přenos informací a zkušeností nejen ze strany sestry – pacient, ale také pacient – sestra, a tak jsou obě strany zapojeny do výměny svých znalostí a informací, aby dosáhly svých cílů (Sadala et al., 2010, s. 35). Komunikace je důležitá pro bezpečnost a obecnou prosperitu pacientů s PD. Pacient může s dialyzačním střediskem komunikovat prostřednictvím telefonního hovoru, e-mailu nebo textovou zprávou. V Kanadě mají pacienti s domácí dialýzou přístup k vlastní elektronické zdravotní dokumentaci, tudíž je jejich zapojení do vlastní péče výrazně vyšší. Dnešní moderní technologie umožňují pacientům s PD, kteří žijí daleko od dialyzačních středisek, samostatně řídit a odstraňovat problémy související s PD. Pacienti mají možnost připojit fotografii s určitým problémem, například s pochybným výstupním místem PD katétru nebo se zakalenou tekutinou ve vaku PD. Fotografie lze připojit do e-mailu či textové zprávy a zaslat jej do střediska, kde je přezkoumán dialyzační sestrou nebo nefrologem. Následně se zvolí plán léčby. Takto se pacient vyhne zbytečnému cestování (Figueiredo et al., 2016, s. 592-605). Nejčastější komplikací PD je peritonitida. Způsobuje selhání katétru PD a může dojít až k jeho odstranění a následně k selhání této terapeutické techniky. Opakovaná peritonitida může způsobit trvalé poškození pobřišnice. Tato komplikace může být způsobena nesprávnou technikou výměny tekutin, nevhodnou hygienou prostředí, kde dochází k výměně tekutin, nebo nedostatečnou osobní hygienou. Správná a dostatečná edukace je nezbytná pro snížení této komplikací (Peikani et al., 2018, s. 1-8). Peritonitida má vliv na fyzickou, sociální a finanční oblast života pacientů. Ovlivňuje jejich schopnost pracovat a vykonávat běžné každodenní aktivity (Campbell et al., 2016, s.639). Na snížení rizika vzniku peritonitidy má vliv doba trvání edukace a tréninku. Figueiredo et al. (2015) ve své studii zjistili, že při poskytnutí více než 15 hodin edukace a tréninku pacientů s PD, se riziko vzniku peritonitidy výrazně snižuje (Figueiredo et al., 2015, s. 140-141). Studie Schaepe a Bergjan (2015) ukazuje, že doba trvání tréninku PD se v různých zemích značně liší. Například v Brazílii a Kolumbii se počet hodin strávených vzděláváním a tréninkem PD rovnal 20 hodinám. V Hong Kongu to byl dvojnásobek, přesněji 44 hodin. Autorky však uvádí, že doba tréninku s rozvojem peritonitidy nesouvisí (Schaepe, Bergjan, 2015, s. 893). Naopak Figueiredo et al. (2015) tvrdí, že nejen nižší počet hodin strávených edukací a tréninkem zvyšuje míru peritonitidy, ale také nižší úroveň dosaženého vzdělání a věk > 65 let (Figueiredo et al., 2015, s. 140-141). Přesto, že nižší úroveň vzdělání je významně spojena se zvýšeným rizikem vzniku peritonitidy a selháním techniky PD, tak nebyla spojena se

zvýšenou mortalitou pacientů s PD. Pacienti s nižším vzděláním proto nemusí být odrazeni od tohoto způsobu léčby ESRD. Namísto toho by u takových pacientů měl být zlepšen komplexní výcvik postupu výměny vaku PD, dodržování předpisů v oblasti PD, kontroly krevního tlaku, kontroly bilance tekutin a multidisciplinárního vzdělávání o stravě (Kim et al., 2017, s. 11). Během edukace je třeba zdůraznit význam omezení příjmu sodíku, jehož nadbytek zvyšuje krevní tlak, a omezit příjem glukózy (Finkelstein, Ezekiel, Raducu, 2011, s.123). Pacientům, kteří dietní omezení dodržují, se léčba dodržuje lépe než těm, kteří dietu porušují. Také vykazují lepší výsledky ve schopnosti sebezpěče. Avšak je mnoho pacientů, kteří dietní opatření a změny související s chronickým onemocněním ledvin nedodržují i přesto, že o své nemoci vědí (Algarra et al., 2013, s. 54-64). Progrese chronického onemocnění ledvin vyvolává příznaky zdravotních problémů, které s sebou nesou změny v životním stylu a rolích. Pacienti tak často nechtějí tuto skutečnost vidět či slyšet (Finkelstein, Ezekiel, Raducu, 2011, s. 122).

Během vzdělávání pacienta s PD by se sestra měla zaměřit na dostatečnou motivaci a vyhnout se syndromu vyhoření. Motivovaný pacient má nižší předpoklad ke vzniku peritonitidy. Motivace však může být ovlivněna psychosociálními problémy spojenými s dialýzou, jako je například strach z neúspěchu, nízká sebeúcta, deprese. Ze studie také vyplynulo, že depresivní pacienti, kteří nebyli motivováni, měli vyšší riziko vzniku peritonitidy než depresivní pacienti, kteří si motivaci udrželi. Ačkoliv motivace během edukace a léčby snižuje riziko vzniku peritonitidy, neexistuje zatím žádný validovaný nástroj k posouzení motivace dialyzovaných pacientů vykonávat sebezpečí (Paudel et al., 2015, s. 33-42). Chang et al. (2018) zkoumali, zda tzv. informačně-motivačně-behaviorální (IMB) model chování může ovlivňovat chování pacienta s PD v oblasti sebezpečí. Péče o sebe je ovlivněna hned několika faktory. Dostatkem znalostí o nemoci, možnostech sebezpečí aj., osobní motivací a sociální podporou. Výsledky této studie ukázaly, že pacienti s většími znalostmi, větší pozitivní motivací a sociální podporou měli lepší výsledky v oblasti sebezpečí v PD. Podle IMB modelu jsou informace a motivace pro pacienta důležité k získání dovedností a důvěry. Nicméně i ti neinformovanější a vysoce pozitivní pacienti nemohou provádět komplexní sebezpečí bez osvojených praktických zkušeností. Proto by se sestra během edukace měla zaměřit na všechny tři složky současně: znalost, motivace a dovednost. Edukátor by měl zajistit, aby pacient měl dobrou znalost o PD. Je třeba posílit záměr pacienta realizovat sebezpečí tím, že ho zdravotnický personál bude dostatečně motivovat (Chang et al., 2018, s. 1885-1890). K

pozitivním zdravotním výsledkům, jako je delší doba přežití v predialyzačním období, zlepšení adherence léků, zlepšení kontroly krevního tlaku, snížení progresse onemocnění a nutnosti hospitalizace a zlepšení celkové kvality života, také dopomáhá samostatné vykonávání aktivit pacienta s PD. Z toho vyplývá, že je důležité, aby pacienti podstupující PD a jejich rodiny edukaci a trénink absolvovali, díky čemuž oblast sebekpěče lépe zvládnou (Schaepe, Bergjan, 2015, s.895-896). Sebekpěči mohou omezit fyzické i kognitivní problémy. I přesto musí edukace pokračovat, a to za pomoci sestry v naději na dosažení kvalitní péče (Sadala et al., 2010, s.39). Sestry zaměřené na dialýzu se často účastní predialyzačního vzdělávání. Zde mají prostor k posouzení potřeb pacienta a jejich životního stylu. Během predialyzačního vzdělávání poskytují informace o možných způsobech dialýzy, které umožní pacientovi rozhodnout se o metodě dialýzy, která vyhovuje jeho individuální situaci. Wright a Wilson (2015) uvádí, že tento fakt pacienti hodnotí kladně a uvádí, že sestra jim při rozhodování o metodě léčby dialýzou pomohla (Wright a Wilson, 2015, s. 471-473). Spigolon et al. (2016) ve své studii uvádí, že predialyzační vzdělávání a péče je spojena s lepší kvalitou života a se zmírněním progresse chronického onemocnění ledvin (Spigolon et al., 2016, s. 104-111).

Většina pacientů, u kterých hrozí vznik ESRD, má velmi málo znalostí o možnostech léčby chronického onemocnění ledvin. To představuje problém pro pacienty, kteří uvažují o domácí dialýze, jelikož před zvolením metody dialýzy by měli mít čas na prodiskutování s rodinou a rozmyšlení. Existují však problémy s poskytováním vzdělávání pacientům s chronickým onemocněním ledvin, a to zejména v oblasti získávání finančních prostředků na podporu vzdělávacích programů (Finkelstein, Ezekiel, Raducu, 2011, s. 121-122). Programy vzdělávání v sebekpěči pro chronická onemocnění, které vyžadují akutní léčbu, např. astma, diabetes mellitus aj., se primárně zaměřují na sledování symptomů. U chronických onemocnění, která jsou méně akutní, např. artritida, bolesti zad aj., se programy zaměřují na psychosociální problémy. U ESRD se mohou vyskytovat akutní komplikace i psychologické změny, proto by tyto programy měly pomoci jednotlivci zvládat příznaky a symptomy a měly by je na léčbu peritoneální dialýzou psychicky připravit (Schaepe, Bergjan, 2015, s.896). V dnešní době mají pacienti možnost získat množství informací, které jsou dostupné na internetu. Některé jsou informativní, přesné a užitečné, avšak některé jsou zavádějící a zkreslené. Proto by se pacienti měli vyvarovat čerpání informací z různých internetových diskuzí a raději se zaměřit na získání kvalitních informací od zdravotníků. Vzdělávací programy jsou důležité

nejen z hlediska usnadnění výběru způsobu léčby ESRD, ale také mohou nástup ESRD oddálit (Finkelstein, Ezekiel, Raducu, 2011, s. 121-122).

2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Ze sumarizace dohledaných výsledků vyplývá, že kvalita života pacienta s peritoneální dialýzou je omezena ve všech oblastech života, nejvíce však v oblasti fyzického zdraví. I přesto však hodnoty spokojenosti s péčí a léčbou jsou u pacientů s peritoneální dialýzou vyšší než u pacientů s hemodialýzou. Většina studií zaměřující se na chronické onemocnění ledvin se zabývá hemodialýzou. Studií, které popisují kvalitu života s PD bez srovnání s HD, je velmi málo. Rovněž je velmi málo studií, které popisují kvalitu života pacientů s PD na území České republiky. V souvislosti s rozšiřováním metody peritoneální dialýzy je nezbytné sledovat potřeby, obavy a celkovou kvalitu života pacientů s PD a vyvodit z toho programy a intervence k podpoře psychosociálního zdraví. Zatím však neexistují standardizované programy a jednotné postupy edukace pacientů a zdravotnických pracovníků v oblasti peritoneální dialýzy ve všech zemích světa. Také existuje velmi málo randomizovaných studií, které by se na téma edukace pacientů s peritoneální dialýzou zaměřovaly.

Závěr

Peritoneální dialýza je metoda léčby chronického onemocnění ledvin. Ačkoliv se jedná o domácí metodu léčby, kdy pacient není závislý na zdravotnickém zařízení, je pacient omezován v různých oblastech života a dialýza mění jeho kvalitu života. Bez řádné edukace a praktických dovedností by pacient nebyl schopen tuto metodu dialýzy provádět. Proto kvalita života a edukace spolu úzce souvisí.

Přehledová bakalářská práce sumarizuje nejnovější dohledané publikované poznatky o kvalitě života pacienta s peritoneální dialýzou.

Prvním dílčím cílem bylo sumarizovat nejnovější dohledané publikované poznatky o faktorech, které ovlivňují kvalitu života pacienta s PD. Autoři studií se shodují, že PD nabízí autonomii a flexibilitu v životním stylu, který zlepšuje kvalitu života. Z dohledaných informací vyplývá, že kvalitu života ovlivňuje hned několik faktorů, jak z oblasti fyzického, psychického a sociálního zdraví. Dohledané studie dokazují, že negativní vliv na kvalitu života má únava a porucha spánku, které způsobuje několik příčin jako je např. uremický syndrom nebo narušování spánku hlukem a světlem z dialyzačního přístroje během noční výměny dialyzačního roztoku. Únava poté ovlivňuje činnost v každodenním životě, v kognitivním fungování aj. S únavou úzce souvisí deprese. Deprese se může projevit jako pocit únavy a ztráty energie u dialyzovaných pacientů. Jedná se o častý identifikovatelný faktor, který má negativní vliv na život osob s PD. Je to nejčastější psychiatrické onemocnění u pacientů s konečným stádiem onemocnění ledvin. Riziko vzniku deprese u těchto osob je až 4krát vyšší než u běžné populace. Deprese způsobuje vyšší riziko vzniku peritonitidy, nedodržování režimových opatření, způsobuje horší zvládání sebekpěče. Peritoneální dialýza může vést k pracovní neschopnosti, k sociálním poruchám a izolaci. Peritoneální katétr může mnohým pacientům změnit pohled na své vlastní tělo a stát se tak příčinou úzkosti a deprese. Pacienti s peritoneální dialýzou mohou trpět sexuální dysfunkcí, která silně narušuje jejich kvalitu života. Sexuální dysfunkce u mužů je patrná na pohled, avšak u žen často souvisí s psychickou nerovnováhou. Bylo zjištěno, že pacienti s metodou automatické peritoneální dialýzy hlásí vyšší sexuální dysfunkci než pacienti s kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou. Peritoneální dialýza ovlivňuje fyzickou oblast pacientů. Faktorů, které fyzickou aktivitu omezují je hned několik. Zejména peritoneální katétr, dialyzát v peritoneální dutině aj. Během léčby PD je důležitá podpora pacienta ze

strany rodiny, přátel a zdravotnických pracovníků. Nedostatečná podpora vede k negativnímu dopadu na fyzické a psychické zdraví.

Druhým cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat nejnovější dohledané publikované poznatky o potřebě edukace pacienta s peritoneální dialýzou. Kvalitní edukace pacienta s peritoneální dialýzou je nezbytnou oblastí péče. Hlavním cílem edukace je zajistit to, aby byl pacient schopen provádět většinu péče sám. K tomu slouží predialyzační vzdělávání. Obsah edukace je zaměřen především na technické dovednosti, kdy nejdůležitějším prvkem je dodržování aseptického postupu. Nedostatečnou edukací mohou vznikat komplikace, které mohou vést k přechodu z peritoneální dialýzy na hemodialýzu. Ačkoli je PD stále rozšiřující se metodou náhrady ledvin, která nabízí léčbu z pohodlí domova, flexibilitu a určitou autonomii, je využití této metody dialýzy stále nízké. Tento problém může souviset s nedostatečnou edukací pacientů s ESRD, kteří o výhodách této metody nevědí. Edukace pacientů o možnosti této terapie je stejně důležitá, jako edukace pacientů s PD.

Predialyzační vzdělávání je v nefrologii jedna z nejméně prozkoumaných oblastí. Tento fakt by mohl být důvodem k dalším výzkumům v oblasti vzdělávání a odborné přípravy jak osob s PD, tak i pracovníků, kteří s pacienty pracují. Tato přehledová bakalářská práce by mohla být využita pro zájemce, kteří se tímto tématem zabývají a chtějí se dozvědět nejnovější dohledané poznatky v oblasti peritoneální dialýzy zaměřující se jak na faktory, které ovlivňují kvalitu života pacienta, tak na potřebu edukace pacienta s PD. Zároveň tato přehledová bakalářská práce slouží jako souhrn nejnovějších dohledaných poznatků v oblasti kvality života pacientů s peritoneální dialýzou.

Referenční seznam

AL WAKEEL, Jamal et al. 2012. Quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine* [online]. **32**(6), 570-574 [cit. 2019-03-15]. DOI: 10.5144/0256-4947.2012.570. ISSN 0256-4947. Dostupné z: <http://www.annsaudimed.net/index.php/vol32/vol32iss6/378.html>

ALDUKHAYEL, AbdulRhman. 2015. Prevalence of Depressive Symptoms among Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *International Journal Of Health Sciences* [online]. **9**(1):9-16 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=mdc&AN=25901128&lang=cs&site=eds-live>

ALGARRA, Carrillo et al. 2013. Self-care capability of the patients in peritoneal dialysis: A pilot study in bogotá. *Enfermería Global* [online]. **12**(30), 54-64 [cit. 2019-03-13]. ISSN 1695-6141. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/289264223_Self-care_capability_of_the_patients_in_peritoneal_dialysis_A_pilot_study_in_bogota

AZEVEDO, Pedro et al. 2014. Sexual dysfunction in men and women on peritoneal dialysis: Differential link with metabolic factors and quality of life perception. *Nefrologia: Publicacion Oficial De La Sociedad Espanola Nefrologia* [online]. **34**(6), 703- 709 [cit. 2019-02-22]. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12548. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=c93a1a19-144b-4490-a6d4-adf76d4de9af%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#AN=25335087&db=mdc>

BARONE, Roberto J. et al. 2011. The importance of the Patient's training in chronic peritoneal dialysis and peritonitis. *Advances In Peritoneal Dialysis. Conference On Peritoneal Dialysis* [online]. **27**, 97-100 [cit. 2019-03-02]. ISSN 11978554. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=38ae7e6e-183b-43dd-8d05-aada84e575bd%40sessionmgr120&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#db=mdc&AN=22073838>

BERGJAN, Manuela a Christiane SCHAEPE, 2016. Educational strategies and challenges in peritoneal dialysis: a qualitative study of renal nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **25**(11-12), 1729-1739 [cit. 2019-03-02]. DOI: 10.1111/jocn.13191. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13191>

BOUDVILLE, Neil et al. 2018. Teaching peritoneal dialysis in Australia: An opportunity for improvement. *Nephrology* [online]. **23**(3), 259-263 [cit. 2019-03-04]. DOI: 10.1111/nep.12992. ISSN 13205358. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/nep.12992>

CAMPBELL, J. Denise et al. 2016. Patients' Perspectives on the Prevention and Treatment of Peritonitis in Peritoneal Dialysis: A Semi-Structured Interview Study. *Peritoneal Dialysis International* [online]. **36**(6), 631-639 [cit. 2019-04-15]. DOI: 10.3747/pdi.2016.00075. ISSN 0896-8608. Dostupné z: <http://www.pdicconnect.com/cgi/doi/10.3747/pdi.2016.00075>

CLEMENTE ET AL., Ponz E. 2010. Analysis of psychological factors influencing peritoneal dialysis selection. *Nefrologia: Publicacion Oficial De La Sociedad Espanola Nefrologia* [online]. **30**(2), 195-201 [cit. 2019-04-17]. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Feb.10235. Dostupné z: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=245e65a0-971c-4519-bb88-15059491fc8b%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9Y3Mm c2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#AN=20393619&db=mdc>
Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

ERDOGAN, Ayla, DERVISOGLU Erkan a Ayse KUTLU. 2012. Sleep quality and its correlates in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* [online]. **46**(6), 441-447 [cit. 2019-02-26]. DOI: 10.3109/00365599.2012.693134. ISSN 0036-5599. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365599.2012.693134>

ELLAM T. a M. WILKIE. 2015. Chronic kidney disease: Peritoneal dialysis. *Elsevier Ltd* [online]. **43**(8), 484-488. DOI: 10.1016/j.mpmed.2015.05.001. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1357303915001139>

FIGUEIREDO, Ana E. et al. 2015. Impact of patient training patterns on peritonitis rates in a large national cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation* [online]. **30**(1), 137-142 [cit. 2019-03-11]. DOI: 10.1093/ndt/gfu286. ISSN 0931-0509. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ndt/article-lookup/doi/10.1093/ndt/gfu286>

FIGUEIREDO, Ana E. et al. 2016. A Syllabus for Teaching Peritoneal Dialysis to Patients and Caregivers. *Peritoneal Dialysis International* [online]. **36**(6), 592-605 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.3747/pdi.2015.00277. ISSN 0896-8608. Dostupné z: <http://www.pdiconnect.com/cgi/doi/10.3747/pdi.2015.00277>

FINKELSTEIN, Fredric O., EZEKIEL Ojo Olalekan a Radu RADUCU. 2011. Development of a Peritoneal Dialysis Program. *Blood Purification* [online]. **31**(1-3), 121-124 [cit. 2019-03-13]. DOI: 10.1159/000321847. ISSN 1421-9735. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/321847>

GADOLA, Liliana et al. 2013. Using a Multidisciplinary Training Program to Reduce Peritonitis in Peritoneal Dialysis Patients. *Peritoneal Dialysis International* [online]. **33**(1), 38-45 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.3747/pdi.2011.00109. ISSN 0896-8608. Dostupné z: <http://www.pdiconnect.com/cgi/doi/10.3747/pdi.2011.00109>

GHAFFARI A. et. al. 2013. PD First: Peritoneal Dialysis as the Default Transition to Dialysis Therapy. *Seminars in Dialysis* [online]. **26**(6), 706-713. DOI: 10.1111/sdi.12125. ISSN 0894-0959. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=bf3c18df-03e1-4889-9f3d-52c9a0860389%40pdc-v-sessmgr06&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=92005675&db=a9h>

GOH, Zhong Sheng a Konstadina GRIVA. 2018. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges – a narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease* [online]. **11**, 93-102 [cit. 2019-04-13]. DOI: 10.2147/IJNRD.S126615. ISSN 1178-7058. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/anxiety-and-depression-in-patients-with-end-stage-renal-disease-impact-peer-reviewed-article-IJNRD>

GONÇALVES, Fernanda A. et al. 2015. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba - PR. *Brazilian Journal of Nephrology*[online]. **4**(37), 467-474 [cit. 2019-01-30]. DOI: 10.5935/0101-2800.20150074. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26648496>

GREENWOOD, Sharlene, 2017. Do we need tailored physical activity levels in patients with chronic kidney disease treated with peritoneal dialysis?. *Peritoneal Dialysis International* [online]. **37**(6), 595-597 [cit. 2019-03-13]. ISSN 08968608. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=2532123a-805e-4e32-83a0-30d96ea36d23%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=127480860&db=edb>

GRINCENKOV, Fabiane Rossi dos Santos et al. 2013. Longitudinal Changes in Health-Related Quality of Life Scores in Brazilian Incident Peritoneal Dialysis Patients (BRAZPD): Socio-economic Status Not a Barrier. *Peritoneal Dialysis International*[online]. **33**(6), 687-696 [cit. 2019-04-11]. DOI: 10.3747/pdi.2012.00038. ISSN 0896-8608. Dostupné z: <http://www.pdicconnect.com/cgi/doi/10.3747/pdi.2012.00038>

GRIVA, Konstandina et al. 2013. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Quality of Life Research* [online]. **1**(23), 57-66 [cit. 2019-02-01]. DOI: 10.1007/s11136-013-0431-8. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-013-0431-8>

GRIVA, Konstadina et al. 2010. An evaluation of illness, treatment perceptions, and depression in hospital- vs. home-based dialysis modalities. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. **69**(4), 363-370 [cit. 2019-04-11]. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.04.008. ISSN 00223999. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399910001716>

CHAN, Koon Ming et al. 2018. Prevalence and impact of anxiety and depression in Chinese peritoneal dialysis patients: A single centre study. *Nephrology* [online]. **23**(2), 155-161 [cit. 2019-04-15]. DOI: 10.1111/nep.12970. ISSN 13205358. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/nep.12970>

CHANG, Tian-ying et al. 2018. A study on the information-motivation-behavioural skills model among Chinese adults with peritoneal dialysis. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **27**(9-10), 1884-1890 [cit. 2019-03-12]. DOI: 10.1111/jocn.14304. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.14304>

instruments. *World Health Organization* [online]. © WHO 2017. [cit. 2019-01-06].

JOSHI, Vena D. 2014. Quality of life in end stage renal disease patients. *World Journal of Nephrology*[online]. **3**(4), 308-316 [cit. 2019-01-30]. DOI: 10.5527/wjn.v3.i4.308. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25374827>

KIM, H. Jin et al. 2017. Lower Education Level Is a Risk Factor for Peritonitis and Technique Failure but Not a Risk for Overall Mortality in Peritoneal Dialysis under Comprehensive Training System. *PLOS ONE* [online]. **12**(1), 1-13 [cit. 2019-03-12]. DOI: 10.1371/journal.pone.0169063. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0169063>

LIN, Jianxiong et al. 2013. The effect of social support and coping style on depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in southern China. *International Urology and Nephrology* [online]. **45**(2), 527-535 [cit. 2019-04-10]. DOI: 10.1007/s11255-012-0309-7. ISSN 0301-1623. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11255-012-0309-7>

MA, Terry King-Wing a Philip Kam-Tao LI. 2016. Depression in dialysis patients. *Nephrology* [online]. **21**(8), 639-646 [cit. 2019-04-10]. DOI: 10.1111/nep.12742. ISSN 13205358. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/nep.12742>

MADAR, Hadassa a Yoram BAR-TAL. 2009. The experience of uncertainty among patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **65**(8), 1664-1669 [cit. 2019-03-14]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05013.x. ISSN 03092402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2009.05013.x>

MAHROVÁ, Andrea et al. 2016. Quality of life of patients on peritoneal dialysis treatment – Cross sectional study in the Czech Republic. *Kontakt* [online]. **18**(4), 244-252 [cit. 2018-09-11]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2016.10.005. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S121241171630040X>

MAKKAR, Vikas et al. 2015. Comparison of Outcomes and Quality of Life between Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Indian ESRD Population. *Journal of clinical and diagnostic research*. **9**(3), 28-31 [online]. 2015 [cit. 2019-03-15]. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11472.5709. ISSN 2249782X. Dostupné z: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=3&page=OC28&issn=0973-709x&id=5709

MOK, Maggie M.Y. et al. 2019. A Longitudinal Study on the Prevalence and Risk Factors for Depression and Anxiety, Quality of Life, and Clinical Outcomes in Incident Peritoneal Dialysis Patients. *Peritoneal Dialysis International* [online]. **39**(1), 74-82 [cit. 2019-04-10]. DOI: 10.3747/pdi.2017.00168. ISSN 0896-8608. Dostupné z: <http://www.pdiconnect.com/lookup/doi/10.3747/pdi.2017.00168>

OLIVEIRA, Jeany F. et al. 2019. Quality of life of patients on peritoneal dialysis and its impact on the social dimension. *Escola Anna Nery* [online]. **23**(1), 1-7 [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2018-0265. ISSN 2177-9465. Dostupné z:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100219&lng=en&tlng=en

OZTURK, Savas et al. 2009. Assessing and training patients on peritoneal dialysis in their own homes can influence better practice. *Journal of Renal Care* [online]. **35**(3), 141-146 [cit. 2019-03-05]. DOI: 10.1111/j.1755-6686.2009.00089.x. ISSN 17556678. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/>

PAUDEL, Klara et al. 2015. Lack of motivation: A new modifiable risk factor for peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis?. *Journal of Renal Care* [online]. **41**(1), 33-42 [cit. 2019-03-11]. DOI: 10.1111/jorc.12101. ISSN 17556678. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jorc.12101>

PEIKANI, Fatemeh A. et al. 2018. The effect of health-belief-model-based training on behaviors preventing peritonitis in patients on peritoneal dialysis. *International Journal of Preventive Medicine* [online]. **9**(1) [cit. 2019-03-11]. DOI: 10.4103/ijpvm.IJPVM_566_17. ISSN 2008-7802. Dostupné z: <http://www.ijpvmjournal.net/text.asp?2018/9/1/72/239007>

PETERSSON, Ingrid a Annette LENNERLING. 2017. Experiences of Living with Assisted Peritoneal Dialysis – A Qualitative Study. *Peritoneal Dialysis International* [online]. **37**(6), 605-612 [cit. 2019-02-22]. DOI: 10.3747/pdi.2017.00045. ISSN 0896-8608. Dostupné z: <http://www.pdiconnect.com/lookup/doi/10.3747/pdi.2017.00045>

RYCHLÍK, Ivan a František LOPOT, 2016. Česká nefrologická společnost. Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2016 [online]. Praha: Česká nefrologická společnost [cit. 2019-03-19]. Dostupné z: <http://www.nefrol.cz/hledat?q=ro%C4%8Denka>

SADALA, L. A. Maria et al. 2010. Nurse-patient communication while performing home dialysis: The patients' perceptions. *Journal of Renal Care* [online]. **36**(1), 34-40 [cit.

2019-03-14]. DOI: 10.1111/j.1755-6686.2010.00135.x. ISSN 17556678. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1755-6686.2010.00135.x>

SCHAEPE, Christiane a Manuela BERGJAN. 2015. Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **52**(4), 882-898 [cit. 2019-03-04]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009. ISSN 00207489. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748914003551>

SPIGOLON, Dandara N. et al. 2016. Impact of Pre-Dialysis Care on Clinical Outcomes in Peritoneal Dialysis Patients. *American Journal of Nephrology* [online]. **43**(2), 104-111 [cit. 2019-03-12]. DOI: 10.1159/000444401. ISSN 0250-8095. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/444401>

THEOFILOU, Paraskevi. 2011. Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment. *Journal of Clinical Medicine Research* [online]. **3**(3), 132-138 [cit. 2019-02-01]. DOI: 10.4021/jocmr552w. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21811544>

TONG, Allison et al. 2013. The Perspectives of Adults Living With Peritoneal Dialysis: Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *American Journal of Kidney Diseases* [online]. **61**(6), 873-888 [cit. 2019-02-22]. DOI: 10.1053/j.ajkd.2012.08.045. ISSN 02726386. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272638612013315>

WALKER, Rachael C., HOWARD Kirsten a Rachael L. MORTON. 2016. Patient Education and Choice of Peritoneal Dialysis. *American Journal of Kidney Diseases* [online]. **68**(3), 341-343 [cit. 2019-03-19]. DOI: 10.1053/j.ajkd.2016.06.007. ISSN 02726386. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272638616301986>

WHO. 2017. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Introducing the WHOQOL instruments. *World Health Organization* [online]. © WHO 2017. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

WRIGHT, Linda S. a Linda WILSON, 2015. Quality of Life and Self-Efficacy in Three Dialysis Modalities: Incenter Hemodialysis, Home Hemodialysis, and Home Peritoneal Dialysis. *Nephrology Nursing Journal* [online]. **42**(5), 463-477 [cit. 2019-03-14]. ISSN 1526-744X. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c7af9981-3013-4a27-8c8c-49b3813b1776%40sdc-v-sessmgr04>

YA-FANG, Ho a Li I-CHUAN. 2016. The influence of different dialysis modalities on the quality of life of patients with end-stage renal disease: A systematic literature review. *Psychology & Health* [online]. **31**(12), 1435-1465 [cit. 2019-02-01]. DOI: 10.1080/08870446.2016.1226307. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27604248>

YNGMAN-UHLIN, Pia et al., 2010. Circling Around in Tiredness: Perspectives Of Patients on Peritoneal Dialysis. *Nephrology Nursing Journal*. [online]. **37**(4), 407-412 [cit. 2019-02-26]. ISSN 1526-744X. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=9f001286-6817-4700-953c-fb0a6e37a2b2%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#AN=52930418&db=a9h>

ZARMEHRI, Narges S. et al., 2018. Comparison of the Effects of Using Self-regulation Theory and self-care Education on Medical Adherence in Patients Receiving Peritoneal Kidney Dialysis. *Journal of Evidence-Based Care* [online]. **8**(3), 35-45 [cit. 2019-03-02]. DOI: 10.22038/ebcj.2018.29148.1723. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=0a9777db-c31a-46ee-bc1b-44da47316dd7%40sessionmgr120&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#AN=edsdoj.26a6064cf22e49e69fa63833b69895b4&db=edsdoj>

ZAZZERONI, Luca et al. 2017. Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Kidney and Blood Pressure Research*[online]. **42**(4), 717-727 [cit. 2019-02-01]. DOI: 10.1159/000484115. ISSN 1420-4096. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/484115>

Seznam zkratek

Aj.- a jiné

APD-Automated Peritoneal Dialysis

CAPD-Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

ESRD-End stage renal disease

Et al.- a kolektiv

GHQ-28- General Health Questionnaire 28

HD-Hemodialýza

IMB-informačně-motivační-behaviorální model

ISPD-International Society for Peritoneal Dialysis

Např.-Například

PD-Peritoneální dialýza

WHOQOL-BREF-WHO Quality of Life-BREF

WHO-World Health Organization