



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra Ošetřovatelství

Bakalářská práce

Specifika ošetřovatelské péče ve stravování u dlouhodobě dialyzovaných pacientů

Vypracoval: Kamil Šrámek
Vedoucí práce: Mgr. Monika Matoušková

České Budějovice 2014

Abstrakt

Hemodialýza je metoda odstraňování odpadních látek, jako je např. draslík, močovina, a nadbytečné vody z krve při selhání ledvin. Hemodialýza je jednou ze tří terapií náhrady funkce ledvin. Dalšími terapiemi jsou transplantace ledvin a peritoneální dialýza. Hemodialýza může být prováděna buď v hemodialyzačním středisku, nebo v nemocnici, domácí hemodialýza není příliš častá. Stravování u dialyzovaných pacientů se výrazně odlišuje od diety před dialyzačním obdobím. Dobře vyvážená dieta je základem všeho. Pacient nesmí být malnutriční, ale ani nesmí mít v potravě nadbytek některých složek. Dieta pro nemocné v dialyzačním programu musí splňovat dva základní požadavky. Musí zajistit dostatek energie a látek potřebných pro organismus hlavně aminokyseliny, potřebné pro tvorbu bílkovin, vápník, vitamíny, železo. Pacient musí omezit některé látky, které při hromadění v organismu působí škodlivě, například je nutné omezit tekutiny, nadbytek bílkovin, ze kterých vzniká močovina, nadbytek fosforu, který urychluje vápenatění cév, nadbytek draslíku, který při vysoké hladině v krvi může způsobit poruchy srdečního rytmu.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno formou rozhovoru. Rozhovor obsahoval celkem dvacet polostrukturovaných otázek a byl předem připravený. Každý rozhovor byl anonymní a respondent měl vždy možnost rozhovor odmítnout. Se souhlasem respondenta a staniční sestry byl rozhovor zaznamenán na diktafon a posléze upraven do elektronické podoby, která se stala podkladem pro výzkumné šetření. Z výzkumného šetření vznikly kategorie.

Kvalitativní výzkumný soubor probíhal v nemocnicích Prachatice, České Budějovice a Třebíč. Výzkumný vzorek byl tvořen pěti respondenty v Nemocnici Prachatice a. s. Další výzkumný vzorek byl tvořen pěti respondenty v Nemocnici Třebíč, příspěvková organizace a dvěma respondenty v Nemocnici České Budějovice a. s. Všichni respondenti byli pacienti, kteří pravidelně docházejí do hemodialyzačního střediska ve zmíněných městech. Rozhovory s respondenty byly vedeny od února do dubna 2014. V Nemocnici České Budějovice a. s. bylo provedeno výzkumné šetření za souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Kyselové. V Nemocnici Prachatice

a. s. výzkumné šetření proběhlo za souhlasu hlavní sestry Janouškové a v Nemocnici Třebíč, příspěvková organizace, byl proveden výzkum za souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Andělové.

Na první výzkumnou otázku jsme si v rámci výzkumného šetření odpověděli takto, klienti, kteří dochází pravidelně na hemodialýzu, uváděli, že největší změnou pro ně bylo omezení tekutin, vynechání omáček a polévek. Také nejedí jídla ostrá a příliš kořeněná, snaží se konzumovat spíše čerstvé potraviny. Dále hemodialýza neovlivnila pouze respondenty, ale také jejich rodiny, které se snaží dodržovat dietní omezení s klienty. Na druhou otázku jsme získali odpovědi pouze od respondentů z nemocnice Prachatice a. s., protože ostatní respondenti stravu během hemodialýzy nedostávali a nosili si svačiny z domova. Klienti byli se stravou spokojeni, každý den měli jinou svačinu a podle nich stravu dobře vyváženou. V rámci výzkumného šetření jsme si také odpověděli na to, zda klienti dodržují dietní opatření. Bohužel z našeho výzkumného šetření vyplývá, že více respondentů buď dietu nedodrží vůbec, nebo se ve stravování omezuje, ale v podstatě v menším množství konzumuje vše. Jediné, v čem se striktně hlídají, jsou tekutiny, jelikož tento fakt si díky vážení při každé hemodialýze sestry ověří. Z výzkumu vyšlo, že pouze dva ze dvanácti respondentů striktně dietu dodržují. Klienti uváděli, že byli s podáváním informací od sester spokojeni, informace pro ně byly srozumitelné, pouze jeden klient byl nespokojen a představoval by si spolupráci se sestrami lepší.

Výsledky z výzkumného šetření poskytnou zmapování stravy v nemocničním zařízení u dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Přínosem výzkumného šetření bude vypracování informativního letáku na téma Důležitost stravování pro dialyzované pacienty.

Klíčová slova: strava- dieta- hemodialýza- malnutrice- dialyzovaný pacient

Abstract

Haemodialysis is a method of removing waste substances such as potassium, urea and excess water from the blood during renal failure. Hemodialysis is one of three renal replacement therapies. Other treatments are a kidney transplant and peritoneal dialysis. Hemodialysis can be performed either in the hemodialysis center, or in a hospital, but home hemodialysis is not too frequent. Eating for dialysis patients differs significantly from the forward dialysis diet period. A well balanced diet is the foundation of everything. The patient may neither be malnourished, nor to have surplus of any components in their diet. A diet for patients in dialysis program must meet two basic requirements; the diet must provide enough energy and substances needed by the body mainly amino acids required for the production of protein, calcium, vitamins, iron, restrict certain substances that accumulate in the body is harmful, for example, fluid restriction, excess protein from which the formation of urea, excess phosphorus, which accelerated calcification of blood vessels, excess potassium, which at high levels in the blood can cause heart rhythm disturbances.

Qualitative research was carried out by interview. The interview contained a total of twenty semi-structured questions and was prepared in advance. Each interview was anonymous and each respondent had the opportunity to refuse it. With the consent of the respondent and the ward nurse, the interview was recorded on a tape recorder and later adapted into an electronic form, which became the basis for the research. From the research arose categories.

Qualitative research file conducted in hospitals Prachatice, České Budějovice and Třebíč. The research sample consisted of five respondents in the Nemocnice Prachatice a. s. Another research sample consisted of five respondents in Nemocnice Třebíč and two respondents in the Nemocnice České Budějovice a. s. All respondents were patients who regularly attend to hemodialysis centers in these cities. Interviews with respondents were conducted from February to April 2014. In the Nemocnice České Budějovice a. s. the research survey was conducted with the consent of the Deputy for nursing care, Mgr. Kyselová. In Nemocnice Prachatice a. s. the research survey was conducted with

the consent of the head nurse in the hospital Janoušková and in the Nemocnice Třebíč the research was conducted with the consent of the Deputy for nursing care Mgr. Andělová.

The first research question we have answered within the survey this way, clients who are occurring regularly to hemodialysis reported, that the biggest change for them, regardless of fluid restriction was omissions sauces and soups. They also do not eat any food too spicy and try to consume more fresh foods. Furthermore, it not only affected the respondents , but also their families, who are trying to comply with dietary restrictions together with clients. On the second question, we get answers only from respondents from the Nemocnice Prachatice a. s. because other respondents did not receive food during hemodialysis and wore a snack from home. Clients were satisfied with diet, they had a different snack every day according to a well-balanced diet. As part of the research we have also responded to the fact how clients comply with the dietary measures. Unfortunately, our research implies that more respondents either do not comply with the diet at all, or are very scarce in following the diet. Basically, in smaller quantities they consumed everything, only what is strictly guarded is fluid, as this fact thanks to weighing, nurses at each hemodialysis verified . The research came out that only two of the twelve respondents strictly adhere to the diet. Clients reported that they were satisfied with informing from nurses, the information from them was comprehensible; only one client was unhappy and ideated better cooperation with the nursers.

The results of the survey provide mapping meals in the hospital for long-term dialysis patients. The benefits of the research will be to develop an information leaflet on the topic: The importance of catering for dialysis patients.

Key words: nourishment - diet - hemodialysis - malnutrition - dialyzed patient

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (2. 5. 2014)

.....

Kamil Šrámek

Poděkování

Rád bych poděkoval Mgr. Monice Matouškové, vedoucí mé bakalářské práce a to nejen za odbornou pomoc, cenné rady a obrovskou trpělivost, ale především za lidský přístup při jejím zpracování. Poděkování patří také Mgr. Radce Frčkové za ochotu při korektuře mé bakalářské práce a v neposlední řadě rodině, která mě podpořila.

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	12
1.1 Charakteristika hemodialýzy	12
1.1.1 Hemodialýza obecně	12
1.1.2 Princip hemodialýzy	13
1.1.3 Indikace hemodialýzy	14
1.1.4 Kontraindikace hemodialýzy	15
1.1.5 Komplikace při hemodialýze	15
1.1.6 Dlouhodobě dialyzovaný pacient	16
1.2 Specifika stravování v ošetrovatelství u hemodialyzovaných pacientů....	17
1.2.1 Problematika nutrice u hemodialyzovaných pacientů	17
1.2.2 Ošetrovatelská péče ve stravování u dialyzovaných pacientů	18
1.3 Anamnéza a vyšetřovací metody u hemodialyzovaných pacientů	19
1.3.1 Dietologické vyšetření a antropometrické měření	19
1.3.2 Biochemická a imunologická vyšetření	20
1.4 Nutriční stav u dlouhodobě dialyzovaných pacientů	21
1.4.1 Metabolické faktory	22
1.4.2 Gastrointestinální faktory	23
1.4.3 Psychosociální a ekonomické faktory	23
1.4.4 Přidružené choroby	24
1.5 Dietní režim v ošetrovatelství u dlouhodobě dialyzovaných pacientů	24
1.5.1 Doporučená strava pro hemodialyzovaného pacienta	25
1.5.2 Dietní omezení u hemodialyzovaného pacienta	27
1.5.3 Příjem tekutin	28
2 Empirická část	29
2.1 Cíle práce a výzkumné otázky	29
2.1.1 Cíle práce	29
2.1.2 Výzkumné otázky	29

3	Metodika	30
3.1	Metodika práce	30
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku	30
4	Kategorie rozhovorů.....	31
4.1	Identifikační tabulka výzkumného souboru.....	31
4.2	Kategorizace získaných dat	32
4.2.1	Stravovací návyky	32
4.2.2	Příjem tekutin	33
4.2.3	Strava během hemodialýzy.....	35
4.2.4	Informace o výživě	37
4.2.5	Dostatek informací	39
4.2.6	Důsledek nespolupráce	40
4.2.7	Pojem malnutrice	41
5	Diskuze.....	42
6	Závěr	48
7	Seznam literatury	50
8	Přílohy	54

Úvod

V současné době je medicína na velice vysoké úrovni a umožňuje pacientům s onemocněním ledvin i nadále vést téměř plnohodnotný život. Pacienti se samozřejmě musejí přizpůsobit situaci a dodržovat určité návyky, jako je stravování, pravidelné docházení do hemodialyzačního zařízení a životospráva.

Jedním z klíčových témat ošetrovatelské péče u hemodialyzovaných pacientů je životospráva. Toto téma je aktuální a neustále diskutované. Každý pacient by si měl uvědomit, že pro udržení zdraví je důležité dodržování dietního omezení, a to především z toho důvodu, aby se nedostavily závažné komplikace jeho zdravotního stavu.

Jeden můj přítel trpí onemocněním ledvin a dlouhodobě navštěvuje hemodialyzační zařízení. Při rozhovoru s ním jsem zjistil, že nedodrжуje žádná dietní opatření, což mne překvapilo a vzbudilo to můj zájem. Chtěl jsem se tedy dozvědět více o dané problematice, a proto jsem absolvoval exkurzi v hemodialyzačním středisku v Prachaticích v rámci odborné praxe, kde jsem měl možnost dozvědět se spoustu zajímavých informací o pacientech a jejich stravovacích návycích. To byl jeden z hlavních důvodů, které mne iniciovaly, a vzbudily mou pozornost k napsání této bakalářské práce.

Cílem naší práce bylo odhalit, jaké stravovací návyky mají hemodialyzovaní pacienti a jaká je jejich spokojenost. Pro výzkumné šetření byl zvolen region jižní Čechy, a Vysočina, kde byly osloveni pacienti s onemocněním ledvin, kteří jsou odkázáni na hemodialyzační léčbu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 12 pacientů z výše uvedených regionů.

Pro získání dat u hemodialyzovaných pacientů jsme použili polostrukturovaný rozhovor. Následné vyhodnocení dat bylo zpracováno metodou kódování a pro přehlednost jsme zvolili identifikační tabulku pacientů.

Téma, které jsme zvolili, se věnuje specifikaci stravování u pacientů, kteří dlouhodobě a pravidelně docházejí do hemodialyzačního zařízení. Zajímalo nás, jakým způsobem změnila nemoc pacientům stravovací návyky. Zpracováním bakalářské práce

u mne došlo k prohloubení vědomostí v oblasti specifík stravovacích návyků a životního stylu u hemodialyzovaných pacientů.

1 Současný stav

Hemodialýza je metoda odstraňování odpadních látek, jako je draslík, močovina, a nadbytečné vody z krve, při selhání ledvin. Hemodialýza je jednou ze tří terapií náhrady funkce ledvin. Další možnosti jsou transplantace ledvin a peritoneální dialýza. Hemodialýza může být prováděná buď v hemodialyzačním středisku, nebo v nemocnici, domácí hemodialýza není příliš častá. Stravování u dialyzovaných pacientů se výrazně odlišuje od diety v předdialyzačním období. Dobře vyvážená dieta je základ všeho. Pacient nesmí být malnutriční, ale ani nesmí mít v potravě nadbytek některých složek. Dieta pro nemocné v dialyzačním programu musí splňovat dva základní požadavky. Musí zajistit dostatek energie a látek potřebných pro organismus, tj. hlavně aminokyselin, které jsou potřebné pro tvorbu bílkovin, vápník, vitamíny, železo. Výživa by měla omezit některé látky, které při hromadění v organismu působí škodlivě například tekutiny, bílkoviny, ze kterých vzniká močovina, fosfor, který urychluje vápenatění cév, draslík, který při vysoké hladině v krvi může způsobit poruchy srdečního rytmu (33, 34).

1.1 Charakteristika hemodialýzy

1.1.1 Hemodialýza obecně

Hemodialýza je jednou z metod očišťování krve. Pomocí této metody se zbavuje krev zplodin na bázi dusíkového metabolismu, a to zejména urey a kreatininu, a tím se udržuje stálá acidobazická rovnováha. K léčbě selhání ledvin se využívají i jiné metody, jako je například hemoperfuze a plazmaferéza. Tyto metody se ovšem využívají pouze jednorázově, a to většinou u intoxikací. U hemodialyzační léčby využíváme dialyzační přístroj, který obsahuje semipermeabilní membránu, okolo které protéká krev. Hemodialýza byla poprvé aplikována v roce 1943 v Nizozemí, u nás byla poprvé použita v roce 1955 (1).

Pacienti, ať už s akutním či chronickým selháváním ledvin, jsou dialyzováni na dialyzačních jednotkách. Na tato pracoviště pacienti docházejí třikrát týdně na tři až čtyři hodiny. Všichni dlouhodobě nemocní jsou zařazeni do dialyzačně-transplantačního programu, kde čekají na transplantaci ledvin. Pacienti docházející na hemodialýzu musí být vždy preventivně očkovaní proti hepatitidě typu B. Před aplikací dialýzy je krev každého pacienta heparinizovaná, samozřejmě kromě těch pacientů, kteří mají zvýšené krvácivé projevy. U těchto je možné provést dialýzu bez heparinizace (1).

1.1.2 Princip hemodialýzy

Princip hemodialýzy se skládá z difúze a filtrace přes semipermeabilní membránu, jinak se může nazývat i dialyzační membrána, která je celulózová nebo syntetická. Nejdůležitější součástí dialyzačního přístroje je dialyzátor, ve kterém se nachází dialyzační membrána a dialyzační roztok (1).

Difúze je spontánní pasivní transport látky z prostředí s vyšší koncentrací do prostředí s nižší koncentrací přes polopropustnou membránu, tento děj se nazývá dialýza. Během procesu hemodialýzy difundují katabolity z krve přes membránu do dialyzačního roztoku a tím procesem se dokáže celý organismus zbavit škodlivých zplodin a látek. Objevuje se zde i pojem zpětná difúze, což je charakteristika přechodu látek v opačném směru. Tento děj se uplatňuje především k úpravě acidobazické rovnováhy. Rychlost celého procesu difúze závisí na koeficientu difúze, dále na ploše membrány, její tloušťce a na rozdílu koncentrací látky v krvi a dialyzačním roztoku. Koeficient difúze závisí zejména na vlastnostech membrány a na složení dané látky. Látky o menší molekule jsou difúzí lépe odstraňovány než látky o velké molekule (15).

Odpadní látky přestupují z krve do dialyzačního roztoku, v tomto roztoku mají nižší či žádnou koncentraci. Abychom proto mohli dialýzu využívat, musí mít pacient dočasný nebo trvalý cévní přístup, který by měl zajistit přítok krve 200 – 300 ml/min. Při akutním selhání ledvin využíváme vena jugularis, vena subclavia a vena femoralis. U těchto cévních přístupů je nebezpečí krvácení, stenózy, sepse, infekce a trombózy.

Mezi trvalé cévní přístupy řadíme shunt, tj. arteriovenózní píštěl mezi vena cephalika a arteria radialis, zde je nebezpečí vzniku trombózy, hematomu a aneurysmatu (1).

1.1.3 Indikace hemodialýzy

Dle indikace dělíme hemodialýzu na akutní a chronickou. Nejčastější indikací k akutní hemodialýze je akutní selhávání ledvin. Akutní selhávání ledvin má u pacientů s jakýmkoli orgánovým poškozením stále vysokou letalitu. Vzhledem k frekvenci těchto onemocnění se poslední dobou využívají stále častěji některé z kontinuálních dialyzačních metod. Jasně důvody k zahájení akutní hemodialýzy jsou hyperkalémie a převodnění, těžká metabolická acidóza a vysoké koncentrace urey, u některých pacientů bývá i kombinace těchto metabolických poruch. Jako další indikaci musíme brát v potaz i méně častou intoxikaci dialyzovatelnými látkami, hyperkalcémií, hypotermií a hyperurikémií. Tito pacienti mají většinou celkově špatný stav organismu, který vyžaduje akutní hemodialýzu a trvalou přítomnost sestry k sledování tlaku a pulsu, popřípadě se těmto pacientům nasazuje monitorace EKG. Dále se zde kontroluje krevní obraz, koagulační parametry a biochemické ukazatele (16).

Metodou chronické hemodialýzy se mohou léčit všichni pacienti, kteří tuto léčbu potřebují. V léčbě dialýzou je velmi důležité, aby byla zahájena včas, a to nejpozději do vzestupu koncentrace urey a kreatinu, sleduje se také pokles clearance kreatininu. Koncentrace kreatininu je u mužů jiná než u žen. Důvodem, proč ženy mají horní hranici kreatininu nižší, je, že koncentrace závisí také na množství svalové hmoty. U mužů je koncentrace kreatininu kolem 105 $\mu\text{mol/l}$ a u žen 85 $\mu\text{mol/l}$. Pacienti, kteří budou dlouhodobě léčeni, musí mít zajištěný trvalý cévní přístup a podstupují očkování proti hepatitidě typu B. Pacient musí být dispenzarizován v predialyzační poradně. V této poradně pacienta blíže seznámí s dvěma hlavními dialyzačními metodami, a to s hemodialýzou a peritoneální dialýzou. Pokud u pacienta nejsou medicínské kontraindikace, je mu dána možnost výběru. Určit správnou terapii je velmi obtížné a nelze ji hodnotit jen podle základních biochemických parametrů. Správně dialyzovaný

pacient je pacient, který nemá komplikace, které by jej nějak výrazně ovlivňovaly v životě (16).

1.1.4 Kontraindikace hemodialýzy

U nemocných s náhlou akutní intoxikací jsou všechny kontraindikace hemodialýzy pouze relativní. Patří sem těžká hypotenze a krvácivé stavy. Hemodialýza není technicky proveditelná. Kontraindikace je v těchto případech nestálá. Po odeznění nejtěžších příznaků se přistupuje k opětovné hemodialýze (35).

Další kontraindikace jsou relativní, jako například nesouhlas nemocného, vyhlídka krátkého života, upoutání na lůžko, neschopnost vykonávat základní aktivity a těžká ireverzibilní demence (17).

1.1.5 Komplikace při hemodialýze

Komplikace při hemodialýze můžeme dělit na časté, méně časté a vzácné. Mezi časté patří zejména hypotenze s typickými příznaky slabosti, hučením v uších a rozmazaným viděním, tato komplikace se vyskytuje u 20-30 % dialyzovaných pacientů, dále sem patří křeče v dolních a méně často v horních končetinách (16).

Mezi méně časté patří bolest na hrudi a v zádech, vzniká v první hodině u 1-4 % dialyzovaných pacientů a přisuzuje se alergické reakci na membránu dialyzátoru. Mezi další komplikace patří arytmie, která vzniká zejména u starších pacientů. Horečka může být vyvolána infekcí cévního přístupu (16).

Mezi vzácné komplikace patří krvácivé příhody z jakéhokoli zdroje. Krvácení se může u pacientů vyskytovat kdykoliv během hemodialýzy. Jejich symptomy mohou být různé, nejčastějším krvácivým projevem je hematoma v oblasti píštěle, zvláště po nesprávné punkci. U pacientů s vysokým rizikem krvácení volíme raději bez heparinizovanou hemodialýzu (16).

1.1.6 Dlouhodobě dialyzovaný pacient

Psychosociální vědy mají jiný pohled na hemodialyzované pacienty než věda lékařská. Samozřejmě, že jejich pohled na věc není jednotný, v rámci všech psychosociálních věd se rozvíjí řada teorií a přístupů k pacientům s chronickým selháváním ledvin. I přes to, že tyto vědy mají různé názory, vždy se v závěru shodnou, že žít život hemodialyzovaného pacienta je obrovským břemenem nejen pro něj, ale i pro jeho rodinu. Úkolem medicíny, ošetrovatelské a psychologické péče je pomoc pacientovi nést břemeno této těžké nemoci (15).

Nemocný využívající hemodialýzu trpí těžkou nevléčitelnou, a tudíž doživotní chorobou, je vystaven velkému stresu. Mezi stresové faktory patří například úbytek energie, bolesti svalů a kloubů, svědění kůže, sucho v ústech, potíže se spánkem, velká žízeň a hlavně náročný způsob léčby. U některých mladších pacientů může být také problémem ztráta některých tělesných funkcí, jako je močení a sexuální aktivita. Pacienti pocítují i zvýšenou agresivitu a mají strach ze smrti. Stres samozřejmě také dopadá na pacientovu rodinu, trápí ji nejistota, změna chování u pacienta a změna role v rodině. Jako stres zde také může působit časová náročnost léčení. Pacient musí docházet na hemodialýzu několikrát týdně. Jiný typ stresu pocítují pacienti na peritoneální dialýze, a to hlavně kvůli tomu, že nejsou závislí na personálu a středisku, kam by museli dojíždět na hemodialýzu. Nejsou tak často konfrontováni se smrtí spolu pacientů (15).

Pacienti trpí také úzkostí. Autoři udávají, že hemodialýza vyvolává v pacientovi více úzkosti než dialýza peritoneální. U některé části pacientů je úzkost projevená spíše psychickou nepohodou, u jiných se objevuje bolest hlavy, svírání na prsou (15).

Depresi zažil každý pacient, který prošel hemodialýzou. U některých pacientů je příčinou velmi špatná komunikace s personálem, tento stav může dohnat pacienta až k sebepoškození a dokonce i k sebevraždě (15).

Agresivita patří také k postoji dialyzovaného člověka. Život s hemodialýzou není jednoduchý a může vyvolat u pacienta spoustu agresivních pocitů. Společenské normy v naší společnosti nedovolují pacientovi projevit volně své emoce. Studie dlouhodobě

dialyzovaných pacientů prokazuje to, že míra agresivního jednání je faktorem vedoucím k dlouhodobému přežívání. V jednání mezi sestrou a pacientem se může agresivita objevit i na její straně vyvolává ji pacientovo agresivní chování, jeho nespokojenost a kritičnost. Sestry by se proto měly naučit snášet pacientův hněv a neoplácet ho pacientovi (15).

1.2 Specifika stravování v ošetřovatelství u hemodialyzovaných pacientů

Nemocní, kteří trpí chronickým selháním ledvin, ať jsou nebo nejsou léčeni dialýzou, či pravidelnou hemodialýzou, jsou postiženi nesouladem mezi příjmem potravy a požadavky na výživu. S rozvojem léčby pomocí hemodialýzy musí být upravena dietoterapie. Při zahájení léčby hemodialýzou se musí zvýšit příjem bílkovin a energie (10). U chronického selhání ledvin je velmi důležité dodržování dietního opatření z důvodů snižování následků tohoto onemocnění. Dalo by se říci, že správná dieta je stejně tak důležitá jako užívání předepsaných léků. Při dodržování diety si stanovujeme tři důležité cíle. Omezení uremické toxicity, zabránění podvýživy a zpomalení vývoje u chronického selhání ledvin (7).

1.2.1 Problematika nutrice u hemodialyzovaných pacientů

Problematika nutrice se u hemodialyzovaných pacientů projevuje různými poruchami výživy. Především jde o malnutrici, která není prognosticky příliš příznivá. Malnutrice je spojená s vyšší mortalitou a morbiditou. U pacientů vyššího věku je procento malnutrice vyšší a je spojeno s brzkým úmrtím. Pacienti, kteří jsou sledováni v predialyzační poradně a léčeni nízkobílkovinnou dietou, si musí uvědomit, že léčba hemodialýzou vede ke změnám v jeho jídelníčku. Většina pacientů tuto skutečnost neakceptuje a nedbá rady lékaře, který pacientovi doporučuje zvýšený příjem bílkovin (14).

Příčinou malnutrice u hemodialyzovaných pacientů je anorexie a inadekvátní hemodialýza. Pojem inadekvátní hemodialýza znamená ztrátu pěti až osmi gramů aminokyselin a pokud se u těchto pacientů neupraví acidóza, zvyšuje se svalový katabolismus, následně se u některých pacientů objeví nechutenství (14).

Největším omezením je pro pacienty restrikce tekutin, ta se váže na velikost diurézy, u pacientů oligoanurických je příjem 500- 700 ml za den. Těmto pacientům doporučujeme sezení s nutričním terapeutem. Edukace při tomto druhu onemocnění musí být opakovaná (14).

1.2.2 Ošetřovatelská péče ve stravování u dialyzovaných pacientů

V nemocniční a ambulantní péči se sestra setkává s nemocnými, kteří jsou dlouhodobě dialyzováni. Onemocnění pacientů se pozvolna zhoršuje, dochází k úbytku soběstačnosti a objevují se trvalé následky. Zvládnutí komunikace s těmito pacienty je pro sestry náročným úkolem. Komunikace s nimi je náročná na profesionalitu sestry, ale také na její osobní zralost. Každý pacient se jinak vyrovnává s dlouhodobou zátěží svého onemocnění, a proto může docházet ke konfliktům mezi sestrou a pacientem. Nemocný se často pohybuje mezi svým domovem a nemocnicí a často je nucen odejít do invalidního důchodu a tím pádem ztratí řadu kompetencí a spoustu kontaktů (13).

V neposlední řadě je velice důležitá informovanost hemodialyzovaného pacienta o výživě. Sestra pracující v hemodialyzačním středisku musí znát základní doporučení o výživě, aby je mohla předat pacientům a rodinám. Je třeba si uvědomit, že znalost sestry o dietním doporučení značně zvyšuje její prestiž a důvěryhodnost v očích pacienta a jeho rodiny (12).

Hemodialýza u pacientů probíhá třikrát týdně, jejich dieta a omezení příjmu tekutin je životně důležitá. Pomocí diety musíme zajistit dostatek energie a látek, které potřebujeme pro dobrou látkovou výměnu organismu, a naopak omezit příjem látek, které se v těle hromadí, jako je fosfor, sodík, draslík a voda. Sestra pacientům doporučí, aby nepili ze zvyku, aby konzumovali jen některé druhy ovoce a zeleniny vychlazené,

pokud budou mít pocit žízně, mohou použít žvýkačku, kostku ledu, plátek citronu. Velice důležitá je pravidelná ústní hygiena, použití ústní vody, která by měla být skladována v ledničce. Pacient by neměl konzumovat horké nápoje a nápoje bez energetické hodnoty. Doporučuje se používání malých skleniček, omezení soli v potravinách a dále je nutné, aby byli pacienti aktivní, jelikož nečinnost zvyšuje touhu po pití. Pacientům také prospívá sauna, protože soli a zplodiny se vylučují potními žlázami (12).

1.3 Anamnéza a vyšetřovací metody u hemodialyzovaných pacientů

Sběrem informací, ať už od pacienta nebo jeho rodiny, musí sestra zjistit, zda nemocný neužívá léky, které zhoršují vstřebávání živin, zda-li pacient neužívá alkohol nebo omamné látky, analgetika. Lékař zjišťuje přidružené závažné choroby, například jaterní léze, diabetes mellitus, srdeční selhání, a pacientovy psychosociální problémy, které by mohly způsobovat problémy s výživou (5). Dále také musí lékař zjistit, jestli se v rodině vyskytuje onemocnění ledvin, hypertenze, systémové choroby a odebírání gynekologickou anamnézu. Sestra sleduje a zjišťuje příznaky a pátrá po možných symptomech, které by se mohly u pacienta vyskytnout (1). Metabolické sledování je nedílnou součástí k určení stavu výživy nemocného. Pro posouzení nutričního stavu pacienta využíváme klinická vyšetření, vyšetření antropometrická a laboratorní. Mezi klinické ukazatele, které vedou k malnutrici, patří nechutenství, obtížné polykání, průjem, žaludeční nevolnost, zvracení, vynucená změna charakteru stravy, jako je například odpor k masu a tučným jídlům a v neposlední řadě stupeň stresu (7).

1.3.1 Dietologické vyšetření a antropometrické měření

Dietologické vyšetření provádí u většiny pacientů nutriční terapeut, který na základě údajů nemocného dokáže zhodnotit výživové zvyklosti a dokáže spočítat

obsah jednotlivých živin v dietě. Pro dlouhodobé sledování je dobré, aby si nemocný vedl dietní deník, který pravidelně kontroluje lékař i nutriční terapeut (5).

Při antropometrickém vyšetření musíme zjistit přesnou hmotnost a výšku nemocného. Díky těmto údajům lze vypočítat hmotnostně, výškový index. Při tomto vyšetření se aktuální hmotnost vydělí ideální hmotností a vynásobí stem. Ideální hmotnost se určí pro danou výšku, pohlaví a věk pomocí tabulek (příloha 3) (5).

Kožní tuková řasa se měří na nedominantní paži nebo popřípadě na opačné končetině, kde je arteriovenózní pístěl, pomocí měřítka určíme střed vzdálenosti akromionolecranon (polovina délky paže). Po zaměření paže extendujeme, odtáhneme jemně podkožní a kožní tuk a pomocí kalipera měříme kožní řasu. Obvod svalstva paže měříme pomocí páskového měřítka a to tak, že změříme obvod paže uprostřed její délky. Obvod svalstva paže vypočteme tak, že odečteme vrstvu podkožního tuku (5).

Mezi základní údaje, které slouží u pacienta k posouzení stavu výživy, patří dietní anamnéza, tělesná hmotnost, tloušťka kožní řasy, odhad příjmu bílkovin a laboratorní parametry. Informace zjišťujeme pomocí dotazníku SGA. Proto, abychom mohli u pacienta posoudit nutriční stav, používáme vyšetření klinická, antropometrická a laboratorní (7).

Dotazník SGA slouží k tomu, abychom mohli subjektivně zhodnotit stav výživy, popřípadě změny stavu předcházejících týdnů až měsíců. Tento dotazník obsahuje údaje o tělesné váze, zažívacích potížích a základních antropometrických parametrech. Pokud chceme získat podrobné údaje, provedeme u pacienta sběr informací v podobě dotazníku MNA (příloha 2) a BMI (7).

1.3.2 Biochemická a imunologická vyšetření

Vyšetření krve řadíme mezi základní vyšetření v nefrologii. Vyšetřujeme krevní obraz a biochemické údaje, jako jsou hodnoty minerálů sodíku, draslíku, chloridu, vápníku, fosforu, hořčíku, hodnoty urey a kreatininu, jejichž hladiny jsou při ledvinné nedostatečnosti zvýšené, hodnotu glykémie, koncentraci tuků v krvi, hodnoty albuminu

a bílkovin, dále se také mohou u pacientů odebrat jaterní testy. Z hodnoty kreatininu a pomocí ostatních údajů lze vypočítat odhad glomerulární filtrace. Z vyšetření močového sedimentu se dozvíme hustotu, PH, přítomnost bílkoviny, cukru, ketolátek, urobilinogenu, červených a bílých krvinek a bakterií. V mikroskopickém vyšetření moče se zjišťuje přítomnost bakterií, a to jejich množství a citlivost na antibiotika. Pomocí vyšetření červených krvinek ve fázovém kontrastu můžeme zjistit, zda červené krvinky pocházejí z ledvin, anebo spíše močových cest. Z moče sbírané za 24 hodin získáme hodnotu glomerulární filtrace. Všechna tato vyšetření provádí sestra v rámci odběru biologického materiálu (24).

Imunologické vyšetření bývá ovlivněné malnutricí bílkovinnou i energetickou. V pokročilém renálním selhání trpí často pacienti malnutricí. Právě malnutrici řadíme k významným mortalitním rizikovým faktorům (18). Vyšetření na imunologii je více ovlivněné buněčně než humorálně. Změny můžeme nalézt v zastoupení lymfocytů, ale také z jejich odpovědí, a to zvláště z T- lymfocytů. Tyto změny může nejspíš vyvolat i samotná urémie, proto je v současné době nelze využít k posouzení stavu nutriční u hemodialyzovaných pacientů (25).

1.4 Nutriční stav u dlouhodobě dialyzovaných pacientů

Cílem kapitoly je charakterizovat malnutrici u dlouhodobě hemodialyzovaných pacientů. Nutriční stav posuzujeme na základě vyšetřovacích metod, které zahrnují antropometrické a biochemické vyšetření. Nesmíme zapomenout, že k posouzení nutričního stavu slouží i dotazníkové a přístrojové techniky. Nikoliv jedinou a hlavní příčinou snížených ukazatelů nutričního stavu pacienta je nízký přívod energie a proteinů. Proto je velice důležité zjistit stravovací návyky hemodialyzovaného pacienta (19, 20, 21).

Malnutrici dělíme na dva základní typy, a to na typ marantický a typ kwashiorkorový. U malnutrice marantického typu se pacient cítí slabý, ospalý, hubne a má známky kachexie. Správně sestavená nutriční podpora napomáhá korigovat

projevy tohoto typu malnutrice. U kwashiorkorového vznikají u pacientů nejčastěji edémy a na laboratorních výsledcích můžeme vidět pokles sérového albuminu. U tohoto typu malnutrice se snažíme zvýšit příjem energie a bílkovin a zmírnit negativní dusíkatou bilanci, při kterém dochází ke ztrátě bílkovin a zmiňovaného dusíku (19, 20, 21).

Malnutrice, jak už jsme v předchozím textu psali, se diagnostikuje pomocí několika vyšetřovacích metod. V rámci ošetrovatelského procesu se i sestra podílí v této oblasti. Sestra pomocí rozhovoru zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu, pacienta zváží a změří a na základě hodnot spočítá body mass index (BMI). Výsledkem je hodnota, která ukazuje tělesnou konstituci pacienta (příloha 3). Další orientační vyšetřovací metodou je stisknutí kožní řasy, kdy sestra také sleduje suchou kůži, otoky a krvácení. Pomocí přístroje kaliper se zjišťuje stav podkožního tuku a pomocí dotazníku takzvaného nutričního screeningu, kde můžeme najít jednoduché otázky směřované k pacientům týkajících se problematiky výživy (19, 22, 23).

V případě změny nutričního stavu spolupracuje sestra s nutričním terapeutem, který doporučí potravinové doplňky, sipiing (příloha 4) a jiné potravinové složky. Cílem je, aby pacient byl dostatečně informován a seznámen s dietním opatřením a zároveň předcházel vážným komplikacím (22, 23).

1.4.1 Metabolické faktory

Vylučování vody v těle probíhá pomocí glomerulární filtrace a tubulární resorpce vody. Pokud tubuly fungují dobře, je normální filtrace vody okolo 99 % a pouze 1 % je z organismu vyloučeno. Celkový objem vody v těle zdravého jedince je okolo 60% jeho váhy. Z toho vyplývá, že organismus 70 kilogramového člověka obsahuje okolo 42 litrů vody. Poruchy metabolismu vody vznikají z přesunu tekutin mezi intra a extracelulárním prostorem. Tato problematika je většinou spojena s poruchou elektrolytů. Mohou vznikat poruchy objemu, a to hlavně dehydratace a hyperhydratace. Pokud pacient trpí dehydratací, může se u něj projevovat sklon ke kolapsovým stavům,

k tachykardii, k oligurii. U hyperhydratace se u pacientů projeví námahová dušnost, otoky, únava. Sestry si vždy musí všimnout těchto stavů u hemodialyzovaných pacientů (4).

1.4.2 Gastrointestinální faktory

Pacienti s chronickým selháním ledvin mají spoustu specifických změn. Tyto změny mohou přispívat k častému výskytu onemocnění gastrointestinálního traktu. Funkční změny v gastrointestinálním traktu u pacientů s chronickým selháním ledvin se projevují poruchami motility a také poruchami sekrece trávicích šťáv. Postižením periferních a vegetativních nervů dochází k poruše motility žaludku. Z těchto potíží se může vyvinout až gastroparéza, u nemocných s chronickým selháním ledvin většinou na podkladě diabetické nefropatie. Zpomalená evakuace žaludku se projevuje i u nediabetiků s chronickým selháním ledvin. Porušená motilita tlustého a tenkého střeva vede ke vzniku adynamického ileu a může propuknout až do pseudoobstrukce střev. Chronická zácpa hraje v těchto případech velkou roli (9).

1.4.3 Psychosociální a ekonomické faktory

Sestra ošetřující tyto pacienty si musí uvědomit, že dlouhodobě dialyzovaný pacient je na hemodialýze životně závislý. Tento fakt a dále zdravotní, sociální a psychické problémy činí pacienta a jeho rodinu náchylným ke krizím. Čím lépe zvládne nemocný a jeho rodina s léčebným týmem situaci, tím je psychika nemocného lepší. Psychosociální problémy jsou menší u takového typu léčení, které umožní pacientovi nezávislost a maximální možnost pokračování ve svých zálibách. Nejhorší pro pacienta je právě ztráta jeho nezávislosti. Často se zdůrazňuje příznivý vliv pracovní aktivity a koníčků na onemocnění. Starší lidé se mohou stát závislými na svých dětech a nejsou schopni sami žít. Obvyklé role a plnění povinností se v rodině mění a vyvolávají pocity

viny u pacienta. Stresující pro pacienta také mohou být ztráty tělesných funkcí, mezi které patří ztráta diurézy a fyzické aktivity, úplná ztráta či snížení sexuální aktivity, změny vzhledu následkem chirurgických zákroků (2).

1.4.4 Přidružené choroby

Kardiovaskulární onemocnění je u dialyzovaných pacientů časté. Onemocnění srdce je z 50% příčinou úmrtí u pacientů s onemocněním ledvin. K vysoké mortalitě a morbiditě kvůli kardiálním nemocem také přispívá to, že 1/3 nemocných trpí diabetem mellitem a průměrný věk pacientů je vyšší. Pacienti s chronickým selháním ledvin léčení hemodialýzou mají vysoký počet dalších onemocnění, jako hypertenzi, hypertrofii levé komory a dysfunkci myokardu, hyperlipidemii, anemii a diabetes mellitus. Z důvodů selhávání ledvin mají pacienti poruchu štěpení glukózy (3).

1.5 Dietní režim v ošetrovatelství u dlouhodobě dialyzovaných pacientů

Velice důležitou součástí léčebného režimu u hemodialyzovaných pacientů je správná a kvalitní výživa. Optimálně sestavený jídelní lístek přispívá k udržení celkového zdraví a duševní pohody pacienta. Největším rizikem u hemodialyzovaných pacientů je malnutrice. Zvýšený příjem bílkovin je nezbytně nutný, jelikož dialýza odstraňuje ve zvýšené míře bílkoviny z těla. Mnoho pacientů jen těžko dohání ztrátu proteinů, protože je stravou dostatečně nedoplňují (26).

Toto téma má dlouhou historii. Pacienti byli dříve léčení přísnou nízkobílkovinnou dietou (příloha 5). S rozvojem léčby se stravovací návyky u hemodialyzovaných upravovaly, a to tak, že omezení bílkovin nebylo tak striktní a přidalo se k němu i omezení tuků. Postupem času se přidalo i omezení solí, a to například při otocích a vysokém krevním tlaku. Sestra také proto musí pacienta pozorovat a pravidelně kontrolovat jeho fyziologické funkce (10).

Při tvorbě plánu stravování se musíme podívat na jednotlivé složky potravy - energii, bílkoviny, cukry, tuky, minerály, tekutiny a případně vitamíny a další. Doporučení je založeno především na tom, zda pacient potřebuje snížit svou tělesnou hmotnost, nebo naopak zvýšit, na tom, zda a kolik močí, na laboratorních výsledcích například na hladině draslíku a na dalších onemocněních, které pacient má (24).

Důležitý je dostatek energie a správná tělesná hmotnost. Tělo musí mít dostatečnou energii na zpracovávání dalších složek potravy. Podvýživa je spojená s mnoha komplikacemi, například sníženou imunitou. Dále se zaměřujeme na přísun bílkovin. Optimální množství je 1,2 gramu na jeden kilogram pacienta na jeden den. Tato látka je potřebná pro správnou funkci orgánů, růst svalů a hojení ran. Pacienti by měli omezit sodík, který zvyšuje otoky, krevní tlak a zadýchávání. Sůl můžeme nahradit některým kořením například pepřem, červenou paprikou, ale pozor například na Vegetu, ta naopak obsahuje soli velké množství. Dalším omezením je omezení fosforu, který se dialýzou velice špatně z těla odstraňuje. Pokud dieta s omezením fosforu není dost účinná, musí lékař předepsat pacientovi léky, takzvané vazače fosfátů, které zabraňují vstřebávání fosforu z jídla. Dále pacient musí omezit tuky. Ale to je poněkud složitější, neboť tuky jsou důležitým zdrojem energie. Obecně jsou vhodnější tuky rostlinné, které neobsahují cholesterol. Přesnější doporučení určí lékař podle individuálního stavu pacienta. Také bychom v dietním režimu neměli zapomínat na puriny. Jsou látky, ze kterých v těle vzniká kyselina močová, která může vést ke dně (24).

1.5.1 Doporučená strava pro hemodialyzovaného pacienta

Základem pro dialyzované pacienty je, aby měli dostatek energie a aby tělo mělo dostatek síly. Je také velice důležité, aby si pacienti udržovali správnou hmotnost a vyvarovali se následné podváhy nebo obezity (27). Dialyzovaným pacientům jsou předpřipraveny různé typy diet, například nízkobílkovinné šetřící, nízkobílkovinné s omezením tuků, nízkobílkovinná při laktózové intoleranci a diety tekuté

nízkobílkovinné. Lékař pak doporučuje vhodnou dietu podle aktuálního stavu nemocného. V zásadě se vyskytují potraviny vhodné a nevhodné (3).

Z potravin, které jsou pro pacienty přínosné, mluvíme zejména o masu. Nejvíce se doporučuje maso králičí, dále pak kuřecí maso bez kůže a krůtí, ani ryby by neměly chybět, můžeme zařadit i mořské plody. Do jídelníčku je možné zařadit i jiná masa, například hovězí, vepřové, jehněčí, mělo by však být vždy libové. S vnitřnostmi musí být pacient opatrný, řídí se podle hladiny lipidů v krvi. Z uzenin můžeme doporučit maximálně krůtí šunku a šunky pro děti. Masné výrobky lze zařadit do jídelníčku, jen pokud jsou vyrobeny po domácku dle norem pro hemodialyzované (3, 11).

Každodenní zastoupení v jídelníčku by měly mít mléčné výrobky. Mléko, tvrdý i měkký tvaroh, smetana jen v případě, že pacient nemá zvýšenou hladinu lipidů. Při nechutenství pacienti velice dobře tolerují mražené smetanové krémy, často s přidaným rostlinným tukem. U sýrů se musíme opět orientovat podle hladiny lipidů. Někdy můžeme k sýru přidat tvaroh. Pacient se musí také orientovat podle množství fosforu, bílkovin, vápníku, tuku a sodíku (3).

Do jídelníčku je vhodné zařadit vaječný bílek, žloutky jen v omezeném množství, ale nevylučujeme je pro jejich unikátní bílkoviny. Pacienta bychom mohli upozornit na výrobek Šmakoun, který se často doporučuje, ale má vysokou hladinu soli (3).

Jako přílohy jsou doporučeny brambory, mají však vysokou hladinu draslíku, a tak je nepoužíváme jako hlavní surovinu pro pokrm (3).

Z ovoce nejsou nedoporučeny žádné druhy. Ovoce je vhodné čerstvé i sušené. U určitých druhů ovoce, například melounu, je vysoký obsah tekutin, pacienta na to upozorníme. Jak u ovoce, tak i u zeleniny je omezen přísun draslíku. Jsou vhodné i šťávy. Zelenina v nálevu obsahuje vysoké množství soli, a proto by měl pacient tuto zeleninu před konzumací propláchnout vodou. V omezeném množství lze do jídelníčku zařadit i ořechy. K dochucování pokrmů používáme zejména bylinné směsi (3).

Pro hemodialyzované nemocné jsou v dnešní době průmyslově vyráběny některé speciální nutriční přípravky. V tomto případě mluvíme o takzvané nutriční podpoře sippingu (8).

Sipping neboli „popíjení“ označujeme jako enterální výživu formou nutriční podpory. Tato tekutá forma neklade vysoké nároky na trávení a vstřebávání. Tekuté přípravky mají v malém objemu vysoký obsah energie a bílkovin. Sestra by měla v tomto případě vysvětlit pacientovi důvod podání této výživy a její výhody. Dále by měl být hemodialyzovaný pacient poučen, že nesmí vypít celé balení najednou, ale že by měl balení popíjet po malých dávkách mezi jídlem a po jídle. Sestra musí pacientovi vysvětlit, že sipping nenahrazuje stravu, ale je jejím doplňkem. Novinkou na českém trhu je například Nutridrink compact (příloha 4), který pomáhá pacientovi přijmout stejné množství energie, ale v objemu o 40% menším, což je výhodné pro pacienty s omezením tekutin. Pacient by měl při užívání těchto tekutých nutričních přípravků úzce spolupracovat s nutričním terapeutem (37).

1.5.2 Dietní omezení u hemodialyzovaného pacienta

Existují potraviny, které jsou pro pacienta zakázané. Jsou velice nevhodné například pro svůj obsah draslíku a fosforu. Pacienti by měli být lékařem informováni a vzděláváni, aby se vyhýbali potravinám, které jsou přirozeně bohaté na fosfáty a také konzervované obsahující fosfor. Potraviny by při přípravě měly procházet co nejvíce vroucí vodou, protože to způsobuje demineralizaci potravin, včetně ztráty fosfátu (37). Patří sem dráždivé a kořeněné pokrmy. Také nejsou vhodné silné masové a zeleninové vývary, pikantní jídla, například kořeněné paštiky, pikantně upravená zvěřina, rybí saláty, uzeniny, sardelky, ostré omáčky, hořčice. Dále jsou nevhodné tekutiny, jako je černá káva, silný pravý čaj, nápoje s obsahem kofeinu a alkoholu, s větším množstvím kakaa a čokolády. Pokud pacient dodržuje bezpurinovou dietu, jsou navíc zakázány vnitřnosti, mořské ryby zvláště sardinky a slanečky, tmavé maso, mladá drůbež, zvěřina, hrách, čočka, fazole, houby, špenát, červená řepa a fiky (6).

1.5.3 Příjem tekutin

Zdravé ledviny hospodaří v organismu s tekutinami a brání tak jejich hromadění v těle. Snižují tím následné zdravotní komplikace, jako je vznik otoků, vysoký krevní tlak, nadměrné zatížení srdce, ztížené dýchání (30).

Příjem tekutin u hemodialyzovaných pacientů je ovlivněn množstvím moči, které je pacient schopen vyloučit za 24 hodin. Pokud pacient nemočí vůbec, může přijmout jen 500 až 600 ml tekutin za den, což se rovná výdeji, který nejde přes ledviny, ale vylučuje se dýcháním, stolicí a kůží. Pokud pacient močí, rovná se jeho denní množství přijatých tekutin množství vyloučené moče za 24 hodin plus 600 ml. Cucání kostek ledu umožní udržet tekutinu déle v ústech a tím se zmírní pocit žízně. Dobré je používání malých sklenic se znalostí jejich přesného objemu. Při pocitu žízně se doporučuje cucat bonbony a žvýkat žvýkačky. Dialyzovaní si také mohou do vody přidávat kapku citronu, nebo plátek citronu cucat. Dále pomáhá vyplachovat si ústa vodou, aniž by ji polykali. K jídlu se doporučují kousky vychlazeného ovoce s malým obsahem draslíku, například hrozny (28).

Zdravotnický personál by si měl uvědomovat náročnost stavu pacienta, neboť stravovací návyky jsou velkou změnou v každodenním životě pacienta. Je to pro něj velice zatěžující období, které mu právě sestra může trochu ulehčit svým pochopením a nasloucháním pacienta (14).

2 Empirická část

2.1 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda jsou pacienti spokojeni se stravou v nemocničním zařízení během hemodialýzy.
2. Zjistit, jak chronické onemocnění ledvin změnilo jejich stravovací návyky.
3. Zjistit, zda klienti jsou dostatečně informováni všeobecnou sestrou v oblasti stravování po dialyzačním programu.

2.1.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem ovlivnila dlouhodobá dialýza, při onemocnění ledvin, dosavadní stravovací návyky pacienta?
2. Splňuje strava během hemodialýzy jejich požadavky?
3. Dodržují hemodialyzovaní pacienti doporučené omezení při stravování?
4. Jsou pacienti spokojeni s informacemi o vhodném stravování, které jim byly poskytnuty všeobecnou sestrou?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno formou rozhovoru. Rozhovor obsahoval celkem dvacet polostrukturovaných otázek a byl předem připravený. Každý rozhovor byl anonymní a respondent měl vždy možnost rozhovor odmítnout. Se souhlasem respondenta a staniční sestry byl rozhovor zaznamenán na diktafon a posléze upraven do elektronické podoby, která se stala podkladem pro výzkumné šetření. Z výzkumného šetření vznikly kategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Kvalitativní výzkumný soubor probíhal v nemocnicích Prachatice, a. s. České Budějovice, a. s. a Třebíč. Výzkumný vzorek byl tvořen pěti respondenty v Nemocnici Prachatice, a. s. Další výzkumný vzorek byl tvořen pěti respondenty v Nemocnici Třebíč, příspěvková organizace a dvěma respondenty v Nemocnici České Budějovice, a. s. Všichni respondenti byli pacienti, kteří pravidelně docházejí do hemodialyzačního střediska ve zmíněných městech. Rozhovory s respondenty byly vedeny od února do dubna 2014. V Nemocnici České Budějovice, a. s. bylo provedeno výzkumné šetření za souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Kyselové. V Nemocnici Prachatice, a. s. výzkumné šetření proběhlo za souhlasu hlavní sestry Janouškové a v Nemocnici Třebíč, příspěvková organizace byl proveden výzkum za souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Andělové.

4 Kategorie rozhovorů

4.1 Identifikační tabulka výzkumného souboru

Schéma č. 1 - identifikace pacientů

Respondent	Město	Věk	Pohlaví	Délka dialyzačního programu
Pacient č. 1 (P1)	Třebíč	68 let	muž	9 let
Pacient č. 2 (P2)	Třebíč	79 let	žena	5 let
Pacient č. 3 (P3)	Třebíč	50 let	žena	5 let
Pacient č. 4 (P4)	Třebíč	67 let	muž	7 let
Pacient č. 5 (P5)	Třebíč	65 let	žena	10 let
Pacient č. 6 (P6)	Prachatice	73 let	muž	3 roky
Pacient č. 7 (P7)	Prachatice	50 let	muž	8 měsíců
Pacient č. 8 (P8)	Prachatice	70 let	muž	1 rok
Pacient č. 9 (P9)	Prachatice	51 let	žena	3 roky
Pacient č. 10 (P10)	Prachatice	26 let	muž	5 let
Pacient č. 11 (P11)	České Budějovice	67 let	muž	10 let
Pacient č. 12 (P12)	České Budějovice	63 let	muž	3 roky

Schéma číslo jedna označuje identifikační údaje pacientů, kteří se zúčastnili rozhovoru. Pacienti byli označení písmenem P a číslem. Celkem poskytlo rozhovor 12 pacientů. Pět pacientů z Nemocnice Třebíč, příspěvkové organizace, pět pacientů z Nemocnice Prachatice, a.s. a dva pacienti z Nemocnice České Budějovice, a.s.

4.2 Kategorizace získaných dat

Schéma č. 2 - přehled kategorií

Kategorie
Stravovací návyky
Příjem tekutin
Strava během hemodialýzy
Informace o výživě
Dostatek informací
Důsledek nespolupráce
Pojem malnutrice

Na základě rozhovorů získaných od dvanácti respondentů je sestaveno celkem sedm kategorií.

4.2.1 Stravovací návyky

Kategorie č. 1 je zaměřena na stravovací návyky lidí navštěvujících hemodialýzu. Bylo osloveno 12 pacientů. Více jak polovina pacientů se vyjádřili, že dietu dodržují až na P1, P2, P4, P5, P6. Odpověď respondenta P1: „*Neměl bych to to asi nahlas říkat, ale bohužel jsem se za tu dobu nenaučil omezovat ve stravě. Řekl bych, že se stravuji úplně stejně jako před onemocněním.*“ „*Samozřejmě, že jsem dostal doporučení od lékaře omezit různé složky, které jsou v potravě, ale spíše jsem potraviny omezil, než úplně odstranil z jídelníčku*“ (P4). Mezi pacienty bylo větší množství těch, kteří dietu dodržují, například P10 i přesto, že stále žijí aktivní život, dochází do práce a snaží se dietu dodržovat: „*No, to je u mě celkem problém, jelikož chodím do práce, ale přesto jsem z jídelníčku odstranil kořeněná jídla, tuky a věci, které jsou rizikové, tenhle*

typ potravin mi vůbec neschází, už jsem si zvykl.“ Dále se pacienti P9, P8, P7, P3, P11, P12 vyjádřili, že dietu dodržují tím způsobem, že z jídelníčku vyškrtnou polévky, omáčky, kořeněná jídla, více se stravují čerstvými potravinami. Všichni pacienti, kteří dietu dodržují, se zmiňují o fosforu. *„Lékař i sestry mi hlavně zdůrazňují, že mám co nejvíce ze stravy vyloučit fosfor, protože se jedná o složku, kterou mi dialýza neodstraní.“* (P11). Dále se v této kategorii pacienti zmiňují, zda si někdy dopřáli stravu bez dietního omezení. Pouze pacienti P3 a P7 uvedli, že dietu nikdy neporušili. *„Dodržuji ji i po tolika letech a nikdy se mi nestalo, že bych dietu přerušila nebo porušila“* (P3). I když v předešlé otázce pacienti P4, P5, P6 uvedli, že dietu nedodržují, tak na otázku, zda si dopřejí jídlo bez dietních opatření, uvedli, že dietu nedodržují jen ve výjimečných příležitostech: *„Pokud se sejde celá naše rodina, určitě se nějakým způsobem neomezují. Samozřejmě, že nesním celou porci, ale jím to co ostatní“* (P6). Další pacienti P11, P12, P8, P9, P10, kteří uvedli, že dietu dodržují zároveň, ale i uvádějí, že občas dietu porušují: *„Občas se stane, že si stravu bez dietních opatření dopřeji. Ale není to tak často, abych dietu zásadně porušil“* (P8). Podobně odpovídají i ostatní respondenti.

4.2.2 Příjem tekutin

Druhá kategorie je zaměřena na problematiku příjmu tekutin u hemodialyzovaných pacientů. Dvanácti respondentů jsem se zeptal, co určuje množství přijatých tekutin. Respondenti P1, P2, P3, P4, P6, P7, P10, P11 a P12 se shodují v názoru, že množství přijatých tekutin u nich určuje roční období. Zajímavé ale je, že respondenti P1, P2, P4, P6, P7, P12 mají raději období letní než zimní. Respondent P4 odpověděl: *„Když se potíte, je to celkem dobrá zpráva, protože alespoň nějakým způsobem tekutina spolu s odpadními látkami odchází pryč z těla. Mám tedy raději léto, kdy se vypořádám více, než zimu, kdy se nepotím skoro vůbec.“* Respondent P1 souhlasí s respondentem P4 a dodává: *„Myslím si, že největší problém je roční období. V zimním období nemohu přijímat tolik tekutin jako v létě. V letních měsících alespoň nějaké tekutiny vypořádám“*

a tím pádem škodliviny odcházejí pryč z těla, ale v zimních měsících bohužel ne, a tak musím více tekutiny omezovat.“ Opačného názoru jsou respondenti P3, P10 a P11, kteří špatně snášejí letní měsíce a vysoké teploty a více se přiklánějí k zimnímu období. Respondent P3 odpověděl: *„Co se týká ročního období, mám raději zimní než letní. V létě mám více potřebu přijímat tekutiny, a to je potom při mém omezení problém.“* Respondent P10 zmiňuje, že léto je pro něho horší než zimní z důvodů špatného pracovního prostředí. Respondent P10 vysvětluje: *„Když je léto, to je pro mě tragédie. Jelikož pracuji v elektronické firmě, kde máme přesně danou konkrétní výrobu, kde je strašné sucho a ve mně to vyvolává ještě větší pocit žízně, a ty tekutiny to je pro mě tragédie. Je to pro mě velký problém. Občas se mi kvůli tomu stává, že jsem v práci unavený. Práce mě baví, ale s tou nemocí to někdy nejde dohromady.“*

Strava je podle respondentů P2 a P5 dalším faktorem, který určuje množství přijímaných tekutin. Respondent P5 zmiňuje: *„Množství tekutin u mě určuje hlavně druh jídla, které jím. Pokud sním něco slaného, mám automaticky větší žízeň. Takže je to v první řadě druh stravy.“* *„Pokud si k obědu sním něco slanějšího nebo sladšího automaticky, mám větší žízeň a tím pádem přijímám více tekutin a to je špatně“* (P2). U respondentů P6, P8, P9, P11 a P12 panuje názor, že záleží na množství denní diurézy a od té se odvíjí množství přijatých tekutin. Respondent P9 uvedl: *„Močit chodím často, a tak si myslím, že množství tekutin u mě určuje, zda močím a jaké množství, od toho se odvíjí, kolik tekutin mohu přijmout.“* Dodal, že se bojí, aby se funkce ledvin nezhoršovala a množství tekutin se více neomezilo.

Z celkem dvanácti dotázaných respondentů jen dva uvádějí, že s tvorbou moči nemají problém a omezení tekutin neřeší. Respondent P7 uvádí: *„Ještě bych dodal, že chodím pravidelně močit, a tak prozatím tekutiny nemám omezené.“* *„Lékaři mi zatím dovolili, že se s tekutinami nemusím nějak hodně omezovat. Močit chodím často“* (P9). Na otázku, zda je důležité si kontrolovat příjem tekutin, se z dvanácti dotázaných respondentů se shodla většina dotázaných. P1, P2, P3, P4, P6, P7, P9, P10, P11 a P12 odpověděli, že kontrola je velice důležitá a předchází zdravotním komplikacím. Například P10 odpověděl: *„Ano je to důležité, protože když člověk skoro vůbec nemočí, tak je jasné, že nemůže vypít dva litry.“* Respondent P7 doplnil: *„Ano, je to důležité,*

protože když člověk skoro vůbec nemočí, tak je jasné, že nemůže vypít dva litry.“ Respondent P8 odpověděl: *„Dříve jsem to nepovažoval za důležité, ale předchozí návštěva mě přesvědčila, že je důležité, aby si člověk tekutiny kontroloval a měl nad nimi dohled. Situace byla taková, že jsem tekutiny ze začátku nekontroloval a neomezil. Když jsem přijel do Prachatic na hemodialýzu a stoupl jsem na váhu, byl jsem nemile překvapený, kolik jsem za tak krátkou dobu přibral.“* Jediný z dotazovaných respondentů P5 odpověděl, že kontrolu neprovádí, ale důležitost omezení tekutin si uvědomuje *„Kontrolu neprovádím. Ráno si uvařím čaj a zapiju léky a pak už přijímám tekutiny jen když mám velkou žízeň. Myslím si, že je velice důležité dodržovat omezení tekutin.“* U hemodialyzovaných respondentů mě zajímalo, jakým způsobem si kontrolu provádějí. Respondenti P2, P3, P4, P7, P8, P10 a P11 kontrolu dříve prováděli například odměřováním nebo zapisováním do sešitů, ale později se naučili kontrolu provádět automaticky. Respondent P2 uvádí: *„Odměřovala jsem si v půl litrových láhvích vodu a tu jsem v nějakých pravidelných intervalech přijímala.“* Respondent P1 odpověděl, že kontrolu neprovádí a omezení tekutin porušuje *„Bohužel i toto omezení velice často porušuji a žádným způsobem kontrolu neprovádím.“* Respondent P9 uvedl, že kontrolu by prováděl jen tehdy, kdyby příjem tekutin omezil. Respondent P5 odpověděl, že kontrolu neprovádí vůbec.

4.2.3 *Strava během hemodialýzy*

Námi zvolená kategorie Strava během hemodialýzy má zjistit, zda pacienti dostávají stravu během procesu a pokud ano, jak jsou s ní spokojeni.

Dotazovaní respondenti z hemodialyzačních středisek v Třebíči a Českých Budějovic P1, P2, P3, P4, P5, P11 a P12 uvedli, že stravu během hemodialýzy nedostávají a nosí si domácí stravu s sebou. Respondent P1 odpověděl: *Na hemodialyzačním středisku nedostávám žádnou stravu, která by byla připravena přímo pro nás ale, nosím si svačtinu z domova.“* Na otázku, jakou stravu si nejčastěji pacienti přinášejí z domova, respondent P2 odpověděl *„Nejraději mám housku*

s máslem a uzeninou, ale musí být dietní. Pokud si přinesu svačinu a nejsem si na sto procent jistá, jestli je to pro mě správné, poradím se se sestrou nebo lékařem.“

Respondenti P6, P7, P8, P9 a P10 z hemodialyzačního střediska v Prachaticích uvedli, že v nemocničním zařízení stravu dostávají. Všichni dotázaní respondenti v Prachaticích se shodují, že jsou se stravou velice spokojeni. Například respondent P9 uvedl: *„Jsem velice spokojená a jsem ráda, že takové svačiny nemocnice poskytuje. Člověk se cítí daleko lépe najedený.“* Respondent P8 dodal: *„Každou návštěvu si můžeme přečíst jídelníček a dozvědět se tak, co k svačině máme.“* Dotázaní respondenti P3, P4 z hemodialyzačního střediska v Třebíči uvedli, že po dobu hospitalizace na interním oddělení byli velice spokojeni se stravou, kterou dostávali. Respondent P3 odpověděl: *„Byla jsem v době hospitalizace velice spokojená.“* *„Pokud jsem byl hospitalizovaný, byl jsem se stravou v nemocnici spokojený“* (P4). Naopak respondenti P1 a P5 odpověděli, že spokojeni v době hospitalizace nebyli. Dotázaný respondent P1 odpověděl: *„Se stravou jsem spokojený nebyl, protože si myslím, že kdybych doma takovouto dietu dodržoval a omezil tedy tuky, soli a navíc ještě cukr, připravil bych si mnohem chutnější jídlo než v nemocnici.“* Respondent P5 uvedl podobný názor jako s P1 a dodal: *„Myslím si, že by mohli vařit pro nás lépe a chutněji.“* Respondenti P11 a P12 z hemodialyzačního střediska v Českých Budějovicích nemají shodné odpovědi. Respondent P12 uvádí: *„Se stravou v českobudějovické nemocnici nejsem spokojen. Vždy, když jsem hospitalizovaný, tak mi jídlo nechutná. Měli by vařit zdravěji.“* Opačný názor má respondent P11, který si stravu v nemocnici pochvaluje. *„Pokud jsem hospitalizovaný, se stravou v nemocnici problém nemám. Množství odpovídá jedné dospělé porci a každé jídlo je chutné.“*

Jediný respondent P2 uvádí, že během hemodialyzační léčby nikdy nebyl hospitalizovaný a dodal: *„V nemocničním zařízení jsem během léčby nikdy hospitalizovaná nebyla, a tak nemohu posoudit.“*

4.2.4 Informace o výživě

Kategorie informace o výživě se snaží vystihnout, zda pacienti mají dostatek informací o dietním omezení, kde informace získali a od koho. Celkem bylo dotázáno dvanáct respondentů.

Na otázku, kým byli respondenti o problematice stravování nejvíce informováni, se respondenti P2, P5, P6, P7, P8 a P9 shodují, že informace o vhodném stravování získali od lékaře, sestry a nutriční terapeutky. Uvádějí také, že se mohou nejvíce spolehnout na sestru. Respondent P8 odpověděl: *„Nejvíce informací jsem získal od sestry. Jsem s nimi na hemodialýze nejvíce v kontaktu, a tak pokud je potřeba se na cokoli zeptat i v oblasti výživy, je právě na nich, aby mi to vysvětlili.“* Respondent P10 souhlasí s P8 a doplnil: *„Spousta informací mi byla sdělena v Ikemu, kde mi transplantovali ledviny, tady mi informace sdělovaly sestřičky a doktorka.“* Dále respondent P10 uvádí, že důležité informace nachází na internetových stránkách *„Novinky v léčbě a v dietě si hledám na internetu.“* Informace prostřednictvím internetu má i dotázaný respondent P7 a dodává: *„Informace jsem původně dostal od lékaře a sestry, které pracují na hemodialýze a veškeré zajímavosti a rady jsem si dohledal na internetu.“* Respondenti P4 a P3 uvádějí, že informace o problematice stravování žádali od sestry, ale nikdy jim žádné informace neposkytla a vždy je odkázala na lékaře nebo nutričního terapeuta. Respondent P4 odpověděl: *„Musím tedy říct, že sestřička za mnou nikdy nebyla a nikdy mi žádné informace neposkytla.“* P4 dodal, že vždy se musel obrátit na lékaře. Respondent P3 odpověděl, že sestra mu žádné informace neposkytla a odkazovala ho vždy na nutričního terapeuta *„Občas se mi stává, že pokud informace žádám od sestřičky, tak mě odkazuje na nutriční terapeutku a informace mi nepodá.“* odpovídá respondent P3. Z dvanácti dotázaných respondentů jen tři respondenti P1, P11, P12 uvedli, že informace v oblasti výživy dostali jen od lékaře. P1 odpověděl: *„Jediný, kdo mi o výživě řekl nějaké informace, byl lékař.“*

Respondentům jsem položil otázku, zda jim byly podány dostatečné informace. Všichni dotázaní respondenti se shodují, že informací mají mnoho a že jsou s informacemi spokojeni. Respondent P1 zmínil: *„Od lékaře jsem informace dostal*

a dalo by se říci, že dostatečné byly. Uvítal bych větší spolupráci od nutričních terapeutek a sestřiček.“ Součástí zdroje informací jsou informační brožury a letáky. Zajímalo nás, zda dotázaní respondenti využívají informační zdroje formou brožurek a zda jsou informace v brožurkách dostatečné. Respondent P7 uvádí, že informační brožura je pro něho základem všech informací *„Informační brožuru jsem četl a dokonce si ji přečetla i moje manželka. Brožura je samotný základ informací“* a dodává, že podrobnější informace dostává od lékaře a sestry. Respondent P9 četl několik informačních brožurek. *„Pár jsem jich četla, ale popravdě to na mě nezanechalo žádnou stopu“* (P9). Podobný názor jako respondent P9 má i P1 a P8. Respondentka P8 doplnila: *„Přiznám se, že brožurky moc nečtu, ale pokud tady ležím čtyři hodiny a nudím se, tak si brožurku přečtu.“* Respondentka P2 odpověděla: *„Vždy si je ráda přečtu a dozvím se nové informace, ale nikdy si nepřečtu celou brožurku, možná, že je to chyba, ale vždy říkám všeho moc škodí.“* Nejzajímavější odpověď jsem získal od respondentky P3, která odpověděla: *„Ano, četla. Vždy, když mi nabídli informační brožurku, ihned jsem si ji přečetla. Doma jich mám mnoho a jsou velice užitečné. Moc bych si přála, aby existoval speciální časopis pro laiky, který by nám nabízel více informací v oblasti výživy a nemoci jako takové. Určitě bych si ho zakoupila a četla.“* Respondentka P5 se shodla s P3 na tom, že informační brožurky jsou velice přínosné. *„Ráda si doma čtu důležité informace, které najdu právě v těchto brožurkách. Můžu říct, že brožurky dělají přehledně a jsou velice dobře čtivé.“* Respondenti P11 a P12 se shodli a zmiňují, že informace mají z brožurek, které dostali od sestry a jsou jim výborným pomocníkem v rámci dietního opatření. Dotázaný respondent P4 odpověděl: *„ Byl jsem velice překvapen, když mi lékařka poskytla videokazetu, na které byla názorně ukázána chutná jídla, které si mohu v domácím prostředí připravit.“*

Respondenti se v rozhovoru zmínili o spolupráci s nutričním terapeutem. Dotázaní respondenti P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11 a P12 uvedli, že je výhodné spolupracovat s nutričním terapeutem. Avšak respondenti P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12 odpověděli, že s nutričním terapeutem neměli možnost nikdy spolupracovat a nikdo z personálu jim takovou možnost nenabídl. Respondent P7 odpověděl: *„Konzultace s nutričním terapeutem mi nebyla zatím umožněna.“* *„Ne, to mi tady nikdy nikdo*

nenabídnul, žádný terapeut sem za námi nechodí, ale možná by to nebylo špatné“ (P9). Respondent P9 také dodal: „, Kdyby nás někdo každý týden kontroloval, zda držím dietu a dával mi jídelníček nebo třeba recepty, tak bych si myslím dietu držela.“ Respondenti P2, P3, P4, P5 se shodli na důležitosti spolupráce s nutričním terapeutem a bylo jim nabídnuto právě s tímto odborníkem spolupracovat. Respondent P2 odpověděl: „,Nutriční terapeut pravidelně dochází. Velice ráda s ním spolupracuji, a tak je samozřejmostí, že když jsem začínala podstupovat hemodialyzační léčbu, konzultaci s nutričním terapeutem mi rádi nabídli.“ S touto odpovědí souhlasili i dotázaní P2, P3, P4 a P5. Jediný respondent P1 zmínil, že konzultaci s nutričním terapeutem měl možnost zrealizovat, ale zájem o spolupráci s terapeutem neměl.

4.2.5 Dostatek informací

Kategorie Dostatek informací je sestavena na základě otázky a odpovědí respondentů, kterých jsme se dotázali, jestli si myslí, zda je celkově o problematice stravování dostatek informací. Všichni dotázaní respondenti odpověděli, že informací ve formě letáků, brožur a na internetových stránkách je dostatek a lze je prakticky využít. Respondent P3 se zmiňuje, že by uvítala speciální publikaci ve formě časopisu, kde by se hemodialyzovaní mohli dočíst o informacích a zajímavých radách v oblasti stravování. Dotázaný respondent P12 odpověděl: „, Myslím si, že informací v podobě brožurek, knížek a časopisů je dostatek, ale najdu zde jen základní informace. Podrobnosti musím získávat od sester nebo lékaře.“ Respondent P10 dodal, že problémem neinformovanosti pacientů je někdy sám pacient. „,Myslím si, že informací je dost, ale není dost lidí, kteří by o ně stáli a sami je aktivně vyhledávali, řekl bych, že je spousta lidí, kteří čekají, až co jim sestry dají. Já si novinky aktivně na internetu vyhledávám sám“ (P10). Respondent P2 vidí výhodu mladších pacientů, kteří docházejí na hemodialýzu a ovládají počítače, a proto řekl: „,Myslím si, že informací je dostatek. A mladé generace, které ovládají počítač, mají těch informací daleko více než my, kteří neovládáme počítač a musíme se spoléhat na informace od lékařů, nutričních

terapeutek, sestřiček a brožur.“ Výhodu internetu a množství informací v něm vidí i respondenti P7 a P9.

Dále se respondenti v této kategorii zmínili, zda si myslí, že je důležité, aby sestry znaly zásady výživy a pokud ano, tak proč. *„Je velice důležité, aby sestra zásady znala a především nám pacientům takovéto informace poskytovala“*, odpověděla dotazovaná respondentka P2. Podobný názor uvedli všichni respondenti. Myslí si, že je důležité, aby sestry využily tyto zásady ve prospěch pacientů a informovaly je o dodržování dietních postupů. Respondenti P5 a P8 udávají shodný názor, a to, že sestry mají znalosti o stravování na dobré úrovni. Respondentka P1 udává: *„Nejenom, že spolupracují s nutričním terapeutem a musí rozumět různým termínům, ale je také důležité, aby správně a dostatečně klienta informovaly.“* Dále si respondenti P2 a P8 myslí, že pokud by sestra nebyla dobře informovaná, mohla by se její neznalost odrazit na zdravotním stavu pacienta.

Všichni respondenti považují za důležité dodržovat dietní opatření doporučené sestrou. I když respondenti P1 a P9 považují dodržování dietního režimu za důležité, tak i přesto dietní omezení nedodržují. P9 uvádí: *„No důležité to je, ale pak když je člověk doma, tak se nad tím člověk nepozastaví, že dělá něco špatně.“* Pro respondenty P7, P12, P3, P8, P2 a P6 je důležité dodržovat dietní omezení za účelem udržení si dobré životní úrovně. Respondent P7 ještě navíc udává: *„Pokud se i přes všechna varování budeme stravovat jakýmkoliv způsobem, odrazí se toto porušení na našem zdravotním stavu a poté i na psychice.“*

4.2.6 *Důsledek nespolupráce*

Kategorie *Důsledek nespolupráce* zkoumá u dvanácti dotázaných respondentů, zda při nedodržení dietních omezení měli zdravotní problémy. Dotázaní respondenti P4 a P8 udávají v rozhovoru komplikace zdravotního stavu způsobené nedodržováním dietních opatření, a to konkrétně nadměrným příjmem tekutin. Respondent P2 měla zdravotní komplikace z důvodu přijímání tučných a mastných potravin. *„Velice často se moje*

zdravotní problémy projevují v oblasti dýchání. Pokud si dopřejí výjimečně tučné jídlo s vyšším obsahem tekutin, hůře se mi dýchá.“ (P2) Ostatní respondenti P1, P3, P5, P7, P8, P9, P10, P11 a P12 žádné zdravotní komplikace neudávají.

4.2.7 Pojem malnutrice

Námi vytvořená kategorie je zařazena z toho důvodu, že tento pojem znal pouze jeden respondent. Respondentka 9 uvádí: *„Ano slyšela. Malnutriční problematika se zabývá výživou pacienta, která může být nedostatečná nebo nevyvážená. Byla jsem od lékaře plně informovaná. O malnutriční problematice mě informoval lékař. Nejprve jsem se ptala sestřičky, ale bylo mi řečeno, že není až tak docela kompetentní takové informace sdělovat.“* Ostatní respondenti na otázku neznali odpověď.

5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na stravování u dlouhodobě dialyzovaných pacientů a také na to, jakým způsobem hemodialýza ovlivnila dosavadní stravovací návyky pacientů a zda jejich strava splňuje jejich požadavky. K získání informací byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří docházejí do hemodialyzačních středisek. Kvalitativní výzkum probíhal v nemocnicích Prachatic, a.s. České Budějovice, a. s. a Třebíč, příspěvková organizace.

Výzkumným šetřením jsme si odpověděli na tyto tři výzkumné cíle. Zjistit, zda jsou pacienti spokojeni se stravou v nemocničním zařízení během hemodialýzy. Zjistit, jak chronické onemocnění ledvin změnilo jejich stravovací návyky. Zjistit, zda klienti jsou dostatečně informováni všeobecnou sestrou v oblasti stravování po dialyzačním programu. Otázky určené k rozhovorům s pacienty, byly formulovány tak, abychom si na naše výzkumné otázky odpověděli a splnili cíle bakalářské práce.

V bakalářské práci jsme si stanovili cíl, který zní, zjistit, jak chronické onemocnění ledvin změnilo jejich stravovací návyky. U tohoto cíle byly vysloveny dvě výzkumné otázky. První otázka zněla, zda dodržují hemodialyzovaní pacienti doporučené omezení při stravování. Z odpovědi pacientů vyplývá, že celkem pět klientů dietní opatření nedodržuje, i když byli s těmito opatřeními seznámeni jak lékařem, tak ošetřující sestrou. Toto zjištění mne překvapilo, i když se jednalo spíše o starší pacienty, tak si myslím, že je důležité, aby dietní opatření dodržovali. Asi si pacienti nedokážou dost dobře představit, jaké by pro ně mohly být následky špatného stravování. Z rozhovorů vyplývá, že pacienti jsou dostatečně informováni, ale jejich zájem v oblasti stravování je malý. Nechtějí si připouštět, že by se měli ve stravě omezovat. Pokorová (29, s. 8) ve svém článku uvádí: *„Samotní pacienti jsou spoluodpovědní za dialyzační léčbu bez komplikací a vědomě se tak podílejí na kvalitě svého života. Ano, řeč je o dietě neboli o vhodné úpravě jídelníčku, která mimo jiné pro pacienta znamená omezení některých druhů potravin. Na jedné straně je potřeba zvýšit příjem bílkovin a energie, na straně druhé omezit příjem potravin obsahujících více draslíku, fosforu a vody.“* S tímto

tvrzením plně souhlasím. Sestra nic nezmůže, pokud pacienti nebudou spolupracovat. Na tuto otázku jsme si odpověděli pomocí námi stanovené kategorie Stravovací návyky.

Druhá námi vyslovená otázka zněla, jakým způsobem ovlivnila dlouhodobá dialýza, při onemocnění ledvin, dosavadní stravovací návyky pacienta. Jak je z níže uvedené diskuze patrné, stravovací návyky byli u klientů změněny. Pacienti (P1, P3) uváděli, že dokud jim komplikace způsobené nevhodným stravováním nebudou zasahovat do života, není žádný důvod stravování měnit. Dalších pět pacientů (P4, P5, P6, P8, P12) se vyjádřilo, že dietní opatření dodržují, ale někdy dietu poruší. Jako důvod porušení diety pacienti uvádějí rodinné oslavy nebo nějaké výjimečné příležitosti. Pouze dva respondenti (P3, P7) z námi oslovených pacientů uvedli, že dietu dodržují striktně. Respondenti uváděli, že ze svého jídelníčku vyškrtli polévky, omáčky, kořeněná jídla a více se stravují čerstvými potravinami. Všichni pacienti, kteří dietu dodržují, se zmínili o fosforu. Všichni moc dobře věděli, že dialyzační přístroj není schopen z organismu fosfor odstranit. Tuhle skutečnost bych rád vyzdvihl. Pacienti o této skutečnosti byli ať už lékařem nebo sestrou velmi dobře informováni a je vidět, že pokud pacienti chtějí, dokáží si informace dobře zapamatovat.

Druhá kategorie je zaměřena na problematiku příjmu tekutin. Devět respondentů uvedlo, že jejich příjem tekutin ovlivňuje roční období. Uváděli, že v létě sice mají větší žízeň, ale na druhou stranu větší množství vody a odpadních látek vypotí. Naopak tři respondenti uvádějí, že mají raději zimní období nežli letní, a to z důvodu, že v létě jsou vysoké teploty a pacienti mají větší žízeň, ale příjem tekutin si nemohou zvýšit z důvodu nízké denní diurézy. Podle dalších dvou respondentů se jejich příjem tekutin odvíjí od toho, co snědí. To koresponduje s předešlou kategorií, kde pacienti uvedli, že pokud například sní něco bohatého na sůl, je jasné, že budou mít větší žízeň. Celkem pět pacientů správně uvedlo, že záleží na jejich denní diuréze. Uvádí, že přijímají tekutiny podle toho, kolik za den vymočí. Tento fakt je velmi důležitý, je dobré, že si pacienti dokážou spojit denní diurézu s příjmem tekutin. Mengerová (32) ve svém článku uvádí: *„Povolené denní množství tekutin Vám stanoví Váš lékař v dialyzačním středisku. To vypočítá tak, že k množství vyloučené moči za 24 hodin přičte 500 ml. Toto množství tekutin by hemodialyzovaný měl dodržovat, protože překročení této*

hranice je příčinou váhového přírůstku. Je třeba si uvědomit, že voda se vyskytuje ve všech potravinách, nejen nápojích. Nejvíce vody je v zelenině a ovoci. Nejméně v těstovinách, rýži apod. Rýže i těstoviny se však při tepelné úpravě navaří, proto je nutné započítat i množství vody, které se vsákne.“ V našem výzkumném šetření se objevili dva respondenti, kteří prozatím s močením nemají problémy, a tak se v pitném režimu neomezují. Respondenti si kontrolu tekutin prováděli pomocí odměřování a zapisováním do sešitu, nyní však příjem tekutin dokáží odhadnout i bez těchto pomůcek. Byl jsem rád, že alespoň příjem tekutin oslovení respondenti dodržují, ale nejsem si úplně jist, zda to není jen kvůli tomu, že při každé hemodialýze jsou pacienti sestrou převáženi a pokud mají váhový přírůstek, je jasné, že pacient pitný režim nedodržel. Pacienti si jsou tohoto faktu velmi dobře vědomi a domnívám se, že ti pacienti, kteří nedodržují dietní opatření, dodržují pitný režim jen z důvodu zpětné kontroly sestrou. Důležitost dodržování pitného režimu uvádí také server Ledviny.cz (30): *„Jedním z primárních cílů hemodialýzy je odstranění nadbytečné vody z organismu. Méně tekutin přijatých mezi jednotlivými procedurami znamená lepší snášenlivost léčby a také menší zátěž pro srdce. Vyšší příjem tekutin může vyvolat křeče při dialýze a také prodloužit dobu dialyzační procedury, pacienti musí být dialyzováni déle, dokud není všechna nadbytečná tekutina odstraněna.“*

Třetí kategorie je zaměřena na stravu během hemodialýzy. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti spokojeni se stravou v nemocničním zařízení během hemodialýzy. K tomuto cíli se nám vztahuje výzkumná otázka, zda splňuje strava během hemodialýzy jejich požadavky. Bylo pro mne překvapivým zjištěním, že stravu při hemodialýze dostávají jen pacienti, kteří navštěvují hemodialyzační středisko v nemocnici Prachatice, a.s. Pacienti jsou se stravou na hemodialýze spokojeni, na každý týden dostanou jídelníček, kde mají uvedeno, jakou svačinu v jaký den dostanou. Dva pacienti z hemodialýzy v nemocnici Třebíč uvedli, že když byli hospitalizováni, byli se stravou spokojeni a chutnalo jim. Naopak dva další pacienti uvedli, že pro ně strava dostačující nebyla a nechutnala jim. Myslí si, že by pro ně mohla být strava pestřejší. Námi dotázaní pacienti z Českých Budějovic, když jsme zjišťovali, zda jim strava při hospitalizaci chutná, odpověděli rozdílně. Jeden řekl (P11), že mu strava

chutnala a byl vždy spokojen, oproti tomu druhý pacient řekl (P12), že mu strava nechutnala a měla by být zdravější. Bohužel nemůžu názory pacientů posoudit, jelikož jsem se v uvedených nemocničních zařízeních nestravoval. Myslím si, že každý pacient má jiné nároky ohledně stravy a bohužel není možné všem plně vyhovět. V podstatě je ale důležité, aby strava splňovala nároky na dietní omezení u hemodialyzovaných pacientů. Mengerová (31) ve svém článku uvádí: *„Důležité je, aby přísun všech důležitých látek byl vyvážen natolik, že zajistí všechny potřeby organismu – např. nízký přívod bílkovin vede ke snížení obranyschopnosti organismu a častým komplikacím, naopak vyšší, než doporučený přívod vede k „otrávení“ organismu zplodinami metabolismu a vzniká tím nebezpečí komplikací. Tato potřeba je u jednotlivých nemocných různá a je ji třeba individuálně upravit.“*

Posledním cílem bylo zjistit, zda klienti jsou dostatečně informováni všeobecnou sestrou v oblasti stravování po dialyzačním programu. K tomuto cíli byla vyslovena výzkumná otázka, která měla za úkol zmapovat, zda jsou pacienti spokojeni s informacemi o vhodném stravování, které jim byly poskytnuty všeobecnou sestrou. K tomu, abychom si mohli odpovědět na tuto výzkumnou otázku, jsme použili v pořadí čtvrtou kategorii Informace o výživě. Pacienti udávají, že informace dostávají od sester, lékaře a nutriční terapeutky. Dodávají ale, že nejvíce informací dostávají od sester. Dva respondenti uvedli, že potřebné informace získali pouze od sester. Jeden respondent také uvedl, že je velice důležité, aby si sami pacienti vyhledávali informace na internetu, kde mohou narazit na novinky v léčbě a také ve stravování. Dva respondenti také bohužel uvedli, že i přesto, když informace po sestře chtěli, ona jim je nikdy nepodala a odkázala je na nutričního terapeuta. Další tři respondenti uvedli, že informace jim poskytl pouze lékař. Dle mého názoru není vůbec špatné, pokud se do procesu edukace zapojí jak lékař, sestra, tak i nutriční terapeut. Pacient má tak možnost naposlouchat si dietní opatření několikrát a potom se efekt příjmu informací u pacienta zvyšuje. Všichni nám odpověděli, že jsou s informacemi spokojeni a mají jich dostatek, což je dle mého názoru dobré zjištění. Na druhou stranu ale nerozumím tomu, že i když pacienti mají informací dostatek, proč tedy nedodržují to, co jim sestry a lékaři říkají. Další možností, jak se pacienti mohou dozvědět informace

je informační brožura. Pacienti jsou spokojeni s edukací formou brožur a čtou je. Dva respondenti udávají, že si brožury vzali domů a dali je přečíst i svým příbuzným. Jeden pacient uvedl, že si sice brožury přečetl, ale žádný velký efekt to na něm nezanechalo. Proto je velice důležité, aby informační brožury byly pro pacienty srozumitelné a psané čtivou formou, aby pacienty zaujaly. Pacienti, kteří dochází na hemodialýzu do nemocnice Třebíč, uvedli, že za nimi na dialýzu dochází nutriční terapeutka, která jim na každý týden připravuje jídelníčky, které obsahují recepty pro přípravu pokrmů. Mají možnost konzultovat s nutriční terapeutkou své problémy s výživou a požádat je o různé rady. I pacienti, kde nutričního terapeuta nemají, uvedli, že by nutričního terapeuta v ošetrovatelském týmu uvítali. Dokonce jedna pacientka uvedla, že pokud by byl někdo, kdo by jí dával jídelníček a recepty, tak by dietu dodržovala, a to proto, že by se jednalo o kontrolu stravování podobně, jak se tomu děje při příjmu tekutin. Pokorová (29, s. 8) ve svém článku uvádí: „*Konkrétní jídelníčky pro pacienty sestavuje pouze nutriční terapeut na základě nutričního screeningu pacienta zpracovaného nutriční koordinátorkou příslušného střediska.*“ S tímto názorem plně souhlasím. Myslím, že by bylo dobré, aby nutriční terapeut za pacienty docházel a vše s nimi konzultoval. Samozřejmě i za přítomnosti všeobecné sestry, aby ona měla dostatek informací o pacientovi

Další kategorie je zaměřena na dostatek informací. V této kategorii jsme se zabývali tím, zda si pacienti myslí, že je o problematice dostupný dostatek informací. Podle pacientů je informací dostatek, ať už ve formě knih, brožur anebo internetu. Jedna pacientka uvedla, že by uvítala odborný časopis, kde by se dočetla o zajímavých radách a novinkách ve stravování. Další pacient uvedl, že mladší pacienti mají výhodu v tom, že umí zacházet s internetem, on bohužel internet ovládat neumí, a tak je odkázaný na informace od sester a lékařů. Je dobré, že si pacienti uvědomují možnosti internetu, kde mohou sami navštěvovat různé stránky a vyhledávat si recepty na vhodná jídla. Pacienti se také zmiňují, že je důležité, aby sestry znaly zásady správné výživy. Podle pacientů je důležité, aby sestry znaly informace o výživě a hlavně, aby edukovaly pacienty. Dva respondenti se domnívali, že kdyby sestra neměla dobré znalosti na poli výživy, mohlo by se to odrazit na jejich zdravotním stavu. S tímto tvrzením musím

souhlasit, pokud by sestry neměly dostatek znalostí, mohly by pacientům předat chybné informace. Taková sestra by u pacientů mohla ztratit důvěru, případně by jim mohla i ublížit.

V další části práce jsme se zabývali tím, zda pacienti měli nějaké zdravotní problémy z důsledků nedodržování dietních opatření. Tato kategorie byla námi nazvána Důsledek nespolupráce. Tři pacienti uvedli, že komplikace z nedodržování diety měli. Bohužel se to odrazilo na jejich zdravotním stavu a dospělo to až k hospitalizaci.

Jako zajímavost jsme zařadili kategorii Pojem malnutrice. Ve výzkumném šetření mě velice překvapilo, že pouze jeden námi dotazovaný pacient znal pojem malnutrice. Pacientka se o malnutriční problematice dozvěděla od lékaře, když se na to zeptala, sestra jí řekla, že není kompetentní jí k tomu sdělovat takové informace. Dle mého názoru by tento termín měli znát všichni pacienti docházející na hemodialýzu, protože je pro ně důležitý.

Získané poznatky mohou otevřít prostor pro další výzkumné šetření a přispět ke zlepšení stravování u pacientů docházejících na hemodialýzu.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo odhalit, jaké jsou stravovací návyky těchto pacientů a jaká je jejich spokojenost. Pro výzkumné šetření byl zvolen region jižní Čechy a Vysočina, kde byly osloveni pacienti s onemocněním ledvin, kteří jsou odkázáni na hemodialyzační léčbu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 12 pacientů z výše uvedených regionů.

I když sestry, dle mého názoru, klienty docházející na hemodialýzu dostatečně informují o stravování, přesto klienti správné stravování nedodržují. U klientů je nutné, aby od základu změnili své stravovací návyky. Chápu, že je pro ně jednodušší přijít do obchodu a nakoupit si potraviny hojně obsahující konzervační látky, glutamáty, hořčík a fosfor. Sestra by měla klientovi zajistit konzultaci s nutričním terapeutem, který jim vysvětlí, jaké potraviny jsou pro ně vhodné, popřípadě může klientovi poskytnout recepty. Myslím si, že také není od věci, aby si sestra o problematice stravování promluvila i s klientovou rodinou, která je schopna svého rodinného příslušníka nasměrovat správnou cestou.

Na první výzkumnou otázku jsme si v rámci výzkumného šetření odpověděli následovně. Klienti, kteří dochází pravidelně na hemodialýzu, uváděli, že největší změnou pro ně bylo z omezení tekutin, vynechání omáček a polévek. Také nejedí jídla ostrá a příliš kořeněná, snaží se spíše konzumovat čerstvé potraviny. Dále to neovlivnilo pouze respondenty, ale také jejich rodiny, které se snaží dodržovat dietní omezení s klienty. Na druhou otázku jsme získali odpovědi pouze od respondentů z nemocnice Prachatice, a. s., protože ostatní respondenti stravu během hemodialýzy nedostávali a nosili si svačiny z domova. Klienti byli se stravou spokojeni, každý den měli svačinu jinou a podle nich dobře vyváženou stravu. V rámci výzkumného šetření jsme si také odpověděli na to, zda klienti dodržují dietní opatření. Bohužel podle našeho výzkumného šetření vyplývá, že více respondentů buď dietu nedodržuje vůbec, nebo se ve stravování omezuje, ale v podstatě v menším množství konzumuje vše. Jediné, v čem se striktně hlídají, jsou tekutiny, jelikož tento fakt se díky vážení sestry při každé hemodialýze ověří. Z výzkumu vyšlo, že pouze dva ze dvanácti respondentů striktně

dietu dodržují. Klienti uváděli, že byli s podáváním informací od sester spokojeni, informace pro ně byly srozumitelné, pouze jeden klient byl nespokojen a představoval by si spolupráci se sestrami lepší.

Výsledky z výzkumného šetření poskytnou zmapování stravy v nemocničním zařízení u dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Přínosem výzkumného šetření bude vypracování informativního letáku na téma Důležitost stravování pro dialyzované pacienty.

7 Seznam literatury

1. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.
2. TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, xxviii, 496 s., 12 s. barev. obr. příl. ISBN 8024711222
3. TEPLAN, Vladimír a Olga MENGEROVÁ. *Dieta a nutriční opatření u chorob ledvin a močových cest*. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. ISBN 978-80-204-2208-8.
4. TEPLAN, Vladimír. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 317 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2881-3.
5. TEPLAN, Vladimír. *Metabolismus a ledviny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 412 s. ISBN 80-716-9731-1.
6. MENGEROVÁ, Olga. *Diety při onemocnění ledvin: recepty, rady lékaře*. 2. vyd. Editor Vladimír Teplan. Praha: Sdružení MAC, 2002, 31 s. Diety pro nejčastější choroby, sv. 16. ISBN 80-860-1584-X.
7. HRUBÝ, Milan a Olga MENGEROVÁ. *Dieta u chronických onemocnění ledvin*. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2010, 148 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 7. ISBN 978-808-7250-075.
8. MAREČKOVÁ, Olga, Vladimír TEPLAN a Olga MENGEROVÁ. *Léčebná výživa při gastroenterologických komplikacích a možnosti enterální výživy u nemocných s chronickým selháním ledvin*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 171 s. ISBN 80-701-3210-8.
9. MAREČKOVÁ, Olga, Vladimír TEPLAN a Otto SCHÜCK. *Gastroenterologická problematika v nefrologii*. 1. vyd. Praha: Galén, c2008, 212 s. ISBN 978-80-7262-573-4.
10. TEPLAN, Vladimír a Olga MENGEROVÁ. *Výživové hodnoty potravin pro pacienty*. Čestlice: Medica Publishing, c2004, 16 s. Dieta (Pavla Momčilová - Medica Publishing). ISBN 80-859-3650-X.

11. TEPLAN, Vladimír a Olga MENGEROVÁ. *Choroby ledvin a močových cest: dieta a rady lékaře*. 2. vyd. Čestlice: Medica Publishing, c2005, 175 s. ISBN 8085936518.
12. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
13. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.
14. LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008, 130 s. ISBN 978-807-2625-529.
15. SULKOVÁ, Sylvie. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, 2000, 693 s.: obr., tab. ISBN 8085912228.
16. DÍTĚ, Petr. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, xx, 586 s. ISBN 9788072624966.
17. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, c2006, xliv, 1158 s. ISBN 8024612526
18. TESARŮ, Vladimír a Otto SCHÜCK. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 650 s. ISBN 80-247-0503-6.
19. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4728-445.
20. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 7., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, xv, 490 s. ISBN 80-734-5009-7.
21. KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Vyd. 1. Praha: Krigl, 2005, 113 s. ISBN 80-869-1208-6.
22. GROFOVÁ, Zuzana a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4718-682.
23. STARNOVSKÁ, Tamara a Eva CHOČENSKÁ. *Nutriční terapie: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. Edice CARE. ISBN 80-726-2387-7.

24. SMRŽOVÁ, Jana. *Nefrologie.eu* [online]. 2008 [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=onemocneni_ledvin
25. Malnutrice u hemodialyzovaných nemocných. *Malnutrice u hemodialyzovaných nemocných* [online]. 2002, č. 9 [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/malnutrice-u-hemodialyzovanych-nemocnych-148173>
26. Dietní postupy u hemodialyzovaných pacientů. *Postupy u hemodialyzovaných pacientů* [online]. 2013, č. 6 [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: <http://www.farmakoterapie.cz/c3913/dietni-postupy-u-hemodialyzovanych-pacientu%20-%20%C4%8Dasopis%20Farmakoterapie>
27. SMRŽOVÁ, Jana. *Pro život s ledvinami i bez nich* [online]. 2008 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=dieta#dieta_pri_dialyze
28. *Hemodialýza a příjem tekutin* [online]. 2012 [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: <http://www.ledviny.cz/clanky/hemodialyza-a-prijem-tekutin>
29. POKOROVÁ, Petra. Nutriční pohled na stravování pacientů na dialyzačních střediscích B. Braun Avitum. *Dialog časopis nejen pro dialyzované pacienty*. 2013, č. 1. ISSN 1803-7267
30. Hemodialýza a příjem tekutin. *Ledviny.cz* [online]. 2014 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://www.ledviny.cz/clanky/hemodialyza-a-prijem-tekutin>
31. MENGEROVÁ, Olga. Dieta pro nemocné v dialyzačním programu. *Stěžěň* [online]. 1994 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1994/04/1994_4_04.html
32. MENGEROVÁ, Olga. Pitný režim u hemodialyzovaných nemocných. *Stěžěň* [online]. 2007 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2007/03/2007_3_13.html
33. Brožura Megnerová, O. Dialýza info. Dietní doporučení pro hemodialyzované (online). 9. 4. 2007, (cit. 2014-03-12). Dostupné z: <http://www.dialyza.info/pacienti.php?clanek=dieta>
34. PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Výživa při hemodialýze* [online]. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007 [cit. 2014-04-13].

35. ŠVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-469.
36. CUPISTI. Phosphate control in dialysis. *Dovepress* [online]. 2014 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/phosphate-control-in-dialysis-peer-reviewed-article-IJNRD>
37. ČUPÁKOVÁ, Jitka. Polymerní enterální výživa I. – Sipping. *Stěžěň* [online]. 2007 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2007/03/2007_3_13.html

8 Přílohy

Příloha 1 Otázky pro rozhovor s pacienty

Příloha 2 Dotazník MNA (Mini Nutritional Assessment)

Příloha 3 BMI (Body mass index)

Příloha 4 Sipping- Nutridrink compact

Příloha 5 Vzor nízkobílkovinné diety.

Příloha 1

Rozhovor s hemodialyzovaným pacientem

Kolik Vám je let?

Jak dlouho docházíte na hemodialyzační léčbu?

Slyšel/a jste o problematice malnutrice a dokážete tento pojem vysvětlit?

Kdo Vás informoval o malnutriční problematice?

Jakým způsobem ovlivnila hemodialýza Vaše stravovací návyky?

Co u Vás určuje množství přijímaných tekutin?

Myslíte si, že je důležité si kontrolovat příjem tekutin a pokud ano jakým způsobem tuto kontrolu provádíte?

Jak často jste hospitalizováni v nemocničním zařízení?

Jakou stravu dostáváte při hemodialýze? (v nemocničním zařízení)

Jste spokojen/a se stravováním v nemocničním zařízení během hemodialýzy?

Kde jste získal/a informace o výživě při hemodialýze?

Myslíte si, že Vám byly podány dostatečné informace o výživě při hemodialýze?

Nabídli Vám konzultaci s nutričním terapeutem?

Četl/a jste někdy nějakou informační brožuru o výživě při hemodialýze?

Myslíte si, že je celkově o problematickém stravování při hemodialýze dostatek informací?

Dopřál/a jste si někdy stravu bez dietních opatření během onemocnění?

Jak často si dopřejete stravování bez jakéhokoliv omezení?

Měl/a jste někdy zdravotní problémy při porušení diety při hemodialýze a v jaké?

Považujete za důležité dietní opatření, které Vám doporučil zdravotní personál?

Myslíte si, že je důležité, aby sestry znaly zásady výživy při hemodialýze a proč?

Zdroj: vlastní

Příloha 2

Marta Vladimíra	
Pokoj - patro	318
Ročník narození	1935
Výška (v cm)	165
Váha (v kg)	94 ke dni 01.03.2012 (-5,0 kg rozdíl od předposledním měření dne 01.01.2012)
BMI	34
Strava	diabetická
Nutriční stav	uspokojivý (ke dni 20.02.2012)

MNA DOTAZNÍK ®

Otázky		KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ (DATUM)		
		01.11.	01.01.	01.03.
A	Snížil se příjem stravy v důsledku nechutenství či zažívacích potíží (i polykání) 0 - silné nechutenství 1 - mírné nechutenství 2 - normální chuť k jídlu	2	2	1
B	Váhový úbytek 0 - váhový úbytek větší než 3kg 1 - nevím 2 - váhový úbytek mezi 1-3 kg 3 - bez váhového úbytku	B 3 H 102	B 2 H 99	B 0 H 94
C	Pohyblivost 0 - imobilní klient 1 - klient schopný samostatného pohybu na omezenou vzdálenost 2 - klient schopný samostatného pohybu bez omezení vzdálenosti	0	0	0
D	Akutní onemocnění-psychický stres 0 - ano 1 - ne	1	1	1
E	Neuropsychické potíže 0 - těžká demence 1 - mírná demence 2 - bez psychologických změn	2	2	2
F	BMI 0 - BMI je nižší než 19 1 - BMI je 19 nebo je nižší než 21 2 - BMI je 21 nebo je nižší než 23 3 - BMI je 23 nebo je vyšší	3	3	3
Součty		11	10	7
Doporučení k datu 01.03. 11 a méně bodů - klient může být ohrožen malnutricí. Klienta je nutno předat do péče nutričního terapeuta.				

podpis zpracovatele

Zdroj: <http://help.nutricni-pece.cz/tisk.php?id=1>

Příloha 3

Klasifikace tělesné hmotnosti		
Stav hmotnosti	BMI (kg/m ²)	
Podváha	Pod 18,5	
Normální váha	18,5- 24,9	
Nadváha	25,0- 29,9	
Obezita 1. stupně	30,0- 34,9	
Obezita 2. stupně	35,0- 39,9	
Obezita 3. stupně	nad 40	
Metabolické riziko podle obvodu pasu	ženy	muži
Mírné	nad 80 cm.	nad 94 cm.
Výrazné	nad 88 cm.	nad 102 cm.

Zdroj: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2/?p=3089>

Příloha 4



Zdroj: www.naturalecompanhia.com

Příloha 5

Dieta s omezením bílkovin pro hemodialyzovaného pacienta s tělesnou hmotností 70 Kg.	
Snídaně	35 g krůtího salámu, 100 g chleba, 15 g rostlinného tuku, 10 g cukru do čaje
Přesnídávka	100g pomeranče, 60 g chleba, 10 g rostlinného tuku, 10 g cukru do čaje
Oběd	Polévka celerová, čaj, hovězí na rajčatech, nízkobílkovinné těstoviny, 10 g cukru do čaje
Svačina	80 g koláče s džemem, 95 ml mléka, 10 g cukru do kávy
Večeře:	Hašé, brambory, tuk, mrkvový salát
2. večeře	Banánové lodičky s krémem, čaj, 10 g cukru do čaje

Vzor: <http://www.dietologie.cz/dieta/zakladni-dieta/nizkobilkovinna-dieta/dieta-nizkobilkovinna-ledvinova-dieta-c-6.html>