



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 ošetrovatelství a porodní asistence

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Multidisciplinární péče na hemodialyzačních střediscích

Vypracoval: Bc. Mária Vyhlidalová
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Ve zdravotnictví je nepředstavitelné, aby jeden člověk pečoval o nemocné. K dosažení cíle, jakým je zejména udržení nejvyšší kvality života jedinců ve zdraví a nemoci, je nutná vzájemná spolupráce jednotlivců profesionálů ve svém oboru, z nichž každý zabezpečuje péči o pacienta na základě svých vědomostí a dovedností. Jedná se o týmovou spolupráci, kde každý člen týmu má svoje povinnosti, ale také práva a pravomoci.

Termín multidisciplinarita znamená spolupráci více vědních oborů. V ošetrovatelské péči o hemodialyzované pacienty jde o tým odborníků, kteří se komplexně podílí na uspokojování jejich potřeb. Tato spolupráce umožňuje především jednotnou komunikaci, zjednodušení analýzy problémů pacienta, jednotnou a návaznou ošetrovatelskou péči, ucelenou dokumentaci i hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče u těchto pacientů.

Cílem diplomové práce bylo na základě dostupné literatury zmapovat problematiku multidisciplinární péče na hemodialýze. Jedná se o teoreticky zpracované téma, metodou obsahové analýzy dokumentů a metodou review a syntézy. Informace byly získané z odborné tuzemské i zahraniční literatury, z vědeckých časopisů, ale i z internetových zdrojů. Přínosem byly také výzkumné poznatky ze 42. mezinárodní konference EDTNA/ERCA, která se konala od 31. srpna do 3. září 2013 ve Švédském Malmö, na téma Inovace renální péče prostřednictvím multiprofesionálního vedení.

Práce je rozdělena do tří základních kapitol. První část je zaměřena na charakteristiku týmu. Nalezneme zde definice, druhy, znaky, budování, složení, role, konflikty v týmu a základní popis multidisciplinární spolupráce. Druhá kapitola se zabývá historií a hemodialýzou jako léčebnou extrakorporální metodou. Třetí a nejrozsáhlejší oddíl se orientuje na multidisciplinární spolupráci na hemodialyzačním středisku. Je rozdělen do několika podkapitol. V každé z nich postupují informace z obecné roviny až po konkrétní potřeby hemodialyzovaného pacienta a pokračují na popis činností jednotlivých členů multidisciplinárního týmu.

Výsledkem je ucelený pohled na poskytování multidisciplinární péče na hemodialyzačních střediscích. Výstupem diplomové práce je návrh algoritmu ošetrovatelské péče v rámci multidisciplinární péče na hemodialyzačních střediscích. Multidisciplinární péče je nezbytným předpokladem pro poskytování efektivní, kvalitní a kontinuální ošetrovatelské a léčebné péče ve všech zdravotnických zařízeních.

Klíčová slova: hemodialýza, multidisciplinarita, pacient, péče, sestra, spolupráce

Abstract

It is inconceivable for only one person to take care of ill people in a health care. To achieve the aim which is in particular maintenance of the highest life quality of specimens in health or in disease, is important mutual cooperation of professionals in the branch, where every single ensure care for a patient on the basis of his own knowledge and skills. It is about team co-operation, where every single member of the team has his own obligations, but also rights and authority.

The term multisiciplinary care means co-operation of more scientific branches. Hemodialysis patients' nursing care is about team of professionals, who are fully involved in satisfying patients' needs. This co-operation enables primarily the unitary communication, reduction of patient's issue analysis, unified and consecutive nursing care, complete documentation and quality evaluation of provided nursing care of these patients. The aim of the dissertation was to chart multidisciplinary care's issues at hemodialysis, on the basis of available literature. The dissertation is based on theoretically processed topic by the method of documents' content analysis and method of review and synthesis. Information is obtained from domestic but also foreign science books, scientific magazines, and internet sources. Findings from the 42nd international conference EDTNA/ERCA, which topic was Innovation of renal care through multi-professional leadership, which took place in Malmö, Sweden, from 31st of August to 3rd of September 2013, also contributed.

The dissertation is divided into three basic chapters. The first part is focused on team characteristic. There are definitions, types, features, building, composition, roles, conflicts within a team and elemental description of multidisciplinary co-operation. The second chapter deals with a history and hemodialysis as a medical extracorporeal method. The third, and the broadest section, is focused on multidisciplinary co-operation at the centre of hemodialysis. It is divided into several sub-chapters. In each of them the information descend from general field to concrete needs of hemodialysed patient and continue to the description of each member of a multidisciplinary team.

The result is comprehensive view on provision of multidisciplinary care in the centres of hemodialysis. The output of the dissertation is a draft of the nursing care algorithm within the purview of multidisciplinary care at the centres of hemodialysis. Multidisciplinary care is necessary requirement for assumption of effective, high quality and continuous medical and nursing care at all the centres.

Key words: hemodialysis, multidisciplinary, patient, care, nurse, collaboration

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala 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 diplomové 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 19. 5. 2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji Mgr. Dítě Novákové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a laskavý přístup. Poděkování patří i mé rodině za podporu, zázemí a trpělivost.

Obsah

Seznam zkratk.....	10
Úvod.....	11
Cíl.....	12
Metodika.....	13
1 Současný stav.....	14
1.1 Definice týmu.....	14
1.2 Druhy týmů.....	15
1.3 Znaky efektivního týmu.....	16
1.4 Budování a vývoj týmu.....	17
1.5 Složení a role týmu.....	18
1.6 Konflikty v týmu.....	22
1.7 Multidisciplinární spolupráce.....	23
2 Hemodialýza.....	24
3 Multidisciplinární spolupráce na hemodialyzačním středisku.....	27
3.1 Sestra jako pomáhající profese.....	28
3.1.1 Vzdělávání sester.....	29
3.1.2 Etika a ošetrovatelství.....	32
3.1.3 Sestra jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze.....	33
3.2 Výživa obecně.....	35
3.2.1 Výživa a ledviny.....	41
3.2.2 Dietní doporučení při pravidelném dialyzačním léčení.....	43
3.2.3 Doplněk stravy pro pacienta na hemodialýze.....	48
3.2.4 Nutriční doporučení pro hemodialyzovaného diabetika.....	49
3.2.5 Nutriční terapeut jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze.....	50
3.3 Systém sociální práce a péče.....	52
3.3.1 Sociální soběstačnost a potřeby hemodialyzovaného pacienta.....	57
3.3.2 Dávky sociální pomoci vhodné pro hemodialyzovaného pacienta.....	59
3.3.3 Invalidita a hemodialyzovaný pacient.....	61

3.3.4 Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze.....	63
3.4 Psychika člověka ve zdraví a nemoci.....	66
3.4.1 Psychologická péče a psychoterapie v obecné rovině.....	68
3.4.2 Psychologický a psychoterapeutický přístup zdravotníka.....	71
3.4.3 Psychologické potřeby hemodialyzovaného pacienta.....	75
3.4.4 Psychoterapeut jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze.....	82
3.5 Rehabilitace v obecné rovině.....	84
3.5.1 Fyzioterapeut jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze.....	91
3.5.2 Cvičení a hemodialyzovaný pacient.....	93
4 Závěr.....	99
5 Seznam informačních zdrojů.....	100
6 Přílohy.....	113

Seznam použitých zkratk

AV	arterio-venózní
ČR	Česká republika
EAP	European Association for Psychotherapy
EDTNA/ERCA	European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association
IDH	porucha, nezpůsobilost, překážka
KJ	kilojoul
Kcal	kilokalorie
MFK ICF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PEM	proteinoenergetická malnutrice
WHO	Světová zdravotnická organizace
WTGF	The World Transplant Games Federation
USA	Spojené státy americké

Úvod

Péče o zdraví má v současnosti multidisciplinární charakter. Neustále se zvyšující požadavky na poskytování efektivní ošetrovatelské péče se neobejdou bez kvalitního multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární péče označuje vzájemnou spolupráci několika profesionálů a integraci poznání, která využívá znalostí vyplývajících z několika vědních disciplín. Ve zdravotnictví je týmová spolupráce nevyhnutelná nejen k naplnění holistického přístupu a tedy k uspokojení všech pacientových potřeb, ale i k jeho vyléčení nebo zamezení vzniku různých komplikací.

Zařazení pacienta s terminálním selháním ledvin do chronického dialyzačního programu výrazně mění jeho dosavadní způsob života. Změna se dotýká všech stránek jeho života; biologické, psychické, sociální, ekonomické a v nemalé míře i rodinné. Z těchto důvodů vyžaduje péče o dialyzované pacienty multidisciplinární přístup, kde každý odborník využije své dovednosti a praktické znalosti v rámci holistického pojetí s cílem poskytnout kvalitní a kontinuální starostlivost.

Předkládaná diplomová práce má za cíl zmapovat problematiku multidisciplinární péče na hemodialýze. K výběru tématu mě motivovala jednak snaha lépe a podrobně proniknout do této oblasti, tak i moje dlouholetá práce na hemodialyzačním středisku. Dalším důvodem byl nedostatek uceleného materiálu pro zaučení nově nastupujících sester na hemodialyzační středisko. Posledním impulzem, a pro mne nejvýznamnějším, je osobní zkušenost v roli rodinného příslušníka dialyzovaného pacienta.

Cíl

Pojem multidisciplinární spolupráce ve zdravotnictví v posledních letech nabývá čím dál více na významu. Poskytování zdravotní péče multidisciplinárním týmem je zárukou efektivity, kontinuity a kvality.

Cílem předkládané diplomové práce je na základě dostupné literatury zmapovat problematiku multidisciplinární péče na hemodialýze. Výsledkem bude ucelený pohled na poskytování multidisciplinární péče na hemodialyzačních střediscích. Výstupem diplomové práce bude návrh algoritmu ošetrovatelské péče v rámci multidisciplinární péče na hemodialyzačních střediscích.

Metodika

Diplomová práce byla zpracovaná teoreticky, metodou obsahové analýzy dokumentů a metodou review a syntéza. Informace byly získané z odborné tuzemské i zahraniční literatury. Z českých autorů šlo především o odborníky a vědce, kteří se problematikou hemodialyzovaných pacientů zabírají již dlouhá léta, např. prof. MUDr. Sylvie Dusilová-Sulková, DrSc., prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MUDr. Znojová a prim. MUDr. Lukáš Svoboda. Cenným zdrojem poznatků se staly články zejména z časopisu Stěžeň, Aktuality v nefrologii, Interní Medicína pro praxi, Florence, Kontakt, Dialog a Nephrocare. Ze zahraničních vědeckých časopisů šlo o data z Health Soc Care Community, European Journal of Cardiovascular Nursing, Kidney Research and Clinical Practice a Indian Journal in Nephrology. Z internetových zahraničních databází byly využity informace z American Association of Kidney Patients, Abbott Laboratories Dietitians at the Dialysis Center, European association for psychotherapy (EAP), Kidneyhealth, National Kidney Foundation a Renal & Urology News. K vyhledání internetových zdrojů byla použita klíčová slova hemodialýza, multidisciplinarita, pacient, péče, sestra a spolupráce. V oblasti výživy byly hodnotným zdrojem znalosti p. Dany Sasákové, která pracuje na pozici hlavní nutriční terapeutky v síti soukromých hemodialyzačních středisek. Informace byly získané nejen z jejich literárních zdrojů, ale i z osobního setkání. Přínosem byly také výzkumné poznatky ze 42. mezinárodní konference EDTNA/ERCA, která se konala od 31. srpna do 3. září 2013 ve Švédském Malmö, na téma Inovace renální péče prostřednictvím multiprofesionálního vedení.

1 Současný stav

Spolupráce je přístup, životní filozofie, nikoli technika.

Autor neznámý

Spolupráce je v současnosti velmi aktuální téma. Nemůžeme se jí vyhnout. Neobejdeme se bez lidí kolem sebe, ať jsou to kolegové v práci, nadřízení, podřízení nebo klienti. Každý s nás se musí učit spolupracovat. Spolupráce je rozhodnutí, schopnost a dovednost (Zahrádková, 2005).

Bělohlávek (2008) uvádí, že spolupráce znamená systematické propojení úsilí jednotlivců při dosahování společného cíle. Má dvojí podobu; součinnou, kdy členové skupiny pracují na úkolu a sdílejí odpovědnost za výsledek, a koordinovanou, kde je úkol plněn jednotlivci postupně tak, že po skončení jedné části práce může následovat další.

Týmová spolupráce představuje souhrn hodnot, které ovlivňují chování, názory, pomoc členům skupiny a uznávání zájmů a úspěchu ostatních. Týmy vznikají za účelem plnění určitých úkolů, jsou pružné, reagují na měnící se události a požadavky, podávají větší výkon než jednotlivci pracující samostatně. Ve většině organizací jsou základní pracovní jednotkou (Kolajová, 2006).

Práce v týmu je dnes považována za jednu z nejvíce efektivních metod jak dosahovat cíle ve spolupráci s lidmi. Principem týmové práce je práce v malých skupinách a lze ho charakterizovat flexibilitou a nalezením rychlého řešení. Dynamika práce v týmu je založena na vysokém pracovním nasazení členů skupiny a faktu, že se členové mohou vzájemně doplňovat a obohacovat (Lojda, 2011).

1.1 Definice týmu

Existuje mnoho definic týmu. Podle Zahrádkové (2005, s. 19) je „tým jasně definovaný celek spolupracujících lidí s časově omezeným cílem, limitovanou velikostí, jasnými pravidly a rolemi a s charakteristickým procesem práce“.

„Týmem rozumíme nejlépe tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci a mají pocit společné identity, společného vědomí „my“. Všichni se snaží dosáhnout

stejného cíle. Dodržují většinou nepsané normy či pravidla, podle kterých dobrovolně a z vlastní vůle pracují a jednají. Mají časové, finanční a materiální limity“ (Kolajová, 2006, s. 12). Bahboun (2011) charakterizuje tým jako malou skupinu lidí, kteří se navzájem znají, sdílí společné cíle a při jejichž dosahování spolu musí komunikovat.

1.2 Druhy týmů

Bělohávek (2008) uvádí následující obecné rozdělení týmu, které je možno použít i ve zdravotnictví: tým pracoviště nebo oddělení je místo, kde pracovníci spolupracují v rámci jednoho útvaru. Členové tohoto týmu by se měli vzájemně podporovat, pomáhat si a komunikovat. Jiným druhem týmové práce je spolupráce mezi směnami. Tady je nejdůležitější, aby se informace z jedné směny efektivně přenášely k pracovníkům druhé směny. Mezioborové neboli interdisciplinární týmy jsou složené z odborníků z různých útvarů, kde každý z nich přináší svoje znalosti a specializaci k řešení určitého problému, vyžadují určitou dávku pochopení a vstřícnosti vůči ostatním. Mohou být zaměřeny na řešení jednoho dílčího problému, nebo na dlouhodobou spolupráci v určité oblasti. Skupina sestavená z vrcholových manažerů se nazývá vrcholový tým. Má mimořádný význam z hlediska plnění cílů a úspěšnosti organizace. Procesní tým zlepšuje práci jednotlivých útvarů ve firmě a je postaven na návaznosti činnosti jednotlivých oddělení.

Hayes (2005) dělí týmy na produkční, realizační, vývojový a poradní. Produkční je sestaven ze členů spolupracujících již mnoho let. Většinou se řídí sám, nezávisle na zbytku organizace a svoji práci si členové týmu sami plánují a dokončují. Realizační nebo také vyjednávací tým se skládá ze specializovaných členů, kteří tvoří skupinu za účelem splnění odborného úkolu. Role každého jedince je jasně definovaná. Skupina je zcela orientovaná na společný úkol a každý člen má odborné dovednosti, kterými se podílí na úspěšném splnění úkolu. Vývojový tým pracuje v dlouhém časovém rozpětí, během kterého vytváří určitý produkt, např. automobil, počítač. Skládá se z vysoce technicky a odborně specializovaných lidí z různých oborů. Roli poradce v otázkách organizace práce plní tým poradní. Typickým příkladem je skupina složená z členů

nejvyššího managementu. Patří sem také týmy finančního plánování, či okruh pracovníků zajišťujících kontrolu kvality.

Formální týmy jsou zaměřené na dosahování cílů organizace, podporují vznik nových myšlenek a kreativního řešení, hledají různá řešení problému. Neformální týmy se zaměřují na uspokojování potřeb členů, zvyšují a upevňují potřebu uznání a poskytují podporu při řešení osobních problémů. Podle doby, na kterou vznikají, dělíme týmy na dobu určitou a na dobu neurčitou (Kolajová, 2006).

1.3 Znaky efektivního týmu

Když je tým efektivní, může dosáhnout obrovských výsledků a zažít stav, který nazýváme synergie. V tomto stavu se síly každého člena nesčítají, ale násobí. Pracovníci se navzájem podporují a vytvářejí výkonný organizmus (Zahrádková, 2005).

Synergický efekt vzniká většinou až v sehraném týmu. Pro efektivní přístup je důležitá spolupráce, důvěra a soudržnost. Tato tři kritéria označujeme jako skupinovou kohezi, neboli celkovou přitažlivost týmu pro jeho členy nebo nečleny. Koheze je ovlivňována mnohými faktory, např. velikostí týmu, vzájemnou komunikací, podobnými zájmy a potřebami a osobnostními rysy členů týmu. V praxi se můžeme setkat i s pojmem negativní synergie, kdy za určitých okolností mohou výsledky týmu být horší než souhrn úsilí jednotlivců. Tento stav vzniká při různosti cílů, snahou jedinců o sebeprosazení, neschopností prosadit dobrý názor, nedostatečnou komunikací, skupinovou leností a špatnými mezilidskými vztahy (Kolajová, 2006; Bělohlávek, 2008).

Důležitým článkem dobré spolupráce je komunikace. Znamená styk, spojení, přenos informací. Vědí-li všichni, co je potřeba a co se děje, vytváří se mezi členy soudržnost. Funkční komunikace pomáhá členům týmu rozvíjet vědomí, že jsou součástí skupiny. Neadekvátní komunikace často vede k neschopnosti ocenit přínos ostatních a může se tak narušit chod společnosti. Je prokázáno, že výkonné týmy více komunikují než pracovní týmy s malou výkonností. Komunikace v týmu je ovlivněna typem úkolu, zkušenostmi lidí, ale i pracovní zátěží. Pokud všichni rozumí tomu, jakou

úlohu ve skupině plní, posiluje se spolupráce na společných cílech (Bahboun, 2011; Hayes, 2005).

Týmová spolupráce je proces, který začíná správným stanovením cíle. Společný cíl znamená vzájemnou závislost všech členů týmu. Musí být specifický, neměl by se v průběhu práce měnit a stává se výzvou k jeho naplnění. Příslušníci skupiny by k dosažení cíle měli přistupovat s chutí a s ambicemi. Velmi důležitá je srozumitelnost a měřitelnost cíle. Musí mít jasná kritéria, podle kterých se bude jeho dosažení měřit. Členové týmu by měli stanovený cíl akceptovat a umět jej přijmout tak, jako by oni byli jeho autory. Měl by být konkrétní, reálný a měl by motivovat. Je měřítkem úspěšnosti každého týmu (Kolajová, 2006; Meier 2009).

1.4 Budování a vývoj týmu

Při budování týmu je potřeba dodržovat určité zásady. Obecně lze rozlišit čtyři metody, využívající různé techniky. První je interpersonální přístup, pro který je typická sociální a osobní vnímavost mezi jednotlivými členy. Členové se učí naslouchat a uvědomovat zkušenosti ostatních jedinců skupiny. Cílem druhého postupu, který je zaměřený na definování rolí a norem, je přesně stanovit, jaké role se od jednotlivých členů očekávají a jaké jsou normy jako celku. Ve třetí metodě, nazývané budování týmu, je kladen důraz na postoj členů k tomu, co dělají, a k hodnotám, které přijímají. Týmový úkol je čtvrtým postupem, který se používá k vybudování skupiny. V tomto přístupu je kladen důraz na dovednosti lidí a na výměnu informací mezi jednotlivými členy (Hayes, 2005).

Podle Zahrádkové (2005) je vývoj skupiny ovlivněn mnohými faktory. Patří k nim doba trvání týmu, míra společných zážitků, styl vedení, závažnost práce a stupeň stresu, složení týmu, zkušenosti jednotlivých členů, motivace spolupracovat na společném cíli, ambice a osobní cíle jednotlivých členů skupiny.

Krüger (2004) popisuje tři vývojové fáze týmu. V první se formuje, volí se vedoucí a ten je pověřen jeho sestavením. Ve druhé fázi se určí kompetence a stanoví se cíle skupiny a ve třetí etapě jsou spuštěny aktivační a týmové možnosti pomocí tréninkových opatření.

Kolajová (2006) zase uvádí šest vývojových období vzniku týmu. První stádium je orientace. Je začátkem týmové spolupráce v novém prostředí na nových úkolech. V tomto období se lidé ukazují v tom nejlepším světle, což ale nemusí vypovídat o tom, jaký ve skutečnosti jedinec je. Konflikt a výzva jsou druhou vývojovou etapou. Členové zkoumají vlastní postavení ve skupině, přicházejí stížnosti, výhrady a drobné vzpoury. Koheze neboli soudržnost je třetím stupněm vývoje týmu. V tomto období se přebudovává mocenská struktura, jednotliví členové přijímají své role a rozvíjí se týmový duch. Čtvrtý stupeň je označován jako opojení. V této etapě vládne harmonie, členové jsou zvýšeně aktivní, práce je uspokojuje. Pátá fáze se nazývá zklamání. Začínají se objevovat pocity promarněného potenciálu, skupina začíná být negativně ovlivňována individuálními nedostatky. Soudržnost členů se snižuje, zvyšují se nezájem a kritické poznámky. Poslední stádium je fáze přijetí, kdy se objevuje vůdce, který má pozitivní vliv na členy skupiny a je schopen pochopit jejich očekávání.

1.5 Složení a role týmu

Při výběru členů do týmu je důležitá jejich odborná kvalifikace, osobní profil a předpoklad pro společnou práci. Požadavek na odbornou kvalifikaci je ovlivněn konkrétním úkolem, který má skupina splnit. Při zaměření se na osobní profil lze použít určité šablony nebo typologie, které nám umožní posuzovat znaky osobnosti a typy chování jedince (Krüger, 2004). Lidi bývají do týmu vybíráni na základě svých odborných znalostí tak, aby bylo v rámci mezioborového týmu pokryto celé spektrum znalostí, které jsou pro úspěšné splnění úkolů a cílů potřebné. Každý pracovník v týmu zastává určitou roli, formální neboli funkční např. role sestry v směnném provozu a týmovou, která znamená určitý způsob chování v určité pracovní situaci (Venglářová, 2011).

Na základě prostudovaných zdrojů jsme se rozhodli použít dělení rolí dle Belbin (2012), protože nejvíce vystihuje potřebu rozdělení rolí v multidisciplinárním týmu na hemodialýze.

Myslitel je kreativní člověk skupiny. Vidí věci jinak než ostatní. Jeho myšlení se zaobírá tím, co ostatní považují za samozřejmé. Tam, kde ostatní vidí různé překážky

a myslí si, že to nejde, on uvažuje, jak by to mohlo jít. Nebývá příliš průbojný, komunikativní a své nápady neumí prosadit. Jeho typické vlastnosti jsou zvědavost, kreativita, introverze, samostatnost myšlení a rozvážnost. Stává se nositelem změn a vidí nedostatky tam, kde je jiný nevnímá. Umí posoudit věci dopředu, avšak je často zcela zahlcen svými nápady. Nicméně dopracování a realizace těchto nápadů je pro něj obtížné. Za svoje chování je skupinou považován za podivína, člověka méně důvěryhodného. Může zablokovat týmové úsilí neochotou přijmout jakékoliv odlišné řešení problému (Belbin, 2012).

Vyhledavač zdrojů je živý, komunikativní, neposedný člen skupiny. Je schopný vyhledat a sehnat cokoli; lidi, informace, finance, zařízení. Má mnoho kontaktů, je kreativní a zvědavý podobně jako myslitel, ale na rozdíl od něj, je extrovertní a hovorný. Reaguje rychle, bez dlouhého rozvažování, je odvážný a pohotový. Největším přínosem pro skupinu je jeho schopnost zprostředkovat vztahy s okolím, schopnost kontaktovat lidi, reagovat na výzvy. Vše nové je pro něj stimul k okamžité mobilizaci úsilí. Má talent získat a okouzlit zákazníka, přesvědčit partnera o svém názoru a diplomaticky vyjednat ideální podmínky smlouvy nebo obchodu. Jeho nadšení mu obvykle nevydrží dlouho, má omezené trvání. Po určitém čase ho projekt přestává bavit a jeho pozornost se zaměřuje na jinou oblast. Snížení jeho zájmu o věc může někdy skončit nedotažením akce do konce a ztrátou zákazníka. Také jeho nadměrná pružnost může přejít do nekázně a nepřesnosti v plnění úkolů (Belbin, 2012).

Koordinátor je demokratický, mírný a přátelský. Má dostatek sebedůvěry, ale nesnaží se prosazovat za každou cenu. Je vysoce odpovědný a zaměřený na cíl, ale zároveň si uvědomuje důležitost ostatních členů k dosažení cíle. Díky svému zaměření na cíl je přirozeným vůdcem. Má schopnost odhalovat rezervy, dokáže dobře odhadnout spolupracovníky a respektovat je. Dosahuje vysoké úrovně dovednosti motivovat různé členy pracovního kolektivu pochvalou a osobním uznáním. Chybí mu však dostatek průbojnosti, protože je pro něj důležitější úspěch skupiny než vlastní seberealizace, a proto někdy ochotně přenechává úkoly jiným. Mállokdy vnucuje vlastní postoj druhým, z čeho vyplývá ovlivnitelnost koordinátora jinými názory i tam, kde by bylo potřeba uplatnit jeho vlastní, lepší postup. V případě potřeby je schopen přitvrdit vůči

členům skupiny, ale toto jednání je mu nepřírozené, proto se mu vyhýbá a odkládá je. Jeho nerozhodnost může vést ke snížení morálky u části týmu a k nespokojenosti (Belbin, 2012).

Formovač je vedle koordinátora druhá vedoucí role. Je to člověk s velkou a nepolevující energií, s tvrdým stylem řízení. Nenechá se negativně ovlivnit překážkami, ani neochotou ostatních. Je náročný, kritický, netrpělivý a neurotický, na chyby ostatních reaguje hněvivě. Jeho silnou stránkou je cílevědomost, před sebou vidí především výsledky a je připraven udělat cokoli pro jejich dosažení. Je sebejistý v krizové situaci, nemá rád zdržování, má sklon jednat nekompromisně, necitlivě až bezohledně. Neumí tolerovat odlišné názory jiných členů týmu a není ochoten jim naslouchat. Jeho slabost spočívá v tom, že nemá chuť důkladně vše analyzovat, a proto mu můžou uniknout důležité detaily problému. Bezohledné chování formovače může vést až k rozvracení pracovního týmu (Belbin, 2012).

Vyhodnocovatel je chladný, na oko nezúčastněný člen týmu bez nadšení. Ale ve chvíli, kdy pracovní skupina našla správné řešení, komentuje svým typickým ledovým způsobem stinné stránky úspěchu. Umí vnímat situaci z více aspektů a uvědomuje si možná rizika. Brání se unáhleným rozhodnutím, vnímá problém širše než ostatní členové skupiny. Je odolný vůči emocím a umí si zachovat chladnou hlavu. Přináší týmu strategický nadhled, má schopnost vnímat situaci v širší souvislosti. Jeho skepse, snižování myšlenek ostatních a nadměrná kritičnost způsobuje demotivaci týmu (Belbin, 2012).

Realizátor je spolehlivý člověk s obrovskou disciplínou a dobrými organizačními schopnostmi. Má rád postupy, harmonogramy, uznává normy. Bojí se chaosu a porušování předem daných pravidel. Je svědomitý, vnáší do systému řád a pořádek. Rád tvoří nové předpisy, ale také umí respektovat normy, které vytvořil někdo jiný. Je praktický, avšak nepružný, brání se změnám a novou realitu se snaží vnést na již stanovené zásady. Posedlost pravidly a systémem může vést až k byrokracii a snahou bojkotovat každou změnu (Belbin, 2012).

Dokončovatel je člověk soustředěný na detail, nic pro něj není dostatečně dobré, na každém projektu najde nějaké nedostatky. Je však nositelem kvality, přesnosti a umí

odvést dokonalý výsledek práce. Nemá rád nedbalost, lenost a polovičatost. Neustále odstraňuje jeden nedostatek za druhým, až je dílo dokonalé. Je perfekcionista a je okouzlen detailem. Detailizmus je však i jeho nedostatkem, protože mu unikají podstatné věci. Spolupracovníkům důvěřuje minimálně a chce mít všechno pod kontrolou, proto je pro něj velmi obtížné delegování práce. Panický strach z chyb vede k dlouhému trvání práce na projektech a díky tomu tým nezvládá práci ve stanoveném termínu (Belbin, 2012).

Specialista v týmu má zvláštní roli, která není ovlivněna osobností nositele, ale jeho odbornými znalostmi. Je pro něj typické velké zaujetí pro obor a vysoká soustředěnost na oblast svého zájmu. Může to být introvert nebo extrovert, může být klidný a vyrovnaný, nebo impulzivní a prudký. Svou profesionalitou je pro skupinu přínosem. Má rozsáhlé znalosti ve svém oboru, ostatním umí poradit s jakýmkoliv problémem, pokud se týká jeho působnosti. Vysoké zaujetí pro oblast jeho zájmu vytváří u něj jednostrannou orientaci, protože mu již nezůstává dostatek času na ostatní věci. Jednostranná orientace je důvodem používání vlastního jazyka, kterému ostatní částečně nebo vůbec nerozumí (Belbin, 2012).

Týmový pracovník je dobrosrdečný, staví dobré vztahy nade vše, rád pomáhá ostatním. Je nenáročný, neprosazuje svoje zájmy, důležité je pro něj uspokojení potřeb ostatních lidí. Vytváří v týmu pozitivní atmosféru a dobré lidské vztahy. Je taktik, který když vycítí blízkost hádky, umí jí předejít stočením diskuze k jinému tématu nebo uklidněním situace. Pokud konflikt nastane, je schopen ho usměrnit pozitivním směrem. Je nerozhodný, pokud jde o vážné rozhodnutí, proto se ho snaží oddálit, problém potlačit, nebo najít vhodný kompromis. Dokáže pozitivně motivovat spolupracovníky, ale je pro něj velmi obtížné řešit jakoukoli kritickou situaci. Necítí se dobře, když má někoho kritizovat a hledá únikové cesty, jak se tomu vyhnout. Toto chování může vést k nerespektování ze strany týmu a zjištění členů, že si mohou dovolit cokoli a stejně se nic nestane (Belbin, 2012).

Existuje další možný způsob dělení rolí. Role alfa je neformálním vůdcem týmu, je respektován větším počtem členů skupiny a má obvykle určité charisma. Role beta je tzv. expert týmu. Je kreativní, má schopnost prezentovat výsledky práce nebo velkou

znalost oboru. Většina členů týmu se obvykle nachází v roli gama. Nechají se snadno vést a ztotožňují se s vůdcem. Outsider je označením pro roli omega a jedná se o okrajovou pozici. Tento člen skupiny nebývá příliš oblíben ostatními členy. Ve špatně sestaveném týmu existují i tzv. dysfunkční role jako např. vztekloun, dezertér, útočník, klaun, playboy (Kolajová, 2006).

1.6 Konflikty v týmu

V každém pracovním týmu se někdy může vyskytnout konfliktní situace. Konflikt je setkání dvou a více protichůdných názoru nebo sil. V praxi se setkáváme s vnitřním konfliktem, interpersonálním konfliktem a konfliktem mezi skupinami. Vnitřní konflikt vzniká emočním napětím v situaci, kdy je nutná určitá volba. Nejčastějším typem rozporu na pracovišti je konflikt interpersonální, který vzniká mezi dvěma či více osobami. Posledním druhem je konflikt skupin, který se stává velmi nežádoucím jevem hlavně v zdravotnické praxi, např. mezi lékaři a sestrami. Každý z těchto konfliktů má několik fází a to spouštěče, rozjezd, střed a zklidnění (Plamínek, 2009).

Mcconnon a Mcconnon (2009) popisují existenci pěti základních stylů řešení konfliktů. Soupeřivý způsob nebo také žralok je používán při potřebě rychlého rozhodnutí a dělání nepopulárních opatření. Přizpůsobivý neboli medvídek styl je používán při řešení problému s blízkým člověkem, kdy nám záleží na jeho pohodě, anebo v případě, že jsme se zmýlili. Třetí styl-želva, je stylem únikovým. Používá se, když nemáme dostatek informací a argumentů, nebo když je potřeba zklidnit emoce. Dalším je kompromisní styl, též označován jako liška. Využívá se všude tam, kde je potřeba dosáhnout určité dohody. Posledním je styl kooperativní, nazývaný taktéž styl sovy. Je užitečný, když chceme rozporu předejít. Všechny způsoby řešení konfliktů jsou naučeny již od období dětství a dospívání. Většinou se preferuje určitý styl automaticky, ideální je si osvojit uvedené způsoby všechny a umět je využívat v závislosti na situaci. Optimální je snažit se hledat při řešení problému různé alternativy, uvědomit si, že neexistuje jediné správné řešení a naučit se vybrat to nevhodnější, které přináší uspokojení všem účastníkům konfliktu.

1.7 Multidisciplinární spolupráce

Podle Hanušové a Hellenbrandové (2006) multidisciplinární spolupráce znamená vzájemnou a společnou práci několika odborníků, nikoli vykonávání nezávislé práce vedle sebe. První náznaky interdisciplinární spolupráce jsou patrné již vznikem Organizace spojených národů. Jde o nevládní neziskovou organizaci, jejímž cílem je udržovat mír, bezpečnost, rozvíjet přátelské vztahy mezi národy a podporovat kulturní a humanitní spolupráci.

Složení multidisciplinárních týmů může být velice rozmanité a je ovlivněno počtem profesí, které ve skupině spolupracují. Mezi faktory, které jeho složení ovlivňují, patří např. potřeby klienta nebo přítomnost či nedostatek požadovaných služeb (Stuchlík, 2008).

Stuchlík (2008) v literatuře popisuje několik modelů multidisciplinární spolupráce:

- 1. Pracovní tým* vedený odborným směrem. V tomto týmu jednotliví pracovníci podléhají svým odborným vedoucím, nemají žádného koordinátora, neexistuje kolektivní, ale pouze individuální zodpovědnost každého pracovníka. Porady a schůzky slouží pouze k předávání informací, ale neslouží k vymýšlení společných strategií.
- 2. Plně řízený tým*, ve kterém jeden vedoucí pracovník rozděluje práci všem ostatním a odpovědnost za provedenou práci zůstává také na něm. Klady tohoto modelu spočívají v jednoduchosti rozdělování povinností a možnosti práci individuálně hodnotit. Záporům je nesamostatnost a omezená kreativita pracovníků.
- 3. Koordinovaný tým* se sdíleným vedením, ve kterém jsou pracovníci podřízeni svému vedoucímu a rozdělení rolí je výsledkem vzájemné dohody. V tomto týmu je pozitivum rovnováha mezi samostatností pracovníků a vedením týmu, záporům může být riziko vzniku konfliktů z odlišných cílů a zájmů členů.
- 4. Jiné upořádání týmu*, kde základ pracovního týmu tvoří zaměstnanci na plný úvazek, např. všeobecné sestry a zbytek členů pracuje na částečný úvazek.

Mezi bariéry, které ztěžují nebo až znemožňují interdisciplinární spolupráci, lze zařadit rozdílný status profesí, důvěru klienta v organizaci, stereotypy, nedostatečnou důvěru v kompetentnost ostatních odborníků v týmu, nevyjasnění rolí a nedostatečnou kooperaci (Hanušová a Hellebrandová, 2006).

2 Hemodialýza

Idea odstraňování odpadních látek z těla sahá do počátku 20. století. V roce 1914 byla provedena první dialýza na psech. Na základě tohoto pokusu německý lékař George Haas v roce 1928 provedl neúspěšnou dialýzu na člověku. Za otce umělé ledviny je považován Holanďan Willem J. Kolff, který také v roce 1945 úspěšně provedl „čištění krve“ ženě s náhlým selháním ledvin. V padesátých a šedesátých letech minulého století začínají vznikat na území USA, ale také v Evropě první dialyzační střediska. První pracoviště hemodialýzy bylo v naší, tehdy československé republice, založeno na II. interní klinice 1. Lékařské fakulty v Praze, kde byla 10. 12. 1955 provedena první úspěšná dialyzační procedura (Sulková, 2000; Tesař a Schüick, 2006).

Koncem 70. let byla ve světě vyřešena problematika opakovaného napojení pacienta k dialyzačnímu přístroji vytvořením arteriovenózní píštěle. Poté nastává velký pokrok a rozvoj v léčbě pomocí umělé ledviny. V naší republice dochází k rozmachu a budování hemodialyzačních středisek až po změně politického systému v roce 1989. V současné době se počet pacientů léčených dialýzou každoročně zvyšuje a mění se i jejich věkové složení. V 60. a 70. letech minulého století se zařazovali do dialyzačního programu jen pacienti do 50 let. Příčinou tohoto přísného výběru byla nízká kapacita jednotlivých dialyzačních středisek. Zároveň i technika dialyzačních monitorů nebyla na tak vysoké úrovni, jak ji známe v současnosti. Dnes jsou již do dialyzačního programu zařazováni pacienti i vyšší věkové skupiny (Lachmanová, 2008).

Na středisku, kde pracuji, je v současné době věkový průměr pacientů 64 let. Nejmladšímu je 39 roků a nejstaršímu 85 let. Ve své praxi jsem byla již přítomna při dialyzační proceduře 92leté pacientky.

Hemodialýza neboli umělá ledvina, je extrakorporální metoda, která se používá při očišťování krve od nahromaděných zplodin látkové přeměny a přebytečné vody u lidí s terminálním selháním ledvin. Léčebná technika je založena na přestupu látek z krve do dialyzačního roztoku přes polopropustnou membránu na základě dvou fyzikálních dějů; difuze a konvekce. Difuze je charakterizovaná jako pasivní přechod látek z prostředí o vyšší koncentraci do prostředí s nižší koncentrací. Rychlost přestupu je

ovlivněna koncentračním gradientem, propustností membrány a molekulovou hmotností jednotlivých látek. Čím je koncentrační gradient mezi roztoky (krev a dialyzační roztok), které membrána odděluje větší, tím rychlejší je přesun látek z místa s vyšší koncentrací do místa s nižší koncentrací (Tesař a Schück, 2006). Propustnost membrány závisí od velikosti pórů a její tloušťky, např. tenká membrána s velkými póry klade malý odpor při průniku látek. Je známo, že látky s malou molekulovou hmotností (urea, kreatinin) jsou difuzí odstraňovány lépe než látky s velkou molekulovou hmotností (bílkoviny). Konvekce je děj, při kterém se splavují rozpuštěné látky spolu s rozpouštědlem a přestupují přes membránu pomocí filtrace (Sulková, 2000).

K uskutečnění hemodialýzy je zapotřebí dialyzační monitor, dialyzátor, dialyzační roztok a cévní přístup. V současné době je k dispozici několik druhů monitorů, které se liší jak designem, tak i technickými detaily. Každý dialyzační monitor má vždy tyto základní části; krevní modul, dialyzační modul, ultrafiltrační část a signalizační zařízení. „Srdcem“ krevního modulu je krevní pumpa, která pomocí systému hadic odvádí krev z cévního přístupu pacienta, přivádí ji do dialyzátoru a poté vrací zpět dalším setem do krevního oběhu pacienta. Dialyzační část je potřebná k přípravě dialyzačního roztoku ze speciálně upravené vody a z koncentrátu obvykle v poměru 34:1. Měření a řízení ultrafiltrace zabezpečuje ultrafiltrační oddíl. Je to schopnost přístroje co nejpřesněji dosáhnout zadané velikosti ultrafiltrace, tj. celkového množství krevního filtrátu, které se z těla pacienta v průběhu dialýzy odstraní. K bezpečnému průběhu dialýzy přispívá akustické a optické signalizační zařízení, např. hlídač úniku krve a vzduchových bublin (Sulková, 2000). Nejdůležitější částí umělé ledviny je dialyzátor. Je to polopropustná membrána, ve které probíhá vlastní čištění krve. Běžně se dělí na nízkopropustné a vysokopropustné. Nízkopropustné dialyzátory se používají pro běžnou dialýzu, vysokopropustné jsou využívány při speciálních očišťovacích metodách jako hemofiltrace a hemodiafiltrace (Tesař a Schück, 2006). Pro napojení pacienta k dialyzačnímu monitoru je potřebný kvalitní cévní přístup. Akutní neboli dočasný se volí u pacientů s omezeným počtem procedur, nebo u pacientů s chronickým selháním ledvin, u kterých nebyl včas založen trvalý cévní přístup. Používají se dialyzační dvou nebo trojcestné katétry, které se zavádí do žil s dostatečným průtokem

krve jako vena subclavia nebo vena jugularis. Trvalý cévní přístup, nebo také AV zkrat či AV shunt, je chirurgicky vytvořené tepennožilní spojení obvykle na horní nedominantní končetině. Používá se u pacienta, který je zařazen do pravidelného chronického programu a na dialýzu dochází obvykle 2 až 3krát do týdne. Mezi trvalé přístupy patří i permanentní centrální žilní katétr. Užívá se u pacientů se špatným cévním řečištěm, u kterých se opakovaně nepodařilo založit AV shunt (Viklický et al., 2010).

3 Multidisciplinární spolupráce na hemodialyzačním středisku

I přes rychlý rozvoj moderní medicíny dochází k nárůstu výskytu chronických onemocnění. Chronické onemocnění je porucha zdraví, fyzického nebo duševního původu, dlouhotrvajícího charakteru. Pro člověka znamená dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který se nedá úplně vyléčit a má vliv na všechny oblasti jeho života (Zacharová et al., 2007).

Zařazení pacienta do chronického dialyzačního programu znamená pro něj dramatický zlom a obrovskou změnu ve způsobu dosavadního života. S nástupem na dialýzu přichází pocit ztráty svobody, obavy z budoucnosti a vysoká míra nejistoty. Uvědomuje si svoji závislost na přístroji, který mu na jedné straně zachraňuje život a zároveň ho svazuje nutností pravidelného dojíždění na potřebné procedury několikrát týdně. Je vystaven mnohým stresům, omezením, snížením tělesné kondice a komplikacím, které vznikají z důvodu dlouhodobé dialýzy. U těchto pacientů bývají narušeny všechny oblasti jeho života; fyzická, psychická, sociální i ekonomická (Znojová, 2009). Na to, jak se pacient s dialýzou vyrovná a sžije, má vliv řada různých okolností. Jednou z nich je poskytování péče multidisciplinárním týmem, kterého součástí, kromě nefrologa a sestry, by měl být i nutriční terapeut, psycholog, sociální pracovník a fyzioterapeut. Samozřejmostí by měla být spolupráce i s jinými medicínskými profesemi, např. s diabetologem, kardiologem, neurologem. K zajištění účinného a vhodného postupu pracuje tento tým kolektivně ve shodě s cíli a potřebami, které jsou stanoveny individuálně pro každého pacienta (Elissen et al., 2011).

Za pozitiva multidisciplinární ošetrovatelské péče Pinkavová (2006) uvádí vysokou profesionalitu, jednotnou dokumentaci pro všechny členy týmu, kreativní přístup jednotlivých pracovníků, změnu tradiční role sestry v roli manažera, edukaci a hlavně spolupráci s pacientem a jeho aktivní zapojení do péče. Spolupráce v multidisciplinárním týmu umožňuje nejen jednotnou komunikaci, ale i snadnější identifikaci problémů pacienta, návaznou ošetrovatelskou péči, ale i hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče u hemodialyzovaného pacienta.

3.1 Sestra jako pomáhající profese

Ošetřovatelství lze charakterizovat jako lásku k lidem, moudrost a pomoc. Během své existence prošlo mnohými změnami, ale vždy si zachovalo svůj osobitý charakter. Největších změn dosáhlo v průběhu 20. a 21. století, kdy výrazněji vymezuje své specifické a nezastupitelné postavení. Zahrnuje pestrou paletu různě obtížných činností a klade vysoké nároky na behaviorální aspekt ošetřovatelského povolání. Ošetřovatelská péče se dělí na základní, specializovanou, vysoce specializovanou a specifickou. Různorodé činnosti jsou poskytované pracovníky oboru ošetřovatelství s různým stupněm vzdělání (Plevová et al., 2011a).

Nové znalosti v medicíně, v technickém zařízení a měnící se způsoby práce vyžadují nové požadavky na odborné znalosti a dovednosti sester. Sestra je dnes považovaná za důležitou součást zdravotnického týmu, pracovníkem, který se o pacienta stará nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Má schopnost vést komunikaci nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou na profesionální úrovni a ví adekvátně reagovat na emoce a potřeby pacienta (Kallenbach, 2012).

Zdravotnická profese je spíše posláním než běžná rutinní práce. Je náročná nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Na náročnou profesi všeobecné sestry je potřeba se dostatečně připravit jak teoreticky, tak prakticky a posléze je nutné se na ni přiměřeně adaptovat, což znamená přijmout zodpovědnost za své profesionální konání v celé šíři. Většina pracovišť klade na sestry i velké emocionální nároky, např. dialýza. Vědomí, že pacienti trpí nemocí, která se nedá vyléčit, klade na ošetřující sestry obrovské požadavky. Je důležité se přiměřeně adaptovat do té míry, aby se nevytratil lidský přístup a z pacienta nezůstal jen případ, diagnóza. Někteří zdravotníci reagují na pracovní stresové situace konfliktně, jiní si umí přes veškeré pracovní zatížení udržet vysoce kladný vztah k pacientům. Zdrojem konfliktů mohou být buď objektivní příčiny, např. nedostatek potřebného materiálu, nadměrné pracovní přetěžování nebo mohou být v osobnosti sestry, např. neschopnost řešit problémy, negativní ladění, lenost (Vymětal, 2010). Domnívám se, že tito lidé by neměli vykonávat zdravotnickou profesi. Předpokladem úspěchu v této profesi je pozitivní motivace k výkonu tohoto náročného povolání.

U pomáhajících profesí se často můžeme setkat se vznikem tzv. profesionální deformace. V zdravotnickém povolání se projevuje ztrátou empatie, otupělostí a nezájmem k pacientovi. Podle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011) se sestra může začít stylizovat do některého z následujících nežádoucích typů. Rutinní typ; je charakterizován vysokou odborností a chladností, kdy sestra nepřipouští žádnou diskusi, všechno se musí udělat tak, jak se má. Velitelský typ se projevuje despotickým až agresivním chováním, kdy sestra nekompromisně vyžaduje pořádek bez lidské účasti. Herecký typ se vyznačuje snahou sestry ukázat svoji důležitost a nepostradatelnost a pro nervózní typ je příznačná podrážděnost, nedůtklivost a neustálá únava, kdy sestra trpí pocitem, že je málo oceňováno její pracovní úsilí.

Ošetrovatelská péče v posledních letech prošla mnohými kvalitativními změnami. V minulosti byla hodnocena podle vnějších, zcela nepodstatných znaků, např. prázdný povrch stolků pacientů při vizitě. Potřeby a pocity pacientů neměly tak velkou důležitost jako mají dnes (Kutnohorská, 2010). Je všeobecně známo, že povolání sestry je náročné a existuje mnoho faktorů, které ovlivňují její výkonnost a pohodu při práci. Mezi ně patří, např. spěch, nedostatek funkčních pomůcek, ne příliš vysoké finanční ohodnocení, nápor na psychiku, a když se k tomu přidají i špatné mezilidské vztahy na pracovišti, není divu, že jsou sestry přetížené, unavené, což se může negativně projevit na jejich zdraví. Je proto nezbytné se snažit všechny tyto negativní vlivy všemi možnými dostupnými prostředky odstranit. To znamená dodržovat zásady duševní hygieny, nezapomínat na záliby, přátele a uvědomovat si kladné stránky života (Vymětal, 2010).

3.1.1 Vzdělávání sester

Vzdělávání všeobecných sester je v celé své historii ovlivňováno mnohými faktory, např. společenskými, politickými nebo ekonomickými. Rozmachem medicíny a vývojem složitějších technologií se postupně mění i role nelékařských zdravotnických profesionálů (Kutnohorská, 2010). Jak se vyvíjelo ošetrovatelství, tak se vyvíjela i profese sester. Jejich vzdělávání se začalo formovat v charitativních hospicích, které poskytovaly útulek a nejzákladnější péči pro chudé lidi. V první polovině 19. století začaly vznikat odděleně chudobince, nemocnice, starobince a sirotčince, kde měla péče

ještě stále charitativní charakter. Až v druhé polovině tohoto století proniká do nemocnic medicína, kde při poskytování péče potřeboval lékař ke svému konání schopného pomocníka (Plevová et al., 2011a). První ošetrovatelská škola na světě byla otevřena v roce 1860 v Londýně Florence Nightingaleovou. Poté vznikají ošetrovatelské školy i v dalších evropských městech (Kutnohorská, 2010).

V Praze vzniká první ošetrovatelská škola v roce 1874, která byla v té době jediná na území tehdejšího Rakouska. V průběhu 1. světové války v roce 1916 je zahájen provoz České zemské státní dvouleté ošetrovatelské školy při Všeobecné nemocnici v Praze. V roce 1946 byla otevřena Vyšší ošetrovatelská škola taktéž v Praze. Zaměřovala se na přípravu učitelek pro ošetrovatelské školy, vrchní sestry a sestry pro terénní péči. Po roce 1948 byl pro vzdělávání sester převzat východní systém výuky po vzoru Sovětského svazu. Studium na středních zdravotnických školách začínalo ve 14-15 letech a trvalo čtyři roky. Výuku bylo nutno přizpůsobit nízkému věku studentů, kteří se setkávali s klinickou praxí nezralí (Kutnohorská, 2010). V roce 1960 je založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, které v současnosti nese název Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Po roce 1989 začíná vzdělávání v ošetrovatelství procházet potřebnou proměnou. Cílem této změny bylo zvýšit úroveň ošetrovatelské péče a zajistit vzdělávání sester v souladu s kritérii Evropské unie (Plevová et al., 2011a).

V roce 1989 Evropská komise doporučila vzdělávání sester na vysokoškolské úrovni, a proto před vstupem ČR do Evropské unie vzdělávání sester prošlo dalšími významnými změnami. Od roku 2004/2005 je jejich kvalifikační příprava uskutečňována na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách či univerzitách (Plevová et al., 2011a).

Podle Plevové et al. (2011a) profesi charakterizují tři faktory:

1. Skupina pracovníků dělá stálé činnosti, které jsou společensky uznávané, a pracovníci jsou ke svému výkonu kompetentní.
2. Pracovní činnost je zdrojem výdělků a to je faktor, kterým se profesionální činnost liší od zájmových a dobročinných činností.

3. Vykonávané činnosti vyžadují kvalifikační přípravu, která poskytuje potřebné znalosti a dovednosti k výkonu práce. Příprava by měla být prováděna společensky uznávanou formou, která je legislativně upravena.

Vzhledem k výše uvedeným znakům můžeme povolání sestry označit za profesi a její hlavní činnost jako profesionální. Význačný vliv na rozvoj profesionálního ošetrovatelství měla Florence Nightingaleová. V tomto období byl kladen důraz hlavně na technickou stránku sesterské práce. Až ve 20. století se začaly činnosti sester více zaměřovat na lidské zdraví jako celek a do popředí se dostalo působení spíše na zdraví člověka než na nemoc (Plevová et al., 2011a).

Ze sociologických výzkumů plynou čtyři rolové znaky profese sester; funkční specifita, která znamená potřebu formální a odborné kompetence pro výkon povolání. Tato kompetence je ovlivněna odborným a specializačním vzděláním, v nemocnici je pak kompetence horizontální, daná druhem oddělení, na kterém sestra pracuje a vertikální, podle pozice, kterou má sestra v organizaci. Dalším znakem je sociocentrismus neboli kolektivní orientace. Vyjadřuje, že sestra při své práci vychází z potřeb pacienta a pro její práci je potřebný. Univerzalismus je vlastnost, ze které vyplývá, že sestra je schopna při své profesionální činnosti zaujmout jednotnou roli vůči všem pacientům, bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. Posledním znakem je emocionální neutralita, která znamená schopnost sestry svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole (Plevová et al., 2011a).

Další dělení rolí, které se při výkonu povolání sestry vzájemně prolínají, je sestra pečovatelka, která je spojena s poskytováním ošetrovatelské péče. Sestra edukátorka se podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, napomáhá předcházení komplikací a rozvoji sebeobslužných činností. Sestra obhájkyň se uplatňuje v případě, kdy pacient není schopen projevit svoje potřeby, problémy a přání a ona se stává jeho mluvčím. Sestra koordinátorka plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči, úzce spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. Sestra asistentka připravuje a asistuje při vyšetření pacienta a zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem. Sestra výzkumnice využívá nové poznatky z ošetrovatelství, spolupracuje a vede výzkumné projekty (Plevová et al., 2011a).

Dle WHO (2000) je sestra osoba, která byla přijata do vzdělávacího programu ošetrovatelství, úspěšně tato studia dokončila a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou. Pomáhá pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout co možná nejvyššího potenciálu zdraví a pomáhá jim ho udržet v prostředí, ve kterém žijí a pracují. K výkonu svého povolání potřebuje kompetence, díky kterým podporuje a udržuje zdraví a předchází nemocem. Svoji profesionální činnost plánuje, poskytuje a vyhodnocuje. Je oprávněna pracovat samostatně jako součást zdravotnického týmu. Nese zodpovědnost za svoje rozhodnutí a jednání. Podporuje aktivní zapojování pacientů, rodin a komunit do všech úrovní zdravotní péče.

K výkonu povolání všeobecné sestry je důležitý sociálně zralý jedinec, který je orientován na potřeby jiných lidí, je tolerantní, přizpůsobivý, je schopný spolupráce a umí nést zodpovědnost za druhé. Z mnohých výzkumů vyplynulo několik požadavků, které jsou důležité pro práci sestry. Jsou to předpoklady senzomotorické, kam řadíme šikovnost, zručnost, pohybovou obratnost a neporušené smyslové vnímání. Další podmínkou je estetické cítění, kam patří smysl pro úpravu vlastního zevnějšku a smysl pro úpravu zdravotnického prostředí. Intelektové předpoklady znamenají schopnost řešit problémové situace a vybrat z mnohých řešení to nejoptimálnější (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

3.1.2 Etika a ošetrovatelství

Etika je teorie o mravnosti a jejím úkolem je rozlišení dobra a zla, pravdy a lži, spravedlnosti a nespravedlnosti. Vznik ošetrovatelské etiky výrazně ovlivnila Florence Nightingaelová. Hlavním bodem etiky v této době byla poslušnost sester k nadřízeným, kterými byli obvykle lékaři. Dnes můžeme etiku v ošetrovatelství definovat jako teorii o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání. Mezi hlavní principy zdravotnické etiky patří princip neškození, který zakazuje ubližovat, poškozovat nebo usmrcovat jiné lidi; princip konání dobra, který znamená, že všechno, co zdravotník dělá, dělá v prospěch pacienta; princip respektu k autonomii, kdy má sestra ve všech případech respektovat názor pacienta a zachovávat k němu

patřičnou úctu a princip spravedlnosti, který je spojen s rozdělováním zdrojů pro pacienty (Plevová et al., 2011b).

Kutnohorská (2007) uvádí, že jedním z důležitých etických požadavků při ošetřování pacientů je zachování úcty a respektování jejich důstojnosti. Z tohoto požadavku plyne, že by sestra nikdy neměla zapomenout, že i při vykonávání rutinních ošetrovatelských činností vždy pečuje o člověka. Další nedílnou součástí sesterské etiky je aktivní ošetrovatelská péče, z které plyne aktivní vyhledávání potřeb pacienta a jejich uspokojování vhodným způsobem.

Každá profese se řídí určitými etickými kodexy. Etické kodexy ve zdravotnictví slouží jako normy chování a jednání, které jsou žádoucí a odráží profesionální povinnosti. Jsou vždy koncipované tak, aby nebyly v rozporu s právní normou. Etický kodex sester v České republice vychází z etického kodexu mezinárodní asociace sester a v platnost vstoupil 29. března 2003. Aby dosáhl svého účelu, musí ho sestry pochopit, přijmout ho a používat ve všech oblastech své práce (Plevová et al., 2011b).

3.1.3 Sestra jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze

Léčba terminálního selhání ledvin probíhá formou ambulantní péče na specializovaných dialyzačních pracovištích, kde nezastupitelnou roli v péči o pacienty mají všeobecné sestry. Ošetrovatelskou péči na dialýze lze rozdělit na činnosti spojené s vlastní léčebnou procedurou, např. měření vitálních funkcí a na sledování pacienta z dlouhodobějšího hlediska, jako je nutriční stav nebo kontrola suché váhy (Viklický et al., 2010).

Sestry patří mezi zdravotnický personál, který je v kontaktu s pacientem nejvíce, proto by měly mít znalosti z patofyziologie selhání ledvin, o očekávaných výsledcích, případných komplikacích hemodialýzy a ovládat i technické aspekty dialyzační procedury (Kallenbach, 2012). Strategii dialyzační léčby (délku dialýzy, způsob napojení, typ dialyzátoru, způsob antikoagulace) vždy stanovuje lékař. Obvykle pacienti podstupují dvě až tři procedury týdně v délce 4 až 5 hodin (Viklický et al., 2010).

Rozeznáváme tři druhy systému ošetrovatelské péče, a to funkční, skupinový a primární. Na hemodialýzách se doporučuje kombinace skupinové a primární péče.

Každý nově přichozí pacient má určenou svoji primární sestru, která provádí sběr ošetrovatelské anamnézy, stanovuje ošetrovatelskou diagnózu, hodnotí individuální potřeby nemocného, plánuje, realizuje ošetrovatelskou péči, zajišťuje sledování průtoku cévním přístupem, kontaktuje další členy multidisciplinárního týmu (lékaře, nutriční terapeutku, psychologa, fyzioterapeuta) a zabezpečuje řešení aktuálně vzniklých nebo hrozících komplikací (Kracíková a Pavlicová, 2011).

V průběhu dialyzační procedury má každý pacient určenou skupinovou sestru, která během své služby ošetřuje 4 až 5 pacientů. Tato sestra podle své náplně práce a podle svých kompetencí připravuje pro pacienta dialyzační monitor, pacienta napojuje a zahajuje i ukončuje dialyzační proceduru (Kracíková a Pavlicová, 2011).

Kombinace systémů primární a skupinové péče umožňuje zajistit individuální a kontinuální ošetrovatelskou péči o dialyzovaného pacienta, přispívá k navození profesionálně přátelských vztahů, zvyšuje uspokojení z práce a každé, zejména nové sestře, přispívá k rychlejšímu poznání pacienta (Kallenbach, 2012).

Oba tyto systémy, jak systém primární péče, tak i systém skupinové péče fungují na hemodialýze, kde pracují.

Tak, jak uvádí Daugirdas (2011), mezi ošetrovatelské povinnosti sestry na dialýze patří:

- posouzení celkového stavu pacienta,
- kontrola vitálních funkcí v průběhu dialyzační léčby,
- stanovování a vyhodnocování plánu ošetrovatelské péče,
- odpovídat za správný průběh dialýzy,
- informovat lékaře o jakékoliv změně v průběhu léčby,
- prevence vzniku komplikací, v případě vzniku zvládnout jejich řešení,
- edukace pacienta o jeho nemoci, možnostech léčby, odpovídat na jeho dotazy,
- edukace o péči o AV shunt,
- udržení komfortu pacienta,
- dohlížení zda pacienti užívají správně léky předepsané lékařem,
- podpora pacienta v nezávislosti o péči své vlastní osoby,
- vedení ošetrovatelskou dokumentací,

- sběr informací o fyzickém, psychickém a sociálním stavu pacienta.

Sestra na dialýze funguje jako prostředník mezi pacientem a lékařem. S pacientem navazuje velmi těsný a osobní vztah. Tvoří nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví, poskytuje největší část přímé péče a má velký vliv na to, jaké bude mít pacient zkušenosti s poskytovanou péčí (Kracíková a Pavlicová, 2011).

Sestry pracující s pacienty, kteří si vyžadují hemodialyzační léčbu, se musí umět orientovat v problematice ošetrovatelské péče o všechny věkové skupiny s mnoha vedlejšími onemocněními, mezi která patří kardiovaskulární nemoci a komplikace z nich vyplývající; s diabetem; s onkologickými stavy; s pacienty, kteří podstupují nejrozumnější chirurgické zákroky; trpí problémy kožními, psychickými; nacházejí se v různých sociálních skupinách od movitých až po bezdomovce. Přitom musí ovládat dialyzační techniku a zdravotnické prostředky, které se rychle vyvíjejí a zdokonalují. Ošetrovatelská péče poskytovaná na dialýze vyžaduje nejen technické dovednosti, ale i vysokou úroveň odborných znalostí (Kracíková, 2010). Je zaměřena na posouzení a sledování pacienta během dialýzy a plánování péče ve spolupráci s multidisciplinárním týmem (Kallenbach, 2012).

3.2 Výživa obecně

Vliv výživy na život člověka je v současné době již dobře známý. Zasahuje do všech oblastí lidského života. Složení potravy ovlivňuje jak tělesný, tak i duševní stav organismu. Patří k nejdůležitějšímu faktoru vnějšího prostředí, který působí na zdraví a vývoj člověka. Má význam pro stavbu nových tkání a na správnou funkci organismu. Na rozdíl od minulosti, kdy se určité potraviny zakazovaly pod hrozbou vzniku civilizačních onemocnění, je dnes důraz kladen na výživové přednosti té které potraviny (Marádová et al., 2010). Podle Pokorné (2013) je výživa důležitou součástí všech organismů, včetně člověka. Je zdrojem energie a všech nutných látek, které člověk potřebuje k růstu a obnově tkání.

Kunová (2011) uvádí, že v současnosti existuje několik výživových pyramid, které se snaží ovlivňovat všechny potřeby zdravého člověka. Všeobecně platí, že potraviny umístěné v základně pyramidy by se měly jíst nejčastěji. Směrem k vrcholu je

lépe být umírněný a na vrcholu jsou potraviny, bez kterých se lze ve svém jídelníčku obejít.

Bílkoviny, tuky, cukry, minerální látky, vitamíny a voda patří mezi živiny, které jsou důležité pro základní funkce každého organismu. Lidské tělo pro svoji existenci a funkci potřebuje příjem všech těchto složek potravy v optimálním poměru. Nevhodné složení stravy, nadbytek nebo nedostatek živin se uplatňuje při vzniku některých onemocnění. Vyvážená výživa má naopak na organismus ochranné a pozitivní účinky (Kunová, 2011; Pokorná, 2013).

Ve výživě zdravého člověka by dle všeobecných doporučení měly sacharidy tvořit 50 - 60 %, tuky 30 - 35 % a bílkoviny 10 - 20 % z celkového příjmu energie. energii měříme v kilojoulech (kJ) nebo kilokaloriích (kcal) (Kunová, 2011).

Sacharidy jsou rychlým a největším zdrojem energie. Dělí se na jednoduché, např. sacharóza-cukr, kterým sladíme, a polysacharidy, např. škrob obsažený v obilovinách, ovoci a zelenině. Složité cukry mají schopnost štěpit se na glukózové jednotky a udržovat stálou hladinu glykemie v krvi. Do zásob má schopnost se ukládat glykogen, který je tzv. zásobní formou glukózy. Je uložen v játrech a ve svalech a v případě potřeby se štěpí a brání vzniku hypoglykémie. Když je přísun sacharidů nízký, nejprve dochází ke spotřebování glykogenu, poté následuje tvorba cukrů z bílkovin a tuků. Při vzniku cukru z tuků se vytvářejí vedlejší produkty metabolismu (ketolátky), např. aceton. Naopak nadměrný přívod sacharidů způsobuje hromadění energie do tukových zásob (Kunová, 2011; Marádová et al., 2010).

Bílkoviny jsou pro člověka nepostradatelné a nutné. Základní stavební jednotkou bílkovin jsou aminokyseliny. Z nich si poté tělo vytváří nové vlastní proteiny. Bílkoviny jsou potřebné pro obnovu a tvorbu buněk v celém těle a podílí se na tvorbě enzymů a hormonů. Organismus není schopen si volné aminokyseliny ukládat, a proto musí neustále proteiny štěpit a syntetizovat. Do organismu nám bílkoviny dodávají hlavně živočišné potraviny (maso, mléko a mléčné výrobky). Výborným zdrojem bílkovin v rámci rostlinných potravin jsou luštěniny, zejména sója, a obiloviny, např. pečivo, těstoviny, rýže (Kunová, 2011; Marádová et al., 2010).

Tuky jsou dlouhodobým zdrojem energie, obsahují dvakrát více energie než bílkoviny nebo sacharidy. V potravinách jsou nositeli vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K) a umožňují jejich vstřebávání. Rovněž se podílí na tvorbě hormonů, na správné funkci mozku a dalších nepostradatelných činnostech. Největší zásoba v lidském těle je v podkoží. Tuky dělíme na nasycené a nenasycené. Nasycené jsou převážně v potravinách živočišného původu a jejich nadbytek je hlavní příčinou našich obtíží. Nenasycené tuky jsou obsaženy v rostlinných olejích, rybách a ořeších. Tělu dodávají omega 3 mastné kyseliny, které jsou důležitou složkou v prevenci proti kardiovaskulárním onemocněním. Zabraňují tvorbě krevních sraženin, vzniku mikrozánětů, snižují krevní tlak a mají pozitivní vliv na hladinu krevních tuků (Kunová, 2011; Marádová et al., 2010).

Pro správné fungování organismu jsou nezbytné minerální a stopové prvky. Denní potřeba pro člověka je velmi malá, obvykle několik mikrogramů či miligramů, jsou však pro nás nepostradatelné, protože ovlivňují důležité biochemické pochody v našem těle. Jsou základem pro růst tkání, kostí, ovlivňují vnitřní prostředí, jsou potřebné pro fungování všech orgánů těla. Studie prokázaly pozitivní vliv minerálů a stopových látek při prevenci a léčbě řady nemocí, například cukrovky a srdečních chorob. Aby mohly minerální látky působit, je důležitý jejich pravidelný přísun prostřednictvím potravy. Když je některé látky nadbytek nebo nedostatek, narušuje se rovnováha celého organismu. Potřebné množství minerálů je ovlivněno mnohými faktory, například věkem, pohlavím, aktuálním zdravotním stavem. Tělo ke svému fungování potřebuje 30 minerálních látek a stopových prvků, z nichž nejdůležitější jsou vápník, draslík, sodík, hořčík, fosfor, chlór a železo. Podle denní potřeby se minerální prvky dělí na makroelementy (denní potřeba nad 100 mg), mikroelementy (denní potřeba do 100 mg) a stopové prvky (potřeba v řádu μg) (Koolman a Klaus–Heinrich, 2012; Svačina et al., 2008).

Vápník je minerální látka, která se v našem těle vyskytuje v největším množství. Až 99 % se soustřeďuje v kostech a zubech, zbývající část se nachází v krvi. Je důležitý pro růst a pevnost kostí, preventivně působí proti osteoporóze, ovlivňuje funkci nervové a svalové soustavy a řídí činnost srdce. Jeho hlavním zdrojem je mléko a mléčné

výrobky. Nedostatek vápníku se projevuje křehkostí a bolestí kostí, zvýšenou kazivostí zubů a vzestupem dráždivosti svalů, při které může dojít až ke vzniku křečí až tetanie. Jeho nadbytek má vliv na vznik ledvinových kamenů nebo žaludečního vředu (Koolman a Klaus–Heinrich, 2012; Svačina et al., 2008).

Draslík je nejdůležitější alkalický prvek vyskytující se hlavně v intracelulární tekutině. Ovlivňuje činnost srdce, svalů a nervů a udržuje vodní hospodářství v buňkách. Vysoká i nízká hladina draslíku může být důvodem vzniku arytmií až zástavy srdce. Hlavním zdrojem je čerstvá zelenina např. rajčata, čerstvé i sušené ovoce (zvláště banány a meruňky), houby a brambory. Jeho nedostatek vzniká při silných průjmech a může tak docházet k poruchám srdečního rytmu (Koolman a Klaus–Heinrich, 2012; Svačina et al., 2008).

Sodík je třetí nejdůležitější minerál zastoupený v těle člověka. Jeho převážná část se nachází v extracelulární tekutině. Má vliv na množství vody uvnitř buňky, dovoluje kyslíku a živinám procházet buněčnými membránami tam i zpět, je důležitý pro správnou funkci svalů a nervů. Spolu s draslíkem přispívá k udržení rovnováhy vnitřního prostředí organismu. Nejvíce sodíku se nachází v kuchyňské soli, ale nalézt ho můžeme také v uzených a solených výrobcích, jako jsou uzeniny, sýry, maso a pekařské výrobky. Následkem opakovaného zvracení, dlouhotrvajícího průjmu nebo zvýšeného pocení může v těle člověka vzniknout jeho nedostatek, který se projeví slabostí, únavou, svalovými křečemi a v extrémní situaci i smrtí. Nadbytečné množství sodíku se z těla vylučuje močí a potem. Vysoký příjem sodíku způsobuje vznik hypertenze, otoků a následně srdečních potíží (Koolman a Klaus–Heinrich, 2012; Svačina et al., 2008).

Hořčík je kationt, který se v těle nachází ve svalových buňkách a v kostech. Hraje důležitou roli při přenosu informací z nervů do svalů. Posiluje imunitu a působí jako prevence před vznikem trombózy. Zdrojem hořčíku v potravě jsou celozrnné výrobky, pšeničné klíčky, ořechy, listová zelenina. Zvýšená hladina magnesia způsobuje průjmy a jeho nedostatek se může projevat nervovými a srdečními poruchami (Koolman a Klaus–Heinrich, 2012; Svačina et al., 2008).

Fosfor je prvkem, který je v lidském těle uložen zejména v kostech. Spolu s vápníkem zajišťuje mineralizaci kostí a tvorbu struktury kostí. Je nezbytný pro uchování a uvolnění energie. Nachází se téměř ve všech potravinách, obzvláště pak v potravinách s vysokým obsahem bílkovin, jako jsou ryby, mléko, jogurty, sýry, ořechy, semena, droždí atd. K nedostatku fosforu dochází jen zřídka, protože množství získané z běžné stravy je pro organismus dostačující. Jeho vysoká hladina brání vstřebávání vápníku do kostí (Koolman a Klaus–Heinrich, 2012; Svačina et al., 2008).

Chlor je hlavním aniontem extracelulárních tekutin. Je součástí žaludečních šťáv a jako takový pomáhá při zužitkování přijaté potravy. V těle působí i jako antagonist a bikarbonátů. Hlavním zdrojem chloru je sůl (chlorid sodný) používaná při výrobě, přípravě a podávání potravin. Stravou bohatou na chlorid jsou uzeniny a masové výrobky, sýry, ryby a chléb. Deficit chloru vzniká při dlouhodobém zvracení nebo průjmů a je důvodem pro vznik metabolické alkalózy, naopak jeho nadbytek způsobuje metabolickou acidózu (Koolman a Klaus–Heinrich, 2012; Svačina et al., 2008).

Železo se z větší části v těle nachází v červeném barvivu svalstva-myoglobinu a v červeném krevním barvivu-hemoglobinu. Zvyšuje imunitu, je důležitý pro metabolické pochody v organismu a působí proti vzniku anémie. Bohatým zdrojem železa jsou maso, játra, žloutky, luštěniny, celozrnné výrobky, meruňky, pivovarské kvasnice a listová zelenina. Nedostatek železa způsobuje chudokrevnost zvaná též hemosiderická anémie, při které se snižuje podíl krevního barviva, což je příčinou rychlé únavy a nechutenství. Nadbytek železa může způsobovat zácpu, může se ukládat do různých orgánů a vede k chorobným změnám na játrech a hnědému zbarvení kůže (Koolman a Klaus–Heinrich, 2012; Svačina et al., 2008).

Další důležitou a nepostradatelnou složkou pro správné fungování organismu jsou vitamíny. Nejsou zdrojem energie jako cukry, tuky a bílkoviny a tělo člověka si je neumí samo syntetizovat, proto je důležitý jejich přísun v potravinách (Svačina et al., 2008). Dělíme je do dvou hlavních skupin podle své rozpustnosti ve vodě a v tucích. Mezi vitamíny rozpustné ve vodě patří vitamíny skupiny B a vitamín C. Neukládají se v těle a z organismu se vylučují močí. K předávkování dochází tudíž velmi zřídka. Vitamíny rozpustné v tucích jsou vitamíny A, D, E a K (Chrpová, 2010).

Vitamín B1 (thiamin) ovlivňuje metabolismus sacharidů, je nepostradatelný pro správnou činnost svalů a nervů. Jeho zdrojem jsou celozrnné obilniny, kvasnice, vnitřnosti. Nedostatek tohoto vitamínu způsobuje pokles duševní i tělesné výkonnosti, nechutenství a neurologické poruchy. Absolutní nedostatek (avitaminóza) způsobuje onemocnění beri-beri (Chrpová, 2010).

Vitamín B2 (riboflavin) se účastní oxidativních dějů v organismu. Nejvíce se ho nachází v kvasnicích, mléčných výrobcích a v listové zelenině. Jeho nedostatek se projevuje záněty sliznic a kůže, seborrhoickou dermatitidou a trhlinami ústních koutků (Chrpová, 2010).

Vitamín B3 (niacin, vitamín PP) má vliv na oxidoredukční děje v organismu, podílí se na tvorbě bílkovin a nukleových kyselin. Vyskytuje se v masu, vnitřnostech, kvasnicích. Avitaminóza vede k nemoci zvané pelagra, kterou charakterizuje dermatitida osvětlené části kůže, nechutenství, průjem a demence (Chrpová, 2010).

Vitamín B5 (kyselina panthotenová) má vliv na regeneraci kůže a sliznic. Je přítomen v droždí, luštěninách a v játrech. Nedostatkem vznikají záněty sliznic, kůže a zubů (Chrpová, 2010).

Vitamín B6 (pyridoxin) je důležitý při metabolismu bílkovin. Zdrojem jsou luštěniny, kvasnice, maso. Nedostatek se projevuje záněty kůže a sliznic, záněty hlasivek a zubů, anemii, u dětí můžou vzniknout křeče (Chrpová, 2010).

Vitamín B7 (biotin, vitamín H) je součástí některých enzymů, ovlivňuje metabolismus živin a stimuluje dělení buněk. Zdrojem jsou kvasnice a ořechy a je také syntetizován střevní mikroflórou. Chybění tohoto vitamínu způsobuje záněty kůže, střevní záněty, vypadávání a šedivění vlasů, únavu a svalové bolesti (Chrpová, 2010).

Vitamín B9 (kyselina listová) má nezastupitelnou roli při syntéze nukleových kyselin, bílkovin a má vliv na krvetvorbu. Obsahuje ho libové maso, listová zelenina a droždí. Nedostatek má za následek vznik anémie, poruchy růstu a celkovou slabost (Chrpová, 2010).

Vitamín B12 (kyanokobalamin) se účastní metabolismu všech živin a má velký význam při krvetvorbě. Pro jeho příjem se doporučuje konzumace vnitřností, kvasnic

a masa. Nedostatkem vzniká perniciózní anémie, mravenčení končetin, poruchy chůze, trávicí potíže, psychické poruchy a únava (Chrpová, 2010).

Vitamín C (kyselina askorbová) je důležitý pro růst a správný vývoj kostí, zubů a dásní, účastní se oxidoredukčních dějů v těle, podporuje tvorbu kolagenního vaziva a zvyšuje imunitu. Je důležitým antioxidantem. Nachází se zejména v ovoci a zelenině. Nejtěžší forma avitaminózy způsobuje vznik kurdějí, projevující se zánětem a krvácením dásní. V nejhorším případě může docházet až k uvolňování a vypadávání zubů (Chrpová, 2010).

Vitamín A (retinol) zajišťuje růst a diferenciaci buněk epitelu, podmiňuje odolnost slizničních bariér proti infekcím, je potřebný pro oční sítnici, umožňuje vidění za šera. Nachází se v zejména v mrkvi, rajčatech a v rybím tuku. Jeho chybění způsobuje vznik šerosleposti až oslepnutí (Chrpová, 2010).

Vitamín D (kalcitriol) má vliv na mineralizaci kostí, zajišťuje zpětné vstřebání vápníku v ledvinách, zvyšuje absorpci vápníku a fosfátů v tenkém střevě. Zdrojem je rybí tuk a vnitřnosti. Kalcitriol se také tvoří z vitamínu D₃ v játrech a ledvinách. Vzniká v kůži působením UV zářením. Nadbytek způsobuje odvápnění kostí, nedostatek měknutí kostí (Chrpová, 2010).

Vitamín E (tokoferol) je důležitým antioxidantem, chrání buňky před účinkem volných radikálů, zpomaluje stárnutí a léčí neurologické a kožní problémy. Je obsažen v rostlinném oleji, listové zelenině a ve vejci. Nedostatek je důvodem vzniku svalové slabosti a neuropatie (Chrpová, 2010).

Vitamín K má podstatný vliv na srážení krve. Zdrojem je brokolice, špenát, ovoce, obilí, mléko a maso. Při jeho nedostatku vzniká porucha srážlivosti krve (Chrpová, 2010).

3.2.1 Výživa a ledviny

Příjem potravy patří k základním lidským potřebám. Uspokojení této nezbytnosti je podmínkou k uskutečnění vyšších potřeb. Výživu pacientů je potřeba vnímat i jako rovnocennou část léčebného režimu. Dobrá výživa je základem správné klinické péče. Sestry jsou jedinou skupinou zdravotníků, která poskytuje pacientům péči 24 hodin.

Z tohoto důvodu jsou schopny včas rozpoznat problémy ve výživě, nepodceňovat tento stav a hned na počátku léčby udělat určité opatření. Již Florence Nightingale, v roce 1859 prohlásila, že tisíce pacientů každoročně hladoví uprostřed hojnosti. Znepokojivé na této myšlence je to, že takovýto stav můžeme pozorovat také dnes, ve 21. století (Best, 2008).

Pokud onemocní jedna ledvina, její funkci je schopna převzít druhá ledvina. Někdy požadavky na její činnost můžou být zvýšené, např. zánětem nebo těžkou fyzickou námahou, a proto, aby očišťovací funkce ledviny byla splněna, je potřeba omezit přívod některých složek potravy, které v těle metabolizují na látky odpadní (Steiber, 2009). Když se funkce ledvin sníží nebo úplně vymizí, zdraví člověka může být ohroženo. V tomto případě je důležitá včasná náhrada funkce ledvin dialyzační léčbou. Dietní rady a restrikce mají v léčbě terminálního stádia selhání ledvin tentýž význam jako léčba „umělou ledvinou“ nebo léčba medikamentózní (Hrubý a Mengerová, 2010). Již v polovině 18. století Richard Bright navrhl mléčnou dietu jako dočasnou léčbu edému a proteinurie. Tento druh diety byl užíván až do 20. století. Poté v roce 1932 Fritz Bischoff provedl jeden ze svých vědeckých pokusů na potvrzení teorie o vlivu diety na poškozenou funkci ledvin (Lynn a Bohnstadt-Othrsen, 2012).

Chronické selhání ledvin je nezvratné onemocnění. Důvody tohoto stavu můžou být různé, např. hypertenze, cukrovka nebo časté záněty ledvin (Steiber, 2009). Podle rychlosti glomerulární filtrace má chronické selhání ledvin pět stádií. Poslední, pátý stupeň je stav, kdy ledviny nedokážou plnit svoji funkci, a proto je nutné jejich činnost kompenzovat dialýzou. Terminální stádium chronického selhání ledvin patří mezi onemocnění, u kterého je možné pomocí dietních opatření ovlivnit vznik komplikací této nemoci (Hrubý a Mengerová, 2010).

Hrubý a Mengerová (2010) uvádí tři cíle nutričního postupu u hemodialyzovaného pacienta, a to omezení vzniku uremických toxinů, předcházení vzniku malnutrice a snížení výskytu komplikací, které vznikají následkem chronického selhání ledvin. Je známo, že pacienti léčení hemodialýzou v důsledku sníženého příjmu bílkovin a energie trpí tzv. proteinoenergetickou malnutricí (PEM). Důvody podvýživy těchto pacientů

jsou různé, např. nedostatečný příjem potravy, porucha metabolismu cukrů a lipidů nebo uremická toxicita a katabolismus.

Po zařazení do chronického dialyzačního programu je potřeba u každého pacienta stanovit stav jeho výživy. K tomu je potřebná dietní anamnéza, odhad příjmu bílkovin, tělesná hmotnost a laboratorní parametry albuminu, prealbuminu, kreatininu, močoviny, draslíku a fosforu. Když se k selhání ledvin přidruží ještě cukrovka, je nutná pravidelná kontrola hladiny cukru v krvi. Snížená hladina dusíkatých látek se u lidí s hemodialyzační léčbou dosahuje omezeným přísunem bílkovin. Bohužel toto dietní opatření může vést ke vzniku již výše uvedené malnutrice (Hrubý a Mengerová, 2010). Hlavním důkazem PEM je nízká hladina albuminu nebo prealbuminu. K určení stavu výživy pacienta se používají klinická, antropometrická a laboratorní vyšetření. Důvody vzniku podvýživy u selhání ledvin jsou nechutenství, obtížné polykání, průjem, zvracení, změna charakteru potravy a stres (Abbott, 2012).

Potřeba příjmu energie se u dialyzovaného pacienta značně odlišuje od zdravého člověka. Nejdůležitějším jídlem dne je snídaně. Měla by pokrýt až 20 % denní dávky energie a obsahovat všechny živiny-tuky, cukry i bílkoviny. Menším zdrojem energie je dopolední i odpolední svačina. Osvěží, zasytí, zažene pocit žízně, dodá chybějící energii a oddálí výkyvy chutí. Velkou roli hraje oběd. Tvoří až 30 % denního příjmu energie. Kromě sacharidů a tuků musí obsahovat i kvalitní bílkoviny, např. kousky pečeného kuřete, masa nebo tuňáka. Správná večeře by měla obsahovat dostatek kvalitních bílkovin, zeleninu, rostlinné tuky a sacharidy. Je potřeba si uvědomit, že jídlo je druh léku, a proto je velmi důležitá i jeho příprava. Ne každý pacient na dialýze si zvládne zajistit dostatečný příjem energie stravou. V takových případech se doporučuje doplněk stravy, který doporučí lékař nebo nutriční terapeut (Sasáková, 2010).

3.2.2 Dietní doporučení při pravidelném dialyzačním léčení

Důležitým předpokladem dlouhodobé a úspěšné dialyzační léčby bez komplikací je správná péče o výživu pacienta a jeho životní styl. Po zařazení do chronického dialyzačního programu se dietní zvyklosti pacientů s chronickým selháním ledvin značně změní. Před zahájením dialyzační léčby jsou nuceni omezovat v potravě příjem

bílkovin a zvyšovat příjem tekutin a nyní naopak musí příjem bílkovin zvýšit a příjem tekutin snížit. Dlouhodobá dialyzační léčba má vliv na vznik PEM, která zvyšuje nemocnost a úmrtnost těchto pacientů. Snížený příjem potravy může být způsoben také nechutenstvím, kterého vznik je ovlivněn uremickými toxiny nebo ekonomickými a psychosociálními faktory jako jsou deprese, či lhostejnost. Při sestavování nutričních doporučení je potřeba zohledňovat individuální potřeby a možnosti každého pacienta (Reid, 2013).

Obtížným úkolem při změně stravování u pacientů na hemodialýze je omezení příjmu bílkovin, protože jejich nadbytek ve stravě vede k zvýšené tvorbě močoviny, kreatininu a fosforu. Plnohodnotné bílkoviny organismus získává zejména z proteinu živočišného původu, tj. z masa, mléka a mléčných výrobků. Zároveň však každá tato bílkovina obsahuje fosfor, látku, které příjem musí hemodialyzovaní pacienti v potravě omezovat (Hrubý a Mengerová, 2009, 2010). Při sestavování jídelníčku je vždy třeba zohledňovat riziko vzniku podvýživy z důvodu nedostatečného množství bílkovin v potravě, a proto je důležité v pravidelných intervalech kontrolovat stav výživy každého dialyzovaného pacienta. Doporučený příjem bílkovin u dialyzovaných pacientů je nejméně 1,2g/kg tělesné hmotnosti za den (Sasáková a Matějková, 2012).

Jednou z dalších příčin vzniku malnutrice u dialyzovaných pacientů je také nedostatečný příjem energie. Požadavek energie je u těchto lidí vyšší než u zdravé populace. Doporučovaný příjem energie pro dialyzované je minimálně 35 kcal/kg tělesné váhy. Velkým zdrojem energie je chléb a pečivo, ale jejich konzumací pacienti přijímají i značné množství sodíku, fosforu a draslíku, např. nejvíce fosforu je v žitném chlebu (Sasáková a Matějková, 2012).

Z mé pracovní zkušenosti je největším problémem u pacientů na dialýze omezení příjmu tekutin. Obvykle se doporučuje snížit jejich množství na hodnotu, která převyšuje objem moče vyloučené z organismu za 24hodin o půl litru. V praxi to znamená, že když pacient vymočí během dne 500ml moče, doporučí se mu přijmout 1000ml tekutin za 24hodin. Je třeba ho však upozornit, že do limitu tekutin se počítají nejen samotné nápoje, ale i polévky, omáčky, ovoce a zelenina (Sasáková a Matějková, 2012). Bilance tekutin by měla být v rovnováze, protože tekutiny, které se nepodaří

z těla odstranit, způsobují přetěžování kardiovaskulárního systému, zapříčiňují vzestup už i tak vysokého krevního tlaku a vedou k dušnosti. Doporučuje se vyplachovat ústa studenou vodou, cucat kostky ledu nebo používat žvýkačku k větší produkci slin (National Kidney Foundation, 2010; Sasáková a Matějková, 2012). Za ideální přírůstek tělesné hmotnosti mezi dialýzami, který je způsobený příjmem tekutin, se považuje 3% nad suchou váhu. Suchá váha je tělesná hmotnost po skončení dialyzační procedury, kdy pacient nemá příznaky dehydratace (hypotenze, křeče). V průběhu dialyzační léčby se suchá váha může měnit podle přibývání nebo úbytku svalové a tukové tkáně (Hrubý a Mengerová, 2009, 2010).

Sodík hraje velkou roli při zadržování vody v organismu. Denní příjem sodíku se doporučuje snížit asi na 3,5g kuchyňské soli. Pacienta je vhodné seznámit s potravinami bohatými na sodík, např. tavené a tvrdé sýry, uzeniny, šunka nebo i chleba. Jeho zvýšený příjem vede k zadržování vody v těle a způsobuje vznik otoků a hypertenze. Je zapotřebí číst údaje na štítku potravin a vybírat si jídla s obsahem sodíku méně než 140mg v jedné porci (Hrubý a Mengerová, 2010; Sasáková a Matějková, 2012).

Draslík je minerální látka, které část se za normálních okolností vylučuje ledvinami. Při jejich selhání se zvyšuje jeho hladina v krvi, což má za následek vznik arytmií u dialyzovaných pacientů. Největší množství draslíku se nachází v ovoci a zelenině, zejména v peckovinách, citrusech a banánech. Hladina draslíku v potravinách se dá snížit varem až o polovinu. Proto se upřednostňuje jejich úprava vařením. Zeleninu je třeba vždy vařit oloupanou a nakrájenou na malé kousky. Vhodné je, pokud si suroviny pacient připraví a nakrájí již několik hodin předem a nechá je ve vodě vyluhovat. Před tepelnou úpravou se voda slije, neboť obsahuje velké množství draslíku (Hrubý a Mengerová, 2010; Sasáková a Matějková, 2012).

V průběhu mé praxe jsem zjistila, že mezi nejčastější důvody, kvůli kterým na našem pracovišti provádíme dialýzu „navíc“, mimo pravidelný dialyzační program, je buď převodnění pacienta, nebo vysoká hladina draslíku v krvi.

Fosfáty se do organismu dostávají potravinami, hlavně živočišného původu a konzervačními prostředky. U pacientů s chronickým selháním ledvin se vylučování fosforu snižuje. Když se funkce ledvin omezí o více než 50 %, začíná se fosfor hromadit

v těle a vázat se na vápník, co je také příčinou vzniku hypokalcémie. Sloučeniny fosfátu a vápníku mají schopnost se usazovat v cévách, na srdečních chlopních, v okolí kloubů a v podkoží. Vznikají tzv. kalcifikace, které jsou důvodem vzniku kardiovaskulárních potíží u těchto pacientů. Denního příjmu fosforu na 5 až 10mg/kg tělesné váhy je možno docílit sníženým příjmem potravin živočišného původu jako je maso nebo mléčné výrobky. Důležité je zcela vyloučit uzeniny, protože konzervační prostředky obsahují mnoho fosforu a sodíku. Vhodná je strava rostlinného původu, čerstvá a nekonzervovaná. Při trvale vyšší hladině fosforu v krvi se v těle zvyšuje vylučování parathormonu příštitnými tělísky. V takovémto množství je považován za toxickou látku, která způsobuje v organismu řadu zdravotních problémů. Tlumit produkci parathormonu je možné podáním vitamínu D (Svoboda, 2011).

Omezením mléčných výrobků se snižuje i příjem vápníku. Minimální denní příjem by měl být 1000 - 1500mg. Zabezpečit dietní opatření s vyšším přísunem vápníku, která by byla chudá na fosfor, je téměř nemožné, proto se doporučuje doplňovat vápník formou tablet, např. Calcium effervescenc. Snížený příjem vápníku v potravě má negativní vliv na kosti, naopak jeho nadbytek způsobuje vznik krystalků a následovné ukládání do okolí kloubů a cév. Vápník se může ukládat také do rohovky a spojivky a je příčinou pálení a zčervenání očí, vzniká tzv. syndrom červených očí (Hrubý a Mengerová 2010; Sasáková a Matějková, 2012).

Dialyzovaní pacienti často trpí nedostatkem železa, proto je ho zapotřebí doplňovat obvykle v injekční formě na konci dialyzační procedury. Léčbu železem ordinuje lékař na základě laboratorních hodnot. Hladina všech výše uvedených minerálů a železa se doporučuje v pravidelných intervalech kontrolovat (Hrubý a Mengerová, 2010). Na hemodialýze v Českém Krumlově, kde pracuji, se krev na stanovení hladiny minerálů odebírá, dle standardu oddělení, každý měsíc a hladina železa se kontroluje každé tři měsíce.

Díky dialyzační proceduře ztrácejí pacienti vitaminy rozpustné ve vodě do dialyzačního roztoku, zejména se jedná o vitamín B a C. Doporučená denní dávka vitamínu B je 10 - 20mg a vitamínu C 30 - 60mg, (Sasáková a Matějková, 2012). U dialyzovaných pacientů dochází k postupnému nedostatku aktivní formy vitamínu D.

Tento deficit se doporučuje nahradit tabletami per os, např. Rocaltrol, nebo injekční formou, např. Calcijex. Není vhodné si kupovat volně prodejné vitaminové doplňky, doporučuje se, aby se pacienti poradili se svým ošetřujícím lékařem (Hrubý a Mengerová 2009, 2010).

Strava dialyzovaného pacienta by měla obsahovat především tuky rostlinné, v malém množství i živočišné. Z rostlinných jsou nevhodné tuky s obsahem transmastných kyseliny, které mají vliv na hladinu cholesterolu a zvyšují riziko vzniku nádorových onemocnění. Dnes se tyto tuky již vyrábějí v omezeném množství. K promazání celozrnného pečiva se doporučují pomazánky s obsahem rostlinných tuků. Možno používat také doma vyškvařené nesolené sádlo, ale pouze v případě, když je hladina cholesterolu v normě. Na ochucení salátů se doporučuje používat jednodruhové oleje, např. slunečnicový, řepkový nebo olivový. K tepelné úpravě by pacienti měli používat kvalitní rostlinné tuky, určené pro tepelnou úpravu (National Kidney Foundation, 2010; Sasáková a Matějková, 2012).

Maso by měli hemodialyzovaní pacienti, zařazovat do jídelníčku nejméně dvakrát denně. Přednost mají bílá masa, jako je kuře nebo krůta, a velikost porce je ovlivněna doporučeným příjmem bílkovin za den. Jedenkrát do týdne by měla být do jídelníčku zařazena zejména mořská ryba pro vysoký obsah omega 3 mastných kyselin, i když obsahuje poměrně velké množství fosforu. Uzeniny by se měly zařazovat pouze na zpestření jídelníčku. Je potřeba pozorně číst složení uzeniny kvůli obsahu soli. Mléko se téměř nedoporučuje. Vhodnou náhradou je 33% šlehačka, která se může zředit vodou (Hrubý a Mengerová 2009, 2010; Kidneyhealth, 2013).

Sasáková a Matějková (2012) doporučují dialyzovaným pacientům při výběru sýrů v nich sledovat množství bílkovin, fosforu, vápníku a obsah soli. Radí je zařadit k hlavnímu jídlu nebo ke svačině. Místo nich můžou použít hrudkovitý tvaroh nebo cotagge sýr. Pro vysoký obsah tuku, sodíku, fosforu a někdy i draslíku jsou nevhodné tavené sýry. Výzkum z roku 2001 vyvrátil názor o negativním vlivu konzumace vajíčka na hladinu cholesterolu. Žloutek obsahuje kvalitní bílkovinu, vápník a železo, ale pro vysoký fosfor není pro dialyzované pacienty vhodný, a proto se doporučuje vyhodit

a použít pouze bílek. Kuchyňskou sůl je potřeba omezit pouze u pacientů s vysokým krevním tlakem a s otoky, ostatní můžou solit mírně (Sasáková a Matějková, 2012).

3.2.3 Doplněk stravy pro pacienta na hemodialýze

Při každé dialyzační proceduře dochází k ztrátám proteinů a energie. Dialýza zbavuje tělo nejen přebytečné vody a odpadových látek, ale taky se odstraňují tzv. „dobré“ bílkoviny, mezi které patří albumin. Nedostatek této bílkoviny způsobuje sníženou tvorbu svalové hmoty, snižuje obranyschopnost organismu v boji proti infekci a ovlivňuje přenos některých látek (Sasáková, 2010).

Některá dialyzační střediska v průběhu dialyzační procedury nabízejí pacientům malé občerstvení, a tak se aktivně podílí na nutriční výchově dialyzovaných. Občerstvení vždy splňuje nutriční požadavky pro dialyzované pacienty. Jídlo během léčby pomáhá pozitivně ovlivnit laboratorní výsledky, především hodnotu fosforu. Tyto svačinky jsou jedním z účinných nástrojů, které inspirují pacienty k přípravě podobného jídla mimo dny dialýzy (Sasáková, 2010). Individuální přístup vyžadují pacienti s druhotným onemocněním, např. celiakií, diabetem, Crohnovou chorobou či pooperačními stavy. Pro tyto pacienty je vhodný doplněk stravy určený k popíjení od společnosti B Braun s názvem Nutricomp Drink Plus, nebo přípravek od firmy Abbott s názvem Nepro. Je určený pro lidi, kteří nemohou přijímat normální stravu, nebo pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje zvýšený příjem živin, který nejsou schopni přijmout normální stravou. Tento výrobek plně nahrazuje bagetové svačiny. Doplněk stravy se do jídelníčku doporučuje při poklesu hmotnosti o 5 až 10 %, při BMI menším než 18,5, při úbytku svalové hmoty, při nevyvážené a nedostatečné stravě, při nedostatečném příjmu bílkovin, po operacích, při nechutenství, při snížené obranyschopnosti, při a po dialýze (Abbott, 2012). Výhoda doplňku výživy tkví v tom, že má vysoký obsah energie, bílkoviny v malém množství, doporučený obsah všech vitamínů, je dobře vstřebatelný, neobsahuje lepek ani laktózu a existuje velký výběr příchutí. Je také možnost si tento nápoj objednat v lékárně a vzít si ho i domů. Může se popíjet během celého dne a lze ho využít v teplé či studené kuchyni. Je nepostradatelný u pacientů s podvýživou, kterou je ohroženo stále větší množství dialyzovaných

pacientů bez ohledu na věk a délku léčby (Pokorná, 2012). Výzkumy prokázaly, že u pacientů popíjejících tento výživový doplněk po dobu jednoho roku se snížila morbidita a mortalita až o 33 %. Nenahrazuje však plnohodnotnou celodenní stravu, ale pouze supluje dočasný výpadek živin ve stravě, a proto je velmi důležitý dohled při jeho užívání na množství a kvalitu běžné stravy (Abbott, 2012).

3.2.4 Nutriční doporučení pro hemodialyzovaného diabetika

Častou příčinou selhání ledvin je cukrovka, a proto také diabetici tvoří velkou skupinu dialyzovaných pacientů. Cílem dietního doporučení je snížení hladiny cukru v krvi a udržení dobrého stavu výživy (Sasáková a Matějková, 2012). Cukrovka má neblahý vliv na celé tělo. Poškozuje srdce, nervy, cévy a je příčinou mnohých komplikací u pacientů na dialýze. Při správném dodržování dietních opatření se riziko vzniku těchto komplikací významně snižuje. Výživa pro dialyzované diabetiky je složena z potravin tak, aby zajistila dostatek vysoce kvalitních bílkovin a vyhovující poměr cukrů a tuků. V základní dietě je snížen příjem potravin, které obsahují mnoho fosforu, sodíku a draslíku (Hrubý a Mengerová, 2010). U těchto pacientů je však kladen důraz na omezený příjem sacharidů, aby hladina glykemie byla v mezích normy. Její hladinu zvyšují např. chléb, pečivo, těstoviny, ovoce, zelenina. Nadměrně zvýšená glykemie může u pacientů zvětšit pocit žízně, a proto je důležitá její pravidelná kontrola v krvi. Díky glukometru si pacient může zkontrolovat hladinu cukru i v domácím prostředí. Dodržování těchto všech nutričních doporučení je velmi náročné a omezující, avšak umožňuje pacientům zůstat v dobrém zdravotním stavu po dlouhou dobu (Hrubý a Mengerová, 2010; Sasáková a Matějková, 2012).

Každé tři měsíce na našem oddělení provádíme kontrolu tzv. glykovaného hemoglobinu u všech dialyzovaných diabetiků. Toto vyšetření nám umožňuje sledovat, jak mají pacienti svoji cukrovku pod kontrolou.

Na konferenci EDTNA/ERCA, která probíhala ve Švédsku, byly zveřejněny výsledky studie, která měla za úkol porovnat nutriční stav hemodialyzovaných pacientů bez diabetu s pacienty s diabetem. Výzkum probíhal dva roky a prokázal vyšší, tedy

lepší účinnost dialyzační procedury u hemodialyzovaných nediabetiků (Pinto et al., 2013).

3.2.5 Nutriční terapeut jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze

Aby byla nutriční péče u pacientů na dialýze účinná, je důležitá přítomnost nutričního terapeuta v týmu zdravotníků, pečujících o tyto pacienty. Nutriční pomoc zjevně zvyšuje efektivitu léčby a tím také šetří náklady zdravotnického zařízení. V současnosti patří systém nutriční péče k základním indikátorům kvality poskytované zdravotní péče. V každé nemocnici již existují dokumenty nezbytné pro poskytování nutriční péče, především nutriční screening. K vykonávání nutriční péče jsou potřebné nejen tyto dokumenty, ale i dobře fungující tým zdravotníků (Kohout, 2011).

U každého pacienta po zahájení dialyzační léčby by měl být nutričním terapeutem proveden nutriční screening, který ukáže, v jakém stavu se pacient nachází, popřípadě upozorní na možnost vzniku malnutrice, nebo na již existující nedostatečnou výživu (Best, 2008). K diagnostice hypovýživy se používá kombinace několika metod; anamnézy, fyzikálního vyšetření, antropometrických metod a laboratorních vyšetření. Nutriční screening je třeba opakovat v pravidelných intervalech, během celé dialyzační léčby, zvláště když se projeví nechutenství, zvracení, průjem, odmítání stravy nebo nespokojenost s dietou (Kohout, 2011; Komoňová, 2010).

Úprava stravy po zahájení dialyzační léčby závisí na mnoha faktorech; výšce, váze, nutričním stavu, na laboratorních výsledcích, na přidružených nemocích a předepsaných lécích (Kallenbach, 2012).

Každá sestra na dialýze je schopna pacientovi předat základní informace o změnách dietního režimu, ale dle zákona 96/2004 sb., je nutriční terapeut jedinou oprávněnou osobou k sestavování individuálního stravovacího režimu a nutričního plánu pro dialyzované pacienty. Nutriční terapeut je nelékařský zdravotnický pracovník, který poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči, zabezpečuje nutriční potřeby pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy. Rozumí vztahu mezi potravinami, má důkladné znalosti o tom, jaké druhy a množství poživin můžou konzumovat dialyzovaní pacienti

s hypertenzí nebo s cukrovkou. Hodnotí aktuální příjem potravy a odpovídá za edukaci o výživě a nutričních opatřeních pacienta a jeho rodiny (DaVita, 2013; Kohout, 2011).

Nutriční terapeut by měl umět posoudit aktuální fyzickou kondici pacienta, zjistit co má rád k jídlu, jeho minulé i současné stravovací návyky. Důležitá je znalost jeho aktuálních laboratorních výsledků a určení, co pacient upřednostňuje a potřebuje. Měl by být schopen pacienta poučit o tom, co znamenají laboratorní hodnoty, vzdělávat a poskytovat poradenství, co a kolik může jíst ke zlepšení svých laboratorních výsledků, motivovat ho dodržovat předepsaný stravovací plán a poskytovat mu vzdělávací materiál jako jsou letáky, recepty nebo výživové tabulky (DaVita, 2013).

Nutriční terapeut je součástí multidisciplinárního týmu a podílí se na plánování péče o pacienta na hemodialýze. Spolupracuje s nefrologem a účastní se na tvorbě dietního doporučení. Pacienta a jeho rodinu učí specifikům dietních opatření, sleduje jeho nutriční parametry a individuální potřeby. Monitoruje pacientův stav hydratace, chuť k jídlu, schopnost žvýkat a polykat, užívat v dietě přírodní náhražky. Měl by také posoudit schopnost pacienta připravit si jídlo, popřípadě mu dát doporučení jak změnit stávající stravovací návyky, aby lépe splňovaly požadavky renální diety. Správná a dostatečná komunikace mezi nutričním terapeutem, personálem na dialýze a pacientem má pozitivní vliv na jeho zdravotní kondici a na kvalitně provedenou dialyzační proceduru (Kallenbach, 2012).

Renální dieta se může zdát omezující, ale ve skutečnosti je flexibilní. Nutriční terapeut by měl umět pacientům ukázat, jak si připravit z doporučených surovin jídlo, které bude nejen chutné, ale pomůže jim udržet si dobré laboratorní výsledky (DaVita, 2013).

Pro pacienty na dialýze je důležitá vhodná úprava jídelníčku, která znamená omezení některých druhů potravin. Na jedné straně je nutné zvýšit příjem bílkovin a energie, na druhé je důležité omezit přísun potravin, které obsahují více draslíku, fosforu a vody. Samozřejmě je to velmi obtížný úkol, který vyžaduje obrovskou míru trpělivosti, zodpovědnosti a osobní disciplínu (Abbott, 2012; Pokorná, 2013). Proto je, dle mého názoru, velmi důležitá možnost konzultace s nutričním terapeutem pro každého dialyzovaného pacienta a jeho rodinné příslušníky.

Lehbi (2012) publikoval výsledky výzkumu, ve kterém se zabýval vlivem nutriční terapie u pacientů léčených dialýzou. Tato studie jednoznačně prokázala, že dodržování dietních doporučení snižuje morbiditu a mortalitu těchto pacientů. Strava je neoddělitelnou součástí léčby, a to by měl vědět i pacient. Čím více bude o svém stravovacím režimu informován, tím lépe bude spolupracovat (Komoňová, 2010).

3.3 Systém sociální práce a péče

Tradice sociální práce je v naší republice dlouhodobá a za její počátek lze považovat činnosti různých církevních charitativních spolků. Potřeba sociální práce vzrostla v období první světové války při řešení problémů, které válka způsobila. Velký význam v tomto období měl i Československý červený kříž, který poskytoval sociální pomoc všem bez ohledu na ekonomickou situaci jedince (Kuzníková, 2011). V roce 1918 vzniká v Praze Vyšší škola sociální práce. V šedesátých letech vzniká nová koncepce sociální práce, která se zaměřovala na práci s rodinou a dětmi, se starými a postiženými občany a s jedinci propuštěnými z výkonu trestu. Po roce 1968 dochází ke stagnaci vývoje v této oblasti. Většina sociální činnosti byla poskytována v ústavních zařízeních. Po roce 1989 se objevily první snahy o právní definování sociální práce. Od této doby vzniká v České republice množství sociálních institucí, které se zaměřují na řešení sociálních problémů. Rozvíjí se zejména sociální politika, sociální zabezpečení, sociální služby, vznikají nové sociální vzdělávací programy a nová sociální zařízení (Kuzníková, 2011).

Sociální práce je vědecká disciplína, která prostřednictvím sociálních metod zabezpečuje péči o potřebné na profesionální úrovni. Jejím cílem je zmírňování a následné řešení sociálních problémů společnosti. Významnou součástí je podpora klienta v situaci, kterou není schopen řešit sám. Měla by pomáhat sociálním systémům zlepšovat jejich fungování a chránit slabé a potřebné. Opírá se o společenskou solidaritu, do které se promítá hlavně dobrovolnictví. Velký význam pro sociální práci má spolupráce s jinými vědními disciplínami, především s psychologíí a sociologií. Dotýká se všech nás a bývá účinnější, když se na řešení problému podílí více subjektů společně. Vychází z podstaty pomáhat a angažovat se pro potřebné (Tröster, 2010).

Propojení sociální práce se sociální politikou je zjevné. Je to uvědomělá a záměrná činnost státu v sociální oblasti. Lze ji definovat mnohými způsoby. Jsou to nastavená pravidla společnosti, které mají za cíl zmenšovat a řešit sociální problémy. Vytváří program sociální spravedlnosti, který vychází ze solidarity a sociálního citění (Gulová, 2011).

Dle Halířové a Melotíkové (2012) je sociální politika působení subjektů, která vede k vytvoření fungujícího sociálního systému, jenž zabezpečí občany státu v případě různých sociálních událostí. Hlavní roli v sociální politice hraje stát. Tvoří formální rámec sociální péče a jako jediný rozhoduje o změnách směrů sociální politiky ve společnosti. Sociální pomoc stát zajišťuje občanům, kteří nejsou schopni své životní potřeby pokrýt příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Též osobám, které bez pomoci společnosti nemohou překonat svoji nepříznivou životní situaci. Stát v oblasti sociální péče poskytuje poradenskou a výchovnou činnost. Úzce spolupracuje se společenskými a jinými organizacemi, které poskytují sociální péči.

Na tvorbě sociální politiky se nepodílí jen stát, ale i zaměstnavatelé, odborové organizace, každá rodina a jednotlivec. Příjemcem sociální pomoci mohou být všichni obyvatelé České republiky. Kdokoliv z nás se může dostat do situace, ve které bude potřebovat pomoc profesionálů. Tato potřeba se může objevit kdykoliv v průběhu života, např. děti s nemocí nervové nebo pohybové soustavy, v dospělosti např. jako následek úrazu (Arnoldová, 2011). Sociální politika státu plní mnoho funkcí, především má chránit občany před nepříznivými následky sociální události a pomáhat jim je překonat. Zároveň má na občany působit stimulačně, aby se snažili zlepšit svoji nepříznivou situaci. Za nástroje sociální politiky lze považovat přijímání nových právních předpisů, které mohou ovlivňovat i změny v hospodářství země (Halířová a Melotíková, 2012).

Působnost sociální práce je vymezena v zákoně č.108/2006 sb., o sociálních službách. Pro správné pochopení sociální problematiky je důležité vysvětlit některé pojmy dle tohoto zákona.

Sociální služba je soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám v nepříznivé sociální situaci.

Nepříznivá sociální situace je snížení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nebo nepříznivého zdravotního stavu, nebo pro krizovou sociální situaci. Můžou to být také návyky a způsob života, který vede ke konfliktu se společností.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvá déle než jeden rok a omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a snižuje schopnost na sebezpečí a soběstačnost člověka.

Přirozené sociální prostředí tvoří rodina a sociální vazby k osobám blízkým a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují své běžné sociální aktivity.

Sociální začleňování je proces, jehož cílem je zajistit osobám sociálně vyloučeným dosáhnout možnosti, které jim pomůžou se zapojit do života společnosti a žít životem, který je považován za běžný.

Sociální vyloučení je vyloučení osoby mimo běžný život společnosti.

Zdravotní postižení je tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, které způsobuje závislost člověka na pomoc jiné osoby.

Plán rozvoje sociálních služeb znamená aktivní vyhledávání potřeb osob a nalézání vhodného způsobu jejich uspokojování z dostupných zdrojů (Zákon č.108/2006 sb.).

Tento zákon vytváří základní rámec pro působnost sociální práce, vymezuje a určuje správná označení pro cílové skupiny, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci, nebo mají sníženou soběstačnost v základních životních dovednostech z různých důvodů. Dále řeší problematiku bezdomovství a klientů žijících způsobem, který vede ke konfliktům se společností, např. zneužívání návykových látek. Zaměřuje se na řešení problémů, při kterých je ohrožen zdravý vývoj dítěte nebo jedná-li se o dítě zanedbávané, se zdravotním postižením, popřípadě zneužívané (Zákon 108/2006 Sb.). V posledních letech se obsah sociální práce značně rozšířil. Kromě práce s problémovými jednotlivci nebo skupinami se rozšiřuje i v oblasti péče o zdravotně a společensky postižené občany (Tröster, 2010).

Sociální práce se zaměřuje hlavně na sociální služby, které přesně vymezuje již výše zmíněný zákon. Pomocí sociálních služeb jsou sociální pracovníci

zaměstnávání sociálními subjekty a realizují jejich cíle a programy. Zaobírá se jak činností s klientem, tak i změnami v oblasti sociální politiky a zákonodárstvím. Úmyslem sociální práce je podpořit schopnost klienta řešit situaci, ve které se nachází, přijmout problémy, které ho obklopují a pracovat na zlepšení jeho současného stavu. Také se zaměřuje na zprostředkování kontaktu klienta se subjekty, které mu pomůžou, poskytnou zdroje, služby a příležitosti (Gulová, 2011).

Arnoldová (2011) uvádí, že sociální práce je činnost zaměřená na odhalování a vysvětlování vzniku sociálních problémů. Je to aktivita profesionálů, kteří na základě analýzy a komunikace vytváří podmínky pro rozvoj a lepší využití vlastních zdrojů jednotlivce, rodiny nebo komunit. Jejím cílem je ochránit a posílit hlavně znevýhodněné a ohrožené jednotlivce a skupiny ve společnosti. Poskytuje činnosti na mikroúrovni, střední úrovni a makroúrovni. Na mikroúrovni se sociální pracovník snaží řešit problémy klienta individuálně a podporovat jeho schopnost se s danou situací vyrovnat vlastními silami. Na střední úrovni se činnosti zaměřují na práci se skupinou, např. zdravotně znevýhodněných lidí. Umožňuje zpětnou vazbu ostatních na klientovo chování, jiný pohled na problém a také jiný náhled na jeho řešení. Makroúroveň je zaměřena na komunitní práci, na různé akce místního společenství a naplňuje určité místní potřeby nebo řešení místního problému.

Sociální služby jsou k dispozici lidem sociálně znevýhodněným, s cílem zkvalitnit jejich život, chránit je před riziky, které mohou vlivem jejich nepříznivé situace vzniknout a pomoci jim začlenit se do společnosti. Lze je rozdělit na preventivní, terapeutické, rehabilitační, intervenční a pečovatelské. Možno je poskytnout v domově potřebných, v ústavních zařízeních nebo centrech s denním nebo týdenním provozem. Zřizovatelem a poskytovatelem jsou obce, kraje, ministerstvo práce a sociálních věcí nebo občanská sdružení, nestátní neziskové organizace, obecně prospěšné společnosti, nadace a církevní právnické osoby. Od roku 1990 sociální služby poskytují také nestátní subjekty, např. azylové domy pro bezdomovce, pro matky s dětmi nebo různé poradny dle typu zdravotního postižení. Nepříznivá situace může vzniknout z různých důvodů, a proto existuje i celá řada sociálních služeb. Lze je rozdělit do tří oblastí; sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Gulová, 2011).

Arnoldová (2011) dělí sociální poradenství, dle zaměření, na několik forem:

- a) specializované poradenství pro zdravotně postižené občany,
- b) pracovní poradenství je využíváno při volbě povolání, např. osobám se ztíženým uplatněním na trhu práce,
- c) rodinné a manželské poradenství je zaměřeno na prevenci rozvodových situací, na výchovu dítěte v rodině nebo na pomoc svobodným matkám,
- d) gerontologické poradenství s cílem mobilizovat paměť seniorů formou společných sezení, na provoz tísňových linek,
- e) poradenství k překonání obtížných životních situací, které je poskytováno formou socioterapeutické pomoci osobám žijícím na okraji společnosti, s cílem ochránit společnost před sociálně patologickými jevy.

Služby sociální péče pomáhají lidem zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost a umožnit jim v co možná nejvyšší míře zapojení do běžného života. Patří sem např. osobní asistence, pečovatelské služby nebo služby odlehčovací (Tröster, 2010)

Služby sociální prevence mají za cíl vyhledávat jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob a nabízet pomoc osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace (Halířová a Melotíková, 2012). Existují tři typy sociální prevence; primární, která je zaměřená na zdravé fungování celé společnosti, sekundární, která ovlivňuje skupiny, u kterých je riziko vzniku negativního chování v důsledku poruch sociálních procesů a terciální prevence, která má předcházet prohlubování nebo recidivě sociální dezintegrace lidí, kteří mají poruchy sociálního chování (Arnoldová, 2011).

Poskytovaná pomoc a podpora by měly být dostupné, efektivní, kvalitní, bezpečné a hospodárné. Měly by vyhovovat potřebám člověka a neomezovat jeho práva. Vytváří podmínky pro uspokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Sociální služby se zaměřují na své klienty individuálně a to umožňuje zvýšenou efektivitu práce, řeší jeho konkrétní problémy a vypracovávají individuální plán pro každého klienta. Velký význam mají i aktivační služby podporující samostatnost klienta. Poskytované sociální služby by měly dosahovat určité úrovně kvality, která je hodnocena standardy kvality v sociálních službách. Kvalita těchto služeb je pravidelně kontrolována inspekcí sociálních služeb (Gulová, 2011).

3.3.1 Sociální soběstačnost a potřeby hemodialyzovaného pacienta

Je obecně známo, že populace na celém světě stárne. S prodlužující se délkou života se více lidí dožívá vysokého věku, který je však většinou spojen s výskytem chronických onemocnění způsobujících zdravotní postižení. Světové statistiky uvádějí, že až 10 % obyvatel na zemi má trvalé zdravotní postižení. Pro určení míry a rozsahu sociální péče je důležité stanovit sociálně zdravotní situaci člověka. V současnosti se používá manuál mezinárodní kvalifikace následků nemoci, známý pod zkratkou IDH. I neboli impairment znamená poruchu, poškození struktury nebo funkce orgánu či systému, která způsobuje člověka neschopným vykonávat určitou činnost. D jako disability, nezpůsobilost, omezená schopnost vykonávat určitou činnost. Představuje odklon od normy, který může být přechodný i trvalý, vratný a nevratný, progresivní i regresivní. Funkční omezení zasahuje jak do tělesné, tak i do duševní činnosti člověka. Ovlivňuje život i v běžných činnostech, jako je např. chůze, řeč, čtení nebo psaní. H jinak handicap je překážka, nesnáz. Jde o situaci, která omezuje nebo znemožňuje jedinci plnění úkolů, které jsou od něj očekávány v souvislosti s věkem, pohlavím, sociálními a kulturními faktory. Vzniká nesoulad mezi výkonem člověka a očekáváním společnosti (Arnoldová, 2011).

Každý člověk zastává ve společnosti určité role, z nich nejvýznamnější je role pracovníka, životního partnera a člena zájmových skupin. Každé znevýhodnění ovlivňuje výkon některých, popřípadě všech z těchto rolí. V sociální oblasti se znevýhodnění vyznačuje zhoršením situace jedince, která u něj způsobuje nesoběstačnost. Ta se může projevat i v oblasti fyzické, psychické a ekonomické. Příčinou nesoběstačnosti může být nízký nebo vysoký věk, porucha zdraví, nedostatek pracovních příležitostí nebo výrazná změna životních podmínek zaviněná živelní či společenskou pohromou. Je to situace, kdy člověku ubývá životní síla a přestává stačit nárokům prostředí, ve kterém žije. Spolehlivě ji lze stanovit na základě bilance funkčního potenciálu člověka a sociálně ekonomických podmínek, ve kterých žije (Gulová, 2011).

Funkční potenciál je souhrn všech fyzických a psychických schopností člověka, které jsou důležité pro jeho bytí. Stanovuje ho lékař na základě vyšetření jednotlivých

tělesných systémů. Cílem je získat přehled o tom, do jaké míry je zachovaná schopnost člověka existovat ve svém prostředí, např. je-li schopen posazování, koupání apod. Diagnostika těchto možností umožňuje zdravotnickým a sociálním pracovníkům první informaci o přítomnosti nějaké zdravotní poruchy, která si vyžaduje další lékařské vyšetření. Možno říct, že napomáhá záchytu osob, které potřebují pomoc a vyřazení těch, pro které není nutná (Arnoldová, 2011).

Sociálně ekonomické podmínky jsou nároky prostředí, ve kterém člověk žije. Jelikož je sociální prostředí vytvořeno člověkem, je jím i ovlivnitelné. Zahrnuje prostředí pracovní a životní, které je pro existenci jedince velmi důležité. Odrazem životního prostředí člověka je tzv. socioekonomický status. Ten je tvořen materiální stránkou prostředí, interpersonálními vztahy, kulturou a životním stylem. Nemoc výrazně negativně ovlivňuje socioekonomický stav, např. snížením příjmu, změnou v interpersonálních vztazích. Stanovení sociálně ekonomických podmínek je časově i odborně náročné, proto jejich diagnostika přísluší pouze sociálním pracovníkům (Duková a Duka, 2013).

Zhodnocení komplexní situace člověka a návrh na konkrétní kroky v rámci sociální péče je týmovou prací jak lékaře, tak i sociálního pracovníka. Rozbor funkčního potenciálu a socioekonomického statusu umožní určit, zda je člověk soběstačný, jestli mu hrozí riziko nesoběstačnosti anebo je nesoběstačný. Nesoběstačnost popřípadě její riziko vzniku je směrodatným kritériem pro poskytnutí společenské pomoci různé povahy a různého stupně (Arnoldová, 2011).

Soběstačnost člověka znamená jeho schopnost uspokojovat základní životní potřeby. Základní životní potřeby jsou pro život člověka nezastupitelné, nelze je ničím nahradit. Jednotlivé vědní disciplíny dělí potřeby různě, avšak pro určení soběstačnosti uvádí Arnoldová (2011) následovné dělení:

- A. Potřeby základní, vitální, které jsou nezbytné k udržení života každého člověka:
- potřeby metabolické: vzduch, voda, potrava,
 - potřeby zajišťující ochranu těla před nepříznivými vlivy: příbytek, ošacení, hygienická péče, zdravotní péče, dostupnost lidské pomoci, informace, které jsou nutné

k základní orientaci ve společnosti a možnost vhodné činnosti ve fyzické a psychické sféře.

B. Potřeby vyšší kategorie, humánní, pomocí kterých může člověk prožít důstojný a spokojený život:

- kultura,
- rekreace,
- kladné mezilidské vztahy,
- sociálně právní ochrana.

3.3.2 Dávky sociální pomoci vhodné pro hemodialyzovaného pacienta

Dávky sociální pomoci dělíme několika způsoby. Pro potřeby této diplomové práce uvádíme dělení podle právní úpravy na dávky v hmotné nouzi, dávky pro osoby se zdravotním postižením a příspěvek na péči. Podrobněji se budeme zabírat pouze dávkami pro osoby se zdravotním postižením a příspěvkem na péči. Poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Tyto dávky jsou určeny ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování. Zákon také stanovuje podmínky pro vydání průkazu osobám se zdravotním postižením. Pacientům na hemodialýze se mohou poskytnout dva druhy dávky, a to příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

Příspěvek na mobilitu je opakující se dávka, která je poskytována osobám starším než jeden rok, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace. Výše příspěvku na mobilitu činí 400 Kč měsíčně, maximálně 4800 Kč za rok (Černá, 2011).

Příspěvek na zvláštní pomůcku je dávka, která je určena osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým, zrakovým nebo mentálním postižením. Dávka je zaměřena na pomoc k získání pomůcek, které umožňují sebeobsluhu, slouží k získávání informací nebo ke styku s okolím, k zakoupení a úpravy motorového vozidla nebo úpravy bytu. Soupis pomůcek nalezneme v příloze č. 1 ve

vyhláše č. 388/2011 Sb. Když je zvláštní pomůcka plně nebo částečně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, nebo ji zdravotní pojišťovna může zapůjčit, nelze na ni dávku poskytnout. Stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku se odvíjí od její ceny a od příjmu žadatele a osob s ním společně posuzovaných. Když je cena vyšší než 24 000 Kč, příjem a majetkové poměry se neposuzují. Výše dávky na zvláštní pomůcku je maximálně 350 000 Kč, v případě schodišťové plošiny je to 400 000 Kč. Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč nebo 850 000 Kč, jestliže byl v této době poskytnut příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny (Černá, 2011).

Průkaz osoby se zdravotním postižením se vydává osobám, kterým byl přiznán příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku nebo příspěvek na péči. Jedinec, který je držitelem průkazu osoby s těžkým zdravotním postižením (TP) má tyto mimořádné výhody:

- nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích,
- nárok na přednost při osobním projednávání záležitostí, které vyžadují delší jednání.

Držitel průkazu osoby se zvláště těžkým zdravotním postižením (ZTP) má:

- výhody uvedené u průkazu TP,
- nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy,
- slevu 75 % z jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě,
- nárok na slevu 50 % vstupného na divadelní a filmová představení nebo jiné kulturní akce.

Majitel průkazu osoby se zvláště těžkým postižením s potřebou průvodce (ZTP/P) má:

- výhody uvedené u průkazu TP a ZTP,
- nárok na bezplatnou dopravu veřejnými hromadnými prostředky,
- u nevidomých lidí nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa,
- slevu z poloviny vstupného na různé kulturní nebo sportovní akce, sleva se poskytuje i průvodci této osoby (Vyhláška 388/2011 Sb.).

Pacienti léčeni hemodialýzou mohou být držiteli všech typů průkazu, podle druhu přidružených onemocnění.

Příspěvek na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytuje se osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Zákon stanovuje čtyři stupně závislosti; první stupeň, lehká závislost, výše příspěvku 2000 Kč; druhý stupeň, středně těžká závislost, výška příspěvku 4000 Kč, třetí stupeň, těžká závislost, výše příspěvku 8000 Kč a stupeň čtvrtý, úplná závislost, výše dávky 12000 Kč. Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládnout tyto úkony: příprava stravy; podávání a porcování stravy; přijímání stravy a dodržování pitného režimu; mytí těla; koupání nebo sprchování; péče o ústa, vlasy, nehty, holení; výkon fyziologické potřeby včetně hygieny; vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh; sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě; stání, schopnost vydržet stát; přemisťování předmětů denní potřeby; chůze po rovině; chůze po schodech nahoru a dolů; výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení; oblékání, svlékání, obouvání, zouvání a orientace.

Nárok pro vznik dávky sociální péče, popř. na dávku státní sociální podpory apod., objektivně hodnotí lékař lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení na základě vyšetření zdravotního stavu žadatele, příslušným zdravotnickým zařízením. Objektivně klasifikuje vliv nemoci, úrazu či postižení na celkový stav posuzované osoby. Na základě jeho posudku je rozhodováno o nároku na jednotlivé dávky a služby sociálního zabezpečení (Zvoníková et al., 2010).

3.3.3 Invalidita a hemodialyzovaný pacient

Invaliditu můžeme definovat jako ztrátu či snížení pracovní schopnosti. Obvykle vzniká následkem vážného onemocnění nebo úrazu. Základní příčinou invalidity je vždy zdravotní postižení, které má charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který trvá déle než jeden rok. Nepříznivost se projevuje snížením až ztrátou fyzických, psychických nebo smyslových schopností, potřebných pro pracovní výkon.

Sociálním důsledkem poklesu či ztráty pracovní schopnosti je snížení příjmu oproti době před vznikem invalidity (Zvoníková et al., 2010).

Po nástupu na dialýzu až 2/3 pacientů přestává chodit do zaměstnání, někdy změni jen profesi. Těm, kteří jsou v produktivním věku, se doporučuje zaměstnání v suchém a teplém prostředí, s menší fyzickou aktivitou. Rozhodnutí o pracovní neschopnosti přísluší Lékařské posudkové službě, ale je velmi ovlivněno i vyjádřením příslušného nefrologa (Lachmanová, 2008).

Na dialyzačním středisku, kde pracuji, je pouze jeden pacient, který chodí do práce. Zbytek pracovních pacientů, po zařazení do chronického dialyzačního programu, začalo pobírat invalidní důchod.

Základním právním předpisem, který upravuje jednotlivé nároky na důchody, je zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Od doby, kdy vstoupil v platnost, prošel již mnohými změnami. Jednou z nich je vznik zákona č. 306/2008 Sb., který vstoupil v platnost 1. 1. 2010 a došlo v něm k novému vymezení invalidity. Zrušilo se rozdělení na plnou a částečnou invaliditu a byl zaveden jeden invalidní důchod, rozdělen na tři stupně. Tento zákon v § 39 stanovuje že:

„ (1) Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

(2) Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,

b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,

c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

(3) Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se pak rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

- (4) Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěnce doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu,
- a) zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost,
 - b) zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav,
 - c) zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován,
 - d) schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával,
 - e) schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 %,
 - f) v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.“

V kontextu s invaliditou dialyzovaných pacientů je potřebné zmínit vyhlášku 359/2009 Sb., která předepisuje pokles pracovní schopnosti v procentech, určuje náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity.

3.3.4 Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze

Všechny možnosti pomoci pro hemodialyzované pacienty, vyplývající ze sociálního systému, má v kompetenci vyřizovat sociální pracovník. Předpoklad pro výkon povolání sociálního pracovníka stanovuje zákon č. 108/2006 Sb. Dle tohoto zákona sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, rodinám a komunitám vytvářet vhodné společenské podmínky pro jejich uplatnění. Klienti sociálních pracovníků nejsou jen lidi bez domova, drogově závislí, ale i týrané ženy, nezaměstnaní nebo uprchlíci hledající azyl (Arnoldová, 2011). Zaobírá se vždy celkovou situací člověka, bere ohled nejen na sociální aspekt života, ale i psychický, duchovní nebo biologický. Tento celistvý přístup mu umožňuje stanovit správně a co nejrychleji sociální diagnózu a na jejím základě provádět sociální terapii (Callahan, 2011). Činnost sociálních pracovníků se uplatňuje nejen ve zdravotnictví a v sociální oblasti, ale i v resortech vnitra, spravedlnosti a zaměstnanosti (Arnoldová, 2011).

Okruhy činností sociálního pracovníka dle Kuzníkové (2011) jsou následující:

- sociálně-právní činnosti, které souvisí s poskytováním peněžité a věcné podpory a pomoci v systému sociálního zabezpečení,
- sociálně-právní poradenství – orientace v sociální legislativě,
- sociální diagnostika-vyhledávání a rozpoznání sociálních problémů,
- sociální prevence a ochrana-vytváření podmínek, které brání vzniku sociálního problému,
- sociální intervence-činnosti zaměřené na obnovu a zlepšení psychosociálního fungování jednotlivců, rodin, skupin a komunit,
- sociální koncepce-plánování a realizace sociálních programů,
- supervize-podpora studentů na profesionální úrovni,
- sociální management-vedení a řízení sociálních organizací,
- sociální výzkum-hodnocení účinnosti a dopadu sociálních služeb,
- vědecká činnost.

Sociální pracovník je způsobilý diagnostikovat situaci klienta, skupiny nebo komunity a poradit, na jaké odborníky je potřeba se obrátit. Řídí se etickým kodexem, rozvíjí a zlepšuje sociální politiku, vykonává svou profesi na různých úrovních sociální péče. Jeho konání zahrnuje působení v rámci sociálně-správní činnosti i vysoce specializovanou práci, která je spojená s terapií a tréninkem, výzkumem, nebo jeho vzděláváním. Důraz na kvalitu poskytovaných sociálních služeb klade vyšší požadavky na vzdělávání sociálních pracovníků (Kutnohorská et. al, 2011).

U každého sociálního pracovníka se předpokládá znalost různých oborů a schopnost diagnostikovat a řešit problémovou situaci klienta. Požadavky na jeho kvalifikaci jsou zakotveny ve výše uvedeném zákoně č. 108/2006 Sb., § 110, ods. 4 a zní následovně:

„Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je:

- a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40.) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně-právní činnost, charitní a sociální činnost,
- b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální

pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu,

c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),

d) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání.“

V USA jsou sociální pracovníci vysoce kvalifikovaní jednotlivci a vyžaduje se, aby každé dialyzační zařízení zaměstnávalo sociálního pracovníka s magisterským titulem (Avery, 2010). Výzkum publikovaný Mary Beth Callahan (2011) ukázal, že sociální pracovníci s bakalářským vzděláním nejsou dostatečně připraveni, aby mohli poskytovat nezávislou specifickou péči na rozdíl od sociálních pracovníků s magisterským titulem, kteří jsou dostatečně vyškoleni ke kvalifikovaným zásahům v sociální oblasti.

Sociální pracovník se ve své praxi často setkává se sociálně vyloučenými lidmi, bez motivace ke změně ve své náročné situaci, proto by měl mít širokou škálu dovedností a mít předpoklad pro práci s klientem. Velký význam má profesionalita, empatie, důvěryhodnost, schopnost naslouchat a samostatně rozhodovat, vysoká motivace, odmítání stereotypů a zájem o další odbornost (Gulová, 2011). Jeho práci můžeme rozdělit do pěti základních etap. V první fázi, která se nazývá sociální evidence, je důležitý první kontakt s klientem. Existují tři druhy sociální evidence; reálná, svědecká a podle okolností. V dalším kroku pracovník vytváří kompletní sociální diagnózu pomocí rozhovoru, pozorování, posudků a zpráv od odborníků. Poté zpracovává a navrhuje plán pomoci a hodnotí výsledky své činnosti jak z pohledu klienta, tak i z pohledu společnosti (Gulová, 2011).

Kuzniková (2011) píše, že sociální pracovník by měl každého klienta vnímat individuálně, v jedinečnosti jeho situace. Měl by mu dát prostor k vyjádření svých pocitů, umožnit náhled na jeho případ, vytvořit mu prostor k reflexi. Alfa omegou

každého sociálního pracovníka je dostatek empatie, která mu umožní pochopit pocity klienta a řešit jeho problém efektivně a profesionálně. Akceptace bez předsudků je další vlastností, kterou by měl mít člověk vykonávající tuto práci. Je povinen zachovávat mlčenlivost o situaci každého svého klienta jak na veřejnosti, tak i v soukromí. Z výčtu všech těchto povinností a vlastností plyne, jak je práce sociálního pracovníka důležitá a náročná.

Každý vědní obor se řídí určitými etickými principy. Ne jinak je tomu i v sociální práci. Etika sociální práce je souborem kladných hodnot a norem, kde sociální pracovník vystupuje jako prostředník mezi klientem a společností a je vázán tyto normy dodržovat. Etika určitým způsobem reguluje chování a jednání lidí a upravuje vzájemné vztahy mezi nimi. Výsledná podoba etického kodexu, kterým se má řídit každý sociální pracovník, vznikla v roce 1992 a obsahuje těchto devět zásad; nezávislost, osvobození od represe a podřadných životních podmínek, protidiskriminační přístup, demokracii a lidská práva, spoluúčast klientů, ochranu integrity klientů, sebeurčení, odpor proti násilí a osobní zodpovědnost (Kutnohorská et al., 2011).

Obecně lze konstatovat, že zaměření sociálního pracovníka je široké, od administrativního, přes ekonomický charakter, až po sociálně-právní poradenství nebo činnosti zaměřené na podporu klienta v nepříznivé životní situaci. Pracovat v sociálních službách je namáhavá profese, ve které se pracovník každý den setkává s nelehkými životními osudy. Neustále stojí před situací, ve které musí zjišťovat, co klient potřebuje a rozhodnout se jakou formu pomoci mu nabídne. Zaměstnanci v sociálních službách musí mít nejen dostatek odborných znalostí, ale musí mít i lidský a vnímavý přístup k lidem. Podílejí se na rozhodování o změnách v životě lidí, a proto tato rozhodnutí musí být založená na jeho vysoké profesionalitě (Arnoldová, 2011).

3.4 Psychika člověka ve zdraví a nemoci

Zdraví považuje člověk za přirozený stav, kdy podle svých představ jedná a uspokojuje svoje potřeby (Paulínová a Neumannová, 2008). Představuje významnou životní hodnotu pro každého z nás. Zdravý člověk je schopen snést větší fyzickou zátěž a nepohodu, dokáže vydržet určitou dobu bez jídla, bez odpočinku a spánku. Nemusí se

omezovat v aktivitách, které mu přináší uspokojení a radost. Může cestovat bez nároku na pohodlí, podnikat náročné horské túry nebo se potápět, může jíst a pít, na co má chuť (Křivohlavý, 2009). Zdraví představuje u člověka jednu z nejvýznamnějších hodnot, která je uznávaná ve všech dobách a kulturách. Je předpokladem pro naši spokojenost a jako důležitý prostředek k dosažení cíle. Lidské zdraví je vymezeno třemi vzájemně rovnocennými složkami; tělesnou, psychickou a sociální (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Slovo nemoc definuje poruchu zdraví. Je to stav organismu, který vzniká působením vnějších a vnitřních faktorů, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Existuje mnoho dalších definic nemoci. Mandicová (2011) ji vysvětluje jako poruchu dynamické rovnováhy důsledkem působení vnějších nebo vnitřních faktorů. Nemoc je pro většinu lidí náročnou životní situací a vyžaduje určitou míru adaptace na nově vzniklou situaci. Klade na člověka zvýšené nároky v náhle změněných podmínkách a jejím vlivem může docházet k neuspokojování celé řady potřeb (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Dlouhodobá nemoc mění dosavadní způsob života člověka a často obrátí i základní hierarchii hodnot pacienta. Představuje pro něj změnu sociální situace a prostředí, ve kterém se odehrává jeho každodenní život (Mandincová, 2011).

Nemoc je stav, který svým průběhem nebo ve svých důsledcích snižuje kvalitu života. Onemocnění klade zvýšené nároky na adaptaci člověka, na jeho úsilí a motivaci. Nemocný člověk je postaven do situace, kdy musí překonávat problémy, kdy se musí vyrovnat se změnou zdravotního stavu a přijímat další potřebné diagnostické a terapeutické, ne vždy příjemné postupy. Pro člověka je jeho nemoc obvykle těžkým břemenem a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s představami zdravotníků, stejně jako členů rodiny. Pozitivně laděná psychická stránka pacienta během nemoci je důležitým faktorem, který má výrazně kladný vliv na průběh a léčbu onemocnění (Křivohlavý, 2002).

3.4.1 Psychologická péče a psychoterapie v obecné rovině

Jak se měnila jednotlivá období, tak se měnily i lidské představy o vzájemném vztahu fyzické a psychické stránky našeho organismu. Vzájemné vztahy mezi tělem a psychikou byly dlouhou dobu tématem úvah filozofů, fyziologů a psychologů (Mandincová, 2011). Již řecký lékař Hipokrates naznačil první teorii temperamentu. Myslel si, že čtyři tělesné tekutiny nejsou odpovědné jen za temperament člověka, ale i za to, jaké má nemoci. Tato představa přetrvávala až do 17. století, kdy byla nahrazena somaticky koncipovanou teorií. Objevení krevního oběhu anglickým lékařem Williamem Harveyem v roce 1628 obrátily zájem lékařů k tělesné stránce člověka. Pozornost se soustředila pouze na biologickou problematiku. Toto učení bylo „jedinou pravdou“ až do 20. století, kdy se začala psychologie vyvíjet jako samostatný vědní obor a podnítila změnu, která začala volat po širším, holistickém pojetí člověka a jeho zdraví. Výzkum psychosomatiky se zrodil v lékařské škole v Chicagu. Kvalitní základ psychosomatiky a jejího dalšího výzkumu postavili Helena Flanders Dunbar a Franz Alexander. Helena Flanders Dunbar žila v letech 1902-1959 a patřila mezi první lékaře, kteří se při léčbě pacienta zaměřovali na jeho psychosomatiku. Věřila, že většina psychosomatických příznaků je ovlivněna vrozenou tendencí, která má vliv na vegetativní systém pacienta. Franz Alexander, žijící v letech 1891-1961, říkal, že emocionální zážitek může potlačit nebo aktivovat funkci všech orgánů. Věřil, že zdravé orgány jsou schopny obnovit svoji funkci, jakmile emocionální impulz pomine. Domníval se, že když člověk blokuje projev emocí z jakéhokoliv důvodu, tak organismus zůstane v napjatém emocionálním stavu a vegetativní emoce budou narušeny (Asbjorn et al., 2010).

Psychologie jako samostatná vědní disciplína se začala rozvíjet ve druhé polovině 19. století, kdy v roce 1879 Wilhelm Wundt založil první psychologickou laboratoř na Lipské univerzitě v Německu. V průběhu vývoje psychologie dominují tři významné směry: behaviorismus, který se zaměřuje na chování a učení člověka; psychoanalýza, která je orientovaná na odhalování nevědomí duševního života jedince a humanistická psychologie, která se zabývá každodenní existencí člověka (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Jako odezva na biomedicínský model zdraví postupně vzniká

psychosomatická a behaviorální medicína a obor psychologie zdraví. Mají sice odlišná východiska, ale nelze je od sebe oddělovat. Psychosomatická medicína byla rozvinuta v první polovině minulého století a vycházela z předpokladu psychogenního původu nemoci. Na ni v 70. letech navazuje medicína behaviorální, která klade důraz na interdisciplinární způsob léčby. V tomto období se začíná vyvíjet psychologie zdraví, která se snaží o propojení znalostí z psychologie se zdravím. Dnes je již známo propojení psychiky se somatickou částí člověka ve zdraví i nemoci. V tomto spojení jde o holistický, celostní pohled na člověka, kde se biologické, psychologické a sociální faktory navzájem ovlivňují. V průběhu vývoje se biopsychosociální chápání zdraví a nemoci rozšířilo o sféru spirituální a ekologickou (Mandincová, 2011).

Psychoterapie patří mezi mladší vědní obor a její vznik je spojen s francouzským filozofem, psychologem a neuropsychiatrem P. M. Janetem a rodákem z Příboru na Moravě, neuropsychiatrem S. Freudem. Je fenoménem, který se začal vyvíjet jako samostatný vědní obor ve 20. století. Dříve nebyla potřeba psychoterapie tak velká, protože byla přesně stanovaná pravidla života a rámec toho, co se může a co ne. Každý člověk měl své místo a za normálních okolností se nedostával do dlouhotrvajících nejistot. Změny, které provázely jeho život, byly pozvolné, člověk jim rozuměl a stačil se měnícímu světu přizpůsobit. V minulém století se ale situace začala rychle měnit. Vlivem technologií, vědy a mocenského snažení člověka došlo k obrovským změnám ve všech oblastech života takovou rychlostí, že jim jedinec obtížně rozumí a často není schopen se jim přizpůsobit (Vymětal, 2010). První definoval psychoterapii jako léčbu psychologickými prostředky S. Freud, který je zakladatelem psychoanalýzy. Zabýval se nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy. Mezi další osobnosti, které měly vliv na vývoj psychoterapie, můžeme vzpomenout C. G. Junga, A. Adlera nebo B. F. Skinnera. V jejich počátcích ji využívali hlavně psychiatři, ale postupem času se psychoterapie stala interdisciplinárním oborem, který proniká do všech oborů, kde se pracuje s lidmi, jako je ošetřovatelství, poradenství nebo pedagogika (Vymětal, 2010). Najít přesnou definici, která by přesně vystihovala psychoterapii je obtížné. Jednotlivé vymezení je ovlivněno psychoterapeutickými školami a směry, které k definici tohoto oboru přistupovaly. Kalina (2013, s. 24) uvádí, že „Psychoterapie je

odborná a kvalifikovaná činnost, jejíž obsahem je léčení či ovlivňování duševního stavu a pomoc při dosahování změny potřebné k rozvoji potencionálu duševního zdraví“.

Vymětal (2010, s. 12) zase říká: „Psychoterapii považují za interdisciplinární a transdisciplinární obor vycházející z psychologie a pomáhající člověku prostřednictvím psychologických prostředků v dosahování normality“. Vymětal (2010, s. 13-15) ve své literatuře uvádí i definice dvou renomovaných psychologů Honzáka a Kratochvíla. Honzák vysvětluje, že „Psychoterapie je způsob léčení psychologickými prostředky. Je to mnohvrstvený proces, v němž oba (všichni) účastníci dávají i dostávají, hledají, nalézají a objevují. Terapeut je ten, který by neměl být zaskočen objevenými skutečnostmi“. Podle Kratochvíla je „Psychoterapie léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Nebo jinými slovy: Psychoterapie je záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a orgánových funkcí. Může být záležitostí podmíněnou jak psychogenně, tak somatogenně. K psychologickým prostředkům pak patří především slovo, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné“.

Kratochvíl (2012) uvádí dělení psychoterapie na direktivní a nedirektivní, symptomatickou a kauzální, podpůrnou a rekonstrukční. Direktivní psychoterapie působí na pacienta přímým usměrňováním jeho myšlení a chování. V nedirektivní psychoterapii zaujímá lékař neutrální postoj, pouze podněcuje pacienta ke slovnímu a emočnímu projevu a vytváří příznivou atmosféru. Symptomatická léčba se zaměřuje na chorobný příznak, kauzální se snaží odhalit a odstranit příčinu pacientových problémů. Podpůrná psychoterapie poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové jaká je. Snaží se zdůraznit její pozitivní rysy, směřuje pacienta k pozitivnímu myšlení a pomáhá mu při zvládnání současných problémů. Snahou rekonstrukční terapie je přestavba osobnosti hlubší analýzou zásahy do postoje a hodnotového systému.

Známe individuální a skupinovou formu psychoterapie. Individuální je nazývaná taky jako dyadická, protože se jí účastní pouze dva; terapeut a pacient. V praxi se využívá nejvíce. Skupinovou formu psychoterapie možno rozdělit na uměle a přirozeně

vytvořenou. Uměle vytvořená skupina je sestavená z pacientů, kteří se navzájem neznají, přirozenou vytvářejí lidi, kteří se dobře znají a žijí společně i mimo terapii. Obvykle se jedná o rodiny a partnery. Specifické postavení mají svépomocné skupiny, které vznikají spontánně z potřeb jejích členů, řídí se sami a fungují bez odborníků (Kratochvíl, 2012). Člověk tvoří ve své podstatě psychosomatickou jednotu, propojení mezi duševními a tělesnými procesy jsou těsné a vzájemně se ovlivňují. Psychologickými prostředky tedy ovlivňujeme i tělesnou stránku pacienta. Psychoterapie má své místo jak v prevenci, tak i v léčbě a rehabilitaci poruchy zdraví (Vymětal, 2010).

Psychoterapie je ve své podstatě působení na nemoc psychologickými prostředky s cílem harmonizovat narušenou rovnováhu organismu v oblasti tělesné, duševní nebo sociální. Jednotlivé složky osobnosti se vzájemně ovlivňují, jsou propojeny a porucha jedné se může projevit vznikem nerovnováhy druhé. Léčba neznamená vždy jen předepsat tabletu. Často jde na první pohled o bezvýznamné prostředky, např. blízkost blízkého člověka nebo slova povzbuzení, pohlazení, avšak tyto způsoby mají v ní nezastupitelné místo (Paulínová a Neumannová, 2008).

3.4.2 Psychologický a psychotherapeutický přístup zdravotníka

Nemoc zasahuje do všech našich oblastí života, ovlivňuje naši soběstačnost, zpomaluje dosažení cílů a vyvolává obavy z budoucnosti. Pomocí psychologických prostředků můžeme její prožívání a průběh pozitivně ovlivnit. Rozpoznat psychologické faktory a psychickou reakci pacienta na nemoc, přesně stanovit diagnózu a cíleně volit léčbu patří do kompetencí lékaře s psychologickou odborností (Křivohlavý, 2002).

Psychotherapeutická pomoc se očekává i od ošetřujícího personálu, a proto je velmi podstatné kontrolovat své chování. Nemocný člověk je ve zvýšené míře citlivý na projevy personálu, který ho ošetřuje. Vnímá gesta, mimiku, intonaci hlasu a samozřejmě se jeho vnitřní neklid projeví v negativních emocích a reakcích (Paulínová a Neumannová, 2008). U ošetřujícího personálu se předpokládá zvládnutí odborných výkonů na profesionální úrovni lidským, chápajícím způsobem. Psychoterapie je vlastně léčba celým prostředím. Na pacienta pozitivně působí atmosféra místnosti, čistota, ale

i způsob chování a jednání přítomných lidí. Velkou roli hraje vhodný režim dne, klid a podání potřebných informací co nejvhodnějším způsobem. Nezastupitelný význam má i kladný vztah sester k pacientovi, který pak cítí důvěru a upřímnou snahu mu pomoci (Paulínová a Neumannová, 2008; Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Psychologický přístup zdravotníků k pacientům můžeme považovat za soubor příznivě působících vlivů. Je tvořen celou řadou faktorů, jako je slušné jednání zdravotníků, respektování soukromí a intimity pacienta nebo příjemná úprava prostředí (Vymětal, 2010).

Pacient je léčící se nemocný člověk, který má určitý vztah s ošetřujícím personálem. Pochopení jeho problémů znamená chápat ho jako jednotu somatopsychických a psychosomatických vztahů. Existují dva základní modely vztahu pacient a zdravotník. Model paternalistický, kdy personál je dominantní, ve vztahu jednoznačně vede, určuje a od pacienta vyžaduje poslušnost a pasivitu. Personál se výhradně řídí tím, co je třeba udělat, onemocnění považuje za biologickou záležitost. Je také označován jako tradiční. Zdravotník si s pacientem nevytváří osobní vztah. V současnosti se upřednostňuje model partnerský, který respektuje biopsychosociální a spirituální přístup k člověku. Je založen na vzájemné spolupráci, spoluzodpovědnosti, zájmu o osobní život a rodinu pacienta. Ze strany ošetřujícího personálu je důležitá empatie, úcta, pozitivní a individuální přístup k pacientovi. Je charakterizován zájmem zdravotníka o subjektivitu pacienta. Vztah je více partnerský a výsledkem je spolupráce s pacientem a jeho rodinou (Mandincová, 2011; Vymětal, 2010).

Spolupráce pacienta se zdravotníkem záleží nejen na vzájemném vztahu, ale i na vzájemné komunikaci. Vhodné je, když se pacient aktivně zajímá se o svoji léčbu, dodržuje všechna doporučení a o všech svých problémech včas informuje ošetřující personál. Dobrá součinnost s pacientem funguje, když pacient zdravotnickému personálu důvěřuje a je s léčením spokojen. Když je to naopak, tak vzájemná spolupráce vázne a mezi pacientem a ošetřujícím personálem panuje napětí (Křivohlavý, 2002).

Pro pacienta i jeho příbuzné je nemoc nová, ne příliš příjemná situace. Pacient se jí snaží porozumět, vytváří si určité domněnky o svém zdravotním stavu. Důležitou roli má psychologická intervence u pacientů, kteří se se svým chronickým onemocněním

nemůžou vyrovnat (Mandincová, 2011). Když chceme navodit určité změny u pacienta pomocí psychologických prostředků, musíme ovlivňovat jeho stránku rozumovou, citovou a akční. Vliv na rozumovou stránku nazýváme racionálním přístupem, obracíme se v něm na rozum, inteligenci a soudnost pacienta a probíhá formou rozhovoru. Způsob racionálního přístupu je ovlivněn onemocněním, osobností a intelektem pacienta. Vždy je nutné volit prostředky, kterým pacient rozumí, protože jen tak může správně spolupracovat (Asbjorn et al., 2010). Určitou formu působení na racionální stránku pacienta používá většina zdravotnického personálu. S pacienty mluví o vzniku, průběhu a léčení nemoci, poskytují jim různé letáčky nebo brožury, které pomáhají pacientovi a jeho rodině se orientovat v jeho onemocnění. Ze všech zdravotníků mají v této oblasti největší možnosti sestry, které s pacientem tráví nejvíce času. Častý a těsný kontakt jim umožňuje sledovat změny u pacienta, vývoj jeho názorů a postojů k léčení a k nemoci (Křivohlavý, 2002).

K regulaci psychických a psychosomatických stavů se také využívají sugestivní metody. Sugescí můžeme pacienta ovlivnit tak, že přebere náš názor a změní názor svůj. To jak moc a jak snadno se dá na pacienta působit, záleží na autoritě toho, kdo sugestivně působí, na sugestibilitě pacienta, na jeho dřívější zkušenosti a na jeho aktuálním stavu. Na sugesci je založen i placebo efekt neboli nespecifický účinek léku, kdy objektivně neutrální látka v určitém případě zesiluje účinek léku a může dojít ke spuštění sebeuzdravujících procesů. Zjednodušeně lze říct, že jak bude lék působit, je ovlivněno tím, co od něj pacient očekává a jak mu věří. Znalosti o vlivu sugescie může sestra ve své práci široce využívat, např. sugestivní síla slova je využitelná na vyvolání žádoucího chování u pacienta s cílem podporovat cíle léčby (Křivohlavý, 2002).

Důležitým zdrojem poznání pacienta pro zdravotníka je jeho citová stránka. Hlavním psychologickým nástrojem vlivu na citovou stránku pacienta je jeho vztah k ošetřujícímu personálu, který se vytváří již od dětství (Kratochvíl, 2012). Psychoterapeutický přístup bere též ohled na osobnostní zvláštnosti pacienta a počítá s jeho prožitky jako s faktorem, který má vliv na průběh a léčbu nemoci. Hlavní důraz v psychoterapeutickém přístupu je kladen na porozumění a vychází z respektu k individualitě pacienta (Asbjorn et al., 2010). Dbát na individualitu pacienta znamená

vnímat i jeho odlišnosti, kterým vždy nemusíme porozumět. Je nezbytné ho tolerovat a respektovat se všemi jeho rozdílnostmi. Tento postoj umožní sestře zvolit ten nejlepší přístup k pacientovi, plně využít jeho schopnosti a možnosti při léčbě. Pro mnoho pacientů je pobyt v nemocnici stresující a mají z něj velké obavy. Po tomto zjištění by sestra měla pacientovi pomoci se zorientovat v nemocničním prostředí, seznámit ho, co hospitalizace obnáší, a informovat ho s pravidly oddělení. Objasnění všech těchto zvyklostí usnadní vzájemnou spolupráci v léčebném procesu. Psychoterapeutickým přístupem dává ošetřující personál pacientovi najevo svoji blízkost a porozumění, nabízí konkrétní pomoc a projevuje pacientovi úctu a respekt (Paulínová a Neumannová, 2008). Pro pacienta je důležité vědomí, že v boji proti nemoci není sám, proto je tak důležitá podpora a pomoc zdravotníků, kteří se snaží rozpoznat a snížit jeho strach, stud, beznaděj. Vyjádřením pomoci je také dodávání odvahy a aktivizace pacienta. Za podporu je možno také považovat pochvalu a ocenění pacientovy snahy a úsilí (Mandincová, 2011).

I v psychologii se setkáváme s pojmem rehabilitace. Z medicínského hlediska znamená proces doléčování, s cílem dosáhnout znovuoobnovení narušených funkcí. Psychoterapeutická stránka rehabilitace se zakládá na tom, že pacientovi a jeho rodině umožní přijmout a vyrovnat se s faktem následků poruchy zdraví. Zejména se zaměřuje na oblast sebepojetí, tedy na to, jak vnímá sám sebe a důležité oblasti svého života. Také věnuje pozornost změnám v rolích, např. v rodině, či zaměstnání, které sebou poruchy zdraví přináší. Důležité je upozornit, že v současnosti je psychologická rehabilitace opomíjená, ale její potřeba neustále vzrůstá. Tato potřeba je ovlivněna cílem současné medicíny, aby pacient dosáhl a udržel si co možná nejvyšší kvalitu života (Vymětal, 2010). Kvalita života je pojem, který je v odborném, ale i veřejném světě často rozebírán. Objektívni kvalita života je splnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života, subjektivní se týká emocionality a všeobecné spokojenosti se životem, jak se člověk hodnotí ze svého pohledu. Člověk považuje svůj život za kvalitní, jestli jsou jeho očekávání ve shodě s životní realitou. Kvalitní život z psychologického hlediska znamená, že jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoli mohou být prodělanou nebo probíhající nemocí omezeny

nebo sníženy (Kratochvíl, 2012). Je potřeba dbát, aby se pacient nedostal do psychické či sociální izolace a je důležité pacienta i jeho rodinné příslušníky povzbuzovat a snažit se navést jejich myšlenky pozitivním směrem (Paulínová a Neumannová, 2008). Psychoterapie by měla být používána hlavně psychoterapeutem-lékařem, který má dostatek teoretických a praktických znalostí a dovedností (Křivohlavý, 2002).

3.4.3 Psychologické potřeby hemodialyzovaného pacienta

Chronické onemocnění, pokud neohrožuje život, zpravidla poskytuje člověku čas, aby se na ně přiměřeně adaptoval. Pokud však není schopen přijmout existenci své choroby, můžeme se u něj setkat s neadekvátní reakcí, jako je např. bagatelizace nebo popření nemoci, kdy nemocný člověk snižuje závažnost svého onemocnění nebo ho odmítá, což způsobuje neochotu spolupracovat se zdravotníky a v nedodržování léčebného režimu (Mandincová, 2011). Též se můžeme setkat s disimulací, kdy pacient zastírá a zatajuje příznaky choroby. Opakem je nozofilní či hypochondrická reakce, kdy se člověk výrazně soustřeďuje na svoji nemoc, zvýšeně se pozoruje, kontroluje a dožaduje se dalších vyšetření, léčby nebo léků. U starších a osamocенých pacientů se můžeme setkat s agravací, kdy jim nemoc přináší určité výhody, např. je jim věnována větší pozornost, nemusí se starat o chod domácnosti (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Pacient při chronickém onemocnění, jako je např. nádorové či progredující onemocnění ledvin, je postaven do situace, kdy mu chybí perspektiva uzdravení a často i postupné zhoršování nemoci. Vyrovnat se s touto svízelnou situací je pro tyto lidi a jejich rodinné příslušníky tak obtížné, že potřebují odbornou psychologickou nebo psychiatrickou intervenci (Mandincová, 2011). Pacient potřebuje najít smysl života, učí se hledat životní styl, který by vyhovoval jeho současným podmínkám. Je potřeba mu pomáhat vytvořit konkrétní životní plán. Důležité je respektování identity a vyslechnutí jeho názoru. Potřeba identity znamená též neztratit lidskou důstojnost a získat co možná největší nezávislost, soběstačnost. Je vhodné mu pomáhat rozvíjet aktivity, které umožní dát jeho životu nový smysl (Křivohlavý, 2002). Nemoc obvykle přichází nevhod, ohlašuje se změnou tělesných a psychických pocitů. Chronické onemocnění

představuje životní zátěž, která má vliv i na psychiku pacienta. Může prožívat strach, úzkost, vztek, smutek až depresi. Jakákoliv nemoc ovlivňuje i celou jeho rodinu, např. změnou rolí, změnou životního stylu (Mandincová, 2011).

Psychologická věda má na dialyzované pacienty jiný pohled než věda lékařská. Život pacientů na dialýze je obrovskou zátěží. Úkolem ošetrovatelské a psychologické péče je pacientovi pomoci toto břímě zmenšit. Zájem o psychiku dialyzovaného pacienta je o něco málo mladší než historie vlastní dialýzy. Již v 70. letech se ukázalo, že rozvoj dialyzační léčby zvýšil počet pacientů léčených touto metodou, prodloužil se jejich život a souběžně narostl i počet emočních problémů. V následujících letech se psychologické bádání zaměřilo na zvládání dialyzačního stresu, deprese, agrese, na sexuální problémy, dopad léčby na rodinné vztahy, na pracovní uplatnění a rekreační vyžití dialyzovaných (Lachmanová, 2008). Obsáhlé studie se zaměřovaly i na kvalitu života těchto pacientů v porovnání se zdravou populací nebo s jinak chronickými pacienty. Za otce psychonefrologie je považován N. B. Levy, který spolu s dalšími psychology a psychiatry umožnil pohled a pochopení světu lidí léčených dialýzou (Znojová, 2000).

Terminální selhání ledvin je nevléčitelné, chronické onemocnění, kterého důsledkem je pacient zařazený do pravidelného dialyzačního programu. Pacienti na hemodialýze vedou nestandardní život závislý na přístroji, na ošetrujícím personálu, s množstvím restrikcí, doporučení, s vědomím, že bez umělé ledviny není jejich život možný. Velkou šanci u těchto pacientů představuje transplantace, ale její provedení není umožněno všem kvůli existujícím kontraindikacím. Všechny tyto faktory mají vliv na psychosociální oblast života dialyzovaných pacientů (Znojová, 2007).

Léčebná procedura dialýzou znamená pro každého pacienta velkou životní změnu. Ti, kteří jsou zařazeni do transplantačního programu, vědí, že je to na dobu omezenou, ostatní jsou srozuměni s tím, že do smrti. Po zařazení do dialyzačního programu pacienti procházejí několika fázemi. První je překvapení, když si pacient uvědomí, že jeho nemocná ledvina je nahrazena přístrojem. Po stavu euforie se začnou projevovat příznaky deprese. V tomto období sehrává důležitou roli jeho rodina a ošetrující personál. Poté následuje fáze rozčarování, kdy se umělá ledvina stává nenáviděným

předmětem, který ho omezuje časově a je příčinou jeho subjektivních potíží. Třetí, poslední a nejdelší etapou je dlouhodobá adaptace, kdy se pacient snaží ztotožnit se všemi omezeními, které mu tato léčba přináší. Všechny fáze se během života dialyzovaného pacienta mohou několikrát opakovat (Lachmanová, 2008).

Tak jak u jiného chronického onemocnění, tak i dialyzovaný pacient je vystaven stresu, který se může projevovat úbytkem energie, bolestmi svalů nebo pocitem vyprahlosti. Vznik stresu u těchto pacientů má mnoho důvodů, např. ztráta zaměstnání, dietní omezení, závislosti na druhých lidech nebo hrozba smrti (Wang a Chen, 2012). Znojová (2007) uvádí, že u dialyzovaných pacientů se setkáváme se třemi hlavními typy stresu. První plyne z vědomí, že život mu je prodlužován jen díky přístroji. Druhý stres se týká rodinného života, který je provázen nejistotou a strachem. Časová náročnost dialyzačních procedur a kolísání zdravotního stavu je překážkou v plánování a uskutečňování rodinného života. Třetí druh stresu vychází z vlastní podstaty chronické nemoci, která nedává šanci na uzdravení. Pacient žije s vědomím, že se jeho stav bude neustále zhoršovat, že budou přibývat komplikace, bude se zmenšovat fyzická síla a soběstačnost.

Výzkumy v této oblasti jednoznačně ukazují na to, že důležitost nezávislého života zaujímá u těchto lidí popřední místo v řebříčku jejich hodnot. Silným stresorem je i vlastní dialyzační procedura, např. strach z napichování nebo z komplikací při samotné léčbě. Hladina stresu je obvykle největší po zařazení pacienta na dialýzu, postupem času se jeho míra může zmenšovat nebo zvětšovat v závislosti na různých situacích, např. zlepšení zdravotního stavu po zahájení dialýzy má na pacienta pozitivní účinek, ale zvýšení procedur ze dvou na tři týdně má zase opačný vliv na jeho psychiku (Znojová, 2007).

Lachmanová (2008) uvádí, že pod největším psychickým tlakem z dialyzované populace jsou mladí muži ve věku okolo 30 až 40 let, od kterých se nejvíce očekává jak v pracovní, společenské, partnerské a sexuální oblasti. Muži od 50 až 60 let jsou konfliktní nejméně, jsou pokojnější a mírnější. Já mám ze své praxe však odlišnou zkušenost. Za 20 let mé práce na hemodialýze jsem se právě ve skupině mužů, ale i žen

od 50 do 60 let setkala s mnohem více konfliktními pacienty, než ve skupině mladších lidí.

Aby dialyzovaný pacient mohl zvládnout velkou psychickou zátěž, je organizmus vybaven nevědomými obrannými mechanizmy. Jde o vnitřní schopnost, která chrání tělo před nadměrnou úzkostí a pomáhá mu zachovat rovnováhu v sebepojetí. Existuje velké množství těchto mechanismů, ale u pacientů na dialýze se setkáme hlavně s vytěsněním, popřením a regresí (Znojová, 2007). Vytěsnění znamená, že pacient nahradí ve svém vědomí to, co je neslučitelné s jeho sebeobrazem. Zapomene, že je nemocen a dále se chová tak, jako by byl úplně „fit“. Druhou častou reakcí je popření, kdy pacient odmítá realitu, popírá projevy urémie a tvrdí, že sám nejlépe pozná, kdy bude dialýzu potřebovat. Regrese je třetím druhem reakce pacienta na dialýzu, kdy se u něj objevují nezralé až infantilní projevy. Pacient se chová jako dítě, kdy ho obklopovala péče rodičů, kteří plnili jeho přání, zajišťovali mu pohodlí a přebírali za něj všechnu odpovědnost. Tito pacienti mají výkyvy nálad, jsou často nespokojeni, snaží se na sebe strhávat pozornost a od personálu očekávají, že bude jejich řešit problémy (Pavlík, 2010).

Stres na dialýze má podobné charakteristiky jako stres u jiného chronického onemocnění, ale teprve způsob, jak se s ním pacient vyrovná, ukáže, zda je pacient na dialýzu adaptovaný špatně nebo dobře. Pacienti, kteří se na dialýzu adaptovali dobře, vědí a přijímají situaci takovou, jaká je, mají schopnost udržet si naději na smysluplný život, mají schopnost se na problémy dívat s nadhledem a umí hledat různé cesty a způsoby, kterými lze řešit ve svém životě problémy (Sousa, 2008). Opakované observační studie prokázaly, že dialyzovaní pacienti mají vyšší riziko sebevraždy než zdravá populace. V roce 2010 proběhl ve Spojených státech výzkum, který prokázal, že z 200 hemodialyzovaných pacientů jich 21,5 % mělo sebevražedné myšlenky, 3,5 % již někdy plánovalo pokus o sebevraždu a 3,5 % se pokusilo během svého života již o sebevraždu (Wang a Chen, 2012).

V 80. letech minulého století probíhal výzkum, jestli pacienti, kteří přežívali na dialýze více jak deset let, mají určitý charakteristický styl, jak se s dialýzou vyrovnat. Zjistilo se, že pozitivní vliv na „sžítí“ s dialýzou mají určité osobnostní charakteristiky,

individuální psychologické reakce a výborné sociální vztahy. Studie prokázaly, že podstatným faktorem, který přidává roky na dialýze je lhostejný vztah k spolupacientům. Chrání je před vědomím ohrožení života a vytváří ochrannou stěnu proti zklamání. Tito pacienti nemají nijak zvlášť družné vztahy s ostatními pacienty na dialýze, neprožívají s nimi jejich problémy, těžkosti a mimo nemocnici se snaží setkávat pouze se zdravými lidmi. Další vlastnost, která prodlužuje život na dialýze, je možno označit jako „nezdolnost“. Je to silná touha žít, víra v lepší budoucnost bez ohledu na negativní životní podmínky. Významným momentem jsou i sociální vztahy v rodině nebo v širším okolí. Vytváří určitý podpůrný systém, díky kterému pacient považuje svoji obtížnou situaci za přijatelnou. Tam, kde tento systém nefunguje, mají dialyzovaní pacienti více komplikací, jsou častěji hospitalizováni a celkové zhoršení jejich stavu vede k předčasnému úmrtí (Znojová, 2000).

K nejvíce frekventovanému pocitu u pacientů na dialýze patří úzkost. U některých má podobu psychické nepohody, u jiného se může somatizovat a projevit se jako bolest hlavy, nevolnost v žaludku apod. U někoho se můžeme setkat s úzkostí jen při napichování, u jiných se může projevovat celou dialýzu. Pokud dostatečně nefungují obranné mechanismy, může se úzkost prohloubit do deprese, nebo může vyústit až do agresivního chování (Sousa, 2008).

S depresí se v průběhu své léčby setkal již každý dialyzovaný pacient. Deprese mu neumožňuje prožívat radost ze života, způsobuje u něj pocit smutku, beznaděje, bezmoci a vede k sociální izolaci (Černá, 2007). Nerozeznaná a neléčená deprese negativně ovlivňuje veškerou snahu dialyzačního týmu, který sice pacientovi „zachraňuje“ život, ale nečiní ho snesitelným. Lehká forma deprese je zvládnutelná pomocí sociální podpory, např. projevem porozumění, povzbuzením či pochvalou, nebo psychoterapií, ale těžká deprese si již vyžaduje užívání psychoterapeutik (Znojová, 2007). Deprese se projevuje příznaky jako je např. nespavost, nechutenství a únava, které jsou však i somatickými komplikacemi dialýzy. Podrobná diagnostika těchto potíží vyžaduje nejen široké znalosti medicíny, ale je potřebný i dostatek času a porozumění pro problémy pacienta. Společně s vyšším věkem a malnutricí je deprese dalším faktorem, který má přímý vztah k vyšší úmrtnosti těchto pacientů. V současnosti

je deprese označovaná jako nejvíce se vyskytující psychologický problém pacientů na dialýze (Wang a Chen, 2012).

Agresivita je emoce, která patří k pudové výbavě člověka a obvykle se projevuje při překonávání problému. Život s dialýzou je u pacientů spojen se spoustou agresivních pocitů, ale společenské normy jim je nedovolí volně ventilovat. S agresivním chováním se můžeme setkat i na straně ošetřujícího personálu, které je většinou způsobeno neochotou a nespolehlivou spoluprací pacienta nebo jeho agresivním chováním. Důležité je, aby zdravotnický personál uměl čelit zlosti a hněvu ze strany pacienta a nezvyšoval ho vlastní zlobou (Znojová, 2012).

Opakované příchody pacienta na hemodialýzu jsou důvodem vzniku intenzivnějšího vztahu mezi ním a ošetřujícím personálem. Je si vědom, že tito lidé mu pomáhají přežít, ale na druhé straně od něj vyžadují spolupráci, dodržování dietních opatření a pravidelné dojíždění na dialýzu. A on může reagovat jako hodný pacient, který se chová podle daných pravidel, nebo jako pacient konfliktní, který se s touto situací odmítá smířit (Lachmanová, 2008). Nejvýznamnějším faktorem, který má vliv na vzájemný vztah pacienta a personálu, je spolupráce neboli compliance. Špatná spolupráce je častým problémem na dialýze a může se projevovat nedodržováním doporučených dietních opatření nebo neužíváním předepsaných léků. Důvody špatné spolupráce tkví ve třech oblastech; psychologické, sociodemografické a medicínské. Mezi psychologické příčiny lze zařadit sníženou frustrační toleranci, kdy hlavně mladí pacienti po něčem touží, chtějí to hned, a když to nemůžou dostat nebo dosáhnout, tak pociťují zlost (Znojová, 2012). Ošetřující personál je pro dialyzované pacienty další autoritou v jejich životě, proti které se vědomě či nevědomě bouří, odmítají dobře míněné rady a to je další psychologický faktor, který nepříznivě ovlivňuje vzájemnou spolupráci. Mezi sociodemografické důvody nespolupráce řadíme hlavně nedostatek sociální podpory, která se vyskytuje u samotně žijících pacientů. Chybí jim povzbuzení a podpora od blízkých a přátel. Medicínské důvody vyplývají z vlastního postižení ledvin (Znojová, 2007). Základem dobré spolupráce je hlavně dostatečná informovanost pacienta o povaze léčení a o tom, co by měl on sám dělat. Spolupracující pacient je obvykle spokojený se svým životem, má touhu žít a rozumí tomu, že když chce žít,

musí se ve svém životě řídit určitými doporučeními a pravidly. Má pocit zodpovědnosti za svůj život a ví, že svým chováním může ovlivnit svoje zdraví, respektive svoji nemoc. Nepochybný vliv na spolupráci pacienta má i atmosféra v dialyzačním týmu. Preferuje se spíše tolerantní a chápající chování než represivní a odsuzující postoj (Znojová, 2000). Pro členy ošetřujícího týmu je velmi obtížné pečovat o pacienta, který nerespektuje jejich doporučení, a proto se někdy staví do rodičovské pozice a snaží se vést „boj“ s neposlušným pacientem. Tento vzájemný souboj může způsobit až takovou míru nespokojenosti ze strany pacienta, že raději zemře, než by se měl podvolit a vzdal se práva svobodného rozhodování o svém životě. Klíčovým bodem dobré spolupráce je i zapojení členů rodiny, kteří by měli znát dietní a režimová opatření, které musí dialyzovaný člen jejich rodiny dodržovat (Lachmanová, 2008).

Kvalita psychické stránky života pacienta na dialýze je ovlivněná i svobodnou volbou dialyzační metody. Studie ukázaly, že když má pacient možnost spolurozhodnout o volbě léčebné metody, lépe spolupracuje a snadněji přijímá problémy (Znojová, 2000). Léčba způsobí i změnu v mezilidských vztazích, které si pacient vytvořil v životě před dialýzou. V rodině většinou tento pacient dostává status nemocného, který je závislý na členech své rodiny. Pacient může reagovat pasivně a žádá pomoc od všech v rodině, nebo reaguje agresivitou vůči lidem ve svém okolí, což se může projevit např. nedodržováním dietních doporučení (Znojová, 2012).

U pacientů v pracovním procesu dochází ke snížení v sociální oblasti, protože z důvodu menšího pracovního výkonu většinou práci ztrácejí. To je důvodem snížení ekonomické situace, ale i ztráty mezilidských vztahů. Nejstarší pacienti, kteří mají nejhorší prognózu a větší morbiditu, svými otázkami o smyslu prodloužení života kladou velké požadavky zejména na psychiku ošetřujícího personálu (Lachmanová, 2008). Já se ale ve své práci setkávám i se seniory, kteří považují „chození“ na dialýzu za jakousi společenskou událost, kde mají možnost se setkat s jinými lidmi.

Diskutabilní otázkou zůstává přerušování dialyzační léčby na vlastní žádost pacienta. V USA nebo Kanadě je přerušování dialyzační léčby třetí nejčastější příčinou úmrtí, u nás se o tomto tématu vedou diskuse v úzkých odborných kruzích (Tesař a Schüeck, 2006).

Myslím si, že každý pacient by měl být obeznámen s možností dialyzační léčbu odmítnout a také s následky, jaké může jeho volba mít.

Všechny psychosociální problémy by měl pacient řešit nejen s ošetřujícím personálem, ale i s psychologem, který by měl být součástí multidisciplinárního týmu. V USA je psycholog vždy členem dialyzačního týmu, v České republice pouze ojediněle (Lachmanová, 2008).

3.4.4 Psychoterapeut jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze

Odborníkem, který pomáhá pacientovi zvládnout obtížnou situaci, je psychoterapeut se svou lidskou účastí a dostupnými psychoterapeutickými metodami. Psychoterapeutická pomoc je využívána zejména v klinické praxi na různých odděleních, např. psychiatrické, onkologické nebo protialkoholické, ale i v péči ambulantní (Ptáček, 2011). Při poskytování psychoterapeutické pomoci by měly být uplatněny dvě základní zásady. První je zajištění podmínek k nerušenému rozhovoru, aby pacient získal pocit důvěry a vědění, že terapeut je tam jen pro něj. Druhým krokem je vlastní terapeutický rozhovor, kdy terapeut získává od pacienta informace a zjišťuje důvody vzniku jeho stavu. Zároveň tento rozhovor plní i terapeutickou funkci, skýtá pacientovi bezpečí, aby se oprostil od tíživých chvil a překonal kritickou situaci. Důležité je, aby se pacient začal co nejdříve aktivně zapojovat do léčby. A je vhodné, když jsou do léčby zapojeni i rodinní příslušníci. První terapeutický rozhovor by měl pacienta uklidnit, aby nabyl pocit, že není na všechno sám (Paulínová a Neumannová, 2008). Zvláštní postavení má i rozhovor pomáhající, který je charakterizován jako přátelský dialog dvou lidí s cílem pomoci pacientovi, též ho lze označit jako podpůrný. Může proběhnout již při prvním setkání s pacientem, když vidíme, že má potřebu si s někým pohovořit, kdy začneme klást otázky, které jsou neutrální a až poté zjišťujeme, co konkrétního se děje. Většinou však probíhá jako cílený rozhovor, kdy již máme o pacientovi nějaké informace a rozhovor jsme si mohli naplánovat (Křivohlavý, 2002).

Osobnost psychoterapeuta se promítá do psychoterapeutického procesu. Vztah pacienta a terapeuta patří mezi účinné faktory léčby. Práce psychoterapeuta je zatěžující a náročná kvůli okruhu osob, kterými se ve své praxi zabývá. Obvykle jsou to jedinci

s duševními a psychosomatickými obtížemi, kteří jsou ve svízelné situaci, a on je vystaven jejich neobvyklému způsobu chování (Vymětal, 2010).

Pro správný průběh léčby je důležité, aby pacient vnímal terapeuta jak člověka, který se mu snaží pomoci a jeví o něho osobní zájem. Je jedním z předpokladů, aby pacient lékaři důvěřoval a spolupracoval s ním. Mezi další vhodné vlastnosti, které by měl správný psychoterapeut mít, je akceptace, empatie a autenticita. Akceptace znamená základní postoj terapeuta, kdy je k pacientovi vstřícný, otevřený a přijímá ho bezvýhradně jako bytost, která si zaslouží úctu a respekt. Empatie se projevuje v tom, že je psychoterapeut schopen zachytit aktuální prožívání druhého člověka. Autenticita je rysem, z kterého vyplývá, že lékař je v každém okamžiku sám sebou a jeho projev a komunikace odpovídá momentálnímu prožívání a smýšlení. Žádoucí osobnostní kvality nejsou jen vrozenou záležitostí, ale dají se získat i psychoterapeutickým vzděláním, které představuje nelehkou a dlouhou cestu, během které si terapeut osvojuje potřebné dovednosti (Kalina, 2013).

EAP (2013) uvádí hlavní zásady etického jednání psychoterapeuta:

1. Terapeut má povinnost pacienta informovat o průběhu a očekávaných výsledcích terapie. Pacient musí s terapií souhlasit, nelze jej do léčby nutit.
2. Terapeut používá jen postupy a prostředky, které jsou ověřeny.
3. Při terapii je vhodné vstupovat do soukromí pacienta jen v nevyhnutelně nutné míře.
4. Terapeut by měl respektovat skutečné možnosti pacienta a jeho autonomii, nelze mu vnučovat vlastní názory a hodnoty.
5. Pro terapeuta je závazná mlčenlivost.
6. Terapeut by si měl uvědomovat své profesionální kompetence.
7. Je otevřen zpětné vazbě, která informuje o jeho pracovní kvalitě.

Psychologická péče by měla navazovat na kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči. Pacient psychicky stabilizovaný je celkově odolnější, protože se mobilizují jeho ozdravné procesy a posiluje se imunitní systém. Po absolvování psychoterapie by měl být klidnější, vyrovnanější. Může se pak aktivně zapojovat do procesu uzdravování. (Paulínová a Neumannová, 2008).

3.5 Rehabilitace v obecné rovině

V posledních dvaceti letech nastaly v celé české společnosti významné změny, které se odrazily i v životě lidí se zdravotním postižením. Celé společnost se začala o život těchto spoluobčanů mnohem více zajímat a jednotlivá postižení se stávají známější. Podstatné je ale to, že se zlepšily životní podmínky většiny lidí s jakýmkoliv postižením, ať v souvislosti se zaměstnáním nebo s veřejnou dopravou (Votava, 2003).

V současnosti se upřednostňuje používat pojem jedinec se znevýhodněním, ale kvůli stylistickému a estetickému efektu budeme v této diplomové práci terminologii pozměňovat.

Pojem rehabilitace se začal používat v USA v období první světové války, kdy bylo potřeba integrovat do důstojného a pokud možno aktivního života mladé muže, kteří se vraceli z bojů s vážnými zraněními. Již v roce 1918 existovala v Americe legislativa, která podtrhovala vážnost rehabilitace v této době, např. Soldiers Rehabilitation act (Trojan, 2005). V současnosti mají pojem rehabilitace v legislativě zakotveny již mnohé vyspělé země. V naší republice již za první světové války prováděl velice moderní rehabilitaci prof. MUDr. Jedlička u vojáků přicházejících z války, v ústavu určeném pro pohybově postižené děti. Slovo rehabilitace se však ještě nepoužíval, obvykle se mluvilo o léčbě mrzáků nebo zmrzačených (Jankovský, 2006). U nás se začal pojem rehabilitace používat až po druhé světové válce. V tomto období vzniká škola pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty, která byla v roce 1948 zrušena. V roce 1981 stanovuje WHO definici rehabilitace následovně: „Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik anebo přecvičení jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti. Obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následovný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého“ (Trojan, 2005, s. 196). Na organizaci rehabilitace se od začátku podíleli jak odborníci, tak i jedinci se zdravotním postižením. V roce 1922 vzniká nejvýznamnější organizace For the Welfare of Cripples. Později byla přejmenována na International Society for Rehabilitation of the Disabled a dále na Rehabilitation International. V bývalém Československu byla rehabilitace zastoupená Rehabilitační společností Lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, která

v dnešní době nese jméno Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny. Pojem rehabilitace v ČR není dosud v legislativě jednoznačně vymezena. Mnohdy je záměrně používán pojem ucelená rehabilitace, který v sobě zahrnuje rehabilitaci léčebnou, sociální, pracovní i pedagogickou (Jankovský, 2006).

V této části diplomové práce se budeme podrobněji zabírat pouze léčebnou rehabilitací.

Úkolem ucelené rehabilitace je záměrné a cílevědomé působení na jedince tak, aby se adaptoval na svůj nepříznivý stav, aby nabyl dovednosti, které mu umožní v maximální míře samostatný život, a aby získal pracovní dovednosti, které mu dovolí návrat a zapojení do pracovního procesu (Kolář, 2009). Ucelená rehabilitace by měla být poskytnuta včas, plynule a koordinovaně tak, aby se zamezilo vzniku zdravotního postižení, popř. aby se minimalizovaly jeho negativní důsledky (Jankovský, 2006). Rehabilitace začíná obvykle ve zdravotnickém zařízení, kde je rehabilitační problém definován. V některých větších nemocnicích pracují již fyzioterapeuti a ergoterapeuti, kteří se v akutní fázi účastní na polohování, pasivní aktivaci pohybových částí nebo na aferentaci neboli přenosu informace z periferie do centrálního nervového systému. Po překonání akutní fáze je obvykle pacient přeložen na lůžkové rehabilitační oddělení, kde je aktivován a rehabilitován v plném rozsahu týmem odborníků (Votava, 2003).

Rehabilitace může být vertikální, která vede k obnovení původního stavu organismu, a horizontální, která je dlouhodobá a řeší závažné a chronické stavy (Trojan, 2005). Pacient na rehabilitační pracoviště přichází již se stanovenou diagnózou. I přesto je povinností každého rehabilitačního pracovníka pacienta při přijetí vyšetřit, stanovit míru funkční poruchy a podle ní stanovit další léčebný postup (Votava, 2003). Mezi diagnostické prostředky léčebné rehabilitace patří antropometrie, svalový test, test soběstačnosti, zátěžová ergometrie, dynamometrie, polyelektromyografie, prostorová videografie, Moireé vyšetření a pedobarografie (Jankovský, 2006). Antropometrie měří rozsah pohybu v kloubech od základního postavení ve všech hlavních směrech pohybu. Svalový test je zaměřen na hodnocení úbytku svalové síly v šesti základních stupních, kde nula znamená žádný svalový stah a pětka označuje plnou sílu. Testy soběstačnosti hodnotí schopnost provádět denní činnosti, obvykle se používá Bartel test. Vyšetření, které stanovuje kapacitu kardiovaskulárního systému a jeho reakci na zátěž, se nazývá

zátěžová ergometrie. Nejvíce se používá tzv. bicyklová ergometrie, kde se vyšetřuje zatížením dolních končetin. Dynamometrie je vyšetření svalové síly, kdy se pomocí jednoduchých mechanických siloměrů zobrazuje nejčastěji síla stisku ruky. Polyelektromyografie zaznamenává svalovou aktivitu při pohybu. Užívá povrchové elektrody nalepené na kůži, které registrují aktivitu více svalů najednou. Prostorová videografie je vyšetření, při kterém je poloha tělesných částí snímána minimálně třemi kamerami. Následně počítač zrekonstruuje trajektorii, kterými tělesné části prošly a poté z nich sestaví pohyb celého těla. Moirée vyšetření je postup, který využívá projekce systému čar na postavu. Postava svojí plasticitou čáry deformuje a díky tomu se zvýrazní a zviditelní posturální asymetrie a patologie. Pedobarografie je zaměřena na vyšetření zatížení plosek nohou. Kromě výše uvedených vyšetřovacích postupů můžeme k diagnostice funkčního stavu pacienta použít přístrojovou techniku. Používají ji zejména lékaři a nemusí být dostupná na všech pracovištích (Votava, 2003).

Dle Koláře (2009) do léčebné rehabilitace patří následující způsoby léčby:

- a) Fyzikální terapie
- b) Léčebná tělesná výchova
- c) Ergoterapie
- d) Animoterapie
- e) Další specifické terapie
- f) Další možné postupy, které souvisí s léčebnými prostředky rehabilitace.

Fyzikální terapie využívá různých typů vnější energie na živý organismus. Za zakladatele je považován čínský lékař Koung-Fou, který žil a působil 4700 let před naším letopočtem Z roku 2837 před n.l. pochází nejstarší učebnice, ve které se kromě vodoléčby a masáží objevuje i termoterapie. V Evropě se fyzikální terapií zabíral Asklépios, Hippokrates a Galén (Zeman, 2013). Základním znakem fyzikální terapie je ovlivňování dostředivého nervového systému. Vyžitím této metody lze funkční poruchu odstranit dříve, než vznikne porucha strukturální. Cílem fyzikální terapie je zvyšovat a mobilizovat obranné síly organismu proti chorobnému procesu (Kolář, 2009). Účinek fyzikální terapie je přímý, kdy ovlivňuje fyzikální a biochemické pochody ve tkáních a způsobuje vznik hyperemie. Další účinky jsou analgetické, spasmolytické,

antiedematózní a odkladné, což znamená, že se pacientovi uleví až s odstupem času (Votava, 2003). Zeman (2013) uvádí dělení fyzikální terapie na mechanoterapii (masáže, ultrazvuk, techniky měkkých tkání), termoterapii (parafin, tepelné obklady, střídavé koupele, sauna), fototerapie (UV záření, biolampa, infračervené záření), elektroterapie (galvanoterapie, magnetoterapie), hydroterapie (lázně, sprchy, polevy), balneoterapie (komplexní lázeňská léčba), talasoterapie (využití mořské vody, klimatu, minerálních solí a bahen) a speleoterapie (využití jeskyní pro léčbu a regeneraci dýchání). Každý zásah fyzikálního stimulu má své omezení, které jsou ovlivněny aktuálním a i dlouhodobým zdravotním stavem pacienta (Votava, 2003). Mezi kontraindikace fyzikální terapie patří horečnatý stav; kachexie; pacient s kardiostimulátorem, omezení neplatí pro fototerapii a hydroterapii; kovový předmět v místě aplikace; gravidita v raném období, omezení neplatí pro aplikaci mimo oblast břicha a malé pánve; primární ložisko TBC; primární tumor; manifestní kardiální a respirační insuficience a porucha citlivosti v místě aplikace (Kolář, 2009).

Léčebná tělesná výchova je základní metodou fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Její hlavní metodou je tělesné cvičení (Haladová, 2007). Jejím cílem je zlepšit sílu, zvýšit rozsah pohybu, nácvik chůze a tím zmírnit nebo odstranit poruchu. Provádí se individuálně nebo ve skupině a důležitou roli hraje aktivita pacienta v průběhu léčebné tělesné výchovy (Votava, 2003). Léčebnou rehabilitaci lze dělit na vertikální a horizontální. Vertikální je postup, při kterém se funkční porucha zlepšuje na původní úroveň. Horizontální rehabilitace probíhá při trvalém postižení, kdy funkční poruchu lze upravit jen málo, ale trvalé zhoršení zdravotního stavu je kompenzováno nácvikem činností a změnou životních podmínek (Haladová, 2007). Při aplikaci léčebné tělesné výchovy rozlišujeme dva základní přístupy. Analytický přístup se využívá především po úrazech končetin nebo všude tam, kde je potřeba terapeuticky ovlivnit jednotlivé části. U syntetického přístupu jde o nácvik pohybových stereotypů, které se rozloží na jednotlivé části, vyjmou se chybné, které se opraví a zpětně se zařadí do stereotypu. Uplatňuje se zejména u centrální parézy nebo u amputace (Kolář, 2009).

Ergoterapie představuje jeden z dalších prostředků léčebné rehabilitace (Janovský, 2006). Můžeme ji definovat dvěma způsoby. První charakterizuje ergometrii jako

metodu, která využívá práci k rozvoji dovedností potřebných k provádění úkonů. Podle druhé definice napomáhá lidem získat a znovu nabýt funkční schopnosti v době, kdy je jejich emoční a psychická úroveň pod hranicí normy. Indikuje ji vždy lékař a jde o velice efektivní léčebnou činnost, která je určena osobám s různými formami zdravotního postižení. Každému pacientovi je vypracován individuální léčebný program, který respektuje jeho možnosti a zdravotní stav. Ergometrie rozvíjí pracovní schopnosti pacienta se speciálními potřebami tak, aby byl schopen se co nejlépe a co nejdříve začlenit do plnohodnotného života. Existuje forma generalizovaná, která věnuje pozornost nepostiženým částem těla a specifická, která usiluje o obnovení pohybů postižených částí těla (Krivošíková, 2011). Jankovský (2006) rozlišuje v ergoterapii čtyři oblasti, které se prolínají a doplňují. První je kondiční ergoterapie, která usiluje o psychickou rovnováhu pacienta a má v první řadě odpoutat jeho pozornost od nepříznivého vlivu onemocnění. Druhá oblast je ergoterapie cílená na postiženou část, kdy vykonávaná práce obsahuje pohyby, které jsou přesné a cílené. Je náročná na znalost pohybového aparátu. Cvičení se provádí většinou s nějakým nástrojem nebo jednoduchým zařízením. Třetí část tvoří ergometrie, která se zaměřuje na výchovu k soběstačnosti. Jedná se o snahu zvládnout běžné činnosti každodenního života. Poslední okruh je orientován na pracovní začlenění, kde se pomocí ergodiagnostiky sleduje pracovní zařazení pacienta. Využívá modelových činností a testů, které umožní posoudit pacientovy možnosti pro budoucí pracovní uplatnění.

Animoterapie je léčebná metoda prováděna pomocí zvířat. Velkého rozmachu v současnosti prožívá hipoterapie. Je to komplexní rehabilitační metoda, která vychází z neurofyziologického základu a k léčebným účelům využívá koně, působení nespécifických prvků jako je vliv tepla zvířete, taktilní podněty nebo podpůrné a obranné reakce a specifické faktory, které jsou podmíněny působením koně a jeho kroku. Canistoterapie je léčba také pomocí kontaktu se zvířetem, se psem. Tato metoda zlepšuje psychickou pohodu, komunikační dovednosti a pohybové schopnosti (Jankovský, 2006). Mezi další specifické terapie Kolář (2009) řadí arteterapii, muzikoterapii a psychoterapii. Arteterapie je léčebná metoda, která využívá výtvarné prostředky, např. malba, kresba, ale i výtvarné práce s jiným materiálem jako je dřevo,

hlína nebo kov. Muzikoterapie je léčba pomocí hudby. Pracuje s verbálními i neverbálními prostředky, využívá hudby, rytmu a nejrůznějších zvuků a tónů. Je prokázáno, že zpěv a dechové aktivity mají značný vliv na tělesné a psychické procesy. Hudba má nejen relaxační, ale i stimulační účinky. Psychoterapie využívá k léčbě psychologických prostředků. Toto téma jsme podrobněji rozebrali v předešlé části.

Zvláštní postavení v rehabilitaci má léčba pomocí chirurgických zákroků. Většina se provádí na šlachách, popřípadě na periferních motorických nervech. Nezastupitelný význam mají i kompenzační pomůcky, a to jak pro lokomoci, např. vozíky, chodítka, ortézy; tak i pro manipulaci, např. podavače, upravené přístroje. Významnou roli hraje tzv. manipulační léčba, která se s úspěchem používá při meziobratlové kloubní blokádě (Jankovský, 2006).

Mezi instituce, kde se léčebná rehabilitace provádí, patří rehabilitační kliniky, které jsou součástí fakultních klinik. Mají vlastní ambulantní péči i lůžkové oddělení. Zajišťují rehabilitaci i na jiných odděleních nemocnice. Dále to jsou rehabilitační ústavy, velká zdravotnická zařízení, ve kterých probíhá dlouhodobá rehabilitace. Mezi nejznámější v naší republice patří rehabilitační ústav v Kladrubech (Votava, 2003). Dlouhou tradici má u nás rehabilitace prováděna v lázeňských léčebnách. K léčbě využívá přírodní zdroje, např. léčebné vody, rašeliny nebo bahna. K nim se postupně přidávají prostředky rehabilitačního lékařství. Začátkem 90. let vznikají rehabilitační centra, která zajišťují návaznost léčebné rehabilitace na ostatní složky ucelené rehabilitace. Poskytují péči pacientům, kteří aktivně spolupracují, a pomocí diagnostických a léčebných výkonů usilují o začlenění do běžného života (Kolář, 2009). Rehabilitační lůžková oddělení jsou určena pro subakutní rehabilitaci, to znamená doléčování stavů po úrazech, operacích nebo akutních onemocněních. Existují i speciální rehabilitační oddělení pro pacienty se specifickým postižením, např. na spinální jednotky, které jsou určeny pro lidi s poraněním míchy, navazují spinální rehabilitační oddělení. Denní rehabilitační stacionář je určen pacientům k zajištění diagnostické, léčebné a rehabilitační péče, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti hospitalizace. Nejčastějším typem je ambulantní rehabilitační oddělení, kde jsou léčeni pacienti po úrazech, s bolestmi páteře nebo pohybového

ústrojí, ale i stavy po cévní mozkové příhodě. V posledních letech se můžeme setkat i s léčebnou rehabilitací v rámci nezdravotnických zařízení, které provádějí část ucelené rehabilitace, např. centrum Arpida v Českých Budějovicích (Votava, 2003; Kolář, 2009).

Mnoho nemocí a stavů po úrazech může mít rozličné následky a naopak, stejné následky mohou být způsobené odlišnými nemocemi, např. následky náhlé cévní příhody mozkové, mohou být závažné, nebo mohou způsobit jen poruchu hybnosti, která se bezesbýtku upraví (Kolář, 2009). Tento problém se v roce 1980 pokusila vyřešit WHO vydáním Mezinárodní kvalifikace poruch, disability a handicapů; příručky, která se vztahuje k následkům nemoci. Tato kategorizace byla již několikrát upravena a v roce 2001 vyšla její konečná verze, která byla přijata i v České republice. Změnil se i název na Mezinárodní kvalifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF ICF). MKF ICF hodnotí hlavně funkční schopnost, kterou má člověk při různých poruchách tělesných funkcí a struktur, jež se projeví sníženou aktivitou některých činností (Jankovský, 2006). Zcela vylučuje pojem handicap a doporučuje ho nepoužívat pro jeho nejasnost. Místo něj uvedl pojem omezená participace, která znamená snížení některé aktivity, která je pro dotyčnou osobu potřebná ve vztahu k faktorům prostředí, např. zaměstnání (Votava, 2003). Pro příklad, že člověk má sníženou aktivitu chůze pro poruchu dolních končetin. Pokud v noci leží, nemožnost chůze se funkčně projevuje málo. Když bude pracovat vsedě, nebude ho porucha dolních končetin také limitovat, ale pokud půjde např. o všeobecnou sestru, která pracuje ve třisměnném provozu, u které je chůze důležitou funkcí pro zapojení do aktivního života v zaměstnání, jde o restriktci participace. MKF ICF nehodnotí člověka, ale situace, ve kterých se nachází a které mohou být pro něj omezující. Klasifikace je dobrým základem pro moderní rehabilitaci, ustanovuje společný jazyk, který umožnil zlepšení komunikace mezi různými uživateli (Trojan, 2005).

V celé populaci se odhaduje asi 10 % osob s nějakým znevýhodněním. Hranice mezi jedincem s postižením a nepostižením je neostrá. Možno říct, že lidí s nějakým postižením mají taková funkční omezení, že to vytváří mimořádné požadavky na jejich

životní i pracovní podmínky. Z hlediska posudkového stanoviska je stupeň postižení vyjádřen např. přidělením invalidního důchodu (Votava, 2003).

3.5.1 Fyzioterapeut jako člen multidisciplinárního týmu na hemodialýze

Fyzioterapeut je nedílnou součástí a členem multidisciplinárního týmu na hemodialýze. Fyzioterapie je obor zaměřený na prevenci, diagnostiku a terapii poruch pohybového systému. Pomocí fyzioterapeutických prostředků cíleně ovlivňuje funkce i ostatních systémů. Fyzioterapeut se zabývá pohybovým ústrojím, používá speciální metody pro vyšetřování a léčbu, posuzuje a ovlivňuje poruchy pohybu (Kristková, 2011). Mnoho roků bylo oficiálním označením rehabilitační pracovník, za vhodný se považoval i název rehabilitační sestra. Až začátkem devadesátých let bylo i u nás přijato pojmenování fyzioterapeut. Již od 50. let minulého století mají fyzioterapeuti samostatné vzdělávání, jehož rozsah, obsah i dosažený titul se postupně měnil. Většina čtyřicetiletých fyzioterapeutů má dvouleté pomaturitní vzdělání, nebo čtyřleté s maturitou. K tomu si bylo možno dodělat atestaci z léčebné tělesné výchovy nebo ergoterapie. Již v 80. letech měli fyzioterapeuti možnost na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze získat vysokoškolské vzdělání (Votava, 2003). Dnes existuje tříletý obor na vyšších zdravotnických školách, kde je absolvent diplomovaný fyzioterapeut. Další tříleté, ale bakalářské vzdělávání je možné na fakultách vysokých škol, např. na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Na Karlově univerzitě v Praze nebo na Palackého univerzitě v Olomouci je pětileté magisterské studium, kde si další vzdělání mohou doplnit i jiní absolventi bakalářského studia z jiných fakult (Vondrášová, 2012). Fyzioterapeuti patří k nejpočetnější skupině pracovníků rehabilitačního lékařství. Pracují v ambulantních rehabilitačních odděleních, můžou být zaměstnáni v nemocnicích na lůžkových odděleních, v rehabilitačních centrech, v denních stacionářích, v lázních nebo v odborných léčebných ústavech. Mohou pracovat v domácím prostředí, v domovech pečovatelské služby, ale celkem běžná je i práce v soukromé praxi (Kristková, 2011).

Činnost fyzioterapeuta navazuje na práci rehabilitačního lékaře a stanovuje tzv. fyzioterapeutickou diagnózu, která vychází z vyšetření a zhodnocení celkového stavu

pacienta. Do fyzioterapeutické diagnostiky patří vyšetření pomocí smyslů (aspekce, palpace, auskultace), vyšetření s použitím pomůcek (goniometrie, délkové měřítko) a speciální standardizované testy, např. test pro zjištění spasticity (Votava, 2003).

Podle vyhlášky 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, fyzioterapeut bez odborného dohledu v souladu s doporučeným postupem lékaře může provádět vyšetření, která jsou potřebná pro stanovení dalšího postupu ve fyzioterapii, zejména zjišťování anamnézy, vyšetření postury, pohybového systému, vyšetření jednotlivých tělesných částí, vyšetření dechových funkcí pomocí manuálních postupů, měření, specifických testů a přístrojových diagnostických metod; provádět komplexní kineziologické vyšetření včetně diagnostiky funkčních poruch pohybového systému, diagnostiku bolestivých spasticit a dalších neurologických projevů; provádět analýzu běžných denních aktivit z hlediska fyzioterapie; provádět cílené ergonomické vyšetření vzhledem ke stavu pacientů, na základě fyzioterapeutické diagnózy stanovit individuální fyzioterapeutický krátkodobý a dlouhodobý plán se znalostí patofyziologie onemocnění, vady nebo poruchy; aplikovat podle aktuálního stavu pacientů fyzioterapeutické a kinezioterapeutické metody, prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických metod cíleně ovlivňovat funkce ostatních systémů, včetně psychických funkcí; doporučovat kompenzační pomůcky dle stavu pacientů; aplikovat metody fyzikální terapie a balneologické procedury; hodnotit výsledný efekt fyzioterapeutické péče. Dále může fyzioterapeut bez odborného dohledu a bez indikace provádět prevenci, edukaci a poradenství s cílem udržet nebo obnovit pohybové funkce; školit zdravotnické pracovníky způsobilé poskytovat ošetrovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství, především v prevenci imobilizačního syndromu; doporučovat ergonomické úpravy bydliště a pracoviště pacientů v rámci prevence poruch pohybového systému; seznamovat pacienty s možnostmi sociální péče a v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při sociální rehabilitaci osob se zdravotním postižením; přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

3.5.2 Cvičení a hemodialyzovaný pacient

Pohybová rehabilitace byla jako součást léčby dialyzovaných pacientů poprvé představena v USA v roce 1996 jako program 5E; education, encouragement, exercise, employment a evaluation. Education v češtině znamená vzdělání. Dialyzovaní pacienti mohou být velmi užiteční pro celou společnost, a aby se tento potenciál dal využít, měli by být dostatečně informovaní jak toho dosáhnout. Encouragement neboli motivace je základem ke každé změně. Ochota pacienta změnit svoje zaběhnuté zvyky je odrazem postojů všech členů multidisciplinárního týmu, který mu poskytuje podporu a péči. Exercise je po česky cvičení. Je jednou z možností, jak může pacient na dialýze pozitivně ovlivnit svoji kvalitu života. Employment nebo také zaměstnání. Je důležité umožnit pracovat všem pacientům, kteří ještě pracovat můžou. Evaluation znamená hodnocení, zpětnou vazbu, pomocí které můžeme sledovat výsledky rehabilitace. Úspěch rehabilitace je měřitelný při vhodně zvolených kritériích. Tato kritéria zahrnují sledování tělesné funkční kapacity, ale i psychosociální adaptaci, zaměstnanost a kvalitu života (Svoboda a Mahrová, 2009).

Pro většinu lidí je obtížné měnit staré zvyky, a proto se snaží často svůj styl života úporně obhajovat. Pacienti na dialýze mají velké obavy, že se jim vlivem cvičení zhorší zdravotní stav a jejich okolí je v tom i někdy podporuje. Pro překonání počátečního období je potřeba zavádět cvičení postupně, pomalu zvyšovat intenzitu i dobu zátěže a dodržovat pravidelnost. Doporučuje se, aby cílem bylo aerobní cvičení, které trvá více než třicet minut, nejméně 4krát týdně. Je důležité změnit i pohled na aktivitu mimo dobu cvičení. Během dne by se pacient měl více pohybovat, pravidelně chodit na procházky nebo jezdit na kole. Může provozovat téměř všechny kolektivní sporty kromě volejbalu, při kterém hrozí poškození fistule (Svoboda, 2000).

Při aerobním cvičení se pacientovi doporučuje, aby si cvičení rozdělil na tři fáze. V první si rozcvičí všechny svalové skupiny a poté následuje vlastní trénink, který zpočátku trvá krátce, okolo 15 až 20 minut. Dobu druhé fáze je žádoucí postupně prodlužovat, ale ne do nadměrného vyčerpání. V poslední etapě cvičení pohyb zvolní a pomalu se vydýchá a začne se protahovat. Mezi aerobní aktivity, které jsou pro dialyzovaného pacienta doporučovány, patří rychlá chůze, jízda na kole nebo běh na

lyžích. Běh se doporučuje jen na měkkém terénu a v dobré běžecké obuvi, aby se předešlo poškození kloubních chrupavek, páteře nebo některých dalších částí pohybového aparátu (Svoboda a Mahrová, 2009).

Posilování svalových partií je vhodné s použitím závaží malé hmotnosti a samotnému cvičení musí opět předcházet rozcvička. Rizikovní pacienti by si měli vybrat soubor cviků až po domluvě se svým ošetřujícím lékařem a fyzioterapeutem. Některá cvičení je možno používat i během dialyzačního sezení, např. mačkání gumového míčku nebo volnou rukou zvedání malé činky (Svoboda, 2000). Hlavním cílem rehabilitačního programu pro pacienty na dialýze je zlepšení kvality života a prevence komplikací. Cvičení pozitivně ovlivňuje fyzickou výkonnost, pomáhá uchovávat duševní svěžest, umožňuje zachovat respektive rozšířit psychickou výkonnost a odolnost a tím vytvořit co nejlepší podmínky pro adaptaci v rodině i ve společnosti (Yurdalan, 2013). Výkonnost dialyzovaných pacientů je oproti zdravé populaci snížena až o 60 %. Vlivem tréninku může být jejich tělesná výkonnost zvýšena až o 25 až 35 % (Svoboda, 2000). Pacienti léčení hemodialýzou mají vysoké procento kardiovaskulárních komplikací, např. ischemická choroba srdeční nebo náhlá mozková příhoda, které jsou i nejčastější příčinou jejich smrti. Často mají tito pacienti cukrovku, různé formy postižení kostí a kloubů, vyskytují se u nich i poruchy látkové proměny tuků, mají sníženou obranyschopnost a vyšší výskyt psychických poruch. Nejen správnou léčbou, ale i vhodným pohybovým režimem, lze riziko vzniku těchto komplikací snížit (Mahrová et al., 2009a). Zdravotní užitek z kondičního cvičení má dialyzovaný pacient tím, že se mu zvýší míra soběstačnosti a sebedůvěry. To se projeví zlepšením zdraví i výkonnosti. Jakýkoliv postup, který sníží riziko vzniku komplikací a zároveň zvyšuje rozsah soběstačnosti, je žádoucí z hlediska pacienta i celé společnosti (Svoboda, 2000).

Svoboda (2009) uvádí několik důvodů, proč má dialyzovaný pacient trénovat, aby si vylepšil zdraví a kondici:

- snížení rizika předčasného vzniku aterosklerózy,
- zlepšení srdeční činnosti a dýchání,
- zlepšení tolerance cukrů,

- stabilizace krevního tlaku a méně léku k jeho korekci,
- zlepšení krevního obrazu,
- předcházení postižení kostí,
- zlepšení funkce kloubů a páteře,
- zvýšení svalové síly a výkonu,
- snížení nadměrných tukových zásob,
- zvýšení obranyschopnosti,
- zlepšení psychiky,
- zvýšení sebedůvěry a nálady.

Pravidelné cvičení je jedním z faktorů, kterým může dialyzovaný pacient pozitivně ovlivnit svůj život. Má dopad i na jeho sociální život, protože mu pomáhá zachovat pracovní schopnost, a tak si udržet místo v rodině i ve společnosti (Yurdalan, 2013).

V případě nepřiměřené zátěže může být cvičení i nebezpečné, zejména jde o poškození srdce a postižení pohybového aparátu. Proto je důležité obzvláště rizikové pacienty před zahájením cvičení otestovat (Dialcorp, 2013). Všeobecná doporučení říkají, že tepová frekvence při tělesné zátěži má stoupnout na 75 % maximální hodnoty, která je daná pro příslušný věk. Maximální hodnotu tepové frekvence při zátěži u dialyzovaného pacienta spočítáme tak, že od hodnoty 220 odečteme jeho věk (Svoboda a Mahrová, 2009). Postižení drobných nervů a změny vnitřního prostředí u těchto pacientů mohou zpomalovat tepovou odezvu, a proto se u nich za adekvátní tréninkovou zátěž považuje, když tepová frekvence stoupne na 65 % maximální hodnoty. Např. pacient má 50 roků, 220 mínus 50 je 170 a 65 % ze 170 je 110, to znamená, že když bude tepová frekvence pacienta při cvičení 110, tak můžeme tréninkovou zátěž považovat za dostatečnou. Je vhodné si zátěž vyzkoušet pod dohledem lékaře, protože lze určit, jak dobře je srovnaný tlak krve a v jakém stavu je srdce (Svoboda a Mahrová, 2009).

Mezi kontraindikace, které brání účasti v pohybovém programu, jsou nekontrolovaná arteriální hypertenze, poruchy srdečního rytmu, námahová angina pectoris, srdeční nedostatečnost, těžká retinopatie, kostní choroba a hyperkalemie (Yurdalan, 2013). Pohybové programy pro dialyzované pacienty dělíme na individuální

a skupinové; podle časového průběhu v rámci hemodialýzy a mimo procedury. Pro dialyzované pacienty má význam udržení a rozvoj pohybových schopností a dovedností, které jsou potřebné k zachování soběstačnosti a nezávislosti na pomoci druhých (Mahrová et al., 2009b). Podle zaměření na určitou oblast pohybových schopností a dovedností Svoboda a Mahrová (2009) dělí pohybové programy na kondiční, které mají za cíl udržet a zlepšit celkovou kondici; kondičně vytrvalostní, které upravují a zlepšují kardiorepirační zdatnost (chůze, jízda na kole); silové, které ovlivňují svalovou sílu a zabraňují atrofizaci svalových vláken (činky, pytlíky s pískem) a koordinačně balanční, které mají za cíl korigovat poruchy pohybové koordinace a rovnováhy (overbal, žebřiny, míče). Dále sem řadí dechová cvičení, která jsou důležitá pro správný nácvik dýchání, a relaxační cvičení, která jsou zařazena na konec fyzické aktivity a uvolňují svalové napětí. Dialyzovaným pacientům je doporučováno i saunování, které má pozitivní efekt na vodní bilanci a pomáhá korigovat krevní tlak. Mimo to zvyšuje i jejich obranyschopnost. Sauna je však kontraindikovaná pacientům s vysokým i nízkým krevním tlakem, s výraznou srdeční poruchou, s kožními problémy a s cévními katétry. Ti, kteří jsou léčeni antihypertenzivy, mohou saunu hůře snášet, ale důležitá je pravidelnost a postupně se zvyšující zátěž ve všech aspektech (Svoboda a Mahrová, 2009).

Kolektivní hry a sporty skýtají sice vyšší riziko poranění, ale jsou vhodným doplňkem rehabilitačního programu. Myšlenka podpořit zdravý životní program u transplantovaných lidí vznikla ve Velké Británii. V roce 1987 vzniká hnutí WTGF (The World Transplant Games Federation), které zpočátku sdružovalo jen několik států (Černá, 2011). Vlivem této instituce vzniká v roce 2001 evropská organizace pro sportující transplantované a dialyzované pacienty. V České republice podobný program existuje již od roku 1995 a nese název Sportovní klub dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Sportovní aktivity pro tyto pacienty však byly organizovány již od roku 1993. Každý rok klub pořádá týden zimních a týden letních her, které mají za cíl informovat, naučit a podpořit pacienty ve sportovních aktivitách. Jsou i poznávací a společenskou akcí (Černá, 2011).

Klub podporuje také účast a reprezentaci dialyzovaných a transplantovaných pacientů na evropských hrách nebo na celosvětových hrách transplantovaných. V roce 2013 se v jihoafrickém Durbanu konaly 19. světové hry transplantovaných sportovců, kterých se zúčastnilo více než tisíc sportovců ze čtyřiceti osmi zemí celé planety. Letní světové hry se konají každý lichý rok a střídají se tak se světovými zimními, které se pořádají v roce sudém (Dunda, 2013).

Loňský rok Sportovní klub dialyzovaných a transplantovaných sportovců pořádal 20. letní hry v Přední Výtoni na Lipně. V této době mělo dialyzační středisko v Českém Krumlově, již po šesté možnost „hostit“ dialyzované pacienty, kteří se této akci zúčastnili.

Svoboda a Mahrová (2009) mezi formy pohybové rehabilitace, které jsou vhodné pro dialyzované pacienty, uvádí neasistované cvičení bez kontroly a zpětné vazby, neasistované cvičení s kontrolou a zpětnou vazbou, asistované cvičení při hemodialýze se zpětnou vazbou a asistované cvičení mimo dobu hemodialýzy a s kontrolou a zpětnou vazbou. Neasistované cvičení je bez přítomnosti fyzioterapeuta a podmínkou je informovanost pacienta. Obvykle jsou to individuální tréninky podle doporučených postupů. Nevýhodou je, že chybí kontrola a zpětná vazba. Neasistované cvičení s kontrolou je trénink s občasným dohledem, kdy je zajištěn nácvik, oprava chyb, a proto je umožněna i zpětná vazba. Asistované cvičení při hemodialýze zlepšuje účinnost eliminace katabolitů a je dobrou možností, jak smysluplně využít čas na dialýze. Nevýhodou je omezené spektrum cviků, které může pacient při léčbě provádět.

Asistované cvičení mimo dobu hemodialýzy je velmi efektivní, ale úskalím je motivace a čas, který je pacient ochoten cvičení věnovat. Trénink a testování je vedeno fyzioterapeutem a po skončení je možno využít balneoterapii. Obvykle se daří takovéto cvičení zorganizovat jedenkrát týdně, a to jen ve větších městech, kde není problémem dojíždění. V ČR existuje pravidelné cvičení pouze v Praze (Svoboda a Mahrová, 2009).

Ve světě bylo provedeno mnoho výzkumů a šetření, které jednoznačně dokazují pozitivní vliv cvičení na kvalitu života dialyzovaného pacienta. Mahrová et al. (2009b) publikovala výsledky projektu, který se zabýval vlivem pohybové rehabilitace při hemodialýze na kvalitu života pacientů v chronickém dialyzačním programu. Při

šestiměsíčním výzkumu byl zaveden program cvičení během dialýzy, ve kterém převažovaly cviky se zaměřením na posilování dolních končetin. Výsledky prokázaly změny ve smyslu zvýšení kvality života. Ouzouni et al. (2009) uvádí, že pravidelné cvičení dialyzovaných pacientů má příznivý vliv na jejich duševní zdraví a snižuje riziko vzniku stresu a deprese. Jinou studií bylo zjištěno, že jeden rok tréninkového cvičení mělo za následek zlepšení srdeční činnosti a snížení duševní tísně u pacientů, kteří tento program absolvovali (Kouidi et al., 2010).

Pravidelná pohybová aktivita by měla mít nezastupitelnou roli v aktivním životě u pacienta v chronickém dialyzačním programu. Je nástrojem, který zjevně zvyšuje kvalitu jeho života. Měl by být součástí nefarmakologické složky komplexní léčby (Mahrová et al., 2009a).

4 Závěr

Multidisciplinární péče o pacienta je prospěšná a nutná, ať se to týká lékařské nebo ošetrovatelské péče. Je založena na vzájemné spolupráci odborníků z různých oborů. Dává příležitost se podívat na problém zdravého nebo nemocného člověka z různých úhlů pohledu. Zařazení pacienta do chronického dialyzačního programu výrazně mění jeho dosavadní způsob života. Existuje velké množství faktorů, které ve větší nebo menší míře ovlivňují zvládnutí, přijetí a adaptaci na jinou úroveň života a kvalitu zdraví. Přijetí této změny, jako i přijetí dialyzačního střediska a akceptování zdravotnických pracovníků, kteří mu budou dialýzu zajišťovat, je v zájmu jak pacienta, tak i zdravotníka. Čím dříve ošetřující personál pomůže pacientovi přijmout komplex všech změn, které přináší léčba hemodialýzou, tím lepší bude perspektiva jeho další spolupráce.

Cílem diplomové práce bylo na základě dostupné literatury zmapovat problematiku poskytování multidisciplinární péče na hemodialýze. K získávání informací byla využita obsahová analýza dokumentů a metoda review a syntéza. Výsledkem je ucelený pohled na poskytování multidisciplinární péče na hemodialyzačních střediscích. Využití pro praxi je návrh algoritmu ošetrovatelské péče v rámci multidisciplinární péče na hemodialyzačních střediscích. Přesto, že již téměř dvacet let pracuji na dialýze, bylo zpracování vybraného tématu velkým přínosem i pro mne samotnou. Rozšířilo mi znalosti zejména v psychické a fyzioterapeutické oblasti o tyto pacienty. Diplomová práce již posloužila i jako studijní materiál nově nastupující sestře na hemodialýzu, která ji zhodnotila jako přínosnou pro získání ucelených informací o problematice hemodialyzovaných pacientů.

Multidisciplinární přístup je jednou ze základních podmínek při poskytování efektivní péče ve zdravotnických zařízeních. Snahou každého hemodialyzačního střediska v současnosti, by proto mělo být poskytovat léčbu a ošetrovatelskou péči multidisciplinárním týmem, a tak zabránit vzniku akutních i chronických komplikací, nebo je alespoň minimalizovat a tak zajistit co nejpříjemnější kvalitu dalšího pacientova života.

5 Seznam informačních zdrojů

ABBOTT LABORATORIES, 2012. Renal Nutrition News. In: *Abbott.com* [online]. [cit. 2013-10-20]. Dostupné z: <http://www.google.cz/#q=Abbott+laboratories%2C+2012%2Crenal+nutrition+news>

ASBJORN O. F., B. L. LILLEBA a E. K. FALEIDE, 2010. *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2864-3.

ARNOLDOVÁ, A., 2011. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – sociální pomoc a sociální služby*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1852-4.

AVERY, N., 2010. Understanding the Role of a Renal Social Worker. In: *American Association of Kidney Patients* [online]. [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: <https://www.aakp.org/education/resourcelibrary/dialysis-resources/item/understanding-the-role-of-a-renal-social-worker.html>

BAHBOUN, R., 2011. *Sociomapping týmu*. Praha: Qed group. ISBN 80-861-4973-0.

BELBIN, M., 2012. *Management Teams*. 2. vyd. Oxford: Elsevier. ISBN 978-11-360-0409-4.

BĚLOHLÁVEK, F., 2008. *Jak vést svůj tým*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1975-4.

BEST, C., 2008. *Nutrition: A Handbook for Nurses*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons. ISBN 978-04-70699737.

CALLAHAN, M. B., 2011. The role of the nephrology social worker in optimizing treatment outcomes for end-stage renal disease patients. *Dialysis & Transplantation*. **40**(10), 444-450. DOI: 10.1002/dat.20618.

ČERNÁ, M., 2007. Co je deprese? *Stěžněň*. **18**(3), 8-9. ISSN 1210-0153.

ČERNÁ, M., 2011. „Bez pohybu jsem nesvůj“ Rozhovor s MUDr. Lukášem Svobodou. *Stěžněň*. **22**(1), 11-13. ISSN 1210-0153.

DA VITA, 2013. Dietitians at the Dialysis Center. In: *Davita.com* [online]. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z: <http://www.davita.com/treatment-options/hemodialysis/in-center-hemodialysis/dietitians-at-the-dialysis-center/t/5603>

DAUGIRDAS, J., 2011. *Handbook of Chronic Kidney Disease Management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-15-825-5893-6.

DIALCORP, 2013. V čem spočívá rehabilitace na dialýze. In: *Dialcorp.cz* [online]. [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: <http://www.dialcorp.cz/9569/rehabilitace/>

DUKOVÁ, I. a M. DUKA, 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3880-5.

DUNDA, R., 2013. Světové hry dialyzovaných a transplantovaných poprvé v Africe. *Braunoviny*. **9**(10), 22-23. ISSN 1801-0342.

EAP, 2013. The Professional competencies of a European Psychotherapist. In: *europsyche.org* [online]. [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: http://www.europsyche.org/download/cms/100510/Final-Core-Competencies-v-3-3_July2013.pdf

ELISSEN, A. M., A. J. RAAK a A. T. PAULUS, 2011. Can we make sense of multidisciplinary co-operation in primary care by considering routines and rules? *Health Soc Care Community*. **19**(1), 33-42. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2010.00946.x.

GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3379-X.

HALADOVÁ, E., 2007. *Léčebná tělesná výchova: cvičení*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3460-7.

HALÍŘOVÁ, G. a P. MELOTÍKOVÁ, 2012. *Praktikum z práva sociálního zabezpečení. Podle stavu k 1. 1. 2013*. 3. vyd. Praha: Leges. ISBN 978-80-875-7642-7.

HAYES, N., 2005. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmu*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8983-6.

HANUŠOVÁ, J. a K. HELLEBRANDOVÁ, 2006. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-869-9179-2.

HRUBÝ, M. a O. MENGEROVÁ, 2009. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-06-8.

HRUBÝ, M. a O. MENGEROVÁ, 2010. *Dieta u chronických onemocnění ledvin*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-872-5007-5.

CHRPOVÁ, D., 2010. *S výživou zdravě po celý rok*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2512-6.

JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-725-4730-5.

KALINA, K., 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-4361-2.

KALLENBACH, J., 2012. *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personal*. 8.vyd. Missouri: Elsevier. ISBN 03-231-7106-0.

KIDNEYHEALTH, 2013. Nutrition & Dialysis. In: *kidneyhealth.ca* [online]. [cit. 2013-10-15]. Dostupné z: <https://www.kidneyhealth.ca/wp/patients-and-caregivers/nutrition/dialysis/>

KOHOUT, P., 2011. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi. ISBN 80-872-5012-5.

KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1764-6.

KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2657-4.

KOMOŇOVÁ, A., 2010. Nové trendy v léčebné výživě–nutriční postupy při léčbě pacienta. *Interní Medicína pro praxi*. **12**(7 a 8), 390–394. ISSN 1212-7299.

KOOLMANN, J. a R. KLAUS– HEINRICH, 2012. *Barevný atlas biochemie*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-2977-6.

KOUIDI, E. et al., 2010. Depression, heart rate variability and exercise training in dialysis patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. **17**(5), 160-167. ISSN: 1474-5151.

KRACÍKOVÁ, J., 2010. Čas pro nefrologickou sekci. *Florence*. **6**(4), 6-8. ISSN 1801-464X.

KRACÍKOVÁ, J. a J. PAVLICOVÁ, 2011. Vývoj systémů ošetrovatelské péče v letech 1971 – 2011 na HDS. In: *Dialýza-strahov* [online]. [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: http://www.dialyza-strahov.cz/files/dokumenty/40_let/7.%20Bc.%20J.Krac%C3%ADkov%C3%A1%20%20V%C3%BDvoj%20syst%C3%A9m%C5%AF%20o%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De%201971-2011.pdf

KRATOCHVÍL, S., 2012. *Základy psychoterapie*. 6. vyd. Praha: Potrál. ISBN 80-262-0302-X.

KRISTKOVÁ, V., 2011. Kdo je fyzioterapeut. In: *Fyziobeskyd* [online]. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: <http://www.fyziobeskyd.cz/kdo-je-fyzioterapeut/>

KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2699-8.

KRÜGER, W., 2004. *Vedení týmů: jak sestavit, organizovat a povzbuzovat pracovní tým*. Praha: Grada. ISBN 80-247-078-02.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7568-4.

KUNOVÁ, V., 2011. *Zdravá výživa*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-3433-8.

KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3676-4.

KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2069-8.

KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3224-6.

KUTNOHORSKÁ J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3843-0.

LACHMANOVÁ, J., 2008. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2552-7.

LEHBI, M., 2012. Nutrition and Hemodialysis: the association Of Dietitian Intervention towards Achieving Quality patient Dialysis Out Comes. *Kidney Research and Clinical Practice*. **31**(2), 20. ISSN 2211-9132.

LOJDA, J., 2011. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3902-X.

LYNN, T. a J. BOHNSTADT - OTHRSEN, 2012. *Nutrition Therapy for Chronic Kidney Disease*. Boca Raton: CRC Press. ISBN 978-14-398-4949-1.

MAHROVÁ, A., J. PRAJSOVÁ a V. BUNC, 2009a. Kvalita života dialyzovaných jedinců v ČR ve vztahu k fyzické aktivitě. *Kontakt*. **XI**(2), 424-434. ISSN 1212-4117.

MAHROVÁ, A., BUNC, V., PANÁČEK, V., a J. PRAJSOVÁ, 2009b. Pohybová rehabilitace při hemodialýze- praktické zkušenosti. *Aktuality v nefrologii*. **15**(1), 16-24. ISSN 1210-955X.

MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3811-2.

MARÁDOVÁ, E., L. STŘEDA a T. ZIMA, 2010. *Vybrané kapitoly o zdraví*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-7290-480-8.

McCONNON, S. a M. McCONNON, 2009. *Jak řešit konflikty na pracovišti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3003-0.

MEIER, R., 2009. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2308-5.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2010. Nutrition and Hemodialysis. In: *kidney.org* [online]. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: http://www.kidney.org/atoz/pdf/nutri_hemo.pdf

OUZOUNI, S. et al., 2009. Effects of intradialytic exercise training on health – related quality of life indices in haemodialysis patients. *Clin Rehabil.* **23**(1), 53-63. ISSN 0269-2155.

PAVLÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2959-8.

PAULÍNOVÁ, L. a L. NEUMANNOVÁ, 2008. *Psychologie pro Tebe*. 3. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 80-733-306-8.

PINKAVOVÁ, H., 2006. Multidisciplinární spolupráce, s. 5-6 In : Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí. *Multidisciplinární tým*. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Katedra ošetrovatelství. ISBN 80-7013-437-2.

PINTO, C. B., C. GONGALVES, F. GOMES, J. F. MATOS a M. T. PARISOTTO, 2013. *Comparative assessment of nutritional status in haemodialysed diabetics versus nondiabetics*. Příspěvek přednesený na konferenci Innovation of renal care through multi- professional leadership, Malmö, Švédsko, 31. srpen- 3. září 2013. Dostupné na: http://edtnaerca.org/pdf/home/EE2013_abstract-book.pdf

PLAMÍNEK, J., 2009. *Týmová spolupráce a hodnocení lidí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2796-X.

PLEVOVÁ, I. et al., 2011a. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3557-1.

PLEVOVÁ, I. et al., 2011b. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3558-X

POKORNÁ, P., 2013. Dodržování správného jídelníčku vyžaduje zodpovědnost a disciplínu. *Dialog. Časopis nejen pro dialyzované*. **13**(1), 8-9. ISSN 1803-7267.

PTÁČEK, R., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3976-3.

REID, J., 2013. *Impact of cachexia on people with advanced chronic kidney disease and their carem*. Příspěvek přednesený na konferenci Innovation of renal care through multi- professional leadership, Malmö, Švédsko, 31. srpen- 3. září 2013. Dostupné na: http://edtnaerca.org/pdf/home/EE2013_abstract-book.pdf

SASÁKOVÁ, D., 2010. Snižujeme příjem soli. *Nephrocare-péče pro mne*. **1**(2), 21-22. Praha: Fresenius Medical Care. ISSN neuvedeno.

SASÁKOVÁ, D. a M. MATĚJKOVÁ, 2012. *Výživový průvodce pro dialyzované pacienty*. Praha: Mladá fronta. ISBN neuvedeno.

SOUSA, A., 2008. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. *Indian journal in Nephrology*. **18**(2), 47-50. DOI: 10.4103/0971-4065.42337.

STEIBER, A., 2009. Nutrition for Malnourished Hemodialysis Patients. In: *Renal & Urology News* [online]. [cit. 2013-08-20]. Dostupné z:

<http://www.renalandurologynews.com/nutrition-for-malnourished-hemodialysis-patients/article/159380/>

STUHLÍK, R., 2008. *Tým snů: vedení lidí v praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1776-X.

SVAČINA, Š. et al., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2256-9.

SVOBODA, L., 2000. *Cvičební soubor pro dialyzované a transplantované pacienty*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4126-9.

SVOBODA, L. a A. MAHROVÁ, 2009. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. Praha: Triton. ISBN 978-80-738-7147-5.

SVOBODA, L., 2011. Fosfáty. *Dialog*. **11**(4), 11-12. ISSN 1803-7267.

SULKOVÁ, S., 2000. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-859-1222-8.

TESAŘ, V. a O. SCHÜCK, 2006. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0503-6.

TROJAN, S., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1296-2.

TRÖSTER, P., 2010. *Právo sociálního zabezpečení*. 5. vyd. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-322-6.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3174-6.

VIKLIČKÝ, O., V. TESAŘ, S. DUSILOVÁ- SULKOVÁ et al., 2010. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3227-5.

VONDRÁŠOVÁ, D., 2012. O fyzioterapeutech. In: *První krok* [online]. [cit. 2013-11-17]. Dostupné z : <http://www.fyzioterapeuti.cz/o-fyzioterapeutech>

VOTAVA, J., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.

VYHLÁŠKA 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 482-544 [online]. [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

VYHLÁŠKA 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 113, s. 5014-5105 [online]. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

VYHLÁŠKA 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek lidem se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 136, s. 5018-5025 [online]. [cit. 2013-11-29]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
MVCR, 2011

VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-2667-X.

WANG, L. a CH. CHEN, 2012. The Psychological Impact of Hemodialysis on patients with Chronic renal failure, s. 217-236. In: POLENAKOVIČ, Momir. *Renal Failure- The Facts*. Croatia: In Tech. ISBN 978-953-51-0630-2.

WHO, 2000. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky I*. Praha: MZ ČR. ISBN 80-850-4720-9.

ZAHRÁDKOVÁ, E., 2005. *Teambuilding: cesta k efektivní spolupráci*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7042-9.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2068-X.

ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 80-247-4062-1.

ZÁKON 96/2004 sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilostí k výkonu nelékařských zdravotnických povolání k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452- 1480 [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ZÁKON 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 41, s. 1986-2011 [online]. [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ZÁKON 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37, s. 1257-1289 [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z:

http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ZÁKON 306/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 99, s. 4560-4588 [online]. [cit. 2013-11-30]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ZÁKON 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 115, s. 3970-3394 [online]. [cit. 2013-11-28]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ZEMAN, M., 2013. *Základy fyzikální terapie*. České Budějovice: JCU, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-739-4403-0.

ZNOJOVÁ, M., 2000. Psychologické a sociální aspekty dialyzačního léčení, s. 504-517. In: SULKOVÁ, Sylvie a kol. *Hemodialýza*. Praha: Maxford. ISBN 80-859-1222-8.

ZNOJOVÁ, M., 2007. Deprese u dialyzovaných pacientů. *Stěžeň*. **18**(3), 10-12. ISSN 1210-0153

ZNOJOVÁ, M., 2009. Edukace pacientů v predialýze. *Aktuality v nefrologii*. **15**(2), 69-72. ISSN 1210-955X.

ZNOJOVÁ, M., 2012. Dialyzovaný pacient a podpora blízkých. *Stěžeň*. **23**(2), 12-14. ISSN 1210-0153.

ZVONÍKOVÁ A., L. ČELEDOVÁ a R. ČEVELA, 2010. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada. ISBN 80-247-3535-0.

YURDALAN, B., 2013. Physiotherapy in the Patients on Hemodialysis. *In: Intech*. [online]. [cit. 2013-11-13]. Dostupné z:
<http://www.intechopen.com/books/hemodialysis/physiotherapy-in-the-patients-on-hemodialysis>

6 Přílohy

Příloha 1 Myšlenková mapa

Příloha 1 Myšlenková mapa

Algoritmus ošetrovatelské péče v rámci multidisciplinární péče na hemodialyzačních střediscích.

