



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Potřeby transplantovaných pacientů po znovu  
zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Denisa Dušková

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Červený

České Budějovice 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2024

podpis

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Martinu Červenému za jeho odborné vedení, cenná doporučení, postřehy a trpělivost. Mé poděkování patří i všem pacientům, kteří byli ochotni přispět této práci svými příběhy.

# Potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu

## Abstrakt

**Úvod:** V této bakalářské práci byly zkoumány potřeby transplantovaných pacientů znovu zařazených do dlouhodobého dialyzačního programu. Neuspokojené potřeby takových pacientů mohou vést ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Je proto důležité vnímat pacientovy touhy a přání. Výsledky této problematiky tak mohou přispět k lepšímu pochopení potřeb pacienta nejen ze stran ošetrovatelského personálu, ale i pacientovy rodiny a jeho okolí.

**Cíl a výzkumné otázky:** Hlavním cílem této práce bylo zjistit specifické potřeby těchto pacientů. Odpovědi byly hledány na otázky, jaké jsou specifické potřeby, jak se potřeby změnily před transplantací a po opětovném zařazení na dialýzu, jaké potřeby nejsou dostatečně uspokojeny a jaké jsou pro pacienty nejdůležitější.

**Metodika:** Data byla získávána pomocí kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru ve vybraném dialyzačním středisku v Jihočeském kraji. Údaje byly zpracovány metodou kódování pomocí statistického programu ATLAS.ti. Následně bylo identifikováno 5 kategorií s jejich podkategoriemi.

**Výsledky:** Z výsledných dat bylo zjištěno, že pacienti nejvíce touží po potřebě spánku a odpočinku, být bez bolesti, po běžném životě a dostatečné podpoře od rodiny. I nedostatečné uspokojení v oblasti spánku nebrání ovšem pacientům vykonávat nějaký druh fyzické aktivity, který se pozitivně odráží i na psychické pohodě. Bylo také zaznamenáno, že nejdůležitější pro pacienty během dialýzy je klidný a nekomplikovaný průběh.

**Závěr:** I přes výsledky tohoto výzkumu je nutné brát ohled na člověka jako individuální bytost, která se může od většiny ve svých potřebách lišit.

## Klíčová slova

potřeba; transplantace; dialýza; pacient; znovu zařazení; ošetrovatelství

# **The needs of transplanted patients after a re-enrollment in a long-term dialysis program**

## **Abstract**

**Introduction:** In this bachelor thesis, the needs of transplanted patients re-entering a long-term dialysis program were examined. The unsatisfied needs of such patients may lead to a deterioration in their health. It is therefore important to perceive the patient's desires and wishes. The issues addressed in this thesis can contribute to a better understanding of the patient's needs not only by the nursing staff, but also by the patient's family and his surroundings.

**Objective and research questions:** The main objective of this study was to identify the specific needs of these patients. Answers were sought to the questions such as what the specific needs are, how the needs changed before transplantation and after re-entering the dialysis, which needs are not met adequately, and which ones are the most important for the patients.

**Methods:** The data were obtained through qualitative research in the form of a semi-structured interview at a selected dialysis center in the South Bohemian Region. The data were processed by the coding method using the ATLAS.ti statistical program. Subsequently, 5 categories were identified with their subcategories.

**Results:** From the resulting data it was found that patients most desire the need for sleep and rest, being pain-free, leading a normal life, and receiving sufficient support from family. However, inadequate satisfaction in the area of sleep does not prevent patients from engaging in a form of physical activity, which positively affects their mental well-being. It was also noted that the most important aspect for patients during dialysis is a calm and uncomplicated process.

**Conclusion:** Despite the results of this research, it is necessary to consider a person as an individual being whose needs may differ from the majority.

## **Key words**

need; transplantation; dialysis; patient; re-entering; nursing

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>9</b>
1.1 Potřeby člověka.....	9
1.1.1 Dělení lidských potřeb se zaměřením na potřeby dle Maslowa .....	9
1.1.2 Potřeby člověka ve zdraví.....	10
1.1.3 Potřeby člověka v nemoci.....	10
1.1.4 Role sestry v uspokojování potřeb pacienta .....	11
1.1.5 Potřeby dialyzovaných pacientů .....	11
1.1.5.1 Biologické potřeby.....	12
1.1.5.2 Psychické potřeby .....	14
1.1.5.3 Sociální potřeby .....	15
1.1.5.4 Spirituální potřeby .....	16
1.2 Transplantace ledvin .....	16
1.2.1 Indikace a kontraindikace pro transplantaci .....	17
1.2.2 Předtransplantační vyšetření .....	17
1.2.3 Dárcovství ledvin.....	18
1.2.4 Kompatibilita dárce a příjemce.....	18
1.2.5 Imunosupresivní léčba .....	19
1.2.6 Vybrané komplikace po transplantaci ledviny.....	20
1.2.6.1 Infekce .....	20
1.2.6.2 Krvácení.....	21
1.2.6.3 Cévní komplikace .....	22
1.2.6.4 Hypertenze .....	22
1.2.6.5 Urologické komplikace.....	22
1.2.6.6 Rejekce.....	23
1.2.7 Ošetrovatelská péče o pacienta před a po transplantaci ledviny.....	23
1.2.7.1 Znovuzařazení do dialyzačního programu.....	24
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>26</b>
2.1 Cíle práce .....	26
2.2 Výzkumné otázky .....	26
<b>3 Metodika výzkumu .....</b>	<b>27</b>
3.1 Použité metody .....	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	27

3.3	Analýza dat .....	28
<b>4</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>29</b>
4.1	Identifikační údaje pacientů .....	29
4.2	Kategorie a podkategorie .....	30
4.3	Kategorie 1 – fyziologické potřeby .....	31
4.3.1	Potřeba spánku a odpočinku .....	31
4.3.2	Potřeba výživy .....	32
4.3.3	Potřeba vyprazdňování .....	33
4.3.4	Potřeba volnočasových aktivit .....	33
4.3.5	Potřeba být bez bolesti .....	34
4.4	Kategorie 2 – bezpečí a jistota .....	34
4.4.1	Potřeba vyrovnat se s nastalou situací .....	35
4.4.2	Vnímání budoucnosti .....	35
4.4.3	Časová náročnost dialýzy .....	36
4.4.4	Potřeba bezproblémového průběhu dialýzy .....	36
4.5	Kategorie 3 – láska a sounáležitost .....	36
4.5.1	Potřeba podpory .....	36
4.5.2	Potřeba běžného života .....	37
4.6	Kategorie 4 – sebeúcta .....	37
4.7	Kategorie 5 – seberealizace .....	38
<b>5</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>44</b>
<b>7</b>	<b>Seznam literatury .....</b>	<b>45</b>
<b>8</b>	<b>Seznam tabulek a schémat.....</b>	<b>52</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>53</b>
<b>10</b>	<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>56</b>

## Úvod

Pro pacienty s chronickým selháním ledvin je jednou z možností léčby dialýza, která nahradí již poškozenou funkci ledvin, a to buď formou hemodialýzy, či peritoneální dialýzy. Pokud se najde vhodný dárce ledviny, může být pacient indikován k transplantaci. Podle statistik Koordinačního střediska transplantací proběhlo za rok 2023 celkem 488 transplantací ledvin.

Transplantace pro pacienta může znamenat naději na zlepšení kvality jeho života, protože se jedná o jedinou metodu, která může plně nahradit funkci ledviny. V případě jakékoliv komplikace po transplantaci může být pacient opět zařazen do dialyzačního programu. Taková situace pro pacienta představuje další velký zásah do fyzického a psychického zdraví i do sociálního života. Zaměřením se na jeho individuální potřeby mu můžeme pomoci zlepšit jeho celkovou pohodu. Ve zdraví vnímá člověk potřeby velmi odlišně než v nemoci. Potřeby, které byly brány jako samozřejmost, budou mít nyní pro pacienta mnohem větší váhu. Nemá-li pacient uspokojené své potřeby, může to značně komplikovat proces léčby. Pacient má před sebou těžkou cestu plnou výzev. Významnou součástí jeho cesty se stane zdravotnické zařízení a zdravotnický personál. Ten by měl umět rozpoznat a zmapovat potřeby jedince, a tím usilovat o zlepšení a zefektivnění péče. Je důležité, aby pacient našel podporu a porozumění u jeho rodiny, přátel i u zdravotnického personálu. Hlavním úkolem jeho okolí by mělo být uspokojit veškeré potřeby a snažit se tak o zlepšení a udržení kvality života.

Cílem této práce je zjistit specifické potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu, dále také zmapovat, jak se potřeby změnilly, a zjistit, které z nich vnímá jedinec jako nejdůležitější. Výsledky šetření mohou pomoci zdravotnickému personálu, rodinnému či pracovnímu okolí s pochopením pacientových potřeb a se snazším dosažením jejich uspokojení.



# 1 Současný stav

## 1.1 Potřeby člověka

Lidské potřeby jsou dle Šedové (2020) základním pilířem v poskytování ošetrovatelské péče. Mají totiž neodmyslitelně důležitou roli ve zdraví, ale i v nemoci. Šamánková (2011) vnímá lidské potřeby jako stav, ke kterému dojde z pocitu nedostatku, přebytku nebo touhy něčeho dosáhnout. Existují určité faktory, které ovlivňují saturaci potřeb. Šedová (2020) uvádí věk, pohlaví, psychické vlastnosti, fyzickou vybavenost, ale také vzdělání, výchovu či ekonomickou úroveň. Dále píše, že zásadním faktorem je i nemoc, která může ve velké míře bránit uspokojování jedincových potřeb. Ve velkém se s ní shodují Plevová et al. (2019), kteří jednotlivé faktory rozdělili na individualitu jedince, vývojové stádium člověka, kulturu, rodinu a onemocnění. Přikládají význam například i schopnosti adaptovat se na stres a životní styl.

### 1.1.1 Dělení lidských potřeb se zaměřením na potřeby dle Maslowa

V ošetrovatelství zastáváme holistický přístup, který vidí člověka jako celek (Knapová, 2019). Celek se skládá z části biologické, psychické, sociální a spirituální. Dle Trachtové et al. (2013) jsou tyto oblasti v neustálé interakci. Pokud se vyskytne problém v jedné z těchto oblastí, je tak porouchán celý systém. V praxi se snažíme uspokojovat všechny tyto oblasti. Plevová et al. (2019) se také zmiňují o tomto holistickém rozdělení a dodávají, že jednotlivé části jsou v praxi velmi obecné a jednotlivé potřeby tyto části přesahují a prolínají se.

Lidské potřeby lze dělit například na individuální a kolektivní potřeby, materiální a nemateriální, nezbytné a zbytné, nebo primární a sekundární (Šamánková, 2011). Zaměřím se na nejčastější, dle Plevové et al. (2019) nejpoblárnější, dle Šedové (2020) tradiční dělení, tedy na dělení potřeb podle Maslowa.

Humanista a psycholog Abraham Maslow je velmi významnou osobností v oblasti výzkumu lidských potřeb. Vytvořil hierarchii potřeb, kterými jsou lidé motivováni, nazývanou také jako Maslowova pyramida potřeb (Šedová, 2020). V tomto hierarchickém uspořádání se rozdělují potřeby nižší (fyziologické) a potřeby vyšší (potřeby růstu, seberealizace) (Plevová et al., 2019). Smyslem tohoto uspořádání je, že pokud má jedinec uspokojené základní potřeby, vnímá je jako normu a soustředí se na

uspokojování potřeb vyšších. Pokud dojde k deficitu v nižších vrstvách, přesune se pozornost jedince právě na tyto nižší potřeby (Šamánková, 2011).

Základ této pyramidy je tvořen fyziologickými potřebami, kam řadíme potřebu dýchání, potravy, vody, vyprazdňování, aktivity, hygieny, potřebu být bez bolesti a sexuální potřeby (Šedová, 2020). Další úroveň tvoří bezpečí a jistota. Souvisí s vyhnutím se ohrožení, s důvěrou, klidem, soběstačností a s tím, jak se cítíme v určitém prostředí (domov, nemocnice, sociální zařízení). Na střed této pyramidy umístil Maslow lásku a sounáležitost, která zahrnuje jak poskytování lásky, tak i její přijímání a potřebu někam patřit (např. rodina, přátelé). Předposlední úrovní je sebeúcta, tedy uznání sebe sama, úspěchu, pocit uznání, respektu či nezávislosti. Na vrcholu pyramidy je umístěna seberealizace. Šamánková (2011) uvádí, že dosažení této úrovně je ideálem porozumění toho, kým člověk je.

### ***1.1.2 Potřeby člověka ve zdraví***

Šamánková (2011) uvádí, že pokud je jedinec zdravý, má většinou uspokojené základní potřeby a dosahuje tak určité rovnováhy organismu. Je schopen si základní potřeby saturovat sám, bez pomoci druhých. Takový jedinec má možnost soustředit se na uspokojování potřeb vyšších úrovní a dosahování svých cílů.

### ***1.1.3 Potřeby člověka v nemoci***

Objeví-li se nemoc, je to překážka, se kterou je jedinec nucen se vyrovnat. Jeho zájem se najednou z vyšších potřeb přesune na potřeby nižší (Šamánková, 2011). Nastane-li situace, kvůli které nelze či lze nedostatečně uspokojovat potřeby jedince, vede tento stav k nepříjemným pocitům, až k frustraci. Pacient se v tu chvíli může potýkat s neshodami v rodině, s rozporuplnými myšlenkami o sobě samém, s adaptací na cizí prostředí a s celkovou změnou života. Když se jedinec dostane do role pacienta, jeho potřeby lze rozdělit dle Záškodné (2021) na potřeby, které se nemocí nemění, které se nemocí modifikovaly a které nemocí vznikly. Zachovaná zůstává saturace fyziologických potřeb, modifikované potřeby mohou být například sociální potřeby a jako nemocí vzniklou potřebu můžeme zmínit navrácení zdraví.

#### ***1.1.4 Role sestry v uspokojování potřeb pacienta***

Aby sestra mohla pomoci pacientovi s uspokojováním jeho potřeb, měla by dle Šamánkové (2011) mít ujasněné své pocity a potřeby. Jen v té chvíli může pochopit potřeby druhých a tolerovat jejich názory.

Cílem by měl být pocit pohody pacienta, ovlivnění efektivity léčby, zkrácení doby hospitalizace a zvýšení soběstačnosti pacienta. Hlavní rolí při naplňování potřeb jedince je vyhledávání, zmapování a posuzování potřeb, určení priorit, edukace, naslouchání, podpora, úcta a respekt. Jde o činnosti, kterým sestra věnuje dostatek času a měla by se na ně zaměřit sama, bez vyzvání lékaře (Šamánková, 2011; Šedová, 2020).

S uspokojováním potřeb pacienta souvisí ošetrovatelský proces, který je v kompetencích sestry. Šamánková (2011) uvádí, že jednotlivé kroky lépe umožňují shromáždit údaje o pacientovi a ulehčují případné rozhodování v problematických situacích. Sestra postupuje ve 4 fázích. První fáze posouzení je základem pro ošetrovatelskou praxi (Plevová et al., 2019). Pro následující druhou fázi diagnostiky v současnosti využíváme taxonomii NANDA II, která zahrnuje domény, třídy a jednotlivé diagnózy s číselným kódem. Třetí fáze spočívá v plánování péče, dalším krokem je realizace našeho plánu a konečná fáze se věnuje hodnocení.

Đulíková (2008) zmiňuje, že ošetrovatelská péče u dialyzovaných pacientů zahrnuje přípravu monitoru, sledování průběhu dialýzy, péči o cévní vstupy, monitoraci fyziologických funkcí, vědomí, příjmu a výdeje tekutin, stavu hydratace či řešení případných komplikací.

Rolí sestry kromě výše zmíněného je i komunikace, a to jak verbální, tak neverbální (Plevová et al., 2019). Díky komunikaci je sestra schopna získat informace, edukovat, budovat vztah s pacientem založený na důvěře, naslouchat a motivovat.

#### ***1.1.5 Potřeby dialyzovaných pacientů***

Pacienti podstupující dialýzu se musí adaptovat na změnu kvality života (Haluzíková et al., 2019). Pro každého má kvalita života jiný význam. Můžeme ji posuzovat na základě srovnávání se s druhými, úrovně životních podmínek, života bez omezení či pocitů štěstí. Pro jedince, kteří podstupují dialýzu, bude kvalita života spočívat v pocitu bez bolesti, možnosti být ve svém domově s těmi nejbližšími, v respektu od rodiny, přátel

i zdravotnického personálu. Dále také v tom, aby pacienti mohli co možná nejvíce využít své nadání, schopnosti a věnovat se svým zájmům. Změnou kvality života se mění potřeby v biologické, psychické, sociální a spirituální oblasti. Níže zmíním vždy nejdůležitější potřeby v každé oblasti.

### ***1.1.5.1 Biologické potřeby***

**Stravování** má významný dopad na naše tělo (Pokorová, 2013). Ovlivňuje totiž velké množství procesů našeho organismu, naši výkonnost, spokojenost, a tím i celkové zdraví. Změna stravování a dietní opatření jsou součástí úpravy životního stylu dialyzovaných pacientů. Hrubý a Mengerová (2009) uvádějí, že dobrý stav výživy před zahájením dialýzy může mít pozitivní vliv na průběh samotné léčby.

Dialýza snižuje proteosyntézu a zároveň dochází ke ztrátám bílkovin do dialyzačního roztoku (Hrubý a Mengerová, 2009). Proto by se měl i denní příjem bílkovin, s převahou těch živočišných, navýšit u dialyzovaných pacientů na 1,2 g/kg/den (Pokorová, 2013). Toto doporučené množství by měl pacient přijmout třikrát denně. Hrubý a Mengerová (2009) udávají, že je to z důvodu zabránění rozvoji protein-energetické malnutrice. Ideálním zdrojem jsou vaječné bílky, které neobsahují nežádoucí fosfor (Pokorová, 2013). Dále najdeme bílkoviny v mase, rybách či mléčných výrobcích. U pacientů vegetariánů je obecně nižší příjem bílkovin a je nutné spolu s tím hlídat také množství draslíku a příjem tekutin (Ptáčková, 2017). Jelikož dochází k navýšení příjmu bílkovin, měl by se snížit příjem sacharidů (Pokorová, 2013). I přesto, že jsou tuky významným zdrojem energie, jejich příjem se navyšovat nemusí. Neměl by však přesáhnout 30 % z celkového energetického příjmu. Veškeré poměry daných živin stanovuje nutriční terapeut na základě věku, pohlaví, aktivity a zdravotního stavu. Haluzíková et al. (2019) uvádějí, že je vhodné s ním alespoň jedenkrát za tři měsíce konzultovat jídelníček a upravit případné nedostatky.

Hrubý a Mengerová (2009), Pokorová (2013) a Haluzíková et al. (2019) se shodují, že příjem tekutin se u dialyzovaných pacientů řídí denní diurézou. Doporučuje se přibližně půl litru tekutin navíc, než je vyloučené množství moči za jeden den. Autoři zdůrazňují, že se nesmí zapomenout na malé množství tekutin, vyskytující se v potravinách. To musíme do celkového denního příjmu také zařadit.

Minerály jako sodík, draslík a fosfor by měl pacient omezit (Hrubý a Mengerová, 2009). Sodík zadržuje vodu v organismu, draslík může ohrozit činnost srdce a fosfor oslabuje kosti. Často se vyskytuje nedostatek železa, které se tedy v případě nutnosti doplňuje.

**Odpočinek a spánek** jsou základní potřeby, které přispívají ke správné funkci nervové soustavy, fyzického i psychického zdraví (Haluzíková et al.). Naše tělo během těchto procesů regeneruje a chrání ho před vyčerpáním. Každé onemocnění je provázeno větší potřebou spánku a odpočinku. Nedostatek má vliv na kvalitu života a může vyplývat ze samotné hospitalizace, nedostatku soukromí, z obav, strachu či stresu. Sestra může pacientům doporučit, aby vstávali a chodili spát v přibližně stejnou dobu, vyhnuli se spánku během dne, jakékoliv činnosti v posteli (práci, konzumaci jídla, sledování TV) i kofeinovým nápojům v odpoledních hodinách. Existuje rozmanité množství škál a dotazníků pro hodnocení spánku a jeho kvality. Theofilou (2013) provedla výzkum zabývající se souvislostmi mezi nespavostí a kvalitou života dialyzovaných jedinců. Využila k tomu mimo jiné i dotazník kvality života (WHOQOL). Zjistila, že nespavost či pouze její příznaky negativně ovlivňují fyzické zdraví, psychiku, sociální vztahy i prostředí, a tím i kvalitu života.

**Pohybová aktivita** nese mnoho benefitů pro fyzické zdraví člověka, ale i psychickou pohodu (Haluzíková et al., 2019). Vhodnou aktivitu by měl dialyzovaný pacient konzultovat se svým lékařem. Jelikož je ale pacient opravdu jediný, kdo dokáže vnímat podněty ze svého těla, musí sám odhadnout, zda je aktivita v rámci, či nad rámec jeho možností. V průběhu dialýzy se fyzická kondice snižuje. V souvislosti s tím dochází k úbytku svalové hmoty a poklesu svalové síly. Únava u těchto pacientů přichází mnohem rychleji než u zdravého jedince. Pokud si sestra všimne možných příznaků spojených se zhoršenou pohyblivostí, měla by informovat lékaře. Včasný zachycení může předejít poruchám pohybového aparátu a nesoběstačnosti.

**Sexualita** je další potřebou, která se může vytrácet vlivem nemoci (Haluzíková et al., 2019). Jak u pacientů mužů, tak žen, nedostatek této potřeby snižuje kvalitu života. Obě pohlaví se mohou potýkat s poruchou libida a infertilitou. Žen se může týkat předčasná menopauza, mužů například poruchy erekce a ejakulace. Existence těchto dysfunkcí je u pacientů zapříčiněna farmakologickými přípravky, ale i nedodržením dialyzačního režimu. Sexualita neznamená pouze pohlavní styk, jde o sebeúctu, emocionální náklonnost, dotyk, pocity blízkosti i o to, jak člověk vidí sám sebe. V kompetenci sestry

je iniciovat diskuzi s pacientem na toto téma a sdělit možnost pomoci psychologa či sexuologa.

Zacharová (2017) a Urbanová (2021) se shodují v označení **bolesti** jako nepříjemného smyslového a emočního zážitku či jevu. Dále uvádějí, že bolest může být ovlivněna osobností jedince, věkem, pohlavím, kulturními faktory, únavou, úzkostmi či předchozí zkušeností s bolestí. Jde tedy o to, že každý prožívá bolest jinak a snáší odlišnou intenzitu. Snížit bolest a ulevit pacientovi je důležitým úkolem zdravotníků. K naplnění potřeby být bez bolesti lze využít farmakologických prostředků či psychologické pomoci. Haluzíková et al. (2019) uvádějí, že vnímání bolesti pacientů na dialýze značně ovlivňuje jejich prognózu.

### *1.1.5.2 Psychické potřeby*

Ondriová a Cinová (2020) uvádějí, že každé somatické onemocnění má určitý vliv na psychiku a i naopak. Může to pak způsobovat úzkost, podráždění či nervozitu. Pacientův život je určitým způsobem omezován a je velmi individuální, jak se situaci přizpůsobí (Haluzíková et al., 2019). Pacient spíše začíná dávat přednost stereotypu, který vyžaduje mnohem méně energie než nové podněty, které nemusejí být tolik příjemné. Dochází ke snížení potřeby stimulace novými podněty. Zacharová (2017) uvádí, že všem nemocným chybí nové a zajímavé podněty, které by je odpoutaly od jednotvárných činností.

Svou roli sehrává rodina, od které by měl pacient cítit podporu, aby se neobjevily pocity nejistoty a úzkosti (Haluzíková et al., 2019). Projevy pochopení a podpory totiž mohou znamenat pro pacienta opravdu mnoho, například ujištění, zlepšení nálady či celkového stavu (Zacharová, 2017). Zájem a pomoc od rodiny napomáhá pacientovi lépe zvládat situaci, motivuje k léčení a odhodlání nevzdávat se (Bednařík a Andrášiová, 2020). Urbanová (2021) uvádí, že potřeba jistoty a bezpečí má pozitivní vliv na psychiku nemocného. Tuto potřebu zmiňují i Haluzíková et al. (2019), kteří uvádějí důležitost jejího zvýšení. V uspokojení potřeby jistoty a bezpečí pacientovi pomáhá znalost svého zdravotního stavu, informace o dalších postupech a o tom, proč jsou určité kroky nutné. Pokud má pacient nedostatek informací, narůstá u něj již zmiňovaný pocit nejistoty.

Urbanová (2021) uvádí, že mnoho psychických potíží může plynout právě z nedostatečné informovanosti pacienta. Pozornost by tak měla být směřována k eliminaci strachu a úzkosti. Jsou to prožitky, kterými náš organismus reaguje na pocity ohrožení.

Zdravotníci by měli k pacientovi přistupovat profesionálně, vlídně, empaticky a s trpělivostí. Jochmanová et al. (2021) uvádějí, že úzkost má negativní vliv na psychiku, ale i na celý léčebný proces. Dle Haluzíkové et al. (2019) je důležitá edukace a motivace pacienta k dodržování režimových opatření.

Pacient se v průběhu léčby potýká i se stresem, který ho může stát mnoho sil (Haluzíková et al., 2019). Stresujícími faktory mohou být například nejistá budoucnost, náročnost léčby, bolest, strach ze smrti, omezení související s léčbou či zhoršení zdravotního stavu. Dobré sociální zázemí může dle Bednaříka a Andrášiové (2020) velmi pomoci při zvládnání stresu.

Zima (2022) zmiňuje, že je důležité se zabývat důstojností v nemoci, kdy někteří lidé mohou mít pocit, že o důstojnost přicházejí. Důstojnost vymezuje Vymětal (2022) jako úctu k sobě samým, sebedůvěru, sebevědomí. Potřeba sebekoncepcce a sebeúcty umožňuje najít štěstí v životě člověka, lépe se vyrovnat s chorobou a důsledky (Ondriová a Cinová, 2020). Narušení sebeúcty může být následkem změn v sociálních rolích nemocného. Nemoc má dopad i na sebepojetí člověka a na vztahy s ostatními lidmi (Jochmannová et al., 2021).

### ***1.1.5.3 Sociální potřeby***

Dle Ondriové a Cinové (2020) má každé onemocnění vliv na mezilidské vztahy, vztahy v rodině a změnu sociálních rolí. Kopecká (2011) uvádí, že kontakt s druhými lidmi je pro člověka nesmírně důležitý a izolace negativně ovlivňuje psychický stav. Pokud má pacient minimum sociálního kontaktu, dostává se smutek, neklid, podrážděnost, úzkost i agresivita (Zacharová, 2017).

Mnozí pacienti mají obavy z finanční situace během procesu dialýzy (Čabanová, 2021). Většina dialyzovaných pacientů pobírá invalidní důchod, někteří si mohou zažádat o příspěvek na péči, a to tehdy, pokud se nedokáží při svém zdravotnímu stavu postarat o základní potřeby a nezvládají každodenní činnosti. Existují možnosti terénní, ambulantní či domácí služby, které dialyzovaným pacientům nabízejí pomoc. Velkou pomocí je v této situaci sociální pracovník, který pacientovi nejlépe navrhne možnosti, na které dosáhne. Časté jsou i dotazy na průkazy ZTP. Haluzíková et al. (2019) zmiňují, že pokud je člověk pravidelně dialyzovaný, má na tento průkaz právo. Může pak využívat

různých výhod, jako například parkování zdarma na vyhrazených místech, slevy na různé akce i dopravu.

Komunikace je pro dialyzované pacienty velmi důležitá (Haluzíková et al., 2019). Dle Plevové et al. (2011) je komunikace nástrojem například k hodnocení potřeb pacienta, budování důvěry a edukaci. Zmiňuje, že komunikace s pacientem, ať už verbální nebo neverbální, léčí a zásadně ovlivňuje psychiku i pohodu člověka. Takováto terapeutická komunikace vyžaduje vzájemný respekt, důvěru a empatii. Je vhodné informovat pacienta o tom, co se momentálně děje, co sestra provádí, a ocenit pacientovu spolupráci (Haluzíková et al., 2019). Pacient by měl mít vždy možnost ptát se, aby všemu rozuměl.

#### ***1.1.5.4 Spirituální potřeby***

Davison et al. (2010) provedli výzkum, ve kterém bylo zjištěno, že pacienti s chronickým onemocněním ledvin nemají uspokojené duchovní potřeby a nemají dostatek podpory pro zvládnutí jejich situace. Ukázalo se, že jejich potřeby spočívají především v pomoci s hledáním naděje a smyslu života, pomoci při řešení rodinných starostí, při zvládnání stresu, při plánování budoucnosti a také kontakt s pacienty se stejnými problémy. Nebylo však prokázáno, že by množství potřeb bylo spojeno s věkem, pohlavím, rodinným stavem, dobou dialýzy nebo komorbiditou. Nicméně ženy vyžadovaly více duchovní pomoci ve srovnání s muži. Toto tvrzení uvádí i Sováriová Sošová (2022), a to, že ženy mají větší zájem o náboženství a spiritualitu.

Davison et al. (2010) dále zmiňují, že je pro pacienty důležité, aby se jejich duchovním potřebám věnoval lékařský i sesterský personál. Výsledky studie Darvishi et al. (2019) poukazují na to, že spoluprací ošetřujícího a psychologického týmu lze dosáhnout holistické péče. Výsledky ukazují, že účinná duchovní péče zlepšuje duchovní pohodu, sebeúctu i sebevědomí u pacientů podstupujících hemodialýzu, což má následně příznivý vliv například na zlepšení životní úrovně, kvalitu spánku, optimistický postoj k nemoci a léčbě či dodržování léčebného režimu. Sováriová Sošová (2022) uvádí, že vyšší míra spirituality a religiozity snižuje vznik deprese, suicidálních sklonnů, zlepšuje kvalitu života a podporuje existenciální pohodu.

## ***1.2 Transplantace ledvin***

Transplantace ledviny představuje dle Viklického et al. (2015a) jednu z možných léčivých metod pro pacienty s chronickým selháním ledvin. Takováto léčba je spojena



s dvojnásobným prodloužením života pacientů ve srovnání s metodami dialýzy. Toto tvrzení zmiňuje i Rajnochová Bloudíčková (2018a), která uvádí, že transplantace se volí bez věkového omezení, protože může oproti dialýze zajistit pacientům delší přežití, návrat do sociálního prostředí, zlepšit kvalitu života a celkově snižuje morbiditu i mortalitu.

### ***1.2.1 Indikace a kontraindikace pro transplantaci***

Transplantaci může podstoupit nemocný, který se potýká s nezvratným poškozením ledvin (Viklický et al., 2015a). Nejčastěji dochází k terminálnímu stádiu z důvodu například chronické glomerulonefritidy, nefritidy, diabetické nefropatie či nefrosklerózy (Haluzáková et al., 2019). Je však důležité zmínit, že pacient musí být schopen operace, následné imunosupresivní léčby a spolupráce (Viklický et al., 2015a). Pokud je zřejmá délka života nemocného, doporučuje se takovéto pacienty na transplantační listinu nezařazovat. Zařazení pacientů léčených antikoagulační léčbou (warfarinem) na čekací listinu je možné s podmínkou, že pacientovi budou před samotným výkonem podávány speciální preparáty s koagulačními faktory.

Kontraindikacemi pro transplantaci ledviny jsou například malignita během posledních 3 let, aktivní infekce, ischemická choroba srdeční, terminální jaterní selhání, užívání drog nebo polymorbidita.

### ***1.2.2 Předtransplantační vyšetření***

Aby se snížila všechna možná rizika vzniku komplikací, musí pacient před transplantací podstoupit různá vyšetření (Viklický et al., 2015a). Součástí předoperačních vyšetření je také posouzení rizik imunosupresivní léčby (Rajnochová Bloudíčková, 2018a). Smyslem předtransplantačních vyšetření je identifikovat komorbidity a případně je následně ovlivnit, aby mohl pacient bezpečně transplantaci podstoupit. Prioritou je dle Rajnochová Bloudíčková (2018b), aby se pacient dostal na čekací listinu preemptivně, to znamená před zahájením pravidelné dialýzy. V případě preemptivní transplantace má pacient dle Viklického (2015) optimální klinický stav, je bez příznaků urémie a není ani vystaven komplikacím spojených s dialýzou.

Za rizikové faktory lze považovat kardiovaskulární onemocnění, chronické infekce, obezitu, urologická onemocnění či nádorová onemocnění (Rajnochová Bloudíčková, 2018a). K neúspěchu transplantace mohou přispět i psychosociální problémy jako

závislost na alkoholu, drogách nebo i vrozená mentální retardace (Viklický et al., 2015a). Jde o to, že takoví pacienti nemusí být schopni dodržovat léčebný režim. Rajnochová Bloudíčková (2018a) zmiňuje jako rizikové faktory i předchozí transplantaci, krevní transfúze a těhotenství. Haluzíková et al. (2019) uvádějí vyšetření jako ECHO, EKG, RTG srdce a plic, dopplerovská sonografie, CT, MR, spirometrie plic, screening urologických problémů, BMI, vyšetření na přítomnost protilátek proti HPV virům a vyšetření histokompatibility.

### ***1.2.3 Dárcovství ledvin***

Pacientova transplantovaná ledvina může pocházet od žijícího či zemřelého dárce (Haluzíková et al., 2019). Žijícím dárce ledviny může být plnoletá osoba, způsobilá právních úkonů, v příbuzenském i nepříbuzenském vztahu k příjemci (IKEM, 2015-2023a). Obecně se udává, že nejvhodnějším dárce je osoba nejbližší pokrevně příbuzná (Viklický et al., 2015a). Pokud je dárce osoba nepříbuzná, musí ze své vlastní svobodné vůle předložit písemný, notářsky ověřený, souhlas. Akceptují se tedy i dárce emotivně spjatí s příjemcem (manžel/ka, přítel/kyně). Základem je vždy svobodné rozhodnutí bez nátlaku. Dárce musejí být seznámeni s riziky, bolestivostí i nepohodou. Dárce podstupuje zdravotní prohlídku u nefrologa a v transplantačním centru, zda je k darování ledviny způsobilý. Po nefrektomii je dárce nadále sledován v transplantačním centru.

Zemřelým, tzv. kadaverózním dárce je v České republice každý, kdo nepodal písemný nesouhlas s posmrtným odběrem orgánů a tkání (NephroCare, 2023). Je to založeno na principu předpokládaného souhlasu.

### ***1.2.4 Kompatibilita dárce a příjemce***

Pro přežití transplantované ledviny je nutné histokompatibilní vyšetření (Viklický et al., 2015a). Cílem je zjistit takovou shodu mezi dárce a příjemcem, aby se zvýšila šance přežití transplantované ledviny. NephroCare (2023) zmiňuje, že čím vyšší je tkáňová shoda, tím vyšší je celková úspěšnost transplantace. Sleduje se shoda AB0 systému a HLA antigenů (Viklický et al., 2015a). Je hlídána přítomnost protilátek proti HLA, které se mohou vyskytovat po již provedených transplantacích, transfuzích, graviditách, ojediněle i bez známé příčiny. Vysoký počet protilátek proti HLA znamená obtížné nalezení vhodného dárce. V současnosti však známe metody, které si dokáží s těmito problémy poradit (Viklický, 2015).

Neshoda v AB0 systému neznemožňuje transplantaci od živého dárce (IKEM, 2015-2023a). Viklický et al. (2015b) zmiňují, že se ve většině přistupuje k desenzitizačním metodám, díky kterým jsou z plazmy odstraňovány konkrétní hemaglutininy. Dále uvádějí, že dané postupy pro inkompatibilní AB0 transplantaci vykazují stejné výsledky v přežití nemocných a štěpů, jako tomu je u transplantací při shodné krevní skupině.

Transplantace při inkompatibilitě HLA antigenů představuje pro pacienta šanci na delší dobu přežití, než pro pacienty na dialyzační léčbě (Montgomery et al., 2011). Zároveň transplantace od živého dárce po desenzibilizaci má významné benefity v přežití, než kdyby se čekalo na kompatibilního dárce. Takové transplantace s sebou však nesou větší riziko vzniku akutní rejekce, glomerulopatií a selhání štěpu (Viklický, 2015). Pokud je „cross-match“ pozitivní, UC Davis Transplant Center (2023) vysvětluje, že buňky příjemce atakují buňky dárce. Příjemce má tedy protilátky proti buňkám dárce. V takovém případě se doporučuje zařazení do párové výměny (Viklický, 2015). Ta spočívá ve výměně ledvin mezi dvěma dvojicemi (IKEM, 2015-2023a).

### ***1.2.5 Imunosupresivní léčba***

Cílem imunosupresivní terapie je zamezit těžké reakci imunitního systému, tzv. rejekci, na transplantovaný orgán (Haluzíková et al., 2019). Kdyby se nevyužila imunosuprese, došlo by k rozpoznání cizí tkáně, k aktivaci specifické a nespecifické imunity a následné rejekci.

Viklický et al. (2015a) rozděluje imunosupresivní terapii dle doby využití a indikace na indukční, udržovací a antirejekční imunosupresi. Viklický (2018) píše, že cílem indukční imunosuprese je zamezit rejekci štěpu v začáteční fázi. Haluzíková et al. (2019) konkretizují využití v prvních hodinách a dnech od transplantace, kdy hrozí nejvyšší riziko rejekce. Viklický et al. (2015a) dodávají, že je tato imunosuprese nejintenzivnější a zahájit se může už při samotné transplantaci. S klesajícím rizikem a postupnou imunitní tolerancí se nastavuje udržovací imunosuprese (Haluzíková et al., 2015a). Tu pacient dodržuje po celou dobu ponechání transplantované ledviny v těle. Imunosupresivní léky se využívají nejčastěji v trojkombinacích pro zasažení různých úrovní imunity, a v co nejnižším množství, aby se zamezilo vedlejším účinkům (Viklický, 2018). Haluzíková et al. (2019) zmiňují jako nežádoucí účinky například infekce, malignity, hypertenzi, diabetes mellitus či problémy se zažíváním. Pokud by přece jen došlo k rejekci, nasazuje se antirejekční léčba, která většinou obsahuje velké dávky kortikoidů a dalších preparátů.

Viklický et al. (2015a) uvádějí, že v rámci nastavení vhodné léčby by se antirejekční léčba měla nasadit zásadně až po výsledcích z histologického vyšetření vzorku ledviny.

Viklický (2018) uvádí, že imunosupresivní léčba má vynikající krátkodobé výsledky. U dlouhodobých výsledků je však nutné nezapomenout i na další faktory, jako například senzitivizace před a po transplantaci, kvalita darované ledviny, spolupráce pacienta v dodržování režimu, ale i zkušenosti transplantčního týmu.

### ***1.2.6 Vybrané komplikace po transplantaci ledviny***

Česká transplantční společnost pacientům (2015) uvádí, že velké množství pacientů má v prvních týdnech po transplantaci ledviny nějaké komplikace. IKEM (2015-2023b) zmiňuje jako hlavní komplikace, ještě za hospitalizace, krvácení, infekce, únik moči z močovodu do okolí a rejekci.

#### ***1.2.6.1 Infekce***

Vlivem imunosuprese, jak uvádí Česká transplantční společnost pacientům (2015), dochází ke snížení funkce imunitního systému. Organismus pacienta je tedy oslaben pro boj s případnou infekcí. I přes veškerý pokrok v oblasti transplantací uvádějí Agrawal et al. (2022) infekce jako hlavní komplikaci po transplantaci. Viklický et al. (2015a) zmiňuje, že právě infekce jsou značnou příčinou mortality a morbidit po transplantaci ledviny. Rajnochová Bloudíčková (2022) upřesňuje, že se jedná o druhou nejčastější příčinu morbidit a mortality u pacientů po transplantaci ledviny. Dále se zmiňuje, že infekční komplikace se objevují jako důsledek interakce mezi expozicí patogenu, silou imunitního systému, imunosupresivní léčbou a komorbiditami pacienta. Dle Agrawala et al. (2022) se jedná jak o bakteriální, virové, tak plísňové infekce. Rozdělují infekce na časné, tedy do 1 měsíce, dále na infekce během vrcholu imunosuprese, tedy do 1 roku, a na pozdní, které se objeví po více jak roce. Bakteriální infekce, pneumonie, bronchitidy a záněty močových cest udávají Viklický et al. (2015a) jako nejčastěji se objevující infekce v prvním měsíci po transplantaci. S tím se shodují i Agrawal et al. (2022) a doplňují, že v časném stádiu jde i o infekce v operační ráně. Jak Viklický et al. (2015a), tak Agrawal et al. (2022) uvádějí, že v následujících měsících, v období vrcholu imunosuprese, se mohou objevovat herpetické viry. V pozdní fázi pak uvádějí komunitní infekce.

Česká transplantační společnost pacientům (2015) prezentuje pro pacienty preventivní kroky proti vzniku infekcí. Jsou to například dostatečný odpočinek, zdravá strava, vyhýbání se prostorům s velkým množstvím lidí, omezení kontaktu s nemocnými, důkladnou hygienu rukou i nekouření. Agrawal et al. (2022) zmiňují jako základ prevence hygienu rukou, dále pak dostatečně omyté a tepelně upravené potraviny, ochranu proti pohlavně přenosným chorobám či očkování. NephroCare (2023) zdůrazňují důležitost předcházení a nepodceňování infekčních onemocnění.

Podstatnou pomocí v boji proti infekcím je očkování (Viklický et al., 2015a). Transplantovaným pacientům je doporučována vakcinace, ač tomu tak dříve nebyvalo z důvodu nízké odpovědi imunitního systému. Česká transplantační společnost pacientům (2015) a Nambiar (2018) se shodují, že by pacientům po transplantaci neměla být aplikována živá ani oslabená vakcína. Lze podat usmrcené, inaktivní vakcíny. Pacienti se v případě nejasností a dotazů mají informovat u svého lékaře a v transplantačním centru. Dle Viklického et al. (2015a) lze některé vakcíny podat ještě před samotnou transplantací, některé po transplantaci, ideálně po půl roce, a některé aplikovat před sezonou daného onemocnění, jako například u chřipky. Nambiar et al. (2018) zmiňují, že očkování proti chřipce by se mělo opakovat každý rok. Pacienti se mohou nechat očkovat po transplantaci například proti hepatitidě B, proti sezónní chřipce, vzteklině, klíšťové meningocefalidě, pneumokoku, salmonelle (Viklický et al., 2015a).

#### **1.2.6.2 Krvácení**

Kudla et al. (2008) píše, že rizikovými faktory pro krvácení jsou koagulační poruchy a příjemcova obezita. Většina krvácení ustane spontánně nebo se využije konzervativní léčba. Gooran et al. (2018) uvádějí, že je často nutná léčba kombinací antibiotik a chirurgického zákroku. Indikace pro provedení operační revize zahrnují zdravotní stav pacienta, potřebu krevních převodů, hemodynamickou nestabilitu pacienta, útlak ledviny hematodem či bolest operační rány (Kudla et al., 2008). Pokud jde ovšem o masivní krvácení pro rupturu štěpu, krvácení z anastomóz, je nutný chirurgický zákrok, graftektomie, při níž se odstraňuje nefunkční štěp transplantované ledviny. Gooran et al. (2018) se zabývali třemi případy z praxe, ve kterých došlo u pacientů s diabetem, již ve druhém týdnu po transplantaci, ke krvácení. V důsledku arteriální disekce

a pseudoaneuryzmatu, i přes agresivní léčebné postupy, muselo dojít ve všech případech k odstranění transplantované ledviny.

### ***1.2.6.3 Cévní komplikace***

Mezi cévní komplikace lze dle Kordulové a Rebcové (2019) zařadit trombózu renální tepny a žíly dárce nebo i příjemce. Jak Kordulová a Rebcová (2019), tak Kudla et al. (2008) uvádějí jako projev cévní komplikace náhlou zástavu diurézy a bolesti v oblasti štěpu. Vždy se provádí chirurgická léčba (Kordulová a Rebcová, 2019). Kudla et al. (2008) uvádějí, že o něco častější než trombóza je stenóza renální tepny.

### ***1.2.6.4 Hypertenze***

Dle Viklického et al. (2015a) se až 90 % pacientů po transplantaci ledviny potýká s hypertenzí. Příčinou může být například dysfunkce štěpu, léčba kortikoidy, hypertenze při základním renálním onemocnění, stenóza renální tepny. Mezi rizikové faktory pro vznik hypertenze lze zařadit například hyperlipidémii, diabetes mellitus, kouření, proteinurii, přímý účinek imunosupresiv či dysfunkci štěpu. Hypertenze bude negativně zasahovat do funkce ledvin i přežití ledviny transplantované. Česká transplantáční společnost pacientům (2015) dodává, že může oslabit srdce a způsobit rychlejší stárnutí cév. Viklický et al. (2015a) doporučují pečlivou a správnou monitoraci krevního tlaku v rámci 24hodinového ambulantního měření či měření tlaku samotným pacientem. Léčba spočívá ve výběru vhodných antihypertenziv vzhledem k účinkům imunosuprese. Česká transplantáční společnost pacientům (2015) radí vyhnout se stresu, upravit životní styl a mít pravidelnou pohybovou aktivitu. V důsledku neléčené hypertenze klesá životnost štěpů (Viklický et al., 2015a).

### ***1.2.6.5 Urologické komplikace***

Mezi nejčastější urologické komplikace po transplantaci ledviny patří dle Kordulové a Rebcové (2019) obstrukce močovodu a močová píštěl. Dle Choate et al. (2019) je příčinou uretrální obstrukce stenóza močovodu, zapříčiněná nejpravděpodobněji ischemií. Dále uvádí, že uretrální stenózy úzce souvisejí s kratším přežitím štěpů. Močové píštěle mohou vznikat v důsledku předčasně odstraněné drenáže močovodu nebo močového měchýře, velkého tlaku na močový měchýř při retenci moči či perforace při zavedení stentu do močovodu. Jako projevy močové píštěle uvádějí Kordulová a Rebcová (2019) shromažďování tekutiny v okolí štěpu, otok rány a odpad moče v drénech.

### **1.2.6.6 Rejekce**

Rejekce, nebo také odhojení, je reakce imunitního systému na transplantovanou ledvinu, která způsobuje její poškození (Wohlfahrtová, 2019). Rejekci lze rozdělit na akutní a chronickou. Akutní rejekce vzniká v prvních 3–6 měsících po transplantaci. Chronická rejekce se rozvíjí v řádu měsíců až let po transplantaci. Výskyt akutní rejekce klesl díky moderní imunosupresivní terapii, avšak prevalence chronické rejekce zůstává stejná. Může tak docházet k fibróze, jizvení, progresi proteinurie, hypertenzi, renální dysfunkci až k selhání transplantovaného štěpu. S tím se shodují i Kordulová a Rebcová (2019), které zmiňují chronickou rejekci jako hlavní příčinu selhání funkce transplantované ledviny. Připomínají, že jak akutní, tak chronická rejekce mohou být vyvolány reakcí protilátek nebo buněčnou odpovědí.

Rejekce ledviny je dle České transplantační společnosti pacientům (2015) řešitelná, pokud se na ni přijde včas. Kordulová a Rebcová (2019) uvádějí, že základem je provedení biopsie ledviny a odeslání vzorku k histologickému vyšetření. Mezi projevy rejekce lze zařadit zvýšenou teplotu, bolestivost štěpu, sníženou diurézu a laboratorní změny. Česká transplantační společnost pacientům (2015) tvrdí, že k neodvratné rejekci dochází u naprostého minima pacientů.

### **1.2.7 Ošetřovatelská péče o pacienta před a po transplantaci ledviny**

Pacient před operací je přijat do transplantačního střediska, kde jsou mu provedena vstupní vyšetření (Haluzíková et al., 2019). Pacient musí být o výkonu a anestezii poučen a následně musí podepsat informovaný souhlas. Role sestry v předoperačním období zahrnuje monitoraci fyziologických funkcí, bolesti, podávání antibiotické profylaxe, odběr biologického materiálu, přípravu deleukotyzovaných erymas, asistenci při zavádění centrálních žilních vstupů, oholení operačního pole, klyzma, bandážování dolních končetin i edukaci pacienta.

Pooperační péčí se snažíme vytvořit vhodné podmínky ke správnému rozvoji funkce štěpu (Kordulová, Rebcová, 2019). Pacient je z operačního sálu převezen na jednotku intenzivní péče, kde probíhá monitorace fyziologických funkcí a transplantované ledviny. Úkolem sestry je měřit krevní tlak, aby nedošlo k hypertenzi, která by mohla zvýšit riziko krvácení z anastomózy, dále sledovat pulz, saturaci, tělesnou teplotu, centrální žilní tlak, aby bylo zabezpečeno dostatečné prokrvení a diuréza. V neposlední řadě je třeba sledovat

EKG, zaznamenávat hodinovou diurézu a krevní ztráty. Specifikem této pooperační péče je silná hydratace krystaloidními roztoky u doposud hemodialyzovaných pacientů, kterým byla hmotnost udržována ultrafiltrací (Viklický, 2020). Je to klíč pro správné fungování štěpu. Pacient má zaveden permanentní močový katétr, který předchází tlaku na operační ránu (Kordulová, Rebcová, 2019). Sestra také odebírá krev na biochemické, hemokoagulační a imunologické vyšetření, vyšetření krevního obrazu i krevních plynů. Podává antibiotika a dle potřeby analgetika. Dechová i celková rehabilitace se zařazuje již od prvního dne po operaci. Pokud je pacient stabilní a nevykazuje žádné známky komplikací, je přeložen na standardní lůžkové oddělení. Součástí péče o pacienta po operaci je i edukace. Ta by měla být připravena podle didaktických zásad, aby bylo dosaženo holistického přístupu, zvýšení úrovně znalostí a dovedností pacienta a zkvalitnění jeho života. Edukace zahrnuje základní informace, které lze již podávat před transplantací, informace o komplikacích, užívání léků, monitoraci krevního tlaku, tělesné teploty, o prevenci infekcí, výživě, hydrataci i pohybové aktivitě.

#### ***1.2.7.1 Znovuzařazení do dialyzačního programu***

Transplantace je metoda první volby náhrady funkce ledvin (Lyerová, 2012). Jde totiž o jedinou metodu, která může nahradit veškeré funkce ledvin. Pokud ledvina selže, uvádí Sandhya (2023) možnost návratu zpět k dialýze či rozhodnutí léčbu ukončit. Toto rozhodnutí záleží pouze na samotném pacientovi. Ledviny.cz (2023) informují i o možnosti opakované transplantace. Dle Viklického et al. (2015a) existuje opravdu vysoké riziko úmrtí pacientů znovu zařazených do dialyzačního programu.

Jednou z forem dialýzy může být peritoneální dialýza (Lyerová, 2012). Ta zbavuje krev toxinů prostřednictvím peritonea za pomoci výměny roztoků v dutině břišní. Pacient si tuto metodu zvládne provést sám doma, má tak větší volnost v plánování svého času a zálib. Snižuje se i riziko komplikací v souvislosti s cévními přístupy u hemodialýzy. Hemodialýza funguje na principu odstranění škodlivin z krve za pomoci dialyzátoru, také nazývaného jako umělá ledvina. Lachmanová (2020) upřesňuje, že dochází k oddělování krve od dialyzačního roztoku za pomoci difúze a filtrace.

Pro správné dialyzační ošetření je důležitý již zmiňovaný kvalitní cévní vstup. Jednou z možností je arteriovenózní fistule (AVF) (Nachtmannová, 2021). Jedná se o chirurgické propojení mezi žilou a arterií, nejčastěji na horní končetině. Takové propojení zvyšuje tok krve do napojené žíly, díky čemuž lze pacienta napojit k dialyzačnímu přístroji.



Uplatnit ho lze u dlouhodobě dialyzovaných pacientů, protože jak píše Myslivec et al. (2022), AVF má funkčnost až desítky let a velmi nízký výskyt komplikací.

Další možností je protetický arteriovenózní graft (AVG) (Nachtmannová, 2021). Jde o syntetickou náhradu, která je k dispozici pacientům s nekvalitním cévním řečištěm. Myslivec et al. (2022) zmiňují, že výhodou AVG je krátká doba mezi hojením a možností užití. Naopak nevýhodou je vyšší riziko komplikací spojených dle Nachtmannové (2021) právě s umělým materiálem.

Jako metodu, která nese výhodu okamžitého použití, uvádějí Viklický et al. (2013) centrální žilní katetr v dočasné či permanentní podobě. Dočasné (netunelizované) katetry se využívají pro akutní dialýzu, permanentní (tunelizované) se zavádějí k dlouhodobějšímu použití.

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Hlavním cílem práce bylo zjistit specifické potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou specifické potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dialyzačního programu?

Výzkumná otázka 2: Jaké potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dialyzačního programu nejsou uspokojovány?

Výzkumná otázka 3: Jak se změnila potřeby pacientů před transplantací a po znovu zařazení do dialyzačního programu?

Výzkumná otázka 4: Jaké jsou nejdůležitější potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dialyzačního programu?

## **3 Metodika výzkumu**

### **3.1 Použité metody**

Pro tento výzkum byla využita kvalitativní metoda šetření. Pro výzkumné šetření byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor, na který odpovídali vybraní pacienti, kteří byli po transplantaci znovu zařazeni do dlouhodobého dialyzačního programu. Tyto rozhovory probíhaly v dialyzačním středisku v Jihočeském kraji, po souhlasu hlavní sestry a staniční sestry střediska. Rozhovor byl zcela dobrovolný, pacienti byli informováni, že v případě nekomfortu lze rozhovor ukončit. Dále jim bylo sděleno, že rozhovor je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze jako sběr dat pro účely bakalářské práce. Všechny rozhovory byly se souhlasu pacientů (Příloha 2) nahrávány na diktafon a následně přepsány do elektronické podoby.

Polostrukturovaný rozhovor byl tvořen 26 otázkami (Příloha 1). Otázky byly sestaveny za pomoci oblastí z Maslowovy pyramidy potřeb. Otázky 1–9 se zaměřovaly na fyziologické potřeby pacientů, především spánek, změny ve vyprazdňování, dietu a pitný režim. Otázky 10–17 pokrývaly oblast bezpečí a jistoty, kde měli pacienti možnost rozprávět se o svých pocitech a myšlenkách či například kvalitě péče v dialyzačním středisku. Následující otázky 18–20 cílily na lásku a sounáležitost, podporu od rodiny a vliv na sociální a pracovní život. Otázky 21–23 byly zaměřeny na sebeúctu a sebeuznání a poslední otázky 24–26 směřovaly na nejvyšší oblast, seberealizaci. Rozhovory trvaly přibližně 20 minut, některé déle. Pacienti byli ochotní odpovídat na všechny dotazy, někdo se otevřel více, někdo méně.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 6 pacientů, kteří byli po jedné či dvou transplantacích zařazeni opět do dialyzačního programu. Rozhovoru se účastnila jedna žena a pět mužů. Všichni pacienti docházejí do stejného dialyzačního střediska třikrát týdně, jejich situace se pak liší jen mírně, a to v době samotné dialýzy.

### **3.3 *Analýza dat***

Poté, co bylo dosaženo saturace výsledků, byly rozhovory zpracovány metodou kódování pomocí statistického programu ATLAS.ti. a řazení do kategorií. Bylo vytvořeno celkem 5 kategorií shodujících se s pyramidou potřeb dle Maslowa. První tři kategorie jsou dále členěny do podkategorií (Schéma 1).

## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikační údaje pacientů

Výzkumný soubor tvoří 6 pacientů. Všichni pacienti podstupují hemodialýzu 3x týdně po dobu 3-4,5 hodiny. Doba od znovu zařazení na dialýzu se u jednotlivých pacientů odlišuje. Všichni z dotazovaných pacientů za sebou mají minimálně jednu transplantaci ledviny.

Základní charakteristika pacientů znovu zařazených do dialyzačního programu je uvedena v Tabulce 1.

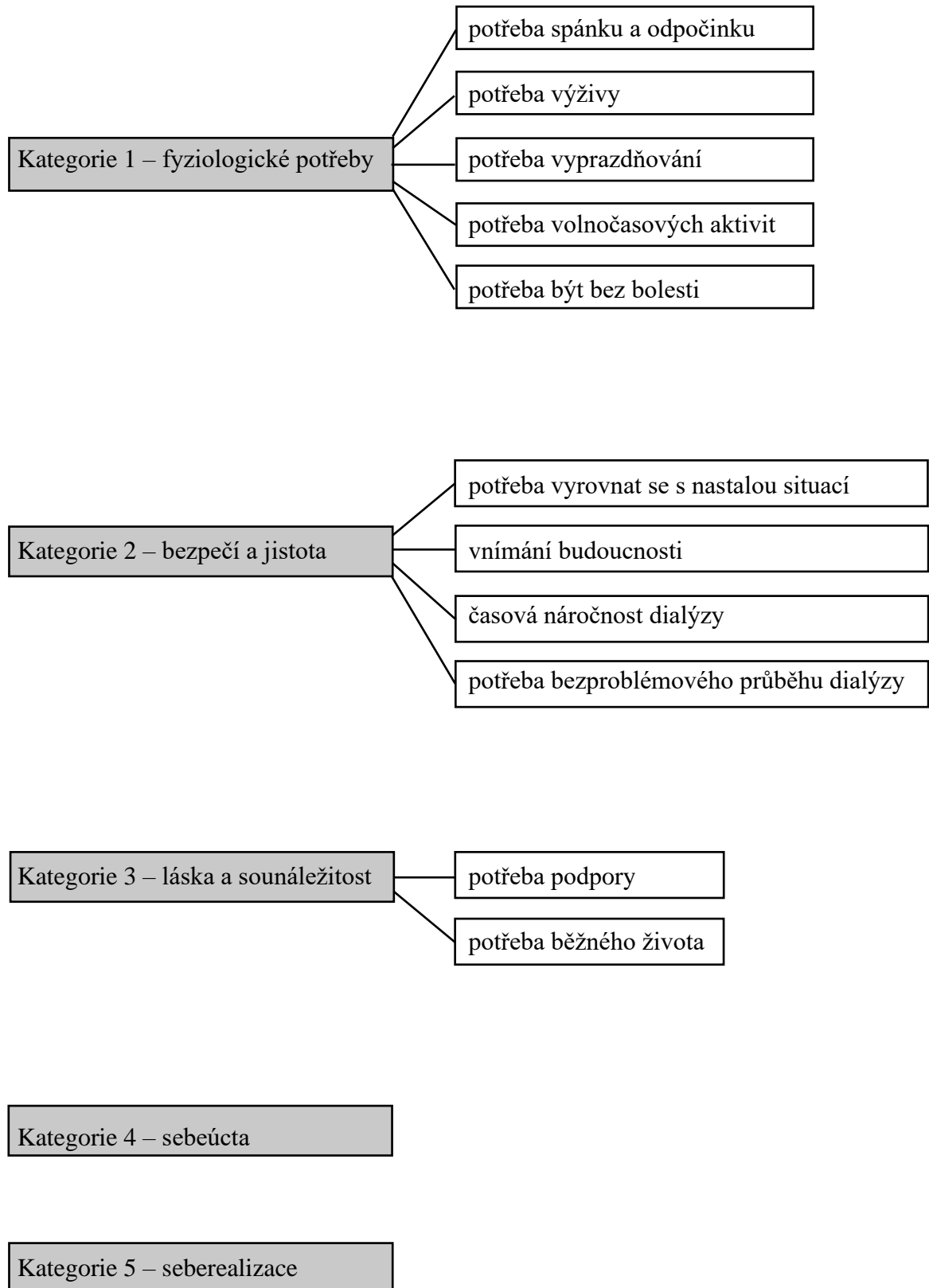
Tabulka 1 Identifikační údaje pacientů

PACIENT	POHLAVÍ	ČETNOST DIALÝZY	DOBA ZNOVU ZAŘAZENÍ DO DIALYZAČNÍHO PROGRAMU	PODSTOUPENÉ TRANSPLANTACE
P 1	muž	3x týdně 4 hodiny	3 měsíce	1
P 2	muž	3x týdně 4,5 hodiny	8 let	1
P 3	muž	3x týdně 4 hodiny	3 roky	1
P 4	muž	3x týdně 3 hodiny	1 týden	2
P 5	žena	3x týdně 4,5 hodiny	9 let	2
P 6	muž	3x týdně 4 hodiny	4 roky	2

Zdroj: Vlastní zpracování

## 4.2 Kategorie a podkategorie

Schéma 1 Kategorie a podkategorie



Zdroj: Vlastní zpracování

### 4.3 Kategorie 1 – fyziologické potřeby

První kategorie byla rozdělena dle nejčastějších odpovědí a potřeb pacientů do 3 podkategorií, to jest na potřebu spánku a odpočinku, potřebu výživy a potřebu volnočasových aktivit.

#### 4.3.1 Potřeba spánku a odpočinku

Spánek a odpočinek jsou pro naše tělo velmi podstatné a důležité potřeby. Z odpovědí pacientů opět podstupujících dialýzu vyplynulo, že mají tyto potřeby zvýšené. Pacienti P1, P2, P3, P5, P6 zmiňovali jak zvýšenou únavu, tak i zhoršenou kvalitu spánku. Pacient P2 zmiňoval jako nejvýznamnější změnu po znovu zařazení do dialyzačního programu úbytek sil a dodával: „*Potřebuju víc odpočinku, hlavně se vyspat po tý dialýze.*“ Pacient P1 odpovídal: „*Míň se spí, spím kratší dobu a pravidelně se budím ve 3 ráno.*“ Pacientka P5 uváděla i potíže s usínáním: „*Usnu třeba až ve 2 ráno a pořád se budím. Je to spíš, že nespím než spím.*“ Rozdíl mezi první dialýzou a opětovným zařazením porovnával pacient P6: „*No, to je bída taková, ten spánek. Když jsem začal chodit úplně poprvé na dialýzu, tak tenkrát jsem žádné potíže nepociťoval. Ale teď, znovu na tý dialýze, se mi objevila, oni tomu říkají, svědivka. To vás svědí celý tělo a v noci mě to budí, takže se moc nevyspím a přes den jsem pak někdy více unavený.*“ Pacient P3 se kromě onemocnění ledvin léčí také s Crohnovou chorobou, která mu spánek taktéž znepříjemňuje. „*No, s tím spánkem je to horší, kvůli tý Crohnovy nemoci jsem měl velké křeče hlavně právě v noci, a navíc jsem většinou unavenej po tý dialýze a chtělo by se mi spát, ale nejde to. Takže jsem zjistil, že je pro mě ideální vyspat se dopoledne, to já nejvíc spím, v noci mi to prostě nejde,*“ uvedl pacient P3.

Jediný pacient P4 hned jako velkou změnu po znovu zařazení zmínil zlepšení únavy: „*Tím, že jsem nastoupil na dialýzu, tak se ta únava opravdu zlepšila. Cítil jsem se předtím hrozně unavenej, pospával jsem skoro všude a teď se to fakt zlepšilo.*“ Zhoršení kvality spánku nevnímá.

Zbavit se únavy a zlepšit spánek není jednoduché. Pacientka P5 uvedla: „*...během dne jsem pak unavená, a tak si vždycky zdřímnu, cítím se pak líp.*“ Pacient P1 dokonce zkouší alternativní medicínu a říká: „*Piju před spaním bylinky, medituju a tak nějak to zkouším.*“

### 4.3.2 Potřeba výživy

Výživa slouží jako zdroj energie pro naše tělo. Pro pacienty po transplantaci a opět na dialýze existují určitá individuální omezení. Nejprve nás zajímalo, k jakým změnám po znovuzařazení na dialýzu došlo v pitném režimu. „Zatím k žádným. Takže co vypiju, což je tak do těch 3 litrů, tak i zatím vyčurám,“ uvedl pacient P1.

Ostatní pacienti již změny popisovali: „Snížení pitného režimu, měl bych vypít kolem třičtvrtě litru až litru.“ (P2). Pacienti P3 a P5 zmínili stejné omezení v pitném režimu. Oba by měli pít maximálně půl litru tekutin za den. „Samozřejmě, nesmím tolik pít, maximálně půl litru.“ (P3). „Měla bych pít do toho půl litru,“ sdělila pacientka P5. Pacient P4 odpověděl: „Pitný režim se změnil hodně a musím říct, že je to omezující, nemůžu se třeba napít, kdykoliv bych chtěl.“ Pacient P6 také uvedl, že je takto nastavený pitný režim do určité míry omezující, a dodával: „...a spousta lidí na to ohled nebere, já se opravdu snažím a dodržuju to.“

Dále byli pacienti dotazováni, zda mají nějaká omezení ve stravě, zda dodržují nějakou dietu a zda existují potraviny, které konzumovat nemohou. U pacientů P1, P2 a P4 byla zaznamenána stejná odpověď: „Co se týká diety, jím všechno.“ (P1). „V jídle se vůbec neomezuju.“ (P2). „Dieta? Vůbec se neomezuju.“ (P4).

Naopak pacientka P5 uvedla: „Hlídám si draslík a fosfor, takže nejím uzeniny, sýry a ovoce, zeleninu.“ Podobná odpověď se nám dostala i od pacienta P6: „V tom jídle si hlídám hlavně fosfor, ale občas to nejde.“ Dále vysvětloval, proč je pro něj občas obtížné dodržovat dietní opatření: „Víte, chodím do zaměstnání a tam máme závodní jídelnu a tam, co uvaří, musíte sníst, nejde si vybírat.“ Doptávali jsme se, zda neexistuje jiná možnost. „Pokud na to mám sílu, rád si uvařím jídlo s sebou, ale těch sil moc není, no.“ Dodržování omezené stravy shledává, dle jeho slov, složité i pacient P3, který uvedl: „...měl jsem dietu na dnu, dietu po transplantaci, mezitím jsem dostal cukrovku a diagnostikovali mi toho Crohna. Jím častěji a menší porce.“ Zajímalo nás, zda má nějaké konkrétní omezení v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou. Pacient P3 odpověděl: „Co se týká ledvin, tak omezuju určitě sůl, nesolim skoro vůbec. A pak nejím sejry a mléčný výrobky.“



### 4.3.3 *Potřeba vyprazdňování*

Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že pacienti velké změny ani obtíže v oblasti vyprazdňování nevnímají. Pacienti P1 a P2 uvedli, že žádné obtíže ani změny nevnímají vůbec. „*Jako nic zásadního. Míň čurám, ale jinak ne,*“ odpověděl pacient P6, se kterým se shodoval i pacient P3, který sdělil, že čím déle na dialýzu dochází, tím méně močí. Pacienti P3 a P5 odpověděli, že potíže s vyprazdňováním mají z jiných důvodů, které nesouvisejí se znovu zařazením do dialyzačního programu.

### 4.3.4 *Potřeba volnočasových aktivit*

Dle získaných odpovědí tráví pacienti volný čas lehce odlišně. Ptali jsem se na jejich záliby a zajímalo nás, zda je vůbec energie a chuť vykonávat nějakou tělesnou aktivitu. Pacient P2 uvedl: „*Já veškerý volný čas trávím s rodinou, mám manželku a roční dceru, kterým věnuju celej svůj čas.*“ S rodinou tráví volný čas i pacienti P3 a P5: „*...a teď v březnu se mi narodil vnuk, tak s nim jsem taky často.*“ (P3). „*Mám vnoučata, ty tam u nás bydlíš, takže tam mám fajn společnost.*“ (P5). Pacient P1 žije, dle jeho slov, normální život: „*Jezdim na ryby, zahradu mám, pejska, dám si někdy pivko, a dokonce někdy pečou.*“ Pacient P3 kromě radosti z vnuka sdílí koníček se svou manželkou. Řekl: „*Máme s manželkou takovýho velkého koníčka, máme chovnou stanici na britský kočky, máme jich doma 10.*“

Pacienti P4 a P6 sdělili, že jejich velkou zálibou je jejich práce: „*Já se věnuju hodně práci a na další koníčky mi moc času nezbyvá.*“ (P4). „*U mě je to hlavně ta práce, dělal jsem dřív s autama a to mi taky zůstalo, občas někomu něco opravím a kutám v dílně. Takže taky práce, ale mě to baví.*“ (P6).

Co se týká tělesné aktivity či nějakého sportu, pacienti P1 a P3 se věnují hlavně jízdě na kole. Pacient P1 s úsměvem dodal: „*...jo a cvičím jako v první třídě, rozhýbávám se a dřep a tak.*“ Pacient P3 pak kromě jízdy na kole uvedl: „*Když ještě můžu, tak jsme si s manželkou pořídili takový ty hole, tak chodíme anebo taky chodíme plavat.*“ Pacientka P5 přiznala, že má strach z fyzické aktivity: „*Od té doby, co jsem upadla a zlomila si ruku, ani nechci. Bojím se, přeci jen už nejsem nejmladší.*“ Nesportuje ani pacient P6. „*Tim, že trávím celej ten čas v práci, tak to už ani nejde sportovat. Člověk je rychle unavenej a to není k tomu.*“ (P6). Podobnou odpověď měl i pacient P4, který řekl, že celý den je na nohou a poté už nemá ani náladu se nějakému sportu věnovat.

Zajímalo nás také, jak jim tyto jejich aktivity pomáhají při zvládnání dialýzy. „*Určitě to pomůže, na psychickou i fyzickou stránku,*“ sdělil pacient P1. „*Na psychickou stránku to má určitě dobrej vliv,*“ uvedl pacient P3.

#### **4.3.5 Potřeba být bez bolesti**

Bolest je nepříjemnou zkušeností pacientů nejenom na dialýze. Zjišťovali jsme, zda mají pacienti bolest a jak se s ní vyrovnávají. Pouze pacient P3 zmínil bolest obecně v rámci dialyzačního programu: „*Bolívá mě občas hlava po dialýze a někdy záda, ale špatně mi nebejvá.*“ V případě bolesti užívá pacient P3 analgetika.

Ostatní pacienti uvedli bolesti pouze při samotném připojení k dialyzačnímu zařízení. „*Při dialýze to jen píchne, jinak nic nebolí, nebolí to,*“ sděluje pacient P1. „*Tak to akorát to samotné připojení, jinak nemám žádnou bolest.*“ (P4). Nepříjemnou zkušenost s připojením na dialýzu uvedl pacient P6: „*Když mě dřív napíchávali do ruky a měl jsem takový ty boule, tak to bolelo třeba i celý 4 hodiny. Pak mi teda ten vstup udělali tady na krku a nemusí mě napichovat.*“ Pacient P2 jako jediný zmínil, že mu trvá druhý den po dialýze pár hodin po probuzení, než se vše v těle srovná.

#### **4.4 Kategorie 2 – bezpečí a jistota**

Pacienti P1, P2, P3, P4 a P5 uvedli, že se cítí bezpečně jak doma, tak v dialyzačním středisku. Při své odpovědi váhal pacient P6: „*Jo doma určitě bezpečně. No tady v nemocnici bezpečně nebezpečně.*“ Došlo u něj k nákaze zlatým stafylokokem a v nemocnici strávil 6 týdnů. „*Takže nějaká jako obava z těch komplikací tam po takové zkušenosti je.*“ (P6).

Kvalitu péče v dialyzačním středisku hodnotili všichni pacienti velmi kladně. Dodává jim právě onen pocit bezpečí. „*Dobrý, perfektní, starají se úžasně.*“ (P1). „*Naprostu v pořádku.*“ (P2).

Tak kladné odpovědi nás přiměly k úvaze, zda by se našlo něco, co by zlepšili na poskytování péče pacientům, jako jsou oni. Pacienti P1, P2, P3 a P6 se shodují, že by nic neměnili, že mají vše, co potřebují: „*Tady je úplně všechno...*“ (P1). „*Tak tady je ta péče opravdu maximální...*“ (P2). Pacient P6 by taktéž nic neměnil, ale srovnal předchozí dialyzační středisko s nynějším: „*...tak ta bývalá dialýza, to bylo žalostný. Tady má například každéj svojí televizi, může si na ní pustit, co chce, jak chce. Tam sice každéj*

televizi před sebou měl, ale všem tam hrál stejnej program.“ Pacientka P5 s úsměvem odpověděla: „...akorát tu mašinu, abych tu mohla být třeba jen hodinu nebo jednou za týden.“

Pacient P4 měl jako jediný zkušenosti i s jinými dialyzačními středisky a v jeho odpovědi je porovnal následovně: „Zaprvé, tam je možno udělat větší soukromí, to znamená mezi lůžkama třeba i závěsy. Zadruhé, třeba po 3 hodinách dávají svačinu nebo i kávu, tady není možnost si tu kávu ani koupit.“

#### **4.4.1 Potřeba vyrovnat se s nastalou situací**

Zajímalo nás, nad čím pacienti přemýšleli na počátku znovu zařazení. Při naší otázce bylo na pacientech poznat, že to pro ně bylo těžké období a hůře se jim o tom mluvilo. Pacienti P2, P3 a P5 uvedli, že zažívali velmi nepříjemné pocity a potřebovali čas, aby se se vzniklou situací mohli vyrovnat. „Jako člověk ví, co ho čeká, ale stejně se s tím musíte nějak srovnat.“ (P2). Pacient P3 k tomu dodával: „Kdybych nechodil, tak umřu.“ Stejnou myšlenku uvedl i pacient P6: „V podstatě pak ale člověku dojde, že se s tím nedá nic dělat, protože bez toho nemůže žít.“ Pacientka P5 se svěřila: „Po tý psychický stránce mám teď jako občas takový jako depky no.“

Pacient P1 vzpomínal na dva bratry a otce, kteří si prošli stejnou životní situací a jsou již po smrti.

#### **4.4.2 Vnímání budoucnosti**

Odpovědi jsme hledali i na otázky ohledně budoucnosti. Ptali jsme se, zda mají pacienti nějaké obavy nebo nějaké výzvy, které by rádi překonali. Odpovědi byly různorodé. Pacienti P1, P2 a P4 žádné obavy nevnímají a působili při rozhovoru velmi vyrovnaně. „Už to nijak neřeším, nemám asi žádné, všechno mám přepsaný, takže... buď to vyjde, nebo to nevyjde, to ten nahoře řídí, já ne. Život je krátký a je důležitý ho prožít, změnit přístup k tomu životu.“ (P1). Pro pacienta P2 toto byla těžká otázka: „Hm... žiju přítomností, žádný obavy mě nenapadají.“

Obavy z výměny AVF má pacient P3, který se svěřil: „...mi asi za chvíli budou muset ten shunt předělat, jaký mám boule. Tak z toho mám docela vítr,“ pokračoval, „pro mě je to teď součást života a prostě to беру tak, jak to je. Pacientka P5 má obavy z délky života: „Jelikož nejspíš další transplantaci mít nebudu, tak přemýšlím, jak dlouho tady

*ještě budu.*“ Pacient P6 si přeje podstoupit ještě jednu transplantaci, ale jak sám uvedl: „...zatím se to k tomu nemá. Výzva je možná dožít se co nejdělsího věku.“

Nabízela se otázka ohledně kroků, které provedli pro zajištění jistoty a bezpečí v souvislosti s jejich zdravotním stavem do budoucna. Většina odpovědí se týkala finančních jistot a přepsání majetků. „*Všechno jsem přepsala na dceru.*“ (P5). Pacienti P2 a P6 chtějí především zajistit rodinu, mají finanční rezervy a pojištění. Pacient P6 dále uvedl: „*Když se mi objevila tahle nemoc, tak jsme dětem udělali vyšetření na nějakou jako genetiku, jestli to tam taky není.*“

#### **4.4.3 Časová náročnost dialýzy**

Všichni pacienti docházejí na dialýzu tři dny v týdnu na 3–4,5 hodiny, většinou ve večerních hodinách. Tato časová náročnost jim brání v mnoha ohledech. Pouze pacient P4 sdělil: „*To, že trávím tři večery tady, tak to mě nijak vysloveně neomezuje.*“

Ostatní pacienti uvedli, že je to pro ně velmi omezující a dle dialýzy se řídí jejich život: „*Nemůžu si dojít třeba do kina, kdy chci, na dovolenou...*“ (P3). „*Člověk nemůže disponovat volným časem v takový míře, že může kdykoliv kamkoliv...*“ (P6). Pacient P2 uvedl, že musí více čas plánovat a organizovat si život velmi dopředu. Překvapilo nás jeho sdělení: „*Když si to spočítáte, tak za rok přijdete o celý měsíc.*“

#### **4.4.4 Potřeba bezproblémového průběhu dialýzy**

Odpovědi na otázku, co je pro pacienty během dialýzy nejdůležitější, byly všechny shodné. Všichni pacienti si přejí klidný průběh, aby vše proběhlo v naprostém pořádku, bez komplikací: „*Aby to v pohodě proběhlo, to je to nejdůležitější. Aby se vyčistila krev a proběhlo to v pohodě.*“ (P4).

### **4.5 Kategorie 3 – láska a sounáležitost**

Potřeba sociálního kontaktu, potřeba někam patřit či dobré rodinné vztahy tvoří střed Maslowovy pyramidy potřeb. Pokud pacient má nedostatek v této oblasti, mohou se u něj objevovat pocity samoty či například úzkosti.

#### **4.5.1 Potřeba podpory**

Všichni pacienti se shodují na tom, že je pro ně podpora od rodiny klíčová. Pacienti P4 a P5 s úsměvem uvedli, že někdy jim rodina pomáhá až moc: „*Pomáhají mi všichni, na*

*tu psychiku je to určitě důležité. Někdy mi teda pomáhají až moc.*“ (P4). Pacient P2 sdělil, že s onemocněním ledvin se potýká od malička a podporu vnímá od té doby až dodnes, stejně jako pacient P1, u kterého se nemoc vyskytuje po několik generací. „*Manželka mě podporuje hodně. Dokonce ono to bylo tak, že ona hubla, aby mi mohla dát ledvinu,*“ odpověděl pacient P3. Pacient P6 uvedl, že se s tím také rodina musela smířit, a dodal: „*Vnímám podporu hodně. Jezdíme společně i s dětma na chatu, tak to mám rád, ten čas s rodinou. V tom mi vlastně ta podpora úplně stačí.*“

#### **4.5.2 Potřeba běžného života**

Až na pacientku P5, která je ve starobním důchodu, ostatní pacienti docházejí do zaměstnání. Zaměřili jsme se na to, jaký vliv jejich znovu zařazení na dialýzu mělo v pracovním životě. Pacient P2 práci měnit ani upravovat nemusel: „*Dělám na recepci, to je práce v teple, v suchu, zvedám telefony a vydávám klíče a balíčky a tak.*“ Naopak pacienti P2 a P6 zkrátili pracovní dobu, ale zaměstnání též neměnili: „*...firma mi vyšla vstříc s upravením pracovní doby, protože 8 hodin se už nedalo vydržet.*“ (P6).

Pacient P4 podniká a sám se také musel přizpůsobit vlastním možnostem. „*...protože vlastním firmu, musel jsem upravit všechno kolem, přizpůsobit si to, jít třeba později do práce a tak.*“

#### **4.6 Kategorie 4 – sebeúcta**

Pocit méněcennosti či nízké sebevědomí mohou nastat v případě nedostatku sebeúcty i respektu od ostatních. U pacientů jsme hledali odpovědi na to, jak vnímají sami sebe, své sebevědomí a do jaké míry jsou soběstační. Všichni z dotazovaných pacientů odpověděli, že fungují pořád stejným způsobem a jsou plně samostatní. Pacientka P5 řekla: „*No tak, já si doma jako udělám všechno, někdy mi pomůže dcera, když potřebuju, ale jinak jsem samostatná.*“ Pacienti P2 a P4 se jinak než dříve nevnímají, pacient P2 dodal: „*...to je asi spíš otázka na třetí osobu.*“ Pacient P3, který byl celý svůj dosavadní život velmi fyzicky aktivní, popsal: „*Tak určitě se vnímám jinak, ale ne nijak špatně.*“ Pacientka P5 o sobě řekla, že se cítí být více trpělivá: „*...tak nějak všechno občas přejdu a nedělám z komára velblouda.*“ Pacient P6 se svěřil, že se vnímá více psychicky silnější.

#### 4.7 Kategorie 5 – seberealizace

Seberealizace je oblast, která stojí na samotném vrcholu Maslowovy pyramidy potřeb. Snažili jsme se zjistit, zda transplantovaní pacienti, znovu zařazení do dialyzačního programu, jsou schopni mít tuto potřebu uspokojenou. Dotazy byly mířeny na význam seberealizace a na zjištění, čeho by rádi v životě ještě dosáhli. Z odpovědí na dotazy, cílené na seberealizaci a osobní rozvoj, vyplynulo, že tyto potřeby momentálně nestojí na vrcholu jejich pyramidy: „*To šlo ted' mimo,*“ řekl pacient P1. Pacienti P4 a P6 uvedli, že se mohou rozvíjet a realizovat alespoň díky zaměstnání: „*Víte, já jsem rád, že jsem v té práci a tam se můžu tak jako nějak seberealizovat,*“ uvedl pacient P6.

Ptali jsme se také, čeho by v životě rádi dosáhli. U pacientů P1, P3 a P6 byla odpověď shodná. Rádi by byli opět zařazení na transplantační listinu: „*...abych mohl být třeba jednou znovu zařazený do toho transplantačního programu.*“ (P3). Pacient P2 odpověděl: „*Tak mám dceru malou, roční, tak nějaká její budoucnost, to bych chtěl vidět.*“ Podobná odpověď byla zaznamenána i u pacientky P5, která řekla: „*Chtěla bych ještě vidět ty vnoučata, jak rostou.*“

Pacient P3 také sdělil, že kromě další transplantace bylo vždy jeho snem řídit autobus, ale dlouhodobá dialýza ho v jeho snu celkově velmi omezuje. „*Ted' plácnu, když bych si chtěl udělat řidičák na autobus, tak i kdybych si ho nějakým způsobem udělal, tak si myslím, víte, to byl můj sen vždycky řídit autobus, že by to pro mě ani nebylo potom vhodný.*“ (P3). Naopak pacientka P5 uvedla, že jí dialýza zároveň pomáhá přiblížit se tomu, čeho by ráda ještě v životě dosáhla: „*Díky té dialýze tu jsem a můžu vidět i ty vnoučata.*“

## 5 Diskuze

V této bakalářské práci jsme se zabývali potřebami pacientů, kteří byli po transplantaci opět zařazeni do dlouhodobého dialyzačního programu. Výsledky byly získány pomocí kvalitativního šetření formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů s pacienty z vybraného dialyzačního střediska v Jihočeském kraji. Někteří pacienti byli více otevřeni tomuto tématu, někteří méně, ale všichni dobrovolně odpověděli na všechny mé otázky.

Z výsledků bylo vytvořeno 5 hlavních kategorií, které odpovídají Maslowově pyramidě potřeb. Tato pyramida rozděluje lidské potřeby na základní a vyšší potřeby. Šamánková (2011) píše, že vyšší potřeby přestávají být pro pacienty důležité ve chvíli nedostatečného uspokojení potřeb základních a pacientova pozornost se přesouvá právě do této oblasti. To potvrzují i výsledky našeho šetření. Pro všechny pacienty bylo přednější věnovat svou energii do uspokojení fyziologických potřeb, potřeby jistoty a bezpečí a lásky a sounáležitosti.

Pacienti především zmiňovali pocity únavy a zhoršeného spánku. Maruyama et al. (2021) zmiňují, že únava dialyzovaných pacientů je jednou z nejčastějších komplikací léčby a může souviset se zhoršením výsledků pacienta. Haluzíková et al. (2019) uvádějí, že spánek je důležitý pro regeneraci těla, čímž ho chrání před vyčerpáním. Výjimkou byl pouze jeden z pacientů, který sdělil, že se jeho únava po zařazení na dialýzu zlepšila.

V souvislosti s únavou se tedy nabízí otázka volnočasových aktivit. Suparti et al. (2020) totiž uvádí, že únava, na kterou si stěžuje velká většina pacientů, může snižovat fyzickou zdatnost i kvalitu života. Zajímali jsme se, zda mají pacienti dostatek sil na své zájmy. Haluzíková et al. (2019) zmiňuje, že kvalitu života určuje i to, zda se mohou pacienti věnovat svým koníčkům a oblíbeným aktivitám. Z výsledků vyplynulo, že pacienti tráví čas odlišně, ale každý z nich má koníček, který je naplňuje. Haluzíková et al. (2019) také uvádí, že pouze sám pacient je schopen odhadnout, jaká aktivita a v jaké intenzitě je v jeho možnostech. Sportu se aktivně věnují pouze dva dotazovaní, jedna pacientka má z větší fyzické aktivity strach, a to kvůli úrazu v minulosti. Ostatní pacienti mají fyzickou zátěž v zaměstnání a nemají pak na sport náladu, ani síly. Myslíme si, že určitá tělesná aktivita v jakékoli intenzitě je pro tělo dialyzovaného pacienta přínosná. Nedojde k tak výraznému snížení svalové síly a pacienti přijdou na jiné myšlenky. Wu et al. (2020) ve své studii zjistili, že dialyzovaní pacienti, kteří mají pravidelně více fyzické aktivity, jsou méně unavení a nepotýkají se v takové míře s psychickými obtížemi, jako pacienti s nižší

či žádnou fyzickou aktivitou. To potvrzují i dva pacienti, kteří sdělili, že vnímají pozitivní vliv nejen na fyzickou stránku, ale i na tu psychickou.

Další oblastí v rámci změn a omezení, kterou pacienti zmiňovali, byla strava a pitný režim. Díky stravě a pitnému režimu je lidské tělo schopné získávat potřebnou energii. Většina pacientů uvedla, že žádná omezení či dietu neřeší a ve stravě se neomezuje. Dva z dotazovaných pacientů odpověděli, že se snaží vyhnout fosforu a draslíku. Tyto odpovědi se shodují s doporučením v omezení těchto složek, které uvádějí Hrubý a Mengerová (2009). Tito pacienti upřesnili, že se vyhýbají mléčným výrobkům a některým druhům ovoce a zeleniny. Dusilová Sulková (2020) také zmiňuje vyhnutí se především mléčným výrobkům a „éčkům“ s fosforem v potravě. Pouze jeden pacient sdělil, že ví, že má dodržovat určitá omezení, ale občas tomu tak není. Velmi nás zaujal rozhovor od Podlahové (2019) v časopisu Stěžeň s pacientem, který je léčen, ač s pauzami, 24 let dialýzou. V roce 2019, kdy byl tento rozhovor zveřejněn, čekal již na šestou transplantaci ledviny. Řekl, že jídelníček lehce upravil, ale nijak zvlášť se neomezuje. Z výzkumu, který prezentují redaktoři z časopisu Florence (2015), bylo zjištěno, že necelých 10 % dialyzovaných pacientů nedodržuje doporučená opatření v rámci diety a pitného režimu. Až na jednoho pacienta, všichni uvedli snížení pitného režimu na množství mezi 0,5–1 litrem. I v našem šetření se objevili pacienti, kteří přiznali, že někdy omezení přesáhnou a jejich denní příjem tekutin je vyšší. Pro pacienty je toto omezení velmi nepříjemné, protože se nemohou napít kdykoliv během dne. I vzhledem k omezení pitného režimu bylo zjištěno, že pacienti vnímají pouze sníženou denní diurézu, která pro ně nepředstavuje žádný problém. Šantová et al. (2015) ve své studii shrnují, že pacienty, dlouhodobě zařazené do dialyzačního programu, je nutné podporovat v dodržování jistých stravovacích omezení, fyzické aktivitě a poukázat na klady, které se dostaví při dodržování restrikcí.

Z výsledků je také zřejmé, že se pacienti potýkají i s různými typy bolestí. Melo et al. (2022) ve svém výzkumu zjistili, že téměř polovina pacientů, zařazených do jejich výzkumu, se potýká s bolestmi hlavy. V našem šetření bolest hlavy uvedl pouze jediný pacient, ostatní pacienti zmiňovali mírné bolesti při samotném napojení na dialýzu. Duncanson et al. (2023) popisují, že bolesti při zavedení jehly do cévního vstupu jsou pro mnoho pacientů nepříjemnou zkušeností.



Skoro všichni pacienti v rámci rozhovoru sdělili, že se cítí doma i v dialyzačním středisku bezpečně. Urbanová (2021) zmiňuje, že by ošetřující personál měl přistupovat k pacientům profesionálně, empaticky a s trpělivostí. Nikdo z dotazovaných neměl problém s kvalitou poskytované péče od zdravotnického personálu, která jim také dodává určitý pocit bezpečí a jistoty. Co by však ocenili během dialýzy, je větší soukromí a možnost kávy či svačiny. Taková přání u dialyzovaných pacientů zjistila i Hornová (2018) ve svém výzkumném šetření.

Výsledky rozhovorů ukazují, že jsou pacienti se svou životní situací velmi smíření a vyrovnaní. Všichni si dialýzou již prošli a věděli, co je čeká. Ale většině z nich trvalo určitou dobu, než se se vzniklou situací vyrovnali. Došli k závěrům, že dialýza je metoda, která jim umožňuje žít. Duncanson et al. (2021) poukazují na to, že pacienti musí překonávat výzvy, v souvislosti s dialýzou, a snaží se situací vyrovnávat různými způsoby. Výzvou, kterou uvádějí Džumelová-Ižová a Ďurčová (2009), mohou být obavy z toho, že nestihnou výchovu dětí, nebo že rodinu dostatečně finančně nezajistí. Z výsledných odpovědí lze odvodit, že takovéto obavy se objevovaly i u pacientů zahrnutých do tohoto výzkumu. Většina z nich podnikla opatření do budoucna v rámci zajištění rodiny, finančních rezerv či přepsání majetků. S opětovnými zařazeními se vyrovnával velmi dlouho a špatně i pacient z rozhovoru pro časopis Stěžeň (2019), který uvedl, že mu velmi pomohl otec s bratrem.

Právě důležitost podpory rodiny a blízkých v rámci vyrovnávání se s dialýzou zmiňují i Duncanson et al. (2021). Jeden z dotazovaných uvedl, že manželka hubla, aby mu mohla darovat ledvinu. Ale i malé okamžiky a čas strávený s rodinou vnímají pacienti jako velkou podporu a motivaci. Bednařík a Andrášová (2020) uvádějí, že zájem a pomoc od blízkých pomáhá pacientovi lépe zvládat situace a motivuje ho pokračovat v léčbě. Zaujala nás studie Karadag et al. (2013), kteří zjistili, že pacienti, kteří pociťují velkou únavu, nemají dostatečnou podporu ze strany rodiny a blízkých. Naše výsledky tomu tak ovšem nenaznačují. Všichni pacienti uvedli, že vnímají velkou podporu od svého okolí, ale taktéž zvýšenou únavu.

Dalším faktorem, který je pro pacienty omezující, je čas. Až na jednoho pacienta, který uvedl, že ho hodiny na dialýze neomezují, ostatní pacienti by rádi daný čas trávili například s rodinou. Musejí čas lépe plánovat a organizovat. Lékařka Ivana Jordanov v rozhovoru pro Český rozhlas (2011) řekla, že u hemodialýzy je časová náročnost silně

znatelná, protože pacient dojíždí 3x týdně na 4–5 hodin do dialyzačního střediska. Popisovala také, že pro pacienty s peritoneální dialýzou je cestování mnohem snazší než pro pacienty na hemodialýze, což potvrzují i odpovědi pacientů, pro které je cestování složité z důvodu nutného dosahu dialyzačního střediska. Pacient z časopisu Stěžeň (2019) naopak sdělil, že velmi rád cestuje nejen po České republice, ale i do zahraničí.

Jednou z našich výzkumných otázek bylo zjistit, co je pro pacienty během dialýzy nejdůležitější. Haluzíková et al. (2019) poukazují na to, že je pro pacienty velmi důležitá komunikace. V rámci našeho výzkumného šetření však všichni pacienti jako odpověď uvedli, že nejdůležitější je pro ně klidný nekomplikovaný průběh.

Další oblastí, ve které jsme hledali odpovědi, byl sociální a pracovní život. Zjistili jsme, že pacienti žijí a chtějí žít „normální“ život. Až na jednu pacientku, která je ve starobním důchodu, docházejí všichni dotazovaní do zaměstnání. Erickson et al. (2018) ve své výzkumu zmiňují, že pro pacienty s chronickým onemocněním, kteří se potýkají s různými životními výzvami, může být velmi problematické zůstat zaměstnán. Z našich výsledků vyplývá, že u pacientů muselo dojít pouze k upravení pracovní doby vzhledem k jejich fyzickým možnostem. Nikdo z nich však nemusel práci opustit či změnit. Pacient z časopisu Stěžeň (2019) uvedl, že svou práci musel změnit několikrát. Pacienti z mého šetření se tedy snaží žít opravdu „normální“ život. Kromě zaměstnání mají své zájmy, scházejí se s přáteli či navštěvují členy rodiny. Pouze pacientka, která je ve starobním důchodu, uvedla, že tolik už mezi lidmi nechodí, jak tomu bylo dříve. Sama se bojí, takže z velké části její sociální kontakt naplňuje rodina s vnoučaty. V rozhovoru uvedla, že po zařazení se cítí psychicky hůře. Přemýšlíme, že právě opětovné zařazení na dialýzu, jisté fyzické omezení, strach jít někam sama, i to, že je pacientka již ve starobním důchodu, mohou mít velký vliv na případné zhoršování jejího psychického stavu. Jak uvádí Kopecká (2011), kontakt s druhými lidmi je pro člověka nesmírně důležitý a izolace negativně ovlivňuje psychický stav.

Ondriová a Cinová (2020) poukazují i na narušení sebeúcty následkem změn v sociálních rolích nemocného. Po transplantaci má člověk jakousi naději na „normální“ život a pád zpět na dialýzu může ovlivnit i jejich pohled na sebe samého a snížit sebevědomí. Z výsledků výzkumu Girgin a Yavuz (2022) vyplynulo, že pacienti podstupující hemodialýzu, na rozdíl od pacientů s peritoneální dialýzou, tak vysokou sebeúctu nemají. Bargiel-Matusiewicz et al. (2010) ve své studii zjistili, že dialyzovaní pacienti dosahují

nižšího skóre v oblasti sebevědomí a sebeúcty než zdravá populace. Také z jejich výsledků vyplynulo, že o něco vyšší úroveň sebeúcty a sebevědomí mají dialyzovaní pacienti do 50 let než pacienti nad 50 let. Dle našich výsledků se pacienti vnímají stále stejně, nebo se cítí více psychicky odolní či trpěliví. Vnímají se možná jinak, ale ne negativně.

Seberealizace je oblast, která se nachází na samotném vrcholu Maslowovy pyramidy potřeb. Z výsledků šetření vyplynulo, že pacienti nekladou takový důraz na tuto oblast, ale zaměřují se spíše na potřeby nižší kategorie. Uváděli, že čas by se určitě na nějaký osobní rozvoj našel, ale raději ho věnují jiným činnostem. Někteří z dotazovaných také sdělili, že se mohou rozvíjet díky svému zaměstnání a částečně jim to tak poskytuje uspokojení v této oblasti. Ptali jsem se pacientů, čeho by v životě rádi dosáhli. Polovina z nich by ráda dostala možnost opětovného zařazení na transplantační listinu. Také se mezi odpověďmi objevilo, že by rádi viděli vyrůstat děti či vnoučata.

Člověk je individuální osoba, která může vnímat určité situace a věci odlišně. Proto v lidských potřebách jednotlivců můžeme najít rozdíly. Rozdílnost se může odrážet i od faktorů, jako jsou například pohlaví, věk, životní situace či společenské postavení. Pacienti znovu zařazení do dialyzačního programu se v mnoha oblastech potřeb shodují, ale také rozcházejí. Existuje jistá propojenost mezi všemi oblastmi lidských potřeb. Pokud pacient na dialýze nemá uspokojené základní oblasti, například je omezen ve stravování a pitném režimu, jeho tělo nebude mít dostatek energie. Nedostatek energie vede ke zvýšené únavě, která může znemožňovat vykonávání fyzické aktivity, která je důležitá pro udržení svalové síly a psychické pohody. Vše se vším souvisí. Tyto myšlenky zmiňuje i redakce časopisu Stěžeň (2024), která popisuje, že je nutné vnímat člověka jako celek a nelze se zajímat jen o jeho somatické problémy. Dodávají, že pokud pacient nemá uspokojenou jakoukoliv potřebu, rovnováha celku je narušena a vše se odrazí na zdravotním stavu pacienta. Je proto, myslíme si, důležité, aby se potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dialyzačního programu prozkoumávaly více. Literatura a odborné články se zaměřují především na uspokojování potřeb nižších, řekla bych, těch nejdůležitějších. Pouze minimum z dostupných zdrojů pak zkoumá vyšší oblasti potřeb pacientů, jako je sebeúcta a seberealizace.

## 6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zabývali potřebami transplantovaných pacientů, kteří byli znovu zařazeni do dlouhodobého dialyzačního programu. Hlavním cílem naší práce bylo zjistit specifické potřeby těchto pacientů. Dle hlavního cíle byly následně formulovány čtyři výzkumné otázky, které se zaměřovaly na specifické potřeby, potřeby, které nejsou dostatečně uspokojovány, na změny potřeb před a po transplantaci a v poslední řadě na nejdůležitější potřeby.

Za specifickou oblast bych zde uvedla zvýšenou potřebu podpory od rodiny. Rodina pacientům velmi pomáhá s vyrovnáním se situací, podporuje je v pokračování léčby a dává jim důvod, pro co žít. Dále bych zmínila čas, který je pro pacienty velmi svazující. Musejí více plánovat a organizovat každý svůj den. A i přesto, že by raději trávili čas strávený na dialýze jinak, ví, že je to metoda, díky které žijí. Odpovědí na otázku ohledně specifických potřeb je také potřeba „normálního“ života. Dotazovaní se nechtějí cítit jako pacienti, ale chtějí být zařazeni do společnosti i přes jejich určitá omezení.

Největší změny a nedostatečně uspokojené potřeby shledávali pacienti v oblasti fyziologických potřeb. Zmiňovali především zvýšenou potřebu spánku a odpočinku, nedostatečný pitný režim a jistý druh bolesti související s napojováním na dialyzační zařízení. Zajímavé výsledky byly zjištěny v rámci tělesné aktivity. Pacienti, i přes zvýšenou únavu, vykonávají nějaký druh tělesné aktivity. Potvrdili, že kromě fyzické zdatnosti jim tyto činnosti pomáhají s psychickou pohodou.

Z výsledků jednoznačně vyplynulo, že naprosto nejdůležitější je pro pacienty klidný, nekomplikovaný průběh dialýzy.

Na závěr bychom rádi poukázali na to, že i přesto, že pacienti mohou mít společné problémy či potřeby, pořád je důležité pohlížet na člověka jako individuální bytost, která se může od většiny ostatních ve svých potřebách odlišovat. Tyto výsledky tak mohou pomoci lépe pochopit problematiku potřeb transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dialyzačního programu. Sloužit mohou i jako informační materiál pro zaměstnance dialyzačních středisek či pacientovo rodinné, přátelské a pracovní okolí.

## 7 Seznam literatury

1. AGRAWAL, A. et al., 2022. Long-Term Infectious Complications of Kidney Transplantation. *CJASN: Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 17(2), 286-295. DOI: 10.2215/CJN.15971020.
2. BARGIEL-MATUSIENWICZ, K. et al., 2010. Self-evaluation in dialysis patients. *European Journal of Medical Research*. 15(2), 7-9. DOI: 10.1186/2047-783X-15-S2-7.
3. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
4. CLARK, S. et al., 2019. Access to Kidney Transplantation after a Failed First Kidney Transplant and Associations with Patient and Allograft Survival. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 14(8), 1228-1237. DOI: 10.2215/CJN.01530219.
5. ČABANOVÁ, A., 2021. Hemodialýza a sociální podpora pacienta. *Postgraduální nefrologie*. 19(1), 37-39. ISSN 1214-178X.
6. ČESKÁ TRANSPLANTAČNÍ SPOLEČNOST PACIENTŮM, 2015. Komplikace po transplantaci ledviny [online]. Praha: Česká transplantáční společnost [cit. 2023-12-15]. Dostupné z: [https://transplantace.eu/site/?page\\_id=141](https://transplantace.eu/site/?page_id=141)
7. Pondělní poradna radia Dvojky [rozhlas]. Peritoneální dialýza je pro pacienty pohodlnou léčbou. Moderuje Daniela Brůhová, hostem MUDr. Ivana Jordanov. Český rozhlas – Radio Dvojka. 21.11.2023. Dostupné také z: <https://dvojka.rozhlas.cz/peritonealni-dialyza-je-pro-pacienty-pohodlnou-lecbou-21-listopadu-7538161>. přepis rozhovoru.
8. DARVISHI A. et al., 2020. The Effectiveness of Spiritual Therapy on Spiritual Well-Being, Self-Esteem and Self-Efficacy in Patients on Hemodialysis. *Journal of Religion and Health*. 59, 277-288. DOI: 10.1007/s10943-018-00750-1.

9. DAVISON, S. et al., 2010. Existential and Supportive Care Needs Among Patients with Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 40(6), 838-843. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015.
10. DUNCANSON, E. et al., 2021. Patient perspectives of coping with automated peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*. 42(4), 344-352. DOI: 10.1177/08968608211043411.
11. DUNCANSON, E. et al., 2023. Dialysis Needle-Related Distress: Patient Perspectives on Identification, Prevention, and Management. *Kidney International Reports*. 8(12), 2625-2634. DOI: 10.1016/j.ekir.2023.09.011.
12. DUSILOVÁ SULKOVÁ, S., 2020. Dvacet let cesty nefrologa do hlubin toxicity fosforu. *Vnitřní lékařství*. 66(1), e19-e25. DOI: 10.36290/vnl.2020.028.
13. DŽUMELOVÁ-IŽOVÁ, M., ĎUČOVÁ, S., 2009. Dialyzovaný pacient a trávení volného času. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 9(1), 28-29. ISSN: 2570-4915.
14. ĎULÍKOVÁ, J., 2008. Komplexní péče u dialyzovaného pacienta. *Urologie pro praxi*. 9(6), 326-327. ISSN 1803-5299.
15. ERICKSON, K. et al., 2018. Employment among Patients Starting Dialysis in the United States. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 13(2), 265-273. DOI: 10.2215/CJN.06470617.
16. GIRGIN, A., YAVUZ, M., 2022. Evaluation and comparison of depression, anxiety, self-esteem, and social adaptation in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *DAHUDER Medical Journal*. 2(4), 114-119. DOI: 10.56016/dahudermj.1186140.
17. GOORAN, S. et al., 2018. Delayed Hemorrhage in Kidney Transplantation: A Life-threatening Condition. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*. 9(1), 46-49. ISSN 2008-6490.
18. HALUZÍKOVÁ, J. et al., 2019. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-5329-4.

19. HORNOVÁ, K., 2018. *Potřeby pacientů podstupujících dialyzační léčbu*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
20. HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O., 2009. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení: Svazek XI*. Forsapi. 120 s. ISBN 978-80-87250-06-8.
21. CHOATE, H. et al., 2018. Urologic complications in renal transplants. *Translational Andrology and Urology*. 8(2), 141-147. DOI: 10.21037/tau.2018.11.13.
22. IKEM. 2015-2023a. Program transplantace ledvin od žijících dárců [online]. Praha: Institut klinické a experimentální medicíny [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-nefrologie/pro-pacienty/informace-pro-pacienty-pred-a-po-transplantaci-ledviny/program-transplantace-ledvin-od-zijicich-darcu/a-1410/>
23. IKEM. 2015-2023b. Program transplantace ledvin od zemřelých dárců [online]. Praha: Institut klinické a experimentální medicíny [cit. 2023-12-15]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-nefrologie/pro-pacienty/informace-pro-pacienty-pred-a-po-transplantaci-ledviny/program-transplantace-ledvin-od-zemrelych-darcu/a-1411/>
24. JOCHMANNOVÁ, L. et al., 2021. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.
25. KARADAG, E. et al., 2013. Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients. *Nursing and Health Sciences*. 15(2), 164-171. DOI: 10.1111/nhs.12008.
26. KNAPOVÁ, J., 2019. Holismus. In: *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka* [online]. Ostrava: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická [cit. 2023-10-20]. Výukový materiál. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page01.html>
27. KORDULOVÁ, P., REBCOVÁ, A., 2019. Edukace pacientů po transplantaci ledviny. *Urologie pro praxi*. 20(4), 191-194. DOI: 10.36290/uro.2019.076.

28. KUDLA, M. et al., 2008. Chirurgické komplikace po transplantaci ledvin a jejich řešení. In: VIKLICKÝ, O. et al. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. Praha: Grada. s. 153-172. ISBN 978-80-247-2455-3.
29. LACHMANOVÁ, J., 2022. Vše o hemodialýze pro sestry. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 120 s. ISBN 978-807-4926-341.
30. LEDVINY.CZ, 2023. Možné komplikace při transplantaci [online]. Praha: B. Braun Medical [cit. 2023-12-15]. Dostupné z: <https://www.ledviny.cz/mozne-komplikace/mozne-komplikace-pri-transplantaci>
31. LYEROVÁ, L., 2012. Metody náhrady ledvinné funkce – praktický postup u pacienta s chronickým onemocněním ledvin v predialýze. *Urologie pro praxi*. 13(4), 159-162. ISSN 1213-1768.
32. MARUYAMA, Y. et al., 2021. Comparisons of fatigue between dialysis modalities: A cross-sectional study. *PLOS ONE*. 16(2): e0246890. DOI: 10.1371/journal.pone.0246890.
33. MELO, E. et al., 2021. Dialysis headache: characteristics, impact and cerebrovascular evaluation. *Arq Neuropsiquiatr*. 80(2), 129-136. DOI: 10.1590/0004-282X-ANP-2021-0133.
34. MONTGOMERY, R. et al., 2011. Desensitization in HLA-Incompatible Kidney Recipients and Survival. *The New England Journal of Medicine*. 365:318-26. DOI: 10.1056/NEJMoa1012376.
35. MYSLIVEC, O. (ed.), 2023. *Praktický manuál cévních přístupů pro hemodialýzu* [online]. Praha: Aesculap Akademie. 145 s. [cit. 2023-12-15]. ISBN 978-80-11-01619-7. Dostupné z: [https://issuu.com/aesculapakademie/docs/cevni\\_pristupy\\_publicace](https://issuu.com/aesculapakademie/docs/cevni_pristupy_publicace)
36. NACHTMANNOVÁ, K., 2021. Cévní vstupy pro hemodialýzu. *Florence*. 17(3), 34. ISSN 1801-464X.
37. NAMBIAR, P. et al., 2018. Infection in Kidney Transplant. In: RAMIREZ, C., McCAULEY, J. (eds.). *Contemporary Kidney Transplantation*. Organ and Tissue



Transplantation. Springer International Publishing AG, part of Springer Nature. s. 307-327. DOI: 10.1007/978-3-319-19617-6.

38. NEPHROCARE, 2015-2023. *Transplantace* [online]. Praha: Fresenius Medical Care – DC [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.nephrocare.cz/pacienti/moznosti-lecby/transplantace>
39. ONDRIOVÁ, I., CINOVÁ, J., 2020. *Psychosociálne aspekty zdravotníckej praxe*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. 160 s. ISBN 978-80-555-2416-0.
40. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
41. PODLAHOVÁ, H., 2019. Rozhovor: Život je nádherný, i po páté transplantaci. *Stěžněň: Časopis pro dialyzované a transplantované*. 19(3), 12-15. ISSN: 1210-0153.
42. POKOROVÁ, P., 2013. *Výživa dialyzovaných pacientů*. Forsapi. 140 s. ISBN 978-80-87250-23-5.
43. PTÁČKOVÁ, J., 2017. Moderní kuchyně při dialýze. *Stěžněň: Časopis pro dialyzované a transplantované*. Praha: Společnost dialyzovaných a transplantovaných. 28(2), 10-15. ISSN 1210-0153.
44. RAJNOCHOVÁ BLOUDÍČKOVÁ, S., 2018a. Transplantace ledviny – kritéria k zařazení na čekací listinu. *Urologie pro praxi*. 19(1), 23-26. DOI: 10.36290/uro.2018.031.
45. RAJNOCHOVÁ BLOUDÍČKOVÁ, S., 2018b. Preemptivní transplantace ledviny. *Postgraduální nefrologie*. 16(4), 31-32. ISSN 1214-178X.
46. RAJNOCHOVÁ BLOUDÍČKOVÁ, S., 2022. Infekční komplikace po transplantaci ledviny. *Urologie pro praxi*. 23(4), 174-179. DOI: 10.36290/uro.2022.047.
47. REDAKCE FLORENCE, 2015. Průzkum: Deset procent dialyzovaných pacientů nespolupracuje, čtvrtina trpí úzkostí. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 15(6), 6-7. ISSN: 2570-4915.

48. SANDHYA, P. (ed.), 2023. Kidney transplant [online]. Mayo Clinic [cit. 2023-12-26]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/kidney-transplant/about/pac-20384777>
49. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2022. Spiritualita, náboženství a zdraví. In: SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-3242-3.
50. STĚŽEŇ, 2024. Pacient na dialýze a kvalita jeho života. *Stěžej: Časopis pro dialyzované a transplantované*. 24(1), s. 29. ISSN: 1210-0153.
51. SUPARTI, S. et al., 2020. The Relationship between Dialysis Adequacy and Fatigue in Patients on Maintenance Hemodialysis. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*. 8(1). DOI: 10.24198/jkp.
52. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
53. ŠANTOVÁ, T. et al., 2015. Faktory ovlivňující kvalitu života dialyzovaných pacientů. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 15(12), 22-24. ISSN: 2570-4915.
54. ŠEDO VÁ, L., 2020. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství: (pro obor Zdravotně-sociální péče)*. České Budějovice: ZSF JCU. 95 s. ISBN 978-80-739-4822-1.
55. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
56. UC DAVIS TRANSPLANT CENTER, 2023. Cross-Match Testing [online]. Sacramento: UC Regents [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://health.ucdavis.edu/transplant/livingkidneydonation/cross-match-testing.html>
57. URBANOVÁ, V., 2021. Zdravotnická psychologie. In: ZÁŠKODNÁ, H. (ed). *Základy psychologie*. České Budějovice: ZSF JCU, s. 120-127. ISBN 978-80-7394-850-4.

58. VIKLICKÝ, O. et al., 2015a. Transplantace ledviny. In: TESAŘ, V. et al. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7.
59. VIKLICKÝ, O. et al., 2015b. Transplantace ledviny při inkompatibilitě krevní skupiny – úvodní zkušenosti programu. *Vnitřní lékařství*. (61)7-8, 725-730. ISSN 1801-7592.
60. VIKLICKÝ, O., 2015. Transplantace ledviny od žijícího dárce: co je nového?. *Postgraduální nefrologie*. (13)2, 18-20. ISSN 1214-178X.
61. VIKLICKÝ, O., 2018. Současné možnosti imunosuprese po transplantaci ledviny. *Postgraduální nefrologie*. (16)4, 3-6. ISSN 1214-178X.
62. VIKLICKÝ, O. et al., 2013. Predialýza. Praha: Maxdorf, Jessenius. 298 s. ISBN 978-807-3453-565.
63. VIKLICKÝ, O., 2020. Péče o pacienty po transplantaci ledviny. In: *Medicína pro promoci* [online]. Praha: Medical Tribune [cit. 2023-12-15]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/pece-o-pacienty-po-transplantaci-ledviny/>
64. VYMĚTAL, J., 2022. Psychologické aspekty důstojnosti. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-271-3411-3.
65. WU, Y.-H. et al., 2022. Correlation between Physical Activity and Psychological Distress in Patients Receiving Hemodialysis with Comorbidities: A cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 19(7): 3972. DOI: 10.3390/ijerph19073972.
66. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
67. ZIMA, T., 2022. Předmluva rektora Univerzity Karlovy. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-271-3411-3.

## **8 Seznam tabulek a schémat**

Tabulka 1 Identifikační údaje pacientů

Schéma 1 Kategorie a podkategorie

## 9 Přílohy

### Příloha 1 – Otázky k rozhovoru

1. V čem jste pocítovali nejdůležitější změnu po znovu zařazení do dialyzačního programu?
2. Jak se vaše fyzické a emocionální potřeby liší od doby návratu k dialýze?
3. Jak vnímáte vaši samostatnost a životní styl od doby, kdy jste byli znovu zařazení do dialyzačního programu?
4. Jak moc byl upraven váš dietní a pitný režim od doby, kdy jste byli na transplantaci, a po návratu k dialýze?
5. Jak vnímáte kvalitu vašeho spánku po znovu zařazení na dialýzu?
6. Jsou nějaké změny, které pocítujete v oblasti vyprazdňování po znovu zařazení do dialyzačního programu?
7. Pomáhají vám vaše koníčky se zvládnutím dialýzy?
8. Provádíte nějakou tělesnou aktivitu a jak vám pomáhá?
9. Jak se vyrovnáváte s bolestí?
10. Jaké byly vaše pocity a myšlenky poté, co jste byli opět zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu po transplantaci?
11. Jaké jsou vaše hlavní obavy ohledně budoucnosti od znovu zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu?
12. Jaké jsou vaše největší výzvy v souvislosti s opětovným zařazením do dlouhodobého dialyzačního programu?
13. Jaký je váš názor na kvalitu péče poskytované v rámci dialyzačního programu po transplantaci?
14. Jakými způsoby by mohla být péče a podpora pro pacienty jako vy vylepšena?
15. Cítíte se bezpečně a jistě ve svém prostředí od znovu zařazení do dialyzačního programu? Máte nějaké obavy, které vás trápí?
16. Učinili jste nějaká opatření pro zajištění bezpečí a jistoty v souvislosti s vaším zdravotním stavem a léčbou?
17. V čem vás znovu zařazení do dialyzačního programu nejvíce omezuje?

18. Jaký vliv má podpora od vaší rodiny a blízkých na váš psychický stav po znovu zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu?
19. Jaký vliv má vaše opětovné zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu na váš rodinný, pracovní a sociální život?
20. Myslíte si, že existuje něco, co by vám pomohlo lépe zvládnout přechod na dialýzu a splňovat tak vaše potřeby?
21. Jakým způsobem vnímáte sebe jako osobnost? Změnil se vám pohled na sebe samu po znovuzařazení do dialyzačního programu?
22. Jak se změnilo vaše sebevědomí po znovu zařazení na dialýzu?
23. Co je pro vás během dialýzy nejdůležitější?
24. Jaký význam dáváte své seberealizaci a osobnímu rozvoji? Je pro vás možné věnovat pozornost této oblasti v rámci dlouhodobého dialýzy?
25. Jaké jsou vaše cíle do budoucna, čeho byste rádi v životě dosáhli?
26. Jakými způsoby vám vaše léčba a péče brání v dosahování vašich cílů a plánů v oblasti seberealizace?

## **Příloha 2 – Vzor informovaného souhlasu s poskytnutím výzkumného rozhovoru**

### INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Autorkou bakalářské práce je Denisa Dušková, studentka oboru Všeobecné ošetřovatelství. Práce je vedena PhDr. Martinem Červeným.

#### **Název bakalářské práce:**

Potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu.

#### **Hlavní cíl bakalářské práce:**

Zjistit specifické potřeby transplantovaných pacientů po znovu zařazení do dlouhodobého dialyzačního programu

Souhlasím s účastí ve výzkumu, s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním do písemné podoby. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po ukončení výzkumu bude smazán. Rozhovor je anonymní. Jsem seznámen s tím, jaký bude mít rozhovor průběh, že během rozhovoru mohu odmítnout odpovědět na otázky, na které nechci odpovídat či odmítnout mou účast na výzkumu. Má účast na rozhovoru je zcela dobrovolná.

Potvrzuji, že jsem byl/a informován/a o cílech výzkumu, měl/a možnost ptát se na otázky v souvislosti s poskytnutím rozhovoru.

Datum:

Podpis studentky (tazatelky) .....

Podpis účastníka výzkumu .....

## **10 Seznam zkratek**

AB0 systém – systém krevních skupin A, B, AB, 0

AVG – arteriovenózní graft

AVF – arteriovenózní fistule

BMI – body mass index

CT – počítačová tomografie

ECHO – echokardiografie

EKG – elektrokardiografie

HLA antigen – human leukocyte antigen

HPV viry – human papillomavirus (lidský papilomavirus)

MR – magnetická rezonance

RTG – rentgenové záření

WHOQOL – World Health Organisation Quality Of Life (dotazník kvality života)