

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Jindřiška Kotlářová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života u pacientů s peritoneální dialýzou a u pacientů v predialyzační
péči

Jindřiška Kotlářová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jindřiška Kotlářová**
Osobní číslo: **Z15069**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Kvalita života u pacientů s peritoneální dialýzou a u pacientů v predialyzační péči**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

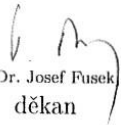
1. TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ, ed. Klinická nefrologie. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4367-7.
2. VIKLICKÝ, Ondřej a Petr BOUČEK. Predialýza. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-356-5.
3. TEPLAN, Vladimír. Nefrologické minimum pro klinickou praxi. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4370-0.
4. BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ. Peritoneální dialýza. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-313-8.
5. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
6. LACHMANOVÁ, Jana. Vše o hemodialýze pro sestry. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-552-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.**

Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25.4.2019

Jindřiška Kotlářová

PODĚKOVÁNÍ

Velice děkuji Mgr. Janě Škvrňákové, Ph.D. za ochotu a vstřícnost při vedení této bakalářské práce a za její cenné rady a připomínky. Děkuji také Ing. Ondřeji Pruskovi Ph.D. za jeho pomoc se statistickým zpracováním.

Dále děkuji všem zúčastněným pracovníkům a pacientům, kteří se podíleli na výzkumu a sběru dat. Také děkuji vedení B. Braun Avitum s.r.o. za umožnění výzkumného šetření.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mému manželovi a dětem za jejich podporu a trpělivost při studiu a vypracování bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce je věnována kvalitě života pacientů se selháním ledvin v predialyzační péči a pacientům s peritoneální dialýzou. Kvalita života je zjišťována pomocí standardizovaného dotazníku a jeho užití umožňuje nejen porovnání těchto dvou skupin mezi sebou, ale i porovnání s výsledky zveřejněnými v zahraničí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, predialýza, peritoneální dialýza, hemodialýza, KDQoL- SF™

TITLE

Quality of life in patients with peritoneal dialysis and patients in predialysis care

ANNOTATION

Bachelor thesis is devoted to the quality of life of patients with renal failure in predialysis care and patients with peritoneal dialysis. Quality of life is measured using a standardised questionnaire and its use allows not only to compare these two groups among themselves, but also to compare with the results published abroad.

KEYWORDS

Quality of life, predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis, KDQoL- SF™

Obsah

1. Úvod.....	12
2. Teoretická část	14
2.1 Selhání ledvin.....	14
2.2 Akutní poškození ledvin	15
2.3 Chronické onemocnění ledvin.....	18
2.4 Predialyzační péče.....	20
2.5 Náhrada funkce ledvin	23
2.5.1 Hemodialýza	24
2.5.2 Peritoneální dialýza.....	26
2.5.3 Transplantace ledvin	28
2.6 Kvalita života	30
3. Výzkumná část.....	33
3.1 Stanovené cíle	33
3.2 Výzkumné otázky.....	33
3.3 Metodika výzkumu.....	33
3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru	35
3.3.2 Sběr dat	35
3.3.3 Zpracování dat	36
3.4 Výsledky výzkumného šetření	36
4. Diskuze	48
5. Závěr	55
6. Použitá literatura	57
7. Přílohy.....	62
7.1 Příloha A – Rozdělení do dimenzí	62
7.2 Příloha B – Skórovací manuál.....	63
7.3 Příloha C – Hodnocení jednotlivých dimenzí	64

7.4	Příloha D – Potvrzení o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce	65
7.5	Příloha E – Použitý dotazník měření kvality života.....	67

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1	Krabicový graf znázorňující průměrné hodnoty jednotlivých skupin v generické části dotazníku KDQoL-SF™	42
Obrázek 2	Porovnání zdraví respondentů dnes se zdravím před rokem	43
Obrázek 3	Krabicový graf s průměrnými hodnotami ve specifické části dotazníku KDQoL-SF™ u respondentů v predialýze, respondentů s PD a americkou normou pro populaci s chronickým onemocněním ledvin	46
Obrázek 4	Četnost odpovědí na otázku „Jak byste celkově hodnotil/a svůj zdravotní stav“ na číselné škále 0-10 u skupiny respondentů v predialýze a u skupiny respondentů s PD	47
Tabulka 1	GF kategorie chronických onemocnění ledvin (Tesař, Viklický, 2015, s. 359).....	18
Tabulka 2	Kategorie albuminurie u CKD (Tesař, Viklický, 2015, s. 359)	19
Tabulka 3	Střední hodnoty v jednotlivých dimenzích dotazníku KDQoL – SF™ a jejich rozptyly pro obě skupiny respondentů.....	38
Tabulka 4	Porovnání průměrných hodnot u obou zkoumaných skupin (respondenti v predialýze, respondenti s PD) v generické části dotazníku KDQOL SF™ s americkou normou u pacientů s chronickým onemocněním ledvin a s českou normou pro všeobecnou populaci.....	41
Tabulka 5	Porovnání průměrných hodnot u obou zkoumaných skupin (respondenti v predialýze, respondenti s PD) ve specifické části dotazníku KDQOL-SF™ s americkou normou pro populaci s chronickým onemocněním ledvin.....	45

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ABR – acidobazická rovnováha

ACEi – inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (angiotensin-converting enzyme inhibitors)

ACR – poměr exkrece albuminu/kreatininu

AKI – akutní poškození ledvin (acute kidney injury)

ASL – akutní selhání ledvin

ATB – antibiotika

AVF – arteriovenózní fistule

CAPD – kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (continuous ambulant peritoneal dialysis)

CCPD - kontinuální cyklická peritoneální dialýza (continuous cycling peritoneal dialysis)

CHSL – chronické selhání ledvin

CKD – chronické onemocnění ledvin (chronic kidney disease)

CT – počítačová tomografie (chronic kidney disease)

DSC - R – Diabetes Symptom Checklist-Revised

DQoL – Diabetes Quality of Life

EKG – elektrokardiogram

EQ -5 – European Quality of Life Questionnaire

FACT - G – Functional Assessment of Cancer Therapy – general

GF – glomerulární filtrace

HD - hemodialýza

KDQ – Kidney Disease Quality

KDQOL- SFTM – Kidney Disease Quality Of LifeTM – Short Form

KPS – Karnofsky Performance Scale

MR – magnetická rezonance

NIP – Nottingham Health Profile

NSAID – nesteroidní antiflogistika

PD – peritoneální dialýza

PDQ - 39 – Parkinson's disease questionnaire-39

RAND - Research and Development

RDQoL – Renal Dependent Quality of Life

RRT – metoda nahrazující funkci ledvin (renal replacement therapy)

SF - 36 - MOS 36 Item Short Form Health Survey

UTZ – ultrazvukové vyšetření

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WL – čekací listina na transplantaci (waiting list)

1. ÚVOD

Počet nemocných s chronickým onemocněním ledvin, kteří musí podstoupit dialyzační léčbu, se neustále zvyšuje, což potvrzuje Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice. Ačkoliv je peritoneální dialýza minimálně srovnatelná s hemodialýzou, je povědomí o této metodě stále malé a méně preferované i mezi lékaři. Zatím co počet pacientů léčených hemodialýzou stoupá, počet pacientů léčených peritoneální dialýzou má spíše klesající tendenci. Např. v roce 2007 bylo v dialyzačním programu 5190, z toho bylo 402 pacientů léčeno peritoneální dialýzou, v roce 2017 bylo v dialyzačním programu celkem 6768 pacientů, z toho 395 bylo léčeno peritoneální dialýzou. (Česká nefrologická společnost, 2007, 2017)

Pojem kvalita života není jednoznačně vymezený, a přestože přetrvává nejednotnost v její definici, existuje mnoho způsobů, jak kvalitu života měřit či hodnotit. Pokud mluvíme o kvalitě života, zajímá nás, jaký dopad má onemocnění na psychický stav člověka, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Hodnocení kvality života v jeho počátcích (80. léta 20. století) používali především lékaři a sestry k objektivnímu externímu hodnocení. Zjistilo se však, že kvalitu života mohou zdravotníci a nemocní hodnotit velmi odlišně. V dnešní době se využívá spíše hodnocení subjektivní, provedené samotným pacientem. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 79-80)

Kvalita života je v této práci zjišťována pomocí specifického dotazníku KDQOL-SFTM. Pomocí zjištěných dat jsou určeny klíčové oblasti, které jsou ovlivněny vlastním onemocněním a způsobem léčby. Zjištěné výsledky nám umožňují porovnání dat námi zkoumaných skupin respondentů mezi sebou, ale i porovnání s výsledky zveřejněnými ze zahraničí.

V první části této bakalářské práce jsou popsány teoretické poznatky o onemocnění ledvin, léčba, náhrada funkce ledvin a vysvětlení základních pojmů spojených s kvalitou života.

Druhá část práce se zaměřuje na kvantitativní výzkumné šetření, které se zabývá subjektivním vnímáním potřeb pacientů s chronickým onemocněním ledvin, zařazených do predialýzy či léčených peritoneální dialýzou. Sběr dat byl realizován formou standardizovaného dotazníkového šetření KDQOL SFTM.

Většina prací zabývající se kvalitou života u pacientů s onemocněním ledvin je zaměřena na hemodialýzu, či na porovnání kvality života u pacientů s hemodialýzou a peritoneální dialýzou. Zhoršení kvality života u pacientů léčených peritoneální dialýzou bylo zjištěno např. v průřezové studii v České republice z roku 2016. (Mahrová et al., 2016) V našem šetření jsme chtěli porovnat kvalitu života respondentů v predialyzační péči ještě před započítím dialyzační léčby ve srovnání s kvalitou života respondentů léčených peritoneální dialýzou a tím definovat oblasti na které by tato léčba mohla mít největší dopad. Záměrem této práce bylo seznámit zdravotnické pracovníky dialyzačních center s problematikou chronického onemocnění ledvin, s jeho vlivem na kvalitu života a umožnit tak získané poznatky aplikovat v praxi.

2. TEORETICKÁ ČÁST

Výzkumné šetření hodnotí kvalitu života u pacientů s peritoneální dialýzou a u pacientů v predialyzační péči. V této kapitole jsou uvedeny stavy a onemocnění, která vedou k poškození funkce ledvin, konzervativní možnosti léčby a metody náhrady funkce ledvin.

2.1 Selhání ledvin

Selhání ledvin je stav, kdy ledviny nejsou schopny zbavovat tělo odpadních látek a udržet stálost vnitřního prostředí. Výsledkem je hromadění urey, kreatininu, vznik acidózy a minerální rozvrat. Vznikne-li ztráta funkce ledvin náhle, mluvíme o akutním selhání ledvin (ASL), ubývá-li funkce pozvolna (měsíce, roky), mluvíme o chronickém selhání ledvin (CHSL). (Lachmanová, 2008, s. 11)

Funkce ledvin je možné rozdělit do tří základních okruhů:

1. Regulační – regulace vodní, elektrolytové a acidobazické rovnováhy (ABR) a dlouhodobá regulace krevního tlaku
2. Metabolická – odstraňování metabolitů, toxinů a cizorodých látek z krve do moči
3. Hormonální – produkce hormonů spojených s erythropoézou a kalciovým metabolismem, ledviny se rovněž podílejí na glukoneogenezi (Tesař, Viklický, 2015, s. 12)

Základní fyziologické děje v nefronu jsou glomerulární filtrace (GF), tubulární resorpce, metabolismus a tubulární sekrece. Za fyziologických podmínek je GF obou ledvin přibližně 180 litrů/den. Normální hodnoty GF jsou 1,5 – 2 ml/s/ m².

2.2 Akutní poškození ledvin

Akutní poškození ledvin (AKI) je charakterizováno náhlým poklesem renálních exkretčních funkcí a akumulací produktů dusíkatého metabolismu, dále poklesem diurézy, metabolickou acidózou, hyperkalemií a hyperfosfatemií. Expertní skupina Acute Kidney Injury Network vytvořila klasifikační kritéria, která rozlišují tři stupně AKI dle jeho tíže, což usnadňuje určit prognózu onemocnění. I mírné AKI má vliv na kardiovaskulární morbiditu, rozvoj chronického onemocnění ledvin (chronic kidney disease – CKD) a mortalitu.

Příčiny AKI se dělí na příčiny:

prerenální

Mezi ně patří hypovolemie (způsobená hemoragií, diuretiky, polyurií, pankreatitidou, popáleninami), hypotenze a snížený srdeční výdej (při srdečním selhání, kardiogenním šoku, distribučním šoku – např. při sepsi), poruchy intrarenální hemodynamiky (způsobené léky jako jsou nesteroidní antiflogistika (NSAID), inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEi), nebo jako následek hepatorenálního syndromu), renovaskulární obstrukce (způsobená stenózou renální arterie, trombózou, embolií, disekujícím aneurysmatem nebo vaskulitidou), kombinované prerenální příčiny (např. sepse, tenzní ascites, kardiorenální syndrom).

renální

Mezi ně patří nemoci glomerulů (glomerulonefritidy, systémové vaskulitidy), intersticiální nefritida (např. léky indukovaná – NSAID, antibiotika (ATB), inhibitory protonové pumpy, dále infiltrativní – lymfom, leukémie, dalšími příčinami jsou pyelonefritida a postinfekční příčiny, dále systémové choroby jako je systémový lupus erythematosus a sarkoidóza), tubulární poškození (způsobené ischemií, toxiny – aminoglikosidy, radiokontrastními látkami apod., nebo například krystaly) a vaskulární příčiny (cholesterolová embolie, trombóza renální arterie či vény, trombotická mikroangiopatie – trombotická trombocytopenická purpura/hemolyticko-uremický syndrom, maligní hypertenze, diseminovaná intravaskulární koagulopatie, preeklampsie).

postrenální

Překážka v urodynamice, i krátkodobá obstrukce trvající několik hodin může vést k akutnímu reverzibilnímu selhání ledvin. Dělí se dále na vnitřní – intraluminální (kámen, krevní sraženina, nekróza papily), intramurální (hypertrofie či malignity prostaty, radiační fibróza, striktury ureteru) a ligace po pánevních operacích a vnitřní – malignity v pánvi a retroperitoneální fibróza. (Tesař, Viklický, 2015, s. 336-337, Teplan, 2017, s. 66-77)

Predispozicí AKI je dehydratace, hypovolemie, pokročilý věk, CKD, chronické onemocnění srdce, plic a jater, cukrovka, nádory a anémie. Jako rizikové inzulty se uvádí sepse, kritické stavy, oběhové selhání, popáleniny, trauma, nefrotoxické léky, kontrastní látky, velké operace. (Tesař, Viklický, 2015, s. 336-337)

K diagnostice AKI nám slouží:

- odběr anamnézy – pátráme o údajích o hypotenzi, hypovolemii a po faktorech, které je vyvolávají (zvracení, průjem, krvácení, popáleniny, polyurie), dále pátráme po nefrotoxické medikaci, systémovém autoimunním onemocnění, městnavém srdečním selhání. Důležité jsou informace o CHLS, chronické infekci, diabetu, hypertenzi. Dalším důležitým údajem je informace o diuréze – náhlá anurie může být způsobena obstrukcí močových cest či embolií renálních tepen nebo těžkou glomerulonefritidou, zatímco postupně klesající diuréze může znamenat obstrukci zvětšující se prostatou či strikturu uretry
- fyzikální vyšetření – vyhodnocení kardiovaskulárního systému (hypotenze, srdeční selhání), zhodnocení volemie (hypervolemie, otoky, hypovolemie), bilance tekutin, pozornost věnujeme výskytu petechií, purpury, které jsou klinickými vodítky k zánětlivým, autoimunním a vaskulárním příčinám AKI, vyšetření očního pozadí, vyšetření břicha se soustředí na přítomnost retence a nitrobršňní hypertenze, přítomnost epigastrického šelestu může provázet renovaskulární choroby, kolikovitě bolesti mohou upozornit na obstrukci ureterů, bolesti v bedrech mohou provázet renálních okluzi, nebo parenchymové onemocnění (Tesař, Viklický, 2015, s. 342-343)
- laboratorní vyšetření – hlavním ukazatelem funkce ledvin je sledování hladin sérového kreatininu a sledování hodinové diurézy, dalšími vyšetřeními jsou hladina urey, kyseliny

močové, draslíku, vápníku, fosforu, vyšetření krevního obrazu – především pátráme po anémii a trombocytopenii, vyšetření protilátek, vyšetření moče a močového sedimentu (Tesař, Viklický, 2015, s. 343–344), dále pak vyšetření clearance kreatininu a imunologické vyšetření pro stanovení autoprotílátek (Teplan, 2010, s. 85-115)

- zobrazovací metody – ultrazvukové vyšetření (UTZ), magnetická rezonance (MR), počítačová tomografie (computed tomography – CT) – s kontrastem či bez kontrastu (Tesař, Viklický, 2015, s. 344)
- biopsie ledvin – velmi důležitá vyšetřovací metoda u AKI nejasné etiologie a rychlé progresse renální insuficience, dále je cenným vyšetřením u pacientů po transplantaci ledviny pro zjištění buněčné imunologické aktivity (Teplan, 2017, s. 34-35)

Léčba i prevence AKI jsou shodné. Jde o rozpoznání pacienta v riziku AKI, normalizaci intravaskulárního oběhu a stabilizaci hemodynamických parametrů, nutná je rychlá diagnostika a léčba vyvolávající příčiny, kontrola homeostázy náhradou funkce ledvin v indikovaných případech a o vyloučení všech případných nefrotoxických inzultů. (Tesař, Viklický, 2015, s. 344)

AKI nezávisle ovlivňuje krátkodobou i dlouhodobou prognózu. U hospitalizovaných pacientů je mortalita těchto pacientů kolem 20 %, v případě kriticky nemocných 40-55 %. AKI byl při kritickém onemocnění dlouho považován za stav, který má v naprosté většině případů plnou reverzibilitu, a který se nepromítne do dlouhodobého osudu pacientů, pokud přežijí úvodní inzult. Výsledky však dokazují, že AKI je podhodnocenou příčinou CKD. Přibližně 12 % přeživších AKI pacientů je závislých na dialýze a 19-31 % má CKD. (Tesař, Viklický, 2015, s. 354)

2.3 Chronické onemocnění ledvin

CKD je definováno jako abnormality ledvinné struktury nebo funkce přítomné po více než 3 měsíce a ovlivňující zdraví. (Viklický, Bouček, 2013, s. 15) Tato definice dle Guidelines Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) publikovaná v roce 2013 zdůrazňuje stav, kdy abnormality ve struktuře a funkci jsou klinicky významné, tedy, že jsou spojeny s poškozením zdraví. Z praxe víme, že je mnoho pacientů, kteří mají omezenou renální funkci, nicméně je nijak neohrožuje, protože není progresivní a není spojena s dalšími abnormalitami. Většina onemocnění ledvin nemá symptomy až do pozdějších stádií a jsou detekovatelná jako chronická onemocnění. (Tesař, Viklický, 2015, s. 357)

Nejčastějšími příčinami CKD je chronická glomerulonefritida, diabetická nefropatie a hypertenzní nefropatie, následují chronické intersticiální nefritidy, polycystóza ledvin a další. (Janoušek, Baláž, 2008, s. 16)

CKD dělíme do několika kategorií. Nejnověji používaná je klasifikace dle GF (od G1 – s GF více než 90ml/min/1,73m² až po G5 – s GF menší než 15ml/min/1,73m²) a dále kategorie dle albuminurie – A1–A3, která hodnotí exkreci albuminu a ACR (poměr exkrece albuminu/kreatininu), jak ukazuje tabulka 1 a tabulka 2.

Tabulka 1 GF kategorie chronických onemocnění ledvin (Tesař, Viklický, 2015, s. 359)

Kategorie GF (ml/min/1,73 m ²) popis a rozsah	G1	normální nebo vysoká	>90
	G2	lehce snížená	60-89
	G3a	lehce až středně snížená	45-59
	G3b	středně až těžce snížená	30-44
	G4	těžce snížená	15-29
	G5	selhání ledvin	<15

Tabulka 2 Kategorie albuminurie u CKD (Tesař, Viklický, 2015, s. 359)

Kategorie	AER mg/24hod	ACR		Popis
		mg/mmol	mg/g	
A1	<30	<3	<30	normální až lehce zvýšená
A2	30-300	3-30	30-300	středně zvýšená
A3	>300	>30	>300	těžce zvýšená

ACR – poměr exkrece albuminu a kreatininu, AER – exkrece albuminu

Vyšetření GF a albuminurie by mělo být prováděno alespoň jednou ročně u nemocných s CKD. Existuje velká variabilita rizika progresu CKD a závisí především na populaci, příčině CKD, přítomnosti albuminurie/proteinurie, věku a dalších onemocněních. Mezi známé rizikové faktory zhoršení onemocnění patří základní příčina CKD, hodnota GF, albuminurie, věk, pohlaví, rasa, hypertenze, hyperglykemie, dyslipidemie, kouření, obezita, anamnéza kardiovaskulárních onemocnění a expozice nefrotoxickými léky. (Tesař, Viklický, 2015, s. 359-360)

2.4 Predialyzační péče

Predialyzační péče předchází dialyzační léčbě, a proto je uvedena v této práci.

Predialyzační péče se dá charakterizovat jako nefrologická péče o pacienty s CHLS před rozvojem terminálního selhání. Tato péče je spojována s lepšími klinickými výsledky a lepším jednoročním přežíváním nemocných při zahájení dialýzy. (Opatrná, 2016, s. 12-13)

Jak vyplývá z ročenky České nefrologické společnosti za rok 2017 (Česká nefrologická společnost, 2017), téměř polovina dialyzovaných pacientů přichází tzv. z ulice, tudíž bez předchozí péče nefrologa. Péče o takového pacienta je samozřejmě jak medicínsky, tak ekonomicky náročnější. Z tohoto důvodu je také jen malé procento pacientů s CKD léčeno peritoneální dialýzou a u většiny pacientů tzv. z ulice je zahájena hemodialyzační léčba. (Viklický, Bouček, 2013, s. 250)

Cílem predialyzační péče je především omezení vysokého výskytu komplikací u nemocných s nevratným selháním ledvin. (Viklický, Bouček, 2013, s. 14)

Než pacient dojde do pokročilého stadia onemocnění, je potřeba rozhodnout o dalším léčebném programu. Predialyzační léčba umožňuje včasnou přípravu k založení arteriovenózní fistule (AVF) či peritoneálního katétru a současně přípravu k zařazení pacienta na čekací listinu k transplantaci ledviny. (Teplan, 2015, s. 263)

Pacienti s CKD jsou pravidelně vyšetřováni v nefrologické poradně a podstupují další konziliární vyšetření, proto je nezbytná dobrá mezioborová spolupráce nejen nefrologa a dalších specialistů, ale i nefrologické a dietní sestry. V predialyzačním období je třeba doplnit či započít očkování proti virové hepatitidě typu B, zaměřit se na léčbu anemie a poruch metabolismu kalcia a fosforu. Časté jsou bohužel i deprese u pacientů s CKD, a i ty by měly být adekvátně léčeny. (Tesař, Viklický, 2015, s. 365-366)

V predialyzační péči se uplatňuje konzervativní terapie, kdy pomocí dietních opatření a medikamentózní léčby zpomalujeme progresi CKD. (Teplan 2015, s. 263) Jde o tzv. renoprotektivní terapii. Mezi základní terapeutické postupy patří:

- léčba arteriální hypertenze – medikamentózní ovlivnění jak systémové, tak i glomerulární hypertenze a glomerulární hypertrofie, které jsou pokládány za nejdůležitější sekundární

faktory zhoršení renální insuficience. Normalizace krevního tlaku vede k poklesu albuminurie/proteinurie a omezuje rozvoj glomerulární hypertrofie. Optimalizace krevního tlaku je zvláště důležitá u diabetiků, a to již od prvních stádií diabetické nefropatie. Podávání ACEi snižuje proteinurii a může zpomalit rozvoj glomerulosklerózy. Dalším významným lékem pro léčbu hypertenze a tím i snížení proteinurie jsou antagonisté angiotenzinu II nazývané sartany.

- dietní a režimová opatření – především úprava příjmu bílkovin, ta je určována individuálně dle stupně snížení renálních funkcí a metabolického stavu nemocného. V současné době se upouští od přísně nízkobílkovinných diet, jak tomu bylo dříve a pozornost je věnována optimálnímu příjmu a složení diety jako celku, tedy včetně proteinů. Při CKD je časté snížení hladin některých aminokyselin, a proto je vhodné jejich doplnění pomocí ketoanalog. Ketoanalog se spolu s dietou se sníženým příjmem bílkovin podílejí na snížení albuminurie a proteinurie tím, že snižují glomerulární hypertenzi. (Teplan, 2017, s. 263-274)
- kontrola lipidového metabolismu – u pacientů se sníženou glomerulární filtrací již pod 1ml/s se vyskytuje hyperlipoproteinemie, jejíž léčba by měla začít úpravou životního stylu, změnou diety a zvýšení tělesné aktivity, z medikamentů se využívají nejčastěji statiny. (Viklický, Bouček, 2013, s. 77)
- kontrola kalciofosfátového metabolismu – CKD je spojeno s abnormalitami v metabolismu vápníku, fosforu, parathormonu a vitamínu D. Pokud nejsou hypokalcemie a hyperfosfatemie řádně léčeny, vedou k renální kostní chorobě, která způsobuje poruchu minerálového a kostního metabolismu, vhodná je léčba kalcitriolem. (Teplan, 2017, s. 277–281)
- korekce anémie – u pacientů s CKD je velmi častý výskyt anémie nejčastěji z důvodu nedostatečné produkce erythropoetinu, nebo i z nedostatku železa, proto je vhodné u pacientů s poklesem hemoglobinu pod 100 g/l začít s korekcí anémie erythropoézou stimulujícího agens a s korekcí deficitu železa jeho podáváním nitrožilně. (Viklický, Bouček, 2013, s. 98-108)

- kontrola glykémie – předcházení hyperglykémie a tím i předcházení vzniku a progresu albuminurie z důvodu poškození drobných cév v ledvinách (Viklický a Bouček, 2013, s. 77-78)
- korekce hyperurikémie – zvýšená hladina kyseliny močové se dává do souvislosti s vyšší úmrtností na kardiovaskulární onemocnění a zhoršením glomerulární filtrace, vhodná je léčba allopurinolem (Tesař, 2007, s. 13-15)
- korekce metabolické acidózy – metabolická acidóza koreluje s mortalitou pacientů v predialýze, tak i pacientů dialyzovaných, zhoršuje renální kostní nemoc a vede ke zvýšení svalového katabolismu (Opatrná, 2016, s. 10-12). Substituce bikarbonátem pro dosažení normálních hodnot má renoprotektivní účinek (Viklický, Bouček, 2013, s. 78)
- důležitá je i diagnostika k objasnění etiologie základního onemocnění a jeho léčba.

Konzervativní terapie může být zvolena i u pacientů s terminální funkcí ledvin. Zpravidla jde o pacienty, kteří se z nějakého důvodu rozhodli nepodstoupit dialyzační léčbu a také o polymorbidní nemocné trpící navíc neléčitelnou malignitou. (Tesař, Viklický, 2015, s. 366)

Role všeobecné sestry v predialyzačním období

Sestra je klíčovým členem ošetrovatelského týmu. Často je to první člověk, který přichází do kontaktu s pacientem. Pacientovi jsou v predialyzačním období poskytovány všechny potřebné informace týkající se možností léčby. Informace poskytuje lékař, nefrologicky kvalifikovaná sestra a psycholog. Edukační sestra by měla poskytnout vyvážené poučení o možnostech léčby nezvratného selhání ledvin. (Tesař, Viklický, 2015, s. 365-366) U všeobecné sestry v nefrologické ambulanci je vhodná specializace v oboru nefrologie, praxe na hemodialyzačním oddělení a osobnostní předpoklady, především teoretické znalosti, manuální zručnost, schopnost pracovat s technikou, jazykové znalosti, rozvážnost, empatie, trpělivost, odolnost vůči stresu, schopnost komunikace, tolerance a důslednost. Všeobecná sestra zodpovídá za provedení vstupních odběrů u pacienta dle ordinace lékaře, během nichž má možnost zhodnotit celkový stav nemocného (obezita, dušnost, otoky), z rozhovoru zjistit důležité informace, a i při provádění tzv. bed-side vyšetření upozornit lékaře na patologii. Sestra je často prostředníkem mezi pacientem a lékařem a také mezi ostatními členy týmu – v ideálním případě

dietní sestrou, psychologem, sociální sestrou. Je koordinátorkou návštěv v nefrologické poradně, podílí se na dodržování očkovacího kalendáře, podává léky dle ordinace lékaře. Seznamuje pacienta s praktickým prováděním PD, s požadavky na uspořádání bytu, s režimovými opatřeními, včetně dietních opatření. V období zakládání peritoneálního katétru spolupracuje s lékařem při kompletaci předoperačního vyšetření, spolupracuje s hemodialyzačním oddělením v případě potřeby hemodialýzy (HD). V predialyzační péči zajišťuje edukaci a reedukaci u pacientů s AVF či s peritoneálním katétrem, ověřuje si stupeň získaných informací a nácviku dovedností v péči o ně, provádí praktický nácvik a převazy, kontroluje funkčnost, informuje o prvních známkách komplikací. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 91-100)

2.5 Náhrada funkce ledvin

Kromě konzervativní terapie se při léčbě onemocnění ledvin uplatňuje i náhrada funkce ledvin, a proto je uvedena v této kapitole.

Volba léčebné metody je u každého pacienta individuální, rozhodování o volbě léčby musí respektovat medicínské, ale i psychosociální aspekty. Mezi náhrady funkce ledvin (renal replacement therapy – RRT) patří hemodialýza (HD), peritoneální dialýza (PD) a transplantace ledvin.

V současnosti je doporučené pořadí RRT následovné: transplantace ledviny od žijícího dárce, zařazení na čekací listinu na transplantaci ledviny preemptivně (čili před započítím dialyzační léčby), nebo v co nejkratší možné době od zahájení náhrady renálních funkcí (nejlépe do 6 měsíců), dále peritoneální dialyzační léčba, poté hemodialyzační léčba (Leyerová, 2012, s. 162)

Ukazuje se, že na výběr RRT má velký vliv doba podání informací. Pokud pacient nebyl včas zařazen do predialýzy a informace o PD se k němu dostane až v době hemodialyzační léčby, rozhodne se pro PD méně než 1/3 pacientů. Navíc, pokud již byl pacientovi založen cévní přístup, většinou si již PD nevybírání, protože má pocit, že mu již byla léčebná metoda vybrána a nemá potřebu se podrobovat dalšímu chirurgickému výkonu spojenému se založením peritoneálního katétru. (Viklický, Bouček, 2013, s 188-189)

2.5.1 Hemodialýza

HD je léčebná metoda nahrazující základní funkci ledvin – očišťování krve od zplodin látkové přeměny a tvořící podstatu tzv. umělé ledviny. (Slezáková et al., 2012, s. 110) Při HD se očišťuje krev pomocí umělé ledviny tvořené dialyzačním monitorem a dialyzátorem. Dialýza odstraní z krve katabolity dusíkatého metabolismu a vodu a koriguje ionty i abnormality ABR. (Lachmanová, 2008, s. 16). Jde o proces, při kterém se oddělují látky různých molekulových hmotností, a to pomocí membrány, která je semipermeabilní a odděluje krev od dialyzačního roztoku. Tento proces probíhá na základě dvou transportních mechanismů – difúze a filtrace. Základem difúze je mísení roztoků o různé koncentraci, dokud se koncentrace nevyrovnají. Při konvekci přestupují látky rozpuštěné v roztoku přes membránu filtrací. (Lachmanová, 2008, s. 17)

Před zahájením HD je nutné mít zajištěný vhodný cévní přístup, tím může být AVF, nebo tzv. graft – arteriovenózní spojka pomocí syntetického materiálu, oba cévní přístupy jsou plně v kompetenci cévního chirurga, který zvolí vhodné místo pro založení takové spojky podle vyšetření cév pomocí fyzikálního vyšetření a UTZ, popřípadě dalších vyšetření. První volbou je většinou předloktí nedominantní horní končetiny. Výhodou syntetických graftů je kratší doba mezi založením a prvním napojením (2-4 týdny) oproti AVF (6 týdnů). Dalším způsobem zajištění cévního přístupu je pomocí centrálního žilního katétru, ten může být krátkodobý (dočasný), nebo tunelizovaný (permanentní), takovýto přístup je možné založit přímo na kanyláčném sálku dialyzačního zařízení a využívat ihned. Dočasné, netunelizované katétry jsou vhodné pro akutní dialýzy, tunelizované spíše pro dialýzy trvající minimálně 2 týdny, nebo v případě nemožnosti založení fistule. (Viklický, Bouček, 2013, s. 195-205)

S ohledem na účinnost dialýzy a možnosti opakovaného napojování nemocných je většinou využíván cyklus 3x týdně po 4-5 hodinách. Léčba by měla být prováděna tak, aby bylo dosaženo hodnoty urey pod 20mmol/l. Pro stanovení délky a frekvence dialýzy se často využívá model kinetiky urey, který vychází z tvorby močoviny u daného pacienta, zbytkové renální funkce, diety a předpokládané clearance dialyzátoru. Tento vztah je vyjádřen vzorcem $K.t/V$, kde K je clearance dialyzátoru pro močovinu, t délka trvání dialyzačního léčení a V je objem distribučního prostoru pro močovinu. Klinické zkušenosti ukazují na zvýšenou nemocnost a úmrť při hodnotě $K.t/V$ nižší než 0,8, proto se usiluje o dosažení hodnoty 1,2-1,3. HD může být použita

jako samostatná metoda léčení CKD, nebo jako metoda před transplantační léčbou. (Teplan, 2017, s. 294)

Mezi výhody HD patří vysoká účinnost, spolehlivost metody, mezi nevýhody výskyt komplikací (hypotenze, křeče, riziko infekce). Protože je metoda intermitentní, je i nefyziologická z hlediska stability vnitřního prostředí.

Vzhledem k dostupnosti dialyzačních středisek, nákladnosti metody a nutnosti velké míry samostatnosti je u nás zcela výjimečné používání domácí hemodialýzy. (Viklický et al., 2008, s. 27)

Role sestry při hemodialýze

Role sestry při HD je velice výrazná, protože provází pacienta od příjezdu na dialyzační středisko až po jeho odjezd. Před napojením pacienta dohlédne na provedení hygieny místa zavedení dialyzačních jehel, pacienta zváží, uvede na jeho lůžko, zkontroluje celkový stav pacienta, změří mu tlak, zjistí případné komplikace vzniklé od minulé dialýzy, zavede dialyzační jehly do fistule, ověří jejich funkčnost, odebere vzorek krve k dalšímu vyšetření (pokud je třeba) a napojí pacienta na předem připravený dialyzační přístroj s nastavenými parametry dle ordinace lékaře. Pokud má pacient katétr, napojí dialyzační set po předchozím ošetření katétru za asistence druhé sestry. Během HD pravidelně kontroluje jeho stav, měří TK, podává léky dle ordinace lékaře, zaznamenává zjištěné skutečnosti do dokumentace. Po ukončení HD odpojí pacienta od dialyzátoru, provede ošetření místa vpichu, či ošetření kanyly, popřípadě mu jsou provedeny výstupní odběry, pacient je opět zvážen, a pokud je bez komplikací, opouští dialyzační středisko. Během HD poskytuje sestra pacientovi další péči dle jeho přidružených onemocnění a potřeb, např. kontrolu glykémie u diabetiků, převazy defektů, zajištění žadanek na další ošetření či dopravu, zajišťuje spolupráci s ostatními členy týmu – lékař, dietní a sociální sestra, psycholog, rodina. Provádí edukaci a reedukaci pacienta a rodiny.

2.5.2 Peritoneální dialýza

Léčba probíhá zpravidla v domácím prostředí, využívá se vlastností pobřišnice, která funguje jako polopropustná membrána. Při PD se odstraňují škodliviny v těle přes peritoneum výměnou roztoků v dutině břišní prováděných zpravidla několikrát denně. (Leyerová, 2012, s. 161) Principem odstraňování katabolitů je při PD rovněž difuze, zadržovaná voda se z těla odstraňuje stejně jako při HD konvekcí, hnací silou však není tlak hydrostatický, ale osmotický. (Viklický et al., 2008, s. 26)

Většina režimů výměny roztoku je kontinuální čili fyziologičtější, což přináší i vyšší kardiovaskulární stabilitu. Nutností je zavedení katétru do břišní dutiny. Před jejím založením je nutné pečlivé vyšetření břišní stěny na přítomnost hernií a jizev, dále je vhodné zvolit a označit optimální místo pro vyústění peritoneálního katétru. Katétr by měl vystupovat z těla mimo linii pasu a nošení pásku, ne však mezi tukovými záhyby. Peritoneální katétr je vyroben ze silikonové pryže, která po celém svém průběhu obsahuje rentgen-kontrastní proužek, konec zavedený do břišní dutiny je perforovaný. Katétr je opatřen dvěma tzv. dakronovými manžetami, které usnadňují a urychlují fixaci katétru v podkoží. (Viklický, Bouček, 2013, s. 206-207)

Bezprostředně po založení peritoneálního katétru se začíná s proplachem peritoneální dutiny z počátku malým objemem (do 1000ml) a tím i ke kontrole průchodnosti, sledování vypouštěného dialyzátu – zejména na přítomnost krve a fibrinových vláken, které jsou v počátečním období běžné. Vhodné je v tomto období používání dialyzačního roztoku s obsahem heparinu, aby nedošlo k ucpaní katétru fibrinovými vlákny. Četnost těchto proplachů se liší podle pracoviště, vhodné je proplachovat katétr minimálně 1x týdně. Během hojení je nutné pečovat i o místo zavedení katétru pravidelnými převazy. Po 2-3 týdnech dochází k vyhojení a je možné započít PD. (Viklický, Bouček, 2013, s. 210)

Peritoneální dialýzu lze provádět dvěma způsoby – manuálně (CAPD – kontinuální ambulantní peritoneální dialýza), kdy pacient provádí výměnu roztoku ručně několikrát denně a využívá se při ní gravitace – roztok je samospádem napouštěn i vypouštěn. Druhým způsobem je PD pomocí přístroje – cykleru, takzvanou kontinuální cyklickou peritoneální dialýzou (CCPD). Cykler využívají pacienti převážně na noční výměnu, kdy v noci dochází k cyklu několika částečných výměn roztoku. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 38-39)

PD klade větší nároky na pacienta, či jinou osobu, která provádí u nemocného PD, zároveň ale nemocnému umožňuje větší samostatnost a nezávislost. Mezi výhody PD patří udržení zbytkové diurézy, díky čemuž mají pacienti s PD menší omezení pitného režimu, než pacienti léčení HD, dále menší výkyvy váhy a TK, tím i menší zátěž pro kardiovaskulární systém a lepší prognózu. S postupem času a poklesu diurézy je PD srovnatelná s HD. S délkou používání této metody se zvyšuje riziko vývoje změn peritonea, které mohou vést k nutnosti přechodu na HD. Hlavním rizikem je peritonitida. (Leyerová, 2012, s. 161)

I přes nesporné výhody PD se nedaří počet pacientů léčených touto metodou dlouhodobě navýšit, a jak uvádí ročenka České nefrologické společnosti za rok 2016 – z celkového počtu dialyzovaných je v PD programu pouze 6,3 % pacientů. Jak uvedla prof. Sylvie Opatrná na Czech PD Day v roce 2017, pacientů, pro které by byla PD vhodná metoda léčby je v ČR 15-20 %, což je běžné množství ve vyvinutých západních zemích. Uvedla, že hlavním problémem je menší zkušenost s touto metodou oproti HD a slabou stránkou je využití této metody u komplikovaných pacientů. (Tesařová, 2017, s. 27-29)

Role sestry při peritoneální dialýze

PD je léčba dlouhodobá a její úspěšnost je značně závislá na vysoké kvalitě práce sestry, na jejích edukačních schopnostech a komunikačních dovednostech. Edukace pacienta by měla být individuální, průběžná, měla by mít návaznost. Je vhodné edukovat i členy rodiny. Pacient by měl samostatně zvládat výměny roztoků, ošetřování konce katétru, znát komplikace a jejich příznaky, vést si dokumentaci o výměnách. Pokud toho není pacient sám schopen, je možné zapojit rodinu či agenturu domácí péče. Po propuštění do domácího ošetřování je pacient sledován každé 4 týdny v nefrologické ambulanci, kde sestra provádí pravidelné odběry krve a dialyzátu, kontroluje váhu, krevní tlak a pulz u pacienta. Dále si pacient pod dohledem sestry provede výměnu dialyzačního roztoku, pokud dojde k pochybení je nutná reedukace. V této fázi je i nadále velmi významná edukace pacienta, popř. rodiny. Sestra plánuje kontroly u lékaře, zajišťuje objednávání roztoků a dalších potřeb s pojených s PD u dodavatelských firem, provádí kontrolní návštěvní činnost u nemocného doma – odběry, převaz katétru, kontrola krevního tlaku, glykémie, váhy, dokumentace, dále kontroluje uskladnění dialyzačních roztoků, provádění samotné PD, dodržování zásad asepse, konzultuje případné komplikace, reedukuje pacienta či jinou osobu provádějící PD, poskytuje psychickou podporu pacientovi. Pokud je třeba,

zajišťuje odbornou pomoc psychologa, dietní či sociální sestry. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 91-100)

2.5.3 Transplantace ledvin

Při zahájení dialyzačního léčení je pacient často zařazen do čekací listiny na transplantaci – waiting list (WL). Na konci roku 2017 bylo na WL zařazeno 562 pacientů čekajících na transplantaci ledviny, což je nejvyšší podíl z celkového počtu 822 pacientů čekajících na transplantaci. (Koordináční středisko transplantací, 2017) Provedení transplantace ještě před zahájením dialyzačního léčení je možné v případě příbuzenské transplantace od žijícího dárce, jde o tzv. preemptivní transplantaci. Dále možná transplantace od kadaverózního dárce.

Postup zařazení do čekací listiny je u PD a HD shodný. Pacient s PD může být zařazen již tři týdny po implantaci peritoneálního katétru. Před zařazením pacientů na WL musí být vyloučena všechna onemocnění, která představují riziko pro chirurgický výkon a následnou péči, nepříznivě ovlivňují životní prognózu nebo ohrožují funkci transplantované ledviny. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 302–305)

Transplantace je kontraindikována u pacientů s onemocněním předpokládající přežití kratší než jeden rok, u maligních onemocnění, srdečním či respiračním selhání, morbidní obezitě a neschopnosti spolupráce. Dočasnou kontraindikaci představuje každé akutní onemocnění, včetně infekcí. U PD je takovou kontraindikací akutní peritonitida a infekce v okolí peritoneálního katétru. (Viklický et al., 2008, s. 45-46)

Dle transplantačního zákona je za indikaci transplantace, její provedení i následnou péči zodpovědné transplantační centrum. Na předtransplantačním vyšetření i posttransplantační péči se často podílejí nefrologové z regionálních dialyzačních středisek. Pacient musí mít před transplantací řadu vyšetření, jejich schéma se může dle zvyklostí středisek mírně lišit. Jde o vyšetření krevní skupiny, určení HLA antigenů a protilátek proti HLA, serologické vyšetření, základní biochemické vyšetření (urea, kreatinin, kyselina močová, ionty, ALT, AST, ALP, GMT, CRP, albumin, glukóza), cholesterol moč + sedimentace, krevní obraz a hemokoagulace, EKG, RTG srdce, plíce, sono jater, ledvin a sleziny, vyšetření na okultní krvácení, urologické vyšetření u anurických pacientů, mamografie u žen starších 40 let, gynekologické vyšetření, screeningové

vyšetření ischemické choroby srdeční, další zobrazovací metody dle klinického stavu nemocného. Pacient zařazený na WL musí být pravidelně sledován, což se děje v rámci predialyzační péče či chronické dialyzační péče. Přežívání pacientů a přežívání štěpu po transplantaci se neliší u PD a HD pacientů. Časná dysfunkce štěpu je dokonce častější u HD pacientů. U PD je i časnější nástup funkce štěpu – tato skutečnost je připisována trvalé hyperhydrataci při PD. Z hlediska prognózy pacienta i životnosti štěpu jsou PD i HD jako metody léčby u pacientů s CHSL zcela srovnatelné. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 302–305)

Průměrná délka životnosti štěpu je u kadaverózního dárce 8-12 let, u živého dárce v průměru 20 let. Delší délka životnosti štěpu u živého dárce je dána i tím, že je delší čas na přípravu a pečlivé vyšetření dárce i příjemce. Je možné začít podávat imunosupresiva již před transplantací, oba výkony (odběr i transplantace) probíhají současně, tudíž i doba ischemie, které je ledvina vystavena je výrazně kratší. Transplantovaná ledvina tak začíná fungovat již na operačním sále. V České republice byla v roce 2017 transplantována ledvina 469 pacientům, z toho bylo 51 od žijících dárců. (Koordináční středisko transplantací, 2017) Transplantační centra v České republice jsou v Praze, v Hradci Králové, Ostravě, Olomouci, v Brně a Plzni. (Transplantace ledvin, 2018)

Role sestry v péči o pacienta podstupujícího transplantaci ledvin

Sestra se podílí na informování pacienta o průběhu transplantace, zajišťuje pravidelné odběry nutné pro setrvání pacienta na WL, poskytuje mu psychická podporu. Důležitá je spolupráce s koordinátorkou transplantačního centra především aktualizace osobních údajů, kontaktů, zajištění potřebných vyšetření u pacienta. Po transplantaci je pacient i nadále sledován v nefrologické poradně.

2.6 Kvalita života

Kvalita života je hlavním tématem našeho výzkumu, proto se jí věnujeme v této kapitole.

Pojem kvalita života není jednoznačně vymezený, a přestože přetrvává nejednotnost v definici kvality života, existuje mnoho způsobů, jak kvalitu života měřit či hodnotit. Snaha hodnotit kvalitu života vedla k vytvoření velkého množství dotazníků. Tyto dotazníky hodnotí dopad onemocnění a léčby na každodenní život nemocného. U pacientů s CHSL je možno díky standardizovaným dotazníkům porovnávat kvalitu života se zdravými, s pacienty s PD či HD i s pacienty transplantovanými. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 79-80)

Hodnocení kvality života v počátcích (80. léta 20. století) používali především lékaři a sestry k objektivnímu, externímu hodnocení. Zjistilo se však, že kvalitu života mohou zdravotníci a nemocní hodnotit velmi odlišně. V dnešní době se využívá spíše hodnocení subjektivní, interní samotným pacientem. Dotazníky jsou buď generické, které se zaměřují na zdraví obecně, nebo specifické, které se zaměřují na kvalitu života u konkrétních onemocnění. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 79-80)

Mezi dotazníky generické patří např. Nottingham Health Profile (NIP) – zaměřené na tyto oblasti: spánek, bolest, emocionální reakce, sociální izolace, tělesná mobilita, úroveň energie, dále Karnofsky Performance Scale (KPS), MOS 36 Item Short Form Health Survey (SF – 36), EuroQol a další. V našich podmínkách jsou nejčastěji využívány WHOQOL-BREF – jde o zkrácenou verzi dotazníku WHOQL 100 pro potřeby klinické praxe (zahrnuje oblasti fyzického zdraví, psychickou oblast, sociální vztahy a prostředí), SF-36, European Quality of Life Questionnaire (EQ-5) – zahrnující 5 oblastí (pohyblivost, sebeděče, obvyklé činnosti, bolest/potíže, úzkost/deprese), dotazníky, které jsou dostupné i v českém jazyce. (Gurková, 2011, s. 144-149)

Mezi dotazníky specifické pro onemocnění ledvin se řadí Renal Dependent Quality of Life (RDQoL), Parfrey's Uremic Index, Kindney Disease Questionnaire (KDQ) a Kidney Disease Questionnaire of Life (KDQoL). Pro onkologická onemocnění je využíván např. dotazník kvality života Functional Assessment of Cancer Therapy – general (FACT – G). U nemocných s diabetem Diabetes Quality of Life (DQoL), v českém jazyce je k dispozici např. Diabetes Symptom Checklist-Revised (DSC-R). U neurologicky nemocných pacientů s Parkinsonovou

chorobou je to dotazník Parkinson's disease questionnaire-39 (PDQ – 39). U seniorů je to např. modifikovaný dotazník WHO pod názvem – WHOQOL – OLD. (Gurková, 2011, s. 149-172)

Dotazník KDQoL- SFTM – zvolený pro sběr dat v tomto šetření představuje komplexní instrument k posouzení širokého kontextu kvality života – Quality of Life (QoL). Kombinuje generický instrument SF-36 („short form“ dotazník, zjišťující obecně kvalitu života bez ohledu na podstatu onemocnění) se specifickým instrumentem zaměřeným cíleně na onemocnění ledvin. Je považován za velice validní, vypovídá o všech dimenzích kvality života (fyzikální složka, psychická i sociální) a využívá se především při podrobnějším sledování. (Sulková, 2005, s. 87-89)

Pacienti s CHSL trpí vysokou mírou stresu plynoucí z povahy vlastního onemocnění a z charakteru léčby, dále ztrátou vitality, zhoršením fyzické kondice, ztrátou svobody a nezávislosti, časovou i prostorovou vázaností, strachem ze smrti a sexuálními poruchami, což se výrazně projevuje na hodnocení kvality jejich života. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 83) Nižší kvalita života byla zjištěna v dotazníkovém šetření u pacientů léčených dialýzou oproti zdravé populaci (Dymáková, 2016). Kvalita života pacientů léčených PD a HD byla srovnatelná, mentální stránka dokonce u PD vyšší, jak uvádí americké studie, která měřila fyzickou a mentální stránku kvality života pomocí standardizovaného dotazníku SF-36 u 16 tisíc pacientů s HD a 12 tisíc pacientů s PD. (Diaz-Buxo, Lowrie, 2000), (Bednářová, Sulková, 2007, s. 81). Pacienti s PD trápí také to, že jsou často omezení ve vykonávání placené práce, dalším problémem je pohybová aktivita, jak vyplývá z dotazníkového šetření v rámci diplomové práce prováděné u 25 pacientů s PD pomocí dotazníků WHOQOL-BREF a KDQoL – SFTM. (Vrágová, 2010) Oproti HD nejsou pacienti s PD tolik omezení v restrikci tekutin, ani v sexuální oblasti, jak uvádí ve své bakalářské práci na základě šetření u 65 dialyzovaných pacientů pomocí standardizovaného dotazníku KDQoL – SFTM studentka Zelinková. (Zelinková, 2015) Stejnou nebo dokonce vyšší podporu rodiny uvádí ve své bakalářské práci na základě šetření u 68 dialyzovaných pacientů s vlastním dotazníkem z roku 2007 i studentka Zoubková. (Zoubková, 2007) Polovina pacientů léčených dialýzou kvůli omezení léčbou raději nikam necestuje. (Kalmuková, 2014) V průřezové studii u pacientů s PD s populačními normami v naší zemi bylo zjištěno zhoršení kvality života v oblastech fyzického i duševního zdraví a v sociální oblasti, oproti tomu zlepšení v oblasti životních podmínek (Mahrová et al., 2016)

V našich podmínkách se používají hodnotící nástroje kvality života především z výzkumných důvodů a nejsou běžnou součástí léčebných programů, což je výrazný nedostatek současné ošetrovatelské praxe.

3. VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část popisuje jednotlivé fáze výzkumu. Soustřeďuje se na výzkumné otázky, metodiku práce, na vzorek respondentů v testovaném souboru, na statistické vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření a jejich interpretaci. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách a doplněny grafy. V diskuzi jsou uvedeny výsledky výzkumných otázek a porovnány s již publikovanými výsledky.

3.1 Stanovené cíle

zjistit kvalitu života u pacientů s peritoneální dialýzou a u pacientů v predialyzační péči
identifikovat problémové oblasti, které pacienty s peritoneální dialýzou a pacienty v predialyzační péči zatěžují

3.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Jak vnímají oslovení respondenti svůj zdravotní stav?

Jak hodnotí spokojenost se svým životem pacienti v predialýze a jak pacienti léčení peritoneální dialýzou?

Jak hodnotí respondenti spokojenost se zdravotní péčí?

3.3 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření mělo za cíl zjistit kvalitu života u pacientů s chronickým onemocněním ledvin v predialyzační péči a u pacientů léčených peritoneální dialýzou. Jako cestu k odpovědím na stanovené výzkumné otázky byla zvolena kvantitativní metoda, dotazníkové šetření s použitím standardizovaného dotazníku KDQoL – SFTM (Kidney Disease Quality Of Life-short version 1.2, viz Příloha E, s. 68) cíleně zaměřeného na chronické onemocnění ledvin. Dotazník byl vytvořen v USA neziskovou organizací Research and Development (RAND) a je volně přístupný na internetových stránkách (Rand.org, 2018). Dotazník kombinuje generický instrument SF-36 (Item Health Survey - Short Form - 36) zjišťující obecně kvalitu života bez ohledu na podstatu onemocnění se specifickým instrumentem zaměřeným cíleně na onemocnění ledvin. Je považován za velice validní, vypovídá o všech dimenzích kvality života (fyzická složka, psychická i sociální) a využívá se především při podrobnějších sledování. (Sulková, 2005, s. 87-89) V úvodu standardizovaného dotazníku je uveden jeho cíl a pokyny k vyplnění.

Dotazník obsahuje celkem 80 otázek, 2 otázky uzavřené dichotomické, dále otázky uzavřené polytomické s výběrem jedné alternativy. Generická a specifická část dotazníku se vyhodnocují odděleně.

Generická část obsahuje 36 otázek rozdělených do 8 dimenzí (fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví). Každá položka (otázka) obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice (např. „*Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově?*“ Výtečné-1, velmi dobré-2, dobré-3, docela dobré-4, špatné-5). Dotazník obsahuje ještě jednu položku, která nepatří do žádné dimenze. Tato položka popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. Jde o jednu samostatnou položku (otázku), počet možných odpovědí na ni je 5. Výsledky v generické části je možné porovnat s normami pro americkou populaci u jedinců s chronickým onemocněním ledvin a s normami pro všeobecnou českou populaci, které stanovil při použití předběžné české verze dotazníku SF-36 Zdeněk Sobotík v roce 1998 (Sobotík, 1998, s. 50-54).

Specifická část zahrnuje 11 dimenzí, které hodnotí kvalitu života (symptomy/problémy, vliv ledvinového onemocnění, břímě ledvinového onemocnění, zaměstnání, kognitivní funkce, kvalita sociální interakce, sexuálního chování, spánek, sociální opora, povzbuzení/podpora zdravotnického personálu dialyzačního pracoviště a spokojenost s péčí) viz Příloha A, s. 63 (Hays, 1997, s. 12). Výsledky ve specifické části jsou porovnávány s normami pro americkou populaci u jedinců s onemocněním ledvin, protože české normy nejsou zatím k dispozici.

Ke každé odpovědi je dle skórovacího manuálu viz Příloha B, s. 64 přiřazena odpovídající hodnota na číselné škále 0-100 bodů. Skórovací proces dotazníku KDQoL – SFTM probíhá ve dvou fázích, nejprve je nutné provést transformaci hrubých numerických hodnot jednotlivých položek (otázek) na 0–100 bodovou škálu, kde vyšší dosažené skóre znamená lepší kvalitu života, poté je nutné, zprůměrování jednotlivých položek v jednotlivých dimenzích dle skórovacích pravidel viz Příloha A, s. 63.

3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 61 respondentů s chronickým onemocněním ledvin, z toho je 30 pacientů v predialýze a 31 pacientů léčených PD na celkem 13 dialyzačních střediscích společnosti B. Braun Avitum v České republice. Ve skupině v predialýze je 30 jedinců, z toho 15 žen a 15 mužů ve věkovém rozmezí 35 – 89 let a s průměrným věkem 72,43 let. Ve skupině pacientů léčených PD je 31 jedinců, z toho 16 žen a 15 mužů ve věkovém rozmezí 24 - 80 let a s průměrným věkem 65,65 let. Z důvodu adaptace na léčbu a její vliv na život respondentů byli zařazeni do průzkumu respondenti s minimální dobou léčby 6 měsíců. Předpokladem pro vyplnění dotazníků byl souhlas vedení dialyzačních center a souhlas oslovených pacientů se zařazením do výzkumného šetření. Dále bylo podmínkou pro oslovení respondentů jejich plnoletost a nenarušená kognitivní funkce respondentů. Změna kognitivních funkcí nebyla ověřována testem, pouze znalostí respondentů zdravotnickým personálem, který osloveným pacientům dotazníky předával.

3.3.2 Sběr dat

Dotazníky byly rozdány pacientům, kteří splnili podmínky uvedené výše, buď osobně, nebo za pomoci vedoucích sester daného dialyzačního střediska. Pilotní šetření proběhlo u 4 respondentů, protože se neobjevily žádné problémy s vyplněním, byl předán i dalším pacientům, Data z pilotního šetření byla zařazena do průzkumného šetření. Vedoucí sestry byly požádány o spolupráci při rozdávání a sběru dotazníků a také byly poučeny o vyplňování dotazníku. Informace jim byly podány jak telefonicky, tak písemně. Sběru dat předcházela písemný souhlas s provedením výzkumu od vedení společnosti B. Braun Avitum (viz. Příloha D, s. 66). Dotazníkové šetření se uskutečnilo v březnu 2018. Pacientům bylo vysvětleno, proč a co chceme zkoumat, byla zdůrazněna dobrovolnost vyplnění, zachování anonymity, byli informováni o intimní povaze některých otázek, taktéž jim byla nabídnuta pomoc s vyplněním dotazníku, pokud by to bylo třeba. Celkem bylo osloveno 63 pacientů a rozdáno 63 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 100 %. Pro neúplnost dat byly 2 dotazníky vyřazeny. Vzhledem k citlivé povaze některých otázek a zachování anonymity nebyl použitý standardizovaný dotazník doplněn o otázky týkající se věku a pohlaví, tyto údaje byly dodatečně zjištěny telefonicky od vedoucích sester z dialyzačních středisek, na kterých průzkum probíhal.

3.3.3 Zpracování dat

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány do přehledných tabulek a grafů pomocí programu MS Office Excel a STATISTICA. Pro základní popis dat byla použita popisná statistika, např. absolutní (n_i) a relativní četnost (f_i), střední hodnota, rozptyl, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota, medián. Vzhledem k tomu, že testované soubory mohou pocházet z populací, které mají stejný nebo naopak různý rozptyl hodnot sledované veličiny, byl rozdíl rozptylů obou souborů nejprve otestován pomocí F -testu. Následně byla data vyhodnocena pomocí dvouvýběrového nepárového t -testu, protože se jedná o porovnání dvou nezávislých skupin. (Bedáňová, Večerek, 2007) Celkový počet respondentů n je v celém dotazníkovém šetření neměnný = 30 respondentů v predialýze a 31 s PD, proto není v tabulkách uváděn.

3.4 Výsledky výzkumného šetření

V této části práce je hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku. Pro větší přehlednost jsou výsledky prezentovány ve formě tabulek.

V tabulce 3 jsou uvedeny vypočítané střední hodnoty v jednotlivých dimenzích a jejich rozptyly pro obě skupiny respondentů. Plné znění tabulky je uvedeno v příloze C, s. 65, kde získaná data rozdělená do dimenzí byla porovnána pomocí F -testu a dvouvýběrového nepárového t -testu. Výsledná kritická hodnota byla stanovena 1,8474. Nerovnost rozptylů při hladině významnosti 5% ($\alpha = 0,05$) byla zjištěna v dimenzích „*Omezení pro fyzické problémy*“, „*Celkové zdraví*“, „*Energie/únava*“, „*Problémy*“, „*Břímě ledvinového onemocnění*“, „*Povzbuzení od dialyzačního personálu*“, „*Spokojenost s péčí*“. Podle výsledků F -testu (viz, příloha C, s. 65) byl zvolen odpovídající postup pro nepárový t -test a to buď t -test pro shodné rozptyly a nebo t -test pro rozdílné rozptyly.

V následném t -testu byl při hladině významnosti 5% ($\alpha = 0,05$) zjištěn statisticky významný rozdíl středních hodnot v dimenzi „*Omezení pro fyzické problémy*“ a v dimenzi „*Spokojenost s péčí*“.

Statisticky velmi významný rozdíl středních hodnot, kdy výsledek t -testu je vyšší než vypočtená kritická hodnota při hladině významnosti 1% ($t > t_{\text{krit}}$ při $\alpha = 0,01$) byl zjištěn v dimenzi „*Břímě ledvinového onemocnění*“ a v dimenzi „*Zaměstnání*“.

Nižší skóre kvality života bylo zjištěno např. v dimenzi „*Omezení pro fyzické problémy*“, pokud budeme na možné škále 0 - 100 počítat i s průměrnou hodnotou 50, lze výsledky měření u obou skupin v této dimenzi označit za podprůměrné, výrazně nižší skóre má však skupina respondentů léčených PD (25,81). Skupina v predialýze podprůměrně hodnotila kvalitu života v dimenzi „*Celkové zdraví*“ (44,50). Mírně podprůměrné jsou i hodnoty u obou sledovaných skupin v dimenzi „*Energie/únava*“ (44,33 respondenti v predialýze a 49,45 respondenti s PD). Velké rozdíly byly zaznamenány v dimenzi „*Břímě ledvinového onemocnění*“ a „*Zaměstnání*“, kdy skupina v predialýze dosáhla v obou dimenzích nadprůměrných hodnot (54,36 a 55,00) a skupina léčená PD pouze 32,06 a 29,03.

Nejlépe respondenti v predialýze hodnotili oblast „*Povzbuzení od dialyzačního personálu*“ (92,50), „*Spokojenost s péčí*“ (85,55) a „*Sociální opora*“ (77,22). Naopak nejhůře hodnotili oblast „*Energie/únava*“ (44,33), „*Celkové zdraví*“ (44,50) a „*Omezení pro fyzické problémy*“ (48,33).

Respondenti s PD nejlépe hodnotili oblast „*Povzbuzení od dialyzačního personálu*“ (92,74), „*Spokojenost s péčí*“ (77,42) a „*Kognitivní funkce*“ (77,20). Nejhůře pak „*Omezení pro fyzické problémy*“ (25,81), „*Zaměstnání*“ (29,03) a „*Břímě ledvinového onemocnění*“ (32,06).

Tabulka 3 Střední hodnoty v jednotlivých dimenzích dotazníku KDQoL – SF™ a jejich rozptyly pro obě skupiny respondentů

Dimenze	Střední hodnota		Rozptyl	
	Respondenti v predialýze	Respondenti s PD	Respondenti v predialýze	Respondenti s PD
Fyzická činnost	53,67	57,74	1124,02	766,40
Omezení pro fyzické problémy	48,33	25,81	1979,89	853,49
Tělesná bolest	61,42	68,63	1103,74	856,60
Celkové zdraví	44,50	52,26	902,33	156,40
Emoční pohoda	61,20	64,65	627,61	369,17
Omezení pro emoční problémy	61,11	66,67	1922,12	1407,48
Společenské fungování	67,50	56,05	911,64	1081,99
Energie/únava	44,33	49,45	942,64	370,46
Problémy	74,47	77,17	367,81	155,09
Vlivy ledvinového onemocnění	74,38	68,95	465,67	272,80
Břímě ledvinového onemocnění	54,36	32,06	1471,68	457,66
Zaměstnání	55,00	29,03	922,41	1129,03
Kognitivní funkce	76,22	77,20	492,51	313,45
Kvalita sociální interakce	74,22	65,81	553,99	411,10
Sexuální fungování	75,83	68,95	1292,39	1290,32
Spánek	61,75	55,48	690,58	449,76
Sociální opora	77,22	75,81	603,17	978,51
Povzbuzení od dialyzačního personálu	92,50	92,74	38,79	164,31
Spokojenost s péčí	85,55	77,42	109,83	306,42

Vysvětlivky: Střední hodnota = aritmetický průměr (součet všech hodnot v jednotlivých dimenzích dělený počtem těchto hodnot)

Rozptyl = vyjadřuje variabilitu rozdělení souboru náhodných hodnot kolem její střední hodnoty

V tabulce 4 jsou uvedené průměrné hodnoty u americké populace s renálním onemocněním, předběžné normy české populace a námi zjištěné výsledky výzkumného šetření pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL SFTM. První část dotazníku KDQOL SFTM, tzv. generická část, je shodná se standardizovaným dotazníkem SF-36, který slouží k hodnocení kvality života spojené se zdravím jak u všeobecné populace, tak i u populace s širokým spektrem onemocnění. Vzhledem k tomu, že nejsou stanoveny české normy u populace s chronickým onemocněním ledvin, bylo využito norem stanovených pro všeobecnou českou populaci. Na tomto porovnání lze demonstrovat, v jakých dimenzích se CKD projeví nejvíce, jak zasáhne do života nemocných oproti zdravým a s touto informací můžeme dále pracovat. Výzkum na české populaci provedl Sobotík, který své výsledky publikoval v roce 1998 v článku Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví a stanovil tak normy pro všeobecnou českou populaci. (Sobotík, 1998, s. 50-54). Jednalo se celkem o 600 respondentů, kteří byli vybíráni náhodně, vzhledem k věkovému rozložení se však nejedná o reprezentativní vzorek. Nejčastěji zastoupenou skupinou byly věkové skupiny 15-24 a 45-54 let, ostatní věkové skupiny byly reprezentovány velmi nízkými počty respondentů. Sám Sobotík ve své práci doporučuje stanovit reprezentativní normu zdraví české populace, která by se mohla používat pro porovnání výsledků s vybranými skupinami nemocných. (Sobotík, 1998, s. 52-54). Zatím bohužel nebyl proveden výzkum, který by stanovil aktuálnější výsledky. A jak už bylo řečeno, normy pro českou populaci jsou dodnes využívány, například ve srovnávací studii „*Hodnocení kvality života u pacientů s roztroušenou mozkomíšní sklerózou*“ prováděnou u 60 pacientů ve Fakultní nemocnici v Ostravě v letech 2010 a 2013 (Polášková, 2016), dále např. v odborném článku „*Zdravím podmíněná kvalita života u pacientů s revmatoidní artritidou v průběhu prvního roku anti-TNF léčby (hodnocení dotazníkem SF-36 a srovnání se vzorkem všeobecné populace České republiky) – výsledky z registru biologické léčby ATTRA*“ (Závada, 2016), nebo v pilotní studii „*Kvalita života ve vztahu k tělesné zdatnosti seniorek*“ prováděnou u 46 žen (Kramperová, 2017). Normy americké populace s renálním onemocněním jsou z roku 1994 (Hays, 1994, s. 329-338) a jsou pro porovnání stále používány v odborných pracích. Užití těchto norem můžeme nalézt např. v práci „*Využití dotazníku KDQoL - SFTM pro hodnocení kvality života dialyzovaných seniorů*“ uveřejněné v odborném časopise Aktuality v Nefrologii v roce 2016 (Maralíková, Bužgová, 2016), dále v práci „*Fyzická a psychická kondice u jedinců po transplantaci ledviny - význam časné pohybové intervence*“ uveřejněné v témže časopise v roce 2011, nebo i pilotní studie

„Home-based training using neuromuscular electrical stimulation in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis: A pilot study” kolektivu autorů z Masarykovy univerzity, uveřejněná v odborném časopise *Artificial Organs* v roce 2019. (Palánová, 2019)

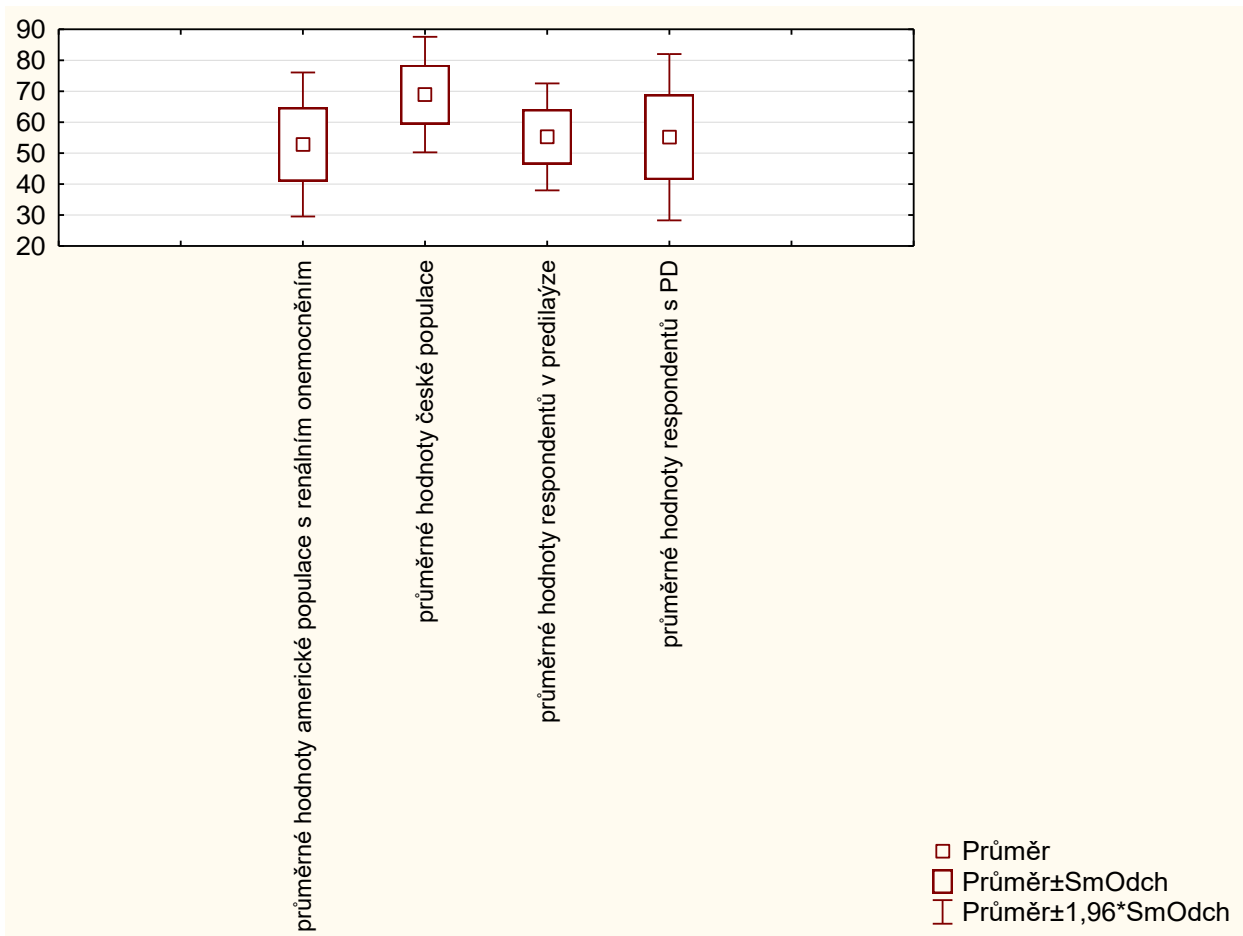
Zhoršení kvality života obou zkoumaných skupin ve srovnání s normou pro českou populaci v generické části dotazníku je patrné ve všech zkoumaných oblastech (viz. Obrázek 1, s. 43), avšak většina z nich je z klinického hlediska nevýznamná. Nejvýraznější rozdíly v negativním slova smyslu jsou především v oblastech „*Fyzická činnost*“ a „*Omezení pro fyzické problémy*“ u obou zkoumaných skupin. Dimenze „*Fyzická činnost*“ je výsledkem otázky 3, kde jako nejproblémovější oblasti uváděli respondenti středně těžké a usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých břemen, vyjití více pater. Dimenze „*Omezení pro fyzické problémy*“ je v našem dotazníku zastoupena otázkou 4. V této otázce respondenti jako největší problém vnímali omezení v druhu práce a v nutnosti vynaložit větší úsilí pro zvládnutí činnosti, také často uváděli, že udělali méně, než chtěli. Tyto obtíže se vyskytovaly častěji u skupiny respondentů s PD. Nižší skóre bylo zaznamenáno i v oblasti „*Celkové zdraví*“ u skupiny respondentů v predialýze oproti normě pro českou populaci. Tato oblast je výsledkem vyhodnocení otázky 1 a 11, kde respondenti uváděli horší vnímání vlastního zdraví a také očekávání, že se jejich zdraví bude nadále zhoršovat. Dále je otázka na celkové zdraví obsažena v otázce 22, která se vyhodnocuje samostatně a není uvedena v tabulce. Výsledky otázky 22 jsou uvedeny na obrázku 3.

Téměř shodných výsledků dosáhla skupina respondentů s PD ve srovnání s normou pro českou populaci v oblastech „*Tělesná bolest*“ a „*Emoční pohoda*“. Výrazně nižšího skóre dosáhli respondenti s PD v oblasti „*Společenské fungování*“, kde dosažené výsledky jsou výrazně pod průměrem jak americké, tak české normy. Tato oblast je výsledkem vyhodnocení otázky 6 a 10, kdy respondenti s PD uvedli, že jim jejich fyzické či emoční obtíže částečně bránily ve společenském životě. Výrazně lepších výsledků dosáhla skupina respondentů s PD v oblasti „*Tělesná bolest*“, kde byly výsledky shodné s normou pro českou populaci a výrazně lepší oproti normě pro americkou populaci s renálním onemocněním. Dále skupina respondentů s PD měla oproti americké normě vyšší skóre v oblasti „*Celkové zdraví*“ a v oblasti „*Omezení pro fyzické problémy*“.

Tabulka 4 Porovnání průměrných hodnot u obou zkoumaných skupin (respondenti v predialýze, respondenti s PD) v generické části dotazníku KDQOL SF™ s americkou normou u pacientů s chronickým onemocněním ledvin a s českou normou pro všeobecnou populaci

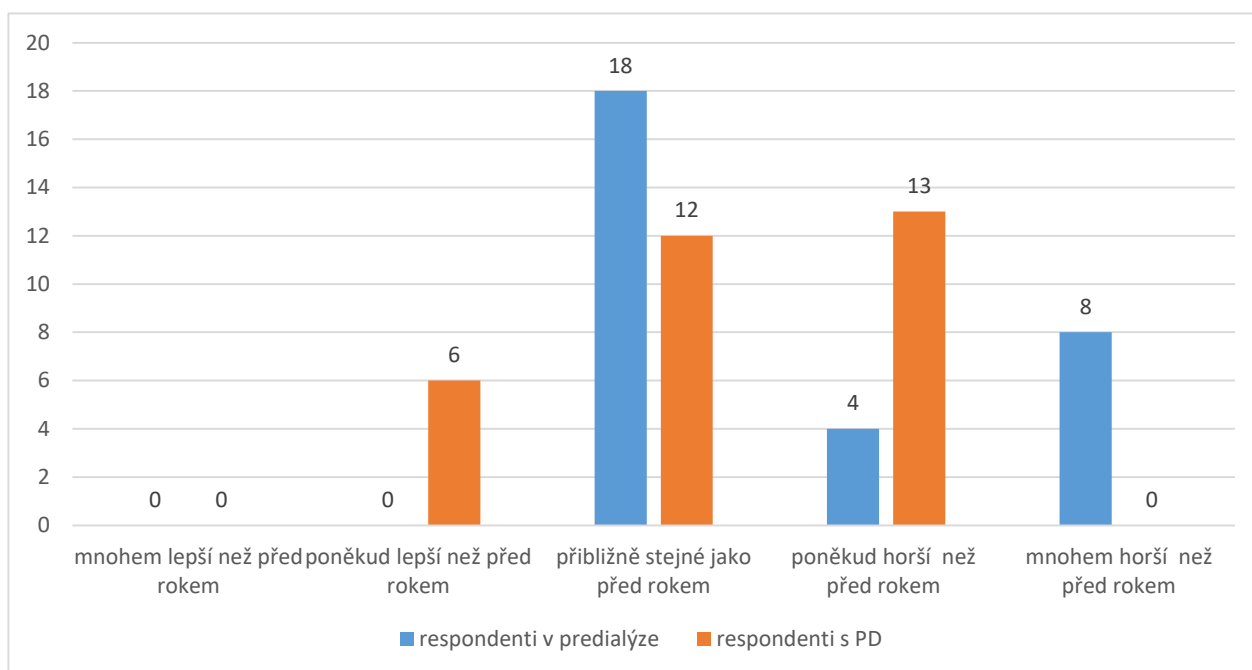
Generická část Domény SF-36	Průměrné hodnoty americké populace s renálním onemocněním	Průměrné normy všeobecné české populace	Průměrné hodnoty respondentů v predialýze	Průměrné hodnoty respondentů s PD
Fyzická činnost	51,83	86,2	53,67	57,74
Omezení pro fyzické problémy	32,46	69,4	48,33	25,81
Tělesná bolest	57,6	69,5	61,42	68,63
Celkové zdraví	43,87	60,3	44,50	52,26
Emoční pohoda	69,54	66,6	61,20	64,65
Omezení pro emoční problémy	57,76	70,7	61,11	66,67
Společenské fungování	63,57	74,6	67,50	56,05
Energie/únava	45,89	54,1	44,33	49,45

Na obrázku 1 jsou uvedeny průměrné hodnoty jednotlivých skupin v generické části dotazníku KDQoL- SF™ a je na něm patrné nižší hodnocení kvality života u obou skupin respondentů oproti normě pro českou populaci. Horších výsledků v této části dosáhla skupina respondentů v predialýze i oproti americké normě. Skupina respondentů s PD však v generické části dosáhla v průměru lepších výsledků, než je americká norma pro pacienty s onemocněním ledvin.



Obrázek 1 Krabicový graf znázorňující průměrné hodnoty jednotlivých skupin (americká norma pro populaci s chronickým onemocněním ledvin, česká norma pro všeobecnou populaci, respondenti v predialýze, respondenti s PD) v generické části dotazníku KDQoL-SF™

Na obrázku 2 je graficky znázorněno vyhodnocení otázky 2, kde respondenti měli odpovědět na to, jak by hodnotili své současné zdraví s porovnáním se stavem před rokem. Mnohem lépe než před rokem se necítil nikdo z dotázaných. Kategorie odpovědí „poněkud lepší než před rokem“ byla zastoupena pouze pacienty s PD skupinou 6ti (19 %) respondentů. Nejčastěji se skupina respondentů v predialýze cítí „přibližně stejně jako před rokem“. Pacienti v predialýze tak odpověděli 18krát (60 %) a pacienti na PD 12krát (39 %). „Poněkud hůře než před rokem“ se cítí 4 (13 %) respondenti v predialýze a 13 (42 %) respondentů s PD, pro něž to byla i nejčastější odpověď. „Mnohem hůře než před rokem“ se cítí 8 (27 %) respondentů v predialýze. Respondenti s PD tuto možnost neoznčili.



Obrázek 2 Porovnání zdraví respondentů dnes se zdravím před rokem, samostatná otázka 2

Porovnání ve specifické části dotazníku zaměřující se přímo na onemocnění ledvin je možné pouze s normami pro americkou populaci, jelikož normy pro českou populaci nebyly zatím vytvořeny. Průměrné hodnoty americké populace s renálním onemocněním z roku 1994 (Hays, 1994, s. 329-338) jsou spolu se zjištěnými výsledky ze specifické části dotazníkového šetření uvedeny v tabulce 5.

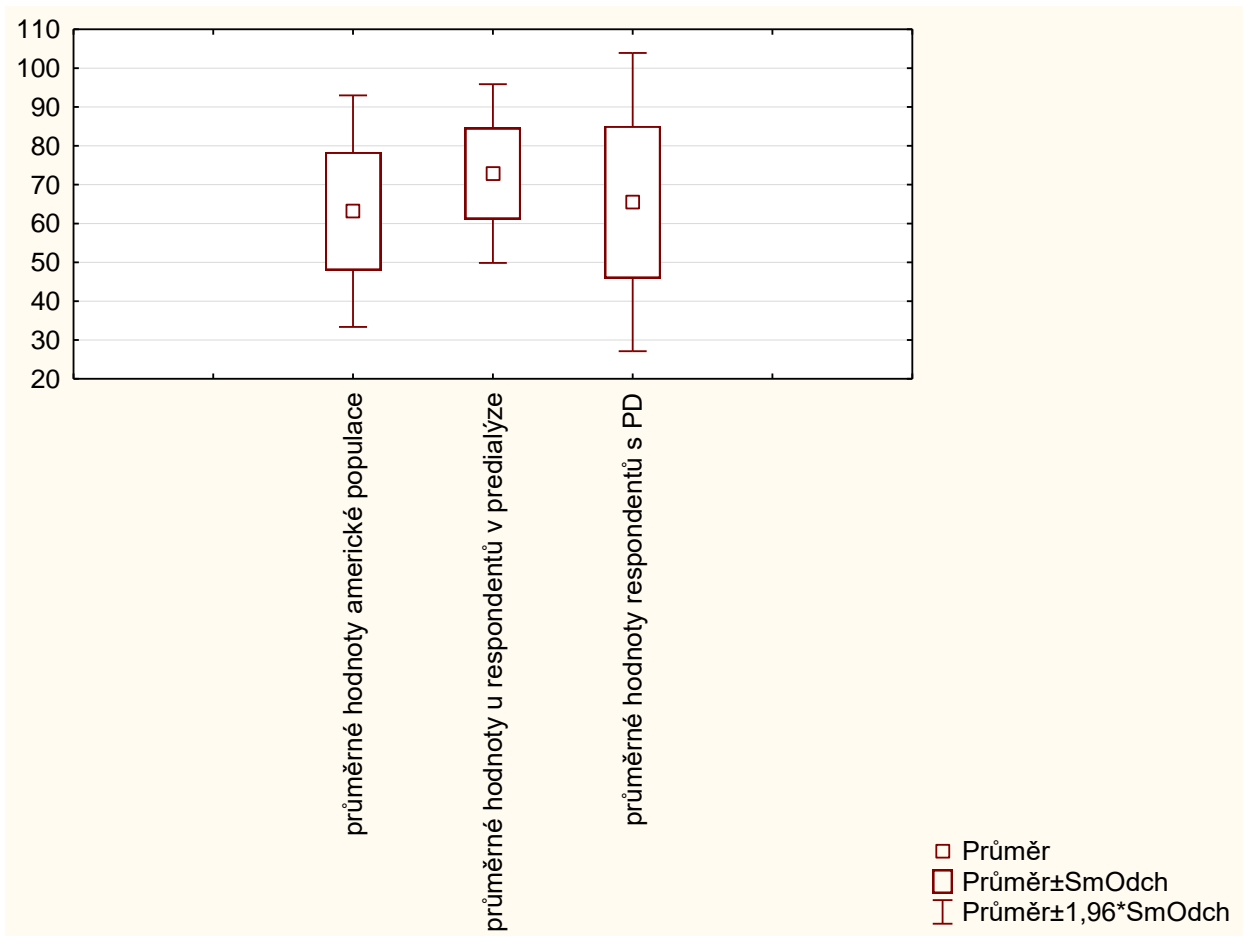
Kvalita života sledovaných pacientů podle specifické části dotazníku KDQOL SFTM téměř ve všech hodnocených dimenzích přesáhla hodnoty americké normy (viz Tabulka 5). Zhoršení průměrných hodnot oproti americké normě je patrné v dimenzi „*Břímě ledvinového onemocnění*“ a „*Kvalita sociální interakce*“ ve skupině respondentů s PD. Dimenze „*Břímě ledvinového onemocnění*“ je vyhodnocením otázky 12, respondenti s PD častěji než respondenti v predialýze uváděli, že je onemocnění ledvin připravuje o příliš mnoho času, dále jim značně ovlivňuje jejich život, častěji měli pocit, že svým onemocněním zatěžují rodinu. Hodnota dimenze „*Kvalita sociální interakce*“ je průměrem tří podotázek otázky 13. Nižší hodnoty u respondentů s PD jsou dány tím, že tato skupina častěji udávala, že se vyhýbala lidem kolem nich, jednala s nimi podrážděně a vycházela hůře s ostatními.

Výrazně lepších výsledků dosáhly obě zkoumané skupiny oproti americké normě v oblastech „*Vlivy ledvinového onemocnění*“, „*Sociální opora*“ a „*Povzbuzení od dialyzačního personálu*“, skupina respondentů v predialýze navíc i v oblastech „*Spokojenost s péčí*“ a „*Zaměstnání*“.

Tabulka 5 Porovnání průměrných hodnot u obou zkoumaných skupin (respondenti v predialýze, respondenti s PD) ve specifické části dotazníku KDQOL-SF™ s americkou normou pro populaci s chronickým onemocněním ledvin

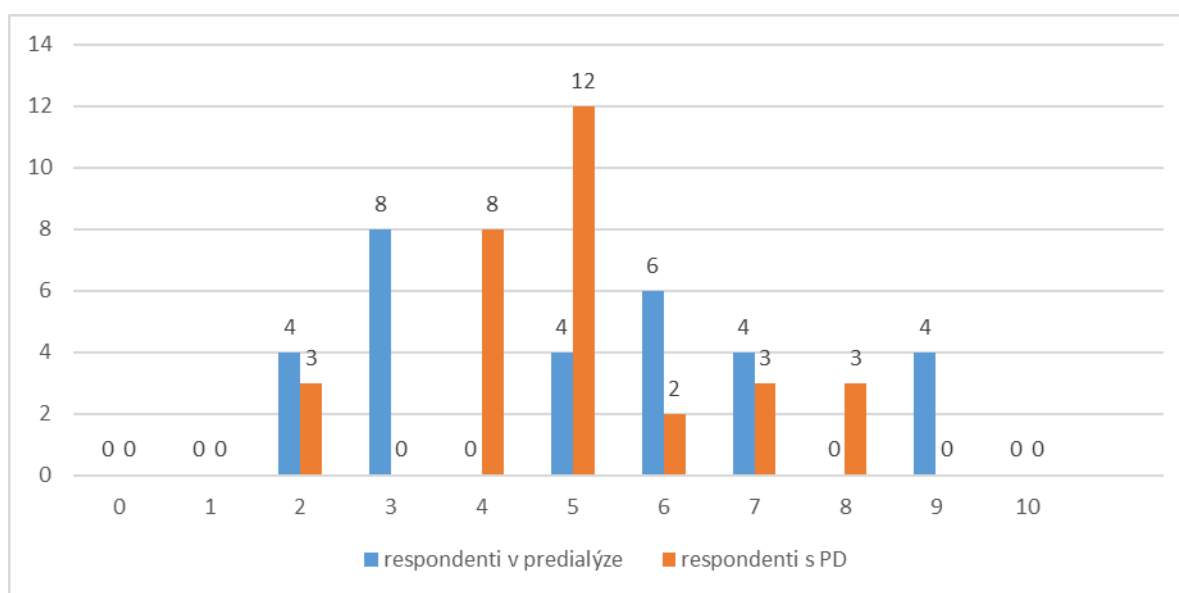
Specifická část Domény KDQoL – SF™	Průměrné hodnoty americké populace s renálním onemocněním	Průměrné hodnoty respondentů v predialýze	Průměrné hodnoty respondentů s PD
Problémy	71,21	74,47	77,17
Vlivy ledvinového onemocnění	57,30	74,38	68,95
Břímě ledvinového onemocnění	49,62	54,36	32,06
Zaměstnání	25,26	55,00	29,03
Kognitivní funkce	79,11	76,22	77,20
Kvalita sociální interakce	76,65	74,22	65,81
Sexuální fungování	69,30	75,83	68,95
Spánek	60,68	61,75	55,48
Sociální opora	64,61	77,22	75,81
Povzbuzení od dialyzačního personálu	69,90	92,50	92,74
Spokojenost s péčí	71,38	85,55	77,42

Na obrázku 3 je grafické znázornění průměrných hodnot námi zkoumaných skupin respondentů s průměrem norem pro americkou populaci s onemocněním ledvin ve specifické části dotazníku KDQoL- SF™. Zde je patrný větší rozptyl hodnot u skupiny respondentů s PD, průměr je však shodný s průměrem americké normy, výrazně lepších výsledků ve specifické části dosáhla skupina respondentů v predialýze.



Obrázek 3 Krabicový graf s průměrnými hodnotami ve specifické části dotazníku KDQoL- SF™ u respondentů v predialýze, respondentů s PD a americkou normou pro populaci s chronickým onemocněním ledvin

Otázka 22 je dle autora Hayse (1997, s.2) vyhodnocována samostatně. Získaná data jsou prezentována na obrázku 4. V této otázce měli respondenti odpovědět na otázku: „*Jak byste celkově hodnotil/a svůj zdravotní stav?* “. Odpověď zaznamenali na číselné škále od 0 do 10, kdy 0 znamená nejhorší, co může být (tak špatný nebo horší než být po smrti), číslo 5 znamená uprostřed mezi nejhorším a nejlepším a číslo 10 značí nejlepší, co může být. Respondenti v predialýze získali v průměru 50,67 bodů a respondenti s PD v průměru 50 bodů. Celkové zdraví je zahrnuto i v samostatné doméně v generické části a její hodnota je průměrem odpovědí na otázky 1 a 11 (viz. Příloha A, s. 63). Hodnoty u obou sledovaných skupin se tak v doméně Celkové zdraví a v otázce 22 lišily pouze minimálně. U respondentů v predialýze byl ve výsledcích rozdíl 6,17 bodů (v dimenzi „*Celkové zdraví*“ získali v průměru 44,5 bodu a v otázce 22 v průměru 50,67 bodů) a u respondentů s PD byl rozdíl pouze 2,26 bodů (v dimenzi „*Celkové zdraví*“ získali respondenti v průměru 52,26 bodů a v otázce 22 v průměru 50 bodů).



Obrázek 4 Četnost odpovědí na otázku „*Jak byste celkově hodnotil/a svůj zdravotní stav?*“ na číselné škále 0-10 u skupiny respondentů v predialýze a u skupiny respondentů s PD

4. DISKUZE

V této části práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku výzkumného šetření.

Výzkumná otázka 1: Jak vnímají oslovení respondenti svůj zdravotní stav?

Vnímání vlastního zdravotního stavu je závislé na celé řadě faktorů, jako je věk, kompenzace chronického onemocnění, podpora rodiny, personálu dialyzačního střediska, zaměstnavatele a také na možnosti věnovat se zájmům jako před onemocněním. (Zelinková, 2015)

Odpovědi na otázku, jak vnímají respondenti svůj zdravotní stav, se zabývaly v dotazníkovém šetření otázky číslo 1, 2, 11 a 22. Otázka 1 a 11 je zahrnuta v dimenzi „*Celkové zdraví*“, kde obě skupiny respondentů dosáhly nižšího skóre než česká populace, ale oproti americké normě pro populaci s renálním onemocněním jde o nadprůměrné výsledky, především u skupiny respondentů s PD. Při porovnání svého zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem, kterému se věnovala otázka 2 (viz. Obrázek 2, s. 44), získala skupina v predialýze v průměru 33 bodů a skupina s PD 44 bodů z možných 100 bodů. Bohužel u obou skupin respondentů je tato otázka vyhodnocena jako podprůměrná. Dále můžeme odpověď na naši výzkumnou otázku nalézt v odpovědích na otázku 22, jak by hodnotili respondenti svůj zdravotní stav celkově, kdy respondenti v predialýze získali v průměru 50,67 bodů a respondenti s PD v průměru 50 bodů.

CHSL většinou představuje snížení kvality života. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 81) Je pozitivní, že oslovení respondenti s PD hodnotí svůj zdravotní stav průměrně lépe než respondenti v predialýze. Tato skutečnost by mohla být významně ovlivněna tím, že pacient s PD má již stanovenou diagnózu, nastavenou léčbu, aktivně zasahuje do své léčby, zatímco pacient v predialýze má často strach, co s ním bude, může být zaskočen, že jeho onemocnění je tak závažné, že ho čeká dialýza a toto se jistě podepisuje na hodnocení vlastního zdraví.

Výzkumná otázka 2: Jak hodnotí spokojenost se svým životem pacienti v predialýze a jak pacienti léčení PD?

Dle Křivohlavého (2009, s. 40) je „*kvalita života definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života*“

Vlivem onemocnění ledvin na každodenní život respondentů se zabývají otázky číslo 15 - 21 dotazníkového šetření. Otázka 15 je překódována a vyhodnocena v dimenzi „*Vlivy ledvinového onemocnění*“, norma pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin je 57,30, naši respondenti v predialýze dosáhli 74,38, respondenti s PD 68,95. Otázka číslo 16 je vyhodnocena v dimenzi „*Sexuální fungování*“, kde norma pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin je 69,30, naši respondenti v predialýze dosáhli 75,83 a respondenti s PD 68,95. Pacienti v predialýze trpí celou řadou sexuálních poruch, které jsou způsobeny např. anemií, deficitem zinku, medikací, sníženou schopností produkovat sperma a nižší hladinou testosteronu u mužů, u žen jde často o snížení libida, změnu v menstruačním cyklu, nedostatek poševní sekrece, chybění orgasmu. Dále má vliv na psychiku i vědomí chronické choroby, pocit sexuální neatraktivnosti způsobený porušeným obrazem sebe sama, nezdravou barvou pokožky, uremickým fétorem či jizvami při zajišťování dialyzačních přístupů. Přesto je téma sexuality zanedbáváno, ačkoliv je sexualita důležitou součástí kvality života nejen zdravých lidí. Snahou dialyzačního týmu by mělo být naplnění fyzické i psychosociální potence u pacientů, zlepšení sexuálního života např. pomocí psychiatrické či sexuologické konzultace, psychoterapie, ev. medikace. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 88-90) Otázky 17 a 18 jsou vyhodnoceny v dimenzích „*Spánek*“, kde je norma pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin 60,68, naši respondenti v predialýze dosáhli 61,75 a respondenti s PD 55,48. Spánek u pacientů s PD může být narušen při používání noční dialýzy pomocí přístroje (CCPD), kdy může docházet ke spuštění alarmu, např. při přilehnutí katétru apod. Kalousová ve své studii u 25 pacientů s CAPD zjistila, že 40% respondentů udávalo potíže se spánkem, usínáním a časté noční buzení a 36 % udávalo neklidné nohy, při srovnání se 103 pacienty s HD, kde byl výskyt obtíží obdobný. (Kalousová, 2001) Problémem dialyzovaných pacientů není jen nekvalitní a nedostatečný spánek v noci, ale i ospalost během dne, která může u PD vést k nepravidelnému a nedostatečnému dialyzačnímu režimu. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 87) Otázka číslo 19 je vyhodnocena v dimenzi „*Sociální opora*“, ve které je norma pro americkou populaci s chronickým

onemocněním ledvin 64,61 a naši respondenti v predialýze dosáhli 77,22 a respondenti s PD 75,81. Zde dosáhli naši respondenti nadprůměrných výsledků. Se svým rodinným zázemím a jejich podporou, díky níž překonávají své obtíže, je spokojena většina respondentů. Vyhodnocení otázky 20 a 21 je zahrnuto v dimenzi „Zaměstnání“, kde je norma pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin 25,26 a naši oslovení respondenti v predialýze získali 55,00 a respondenti s PD 29,03. Většina respondentů v obou skupinách uvedla, že v posledních 4 týdnech nevykonávala placenou práci, avšak stejně tak většina našich respondentů uvedla, že jejich zdravotní stav jim neznemožňoval placenou práci vykonávat. To je dáno i věkovým zastoupením našich respondentů, protože většina z nich je ve starobním nebo invalidním důchodu.

Zoubková ve své práci došla k závěru, že i přes všechna úskalí, která s sebou přináší léčení dialyzovaných pacientů, většina z nich hodnotí svůj život jako kvalitní a smysluplný (Zoubková, 2007, s. 64) Ke stejnému závěru dospěla i ve článku časopisu Stěžeň, psychologka dialyzačního střediska Na Strahově v Praze, Marcela Znojová, která uvádí, že dialyzovaný pacient je často podstatně spokojenější, než si my „odborníci“ myslíme. (Znojová, 2004) Toto zjištění se plně shoduje s mými výsledky z výzkumné otázky 2.

Výzkumná otázka 3: Jak hodnotí respondenti spokojenost se zdravotní péčí?

Hodnocením spokojenosti se zdravotnickou péčí se zabývaly otázky 23 a 24, které byly dále znázorněny v přepočtených hodnotách ve specifické části dotazníku v dimenzích „*Povzbuzení od dialyzačního personálu*“ a „*Spokojenost s péčí*“.

V otázce 24 měli respondenti uvést, zda pro ně platí, že je personál dialýzy povzbuzuje, aby byli soběstační, jak jen to je možné a zda osloveným respondentům personál dialýzy pomáhá se vyrovnat s onemocněním ledvin. Také v této otázce byly výsledky obou zkoumaných skupin výrazně nadprůměrné. Po překódování získali respondenti v predialýze 92,5 % a respondenti s PD 92,74 %, oproti tomu norma pro americkou populaci s renálním onemocněním je pouze 69,9 %. Pokud jde o spokojenost s péčí, respondenti z obou oslovených skupin ji vnímali jako výrazně nadprůměrnou. V porovnání s americkou populací, která získala průměrně 71,38 % z možných 100 %, respondenti v predialýze získali 85,55 % a respondenti s PD 77,42 %. Vyšší

spokojenost s péčí byla zjištěna u pacientů s PD i v americké multicentrické studii, provedené u 656 dialyzovaných pacientů, léčených jak PD, tak i HD pomocí vlastního dotazníku spokojenosti vyplněného v prvních týdnech léčby. Lepšího hodnocení dosáhli pacienti s PD i v oblasti, která se týkala poskytování potřebných informací. (Rubin, 2004) Vysvětlením může být i to, že před zahájením dialyzační léčby a v jejích začátcích je nemocnému poskytováno podstatně více informací, osobního kontaktu a podpory, protože je to potřebné k úspěšnému zvládnutí léčby v domácím prostředí. (Bednářová, Sulková, 2007, s. 87)

V našem průzkumném šetření bylo zjištěno zhoršení kvality života obou zkoumaných skupin ve všech oblastech oproti předběžným normám pro českou populaci (Sobotík, 1998, s. 50-54), většina je však klinicky nevýznamná.

Je nutné také upozornit na to, že v našem průzkumném šetření nejde o reprezentativní skupiny. Ve skupině respondentů v predialýze je 30 jedinců, z toho 15 žen a 15 mužů, ve skupině respondentů léčených PD je 31 jedinců, z toho 16 žen a 15 mužů. Obě námi zkoumané skupiny jsou rovnoměrně zastoupeny, co se týče pohlaví, avšak dle dat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) bylo v roce 2017 léčeno PD celkově 420 pacientů v chronickém programu, z toho 256 mužů a 164 žen. Dále dle dat z ÚZIS je věkové zastoupení u pacientů s PD bez ohledu na pohlaví ve skupině 20 - 64 let 256 pacientů (60,95 %), ve skupině 65 a více 145 pacientů (34,52 %). Námi zkoumaní respondenti s PD byli ve skupině 20-64 let zastoupeni v počtu 9 (29,03 %) a ve skupině 65 a více 22 (70,97 %). Bohužel nejsou k dispozici informace, které by sledovaly tyto údaje i u pacientů v predialyzační péči. Jak uvádí Bednářová, „*Kvalita života starých dialyzovaných pacientů závisí na skupině, se kterou je porovnávána*“, proto i rozdíly v hodnocení kvality života ve vyšším věku u dialyzovaných pacientů v porovnání s běžnou populací jsou méně patrné, nežli u mladších dialyzovaných pacientů v porovnání s běžnou populací ve stejné věkové kategorii. Dále, pokud srovnáváme staré HD i PD pacienty s mladšími dialyzovanými pacienty, je jejich spokojenost se životem větší což vyplývá i ze skutečnosti plně prožitého života, splněných přání, plánů a naplnění životních rolí. (Bednářová, 2007, s. 82 – 83)

Výrazné rozdíly v negativním smyslu u obou skupin respondentů oproti normám české populace jsou patrné (viz. Tabulka 4, s. 42) v doméně „*Fyzická činnost*“ (norma pro českou populaci 86,2 a skupina v predialýze dosáhla 53,67 a skupina s PD 57,74), což je dáno povahou onemocnění

i průměrným věkem obou zkoumaných skupin. Dále také v doméně „*Omezení pro fyzické problémy*“ (norma pro českou populaci je 69,4 skupina v predialýze získala 48,33 a skupina respondentů s PD 25,81), což je jistě částečně dáno jak samotným onemocněním, tak i léčebným režimem.

U skupiny respondentů v predialýze jde i o dimenzi „*Celkové zdraví*“ (norma pro českou populaci je 60,3, skupina v predialýze získala 44,50). Nutno podotknout, že námi zjištěné normy plně korespondují s americkou normou pro populaci s renálním onemocněním, či ji převyšují. Dle Bodlákové může být skóre pod 50 interpretováno jako pod normou obecné populace. (Bodláková et al., 2001, s. 354–356) Dle Strejcové nižší hodnoty SF-36 signalizují horší zdravotní stav či dlouhodobé onemocnění. (Strejcová et al., 2014, s. 297)

Roli v hodnocení kvality života mohou mít již existující rozdíly v kvalitě života před zahájením léčby. Studií, které by se zabývaly kvalitou života v predialyzačním období a její další sledování v dialyzační fázi, je velmi málo. Za zmínku jistě stojí holandská studie (Korevaar et al., 2000), která sledovala 301 pacientů s CHSL několik týdnů před zahájením léčby a kvalita života byla hodnocena generickými dotazníky SF – 36 a Euro Qol. Ačkoliv byla kvalita života po zahájení dialyzační léčby nižší ve všech dimenzích než u běžné nizozemské populace, skupina s PD posuzovala svoji kvalitu života ve všech dimenzích vyšší než skupina s HD. Výrazně horších výsledků než běžná populace dosáhla skupina s PD v oblasti fyzických funkcí i v průřezové studii v České republice z roku 2016. (Mahrová et al., 2016) Zhoršení v oblasti fyzické činnosti a celkového zdraví uvádí ve své práci diplomové práci studentka Eliška Vrágová, která zkoumala kvalitu života u 25 peritoneálně dialyzovaných pacientů pomocí standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, SF-36, KDQOL- SFTM. (Vrágová, 2010). Mahrová uvádí, že na fyzickou zdatnost a celkovou kvalitu života mají vliv i komplikace související s chronickým onemocněním ledvin (kostní nemoc, anémie a mnoho dalších), proto je pro chronicky nemocné jedince důležité udržení nebo rozvoj dosavadních pohybových dovedností a schopností. Pravidelná tělesná aktivita by měla být součástí jejich životů (Mahrová, 2009). V dostupné české i zahraniční literatuře se běžně setkáváme s informací, že u dialyzovaných pacientů klesá pohybová aktivita a dochází ke zhoršení ve fyzické oblasti, na druhé straně se nikdo nezabývá tím, jak tuto skutečnost změnit. (Mahrová et al., 2009)

Dále bylo v průřezové studii u pacientů s PD v porovnání s populačními normami v naší zemi zjištěno zhoršení kvality života v oblasti duševního zdraví, což se v našem šetření nepotvrdilo, rozdíl oproti české normě je klinicky nevýznamný. (Mahrová et al., 2016)

K nejproblémovějším oblastem, které obě skupiny respondentů obtěžují, jsou problémy při práci nebo v běžné denní činnosti kvůli zdravotním potížím. Skupina v predialýze získala ze všech zkoumaných oblastí generické části dotazníku 51,27 % a skupina s PD 56,29 %, norma pro americkou populaci s renálním onemocněním je 52,82 %, norma pro běžnou českou populaci je 68,93 %. Pokud však budeme na možné škále 0 - 100 počítat i s průměrnou hodnotou 50, jsou téměř všechny zjištěné výsledky měření u skupiny s PD nadprůměrné. Srovnání obou zkoumaných skupin by mohlo vypovídat o tom, že dobře nastavená terapie PD by mohla přinášet zlepšení kvality života. Jedná se samozřejmě malý vzorek a tyto závěry nelze zobecňovat.

Dále je kvalita života v této práci zjišťována pomocí specifické části dotazníku. Výsledky většiny dimenzí byli v intervalu norem korespondujících s normami pro americkou populaci s onemocněním ledvin. Ke stejnému závěru došla ve svém dotazníkovém šetření v rámci diplomové práce i studentka Vrágová (Vrágová, 2010). Nízká kvalita života definována dle Bodlákové (2001) jako skóre pod 50 bodů, je patrná v Tabulce 5 (s. 46) v oblastech „*Břímě ledvinového onemocnění*“ a „*Zaměstnání*“ u respondentů s PD. V dimenzi „*Břímě ledvinového onemocnění*“ jde i o výrazně nižší výsledek, než je norma pro americkou populaci s onemocněním ledvin. Naopak dobrá kvalita dle Bodlákové (2001), tj. skóre nad 80 bodů, byla zjištěna v dimenzi „*Spokojenost s péčí*“ u respondentů v predialýze, dále v dimenzi „*Povzbuzení od dialyzačního personálu*“ v obou zkoumaných skupinách. Výrazně vyšších hodnot, než je norma pro americkou populaci s onemocněním ledvin, dosáhli respondenti také v dimenzích „*Vlivy ledvinového onemocnění*“, „*Sociální opora*“ a v dimenzi „*Povzbuzení od dialyzačního personálu*“. Skupina v predialýze získala ze všech zkoumaných oblastí specifické části dotazníku 71,96 % a skupina s PD 68,77 %, norma pro americkou populaci s renálním onemocněním je 63,18 %.

Limity této práce spatřuji v malém množství respondentů (n=61), proto také nelze výsledky zevšeobecňovat a platí pouze pro tuto bakalářskou práci. Také se domnívám, že odpovědi na některé otázky (např. spokojenost s péčí) mohou být ovlivněny naší dlouhodobou ošetrovatelskou péčí, pravidelným osobním kontaktem s respondentem a vyplňováním dotazníku

většinou přímo v dialyzačním středisku. Tímto se mohli cítit respondenti vůči nám zavázáni a nemuseli vždy uvést úplně pravdivé odpovědi. Dále spatřuji limit této práce v tom, že porovnání ve specifické části dotazníku zaměřující se přímo na onemocnění ledvin je možné pouze s normami pro americkou populaci, jelikož normy pro českou populaci nebyly zatím vytvořeny. Jak už bylo popsáno výše, ani u předběžných norem pro všeobecnou českou populaci nejde o reprezentativní skupinu a sám Sobotík ve své práci doporučuje stanovit reprezentativní normu zdraví všeobecné české populace, která by se mohla používat pro porovnání výsledků s vybranými skupinami nemocných. (Sobotík, 1998, s. 52-54). Získané poznatky by mohly být námětem pro další, podrobnější zkoumání jednotlivých oblastí. Vzhledem ke stále navyšujícímu se počtu pacientů s CHSL a tím i počtu dialyzovaných pacientů by dle mého názoru bylo vhodné, aby Česká nefrologická společnost stanovila normy, s kterými by bylo možné porovnávat výsledky standardizovaných dotazníků přímo zaměřených na onemocnění ledvin, případně aby navrhla dotazník vlastní.

5. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacientů v predialýze a u pacientů léčených pomocí peritoneální dialýzy. Trendem současné doby je zabývat se člověkem jako celkem, z hlediska holistického pojetí jako bytostí bio-psycho-sociální, kdy porucha jedné části vede k poruše části jiné či dokonce celého systému. Pokud se tedy snažíme zabývat kvalitou života člověka, musíme se zabývat všemi oblastmi, které se týkají jak fyzického, tak i psychického a sociálního stavu člověka. Cílem této práce bylo zjistit subjektivní hodnocení kvality života respondentů, identifikovat problémové oblasti, které pacienty v predialýze a s PD obtěžují, najít odpovědi na námi stanovené otázky a tyto poznatky využít v praxi ke zlepšení kvality jejich života. Oba stanovené cíle a všechny stanovené otázky byly zodpovězeny pomocí standardizovaného dotazníku KDQoL – SF™ a na základě dotazníkového šetření jsme došli k závěrům, že kvalita života pacientů v predialýze je oproti kvalitě života běžné populace snížena, avšak při srovnání s kvalitou života u populace s chronickým renálním onemocněním např. v Americe, je srovnatelná. Kvalita života u pacientů s PD je zhoršena oproti normě pro běžnou českou populaci, ale ve většině dimenzí je lepší, než jsou normy pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin a také lepší, než u respondentů v predialýze. Jako problémová byla pomocí dotazníkovému šetření stanovena oblast vnímání zdraví dnes i v porovnání se stavem před rokem, v obou skupinách respondentů. Problémovou oblastí pro respondenty s PD je také dimenze „*Břímě ledvinného onemocnění*“ a „*Kvalita sociální interakce*“ a „*Společenské fungování*“. Domníváme se, že zdravotníci by přinejmenším mohli zvýšit informovanost o onemocnění a léčbě, a tím i zmírnit obavy a snad i vnímání pacientova zdravotního stavu. Další problémovou oblastí je především pro respondenty v predialýze fyzická činnost, zatímco pacienti s PD vnímají spíše omezení pro fyzické problémy. Zde se uplatňují i v přidružená onemocnění a celkový stav pacienta a i zde vidíme naději především v motivaci ke zdravějšímu životnímu stylu, vhodné výživě i pohybu.

Hlavním přínosem této práce jsou poznatky, které se týkají pacientů s CHLS před rozvojem terminálního selhání a pacientů léčených PD, o tom jaký vliv mají jejich léčebné metody na kvalitu života.

Výsledky této práce použijí pro svou praxi v nefrologické ambulanci. Ačkoliv je péče o pacienty v naší společnosti na výborné úrovni a o pacienty se stará vyškolený personál schopný jim

pomoci v mnoha oblastech (sociální pomoc, dodržování dietního a pitného režimu, edukace u pacientů s peritoneální dialýzou), díky získaným poznatkům z dotazníkového šetření bych se ráda zaměřila především na podporu fyzické aktivity respondentů, intenzivnější spolupráci s fyzioterapeuty a také v oblasti komunikace a edukace je vždy co zlepšovat.

6. POUŽITÁ LITERATURA

BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ. *Peritoneální dialýza*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-313-8.

BEDÁŇOVÁ, Iveta a Vladimír VEČEREK. *Základy statistiky pro studující veterinární medicíny a farmacie*. Vyd. 1. Brno: Veterinární a farmaceutická univerzita Brno, 2007, 130 s. ISBN 978-80-7305-026-9.

BODLÁKOVÁ, Barbora, Marcela ZNOJOVÁ, Sylvie SULKOVÁ a Jelena SKIBOVÁ. Hodnocení kvality života u dialyzovaných pacientů metodou KDQOL-SFTM - pilotní studie. *Praktický lékař*. 2001, 81(6). ISSN 0032-6739.

Česká nefrologická společnost. *Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2017* [online]. In: . [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://www.nefrol.cz/odbornici/dialyzacni-statistika>

DIAZ-BUXO, Jose A. a Edmund G. LOWRIE et al. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: Comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *American journal of kidney diseases* [online]. 2000, (35), 293-300 [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(00\)70339-8/pdf](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(00)70339-8/pdf)

DYMÁKOVÁ, Tereza. *Život s hemodialýzou*, Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jitka Rusová, DiS

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAYS, R. D., J. D. KALLICH, D. L. MAPES, S. J. COONS a W. B. CARTER. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument. *Quality of Life Research*. 1994, 3(5), 329-338. ISSN 0962-9343.

HAYS, Ron D., Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.2. In: Rand.org [online]. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <http://www.rand.org/pubs/papers/P7928z2.html>.

JANOUSEK, Libor a Peter BALÁŽ. *Hemodialyzační arteriovenózní přístupy*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4725-475

KALMUKOVÁ, Nikol. *Kvalita života u dialyzovaných pacientů*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Majerová.

Koordinační středisko transplantací. *Dárcevská a transplantační aktivita v ČR 2017* [online]. In: . [cit. 2018-03-23]. Dostupné z: <http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2017/01/Darcovska-a-transplantacni-aktivita-v-CR-20176.pdf>

Koordinační středisko transplantací. *Aktuální WL v ČR k 30.12.2017* [online]. In: . [cit. 2018-03-23]. Dostupné z: <http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2017/01/Aktualni-WL-v-CR-k-30.12.2017.pdf>

KALOUSOVÁ, Marta, Vladimír TESAŘ a Karel ŠONKA et al.. Poruchy spánku u pacientů léčených kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou (CAPD). *Sborník Lékařský*. 2001, **102**(3), 395-400. ISSN 0036-5327.

KOREVAAR JC, JANSEN MAM, MERKUR MP et al. Quality of life in predialysis end-stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. *Perit Dial Int* 2000, 20(1), 69-75

KRAMPEROVÁ, Veronika. Kvalita života ve vztahu k tělesné zdatnosti seniorek: pilotní studie. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2017, **6**(3), 109-112. ISSN 1805-4684.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807367-568-4.

LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-552-9.

LEYEROVÁ, Ladislava. Metody náhrady ledvinné funkce – praktický postup u pacienta s chronickým onemocněním ledvin v predialýze. *Urologie pro praxi*. Solen, 2012, **13**(4), 159-162. ISSN 1213-1768.

MAHROVÁ, Andrea, Klára ŠVAGROVÁ, Václav BUNC, Milena ŠTOLLOVÁ a Vladimír TEPLAN. Fyzická a psychická kondice u jedinců po transplantaci ledviny - význam časně pohybové intervence. *Aktuality v nefrologii*. 2011, **17**(1), 30-40. ISSN 1210-955X.

MAHROVÁ, A., PRAJSOVÁ, J., BUNC, V. Kvalita života dialyzovaných jedinců ČR ve vztahu k fyzické aktivitě. *Kontakt*. 2009, 2, p. 424-432, [cit. 2018-11-23]. ISSN 1212-4117.

MAHROVÁ, Andrea, Lukáš SVOBODA, Eliška KRÍŽOVÁ, Jitka PRAJSOVÁ a Eva DRAGOMIRECKÁ. Kvalita života pacientů léčených peritoneální dialýzou – průřezová studie v České republice. *Kontakt*. 2016, **18**(4), 274-283. ISSN: 1212-4117

MARALÍKOVÁ, Klára a Radka BUŽGOVÁ. Využití dotazníku KDQOL-SF™ pro hodnocení kvality života dialyzovaných seniorů. *Aktuality v nefrologii*. 2016, **22**(4), 131-136. ISSN 1210-955X.

OPATRNÁ, Sylvie. Včasná nefrologická péče před rozvojem terminálního selhání ledvin. *Postgraduální nefrologie*. 2016, **14**(1), 12-13. ISSN 1214-178X.

OPATRNÁ, Sylvie. Nízká sérová koncentrace bikarbonátů předpovídá zánik reziduální renální funkce u PD peritoneálně dialyzovaných pacientů. *Postgraduální nefrologie*. 2016, **14**(1), 10-12. ISSN 1214-178X.

PALANOVA, Petra, Veronika MRKVICOVA, Marta NEDBALKOVA, et al. Home-based training using neuromuscular electrical stimulation in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis: A pilot study. *Artificial Organs* [online]. [cit. 2019-03-31]. DOI: 10.1111/aor.13421. ISSN 0160564X. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/aor.13421>

PAVLICOVÁ, Jindřiška a Jindra KRACÍKOVÁ. Brodovy dny se letos zaměřily hlavně na predialýzu. *Florence*. 2013, **2013**(7-8), 33. ISSN 2570-4915.

POLÁŠKOVÁ, K., J. KRISTINÍKOVÁ, L. PLEVA a M. JANURA. Hodnocení kvality života u pacientů s roztroušenou mozkomíšní sklerózou – srovnávací studie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2016, **23**(1), 29-35. ISSN 1211-2658.

RUBIN, Haya R. Patient Ratings of Dialysis Care With Peritoneal Dialysis vs Hemodialysis. *JAMA* [online]. 2004, **291**(6) [cit. 2019-04-15]. DOI: 10.1001/jama.291.6.697. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.291.6.697>

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. 2012. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I : Interna. 2 dopl. vydání. Praha: Grada, 2012. 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.

SOBOTÍK, Z.: Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF-36). *Zdravotnictví v České republice*. 1998, 1–2, 50–54. ISSN: 1213-6050

- STREJCOVÁ, Barbora, Andrea MAHROVÁ, Klára ŠVAGROVÁ, Monika ŠTOLLOVÁ a Vladimír TEPLAN. Změna kvality života pacientů během prvního roku po transplantaci ledviny vlivem pohybové a nutriční intervence. *Kontakt*. 2014, 16(4). ISSN 1804-7122.
- SULKOVÁ, Sylvie. Kvalita života a kvalita dialýzy. *Postgraduální nefrologie*. 2005, 3(6), 87-89. ISSN 1214-178X.
- TEPLAN, Vladimír. *Akutní poškození a selhání ledvin v klinické medicíně*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1121-8.
- TEPLAN, Vladimír. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4370-0.
- TEPLAN, Vladimír. *Nefrologie vyššího věku*. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3521-7.
- TESAŘ, Vladimír. Zvyšuje hyperurikémie mortalitu u pacientů s chronickým selháním ledvin? *Postgraduální nefrologie*. 2007, 5(1), 13-15. ISSN 1214-178X.
- TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ, ed. *Klinická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4367-7.
- TESAŘOVÁ, Kristýna. Již dekádu se připomíná, že k hemodialýze existuje alternativa. *AM review: aktuality z medicíny a systému zdravotní péče*. Praha: Ambit Media, 2017(9), 27-28. ISSN 2336-7326.
- Transplantace ledvin. *Česká transplantáční společnost pacientům* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: https://transplantace.eu/site/?page_id=119
- VIKLICKÝ, Ondřej a Petr BOUČEK. *Predialýza*. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-356-5.
- VIKLICKÝ, Ondřej, Libor JANOUŠEK a Peter BALÁŽ. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2455-3.
- VRÁGOVÁ, Eliška. *Kvalita života jedinců s chronickým selháváním ledvin léčených peritoneální dialýzou*, 2010. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce PhDr. Andrea Mahrová, PhD.

ZÁVADA, J., M. UHER a K. HEJDUK et al. Zdravím podmíněná kvalita života u pacientů s revmatoidní artritidou v průběhu prvního roku anti-TNF léčby (hodnocení dotazníkem SF-36 a srovnání se vzorkem všeobecné populace České republiky) – výsledky z registru biologické léčby ATTRA. *Česká revmatologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2013, **21**(3), 123-130. ISSN 1210-7905.

ZELINKOVÁ, Pavlína. *Kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou*. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.

ZNOJOVÁ, Marcela. Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa. *Stěžeň*, 2004, roč. 15, č. 3, str. 9 - 17. ISSN: 1210-0153

ZOUBKOVÁ, Božena. *Kvalita života dialyzovaných klientů*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Solařová.

7. PŘÍLOHY

7.1 Příloha A – Rozdělení do dimenzí

Table 4: Step 2--Averaging Items to Form Scales

Scale	Number of Items	After Recoding Per Table 3, Average the Following Items
<i><u>ESRD-targeted Areas</u></i>		
Symptom/problem list	12	14a-k, l (m)*
Effects of kidney disease	8	15a-h
Burden of kidney disease	4	12a-d
Work status	2	20, 21
Cognitive function	3	13b, d, f
Quality of social interaction	3	13a, c, e
Sexual function	2	16a, b
Sleep	4	17, 18a-c
Social support	2	19a, b
Dialysis staff encouragement	2	24a, b
Patient satisfaction	1	23
<i><u>36-item health survey (SF-36)</u></i>		
Physical functioning	10	3a-j
Role--physical	4	4a-d
Pain	2	7, 8
General health	5	1, 11a-d
Emotional well-being	5	9b, c, d, f, h
Role--emotional	3	5a-c
Social function	2	6, 10
Energy/fatigue	4	9a, e, g, i

Note: The SF-36 change in health and the 0-10 overall health rating items are scored as single items.

* 14l is answered by those on hemodialysis; 14m is answered by those on peritoneal dialysis

7.2 Příloha B – Skórovací manuál

Table 3: Step 1-- Recoding Items

ITEM NUMBERS	Original response category [a]	To recoded value of
4a-d, 5a-c, 21	1 ----- >	0
	2 ----- >	100
3a-j	1 ----- >	0
	2 ----- >	50
	3 ----- >	100
19a, b	1 ----- >	0
	2 ----- >	33.33
	3 ----- >	66.66
	4 ----- >	100
10, 11a, c, 12a-d	1 ----- >	0
	2 ----- >	25
	3 ----- >	50
	4 ----- >	75
	5 ----- >	100
9b, c, f, g, i, 13e 18b	1 ----- >	0
	2 ----- >	20
	3 ----- >	40
	4 ----- >	60
	5 ----- >	80
	6 ----- >	100
20	1 ----- >	100
	2 ----- >	0
1-2, 6, 8, 11b,d, 14a-m, 15a-h, 16a-b, 24a-b	1 ----- >	100
	2 ----- >	75
	3 ----- >	50
	4 ----- >	25
	5 ----- >	0
7, 9a, d, e, h, 13a-d,f 18a,c	1 ----- >	100
	2 ----- >	80
	3 ----- >	60
	4 ----- >	40
	5 ----- >	20
	6 ----- >	0

Note: Item 1 and items 7-8 are scored slightly differently by investigators from the New England Medical Center (c.f. Hays et al., 1993). Three of the KDQOL-SF™ items not listed in this table (items 16,17,22,23) require additional instructions (see page 5).

7.3 Příloha C – Hodnocení jednotlivých dimenzí

Tab.: souhrn výsledků parametrických dvouvýběrových nepárových t -testů nad jednotlivými oblastmi
počet respondentů n byl vždy u predialýzy = 30 a u PD = 31

posuzovaná oblast	střední hodnota		rozptyl		F	F_{krit} ($\alpha = 0,05$)	t	v	t_{krit} ($\alpha = 0,05$)	t_{krit} ($\alpha = 0,01$)
	predialýza	PD	predialýza	PD						
fyzická činnost	53,67	57,74	1124,02	766,40	1,4666	1,8474	0,5184	59	2,0010	
omezení pro fyzické problémy	48,33	25,81	1979,89	853,49	2,3197	1,8474	2,3293	50	2,0086	2,6778
tělesná bolest	61,42	68,63	1103,74	856,60	1,2885	1,8474	0,9005	59	2,0010	
celkové zdraví	44,50	52,26	902,33	156,40	5,7694	1,8474	1,3091	38	2,0244	
emoční pohoda	61,20	64,65	627,61	369,17	1,7001	1,8474	0,6039	59	2,0010	
omezení pro emoční problémy	61,11	66,67	1922,12	1407,48	1,3656	1,8474	0,5323	59	2,0010	
společenské fungování	67,50	56,05	911,64	1081,99	1,1869	1,8474	1,4152	59	2,0010	
energie/únava	44,33	49,45	942,64	370,46	2,5446	1,8474	0,7772	48	2,0106	
problémy	74,47	77,17	367,81	155,09	2,3716	1,8474	0,6494	50	2,0086	
vlivy ledvinového onemocnění	74,38	68,95	465,67	272,80	1,7070	1,8474	1,1044	59	2,0010	
břímě ledvinového onemocnění	54,36	32,06	1471,68	457,66	3,2157	1,8474	2,7917	45	2,0141	2,6896
zaměstnání	55,00	29,03	922,41	1129,03	1,2240	1,8474	3,1632	59	2,0010	2,6618
kognitivní funkce	76,22	77,20	492,51	313,45	1,5713	1,8474	0,1917	59	2,0010	
kvalita sociální interakce	74,22	65,81	553,99	411,10	1,3476	1,8474	1,4980	59	2,0010	
sexuální fungování	75,83	68,95	1292,39	1290,32	1,0016	1,8474	0,7477	59	2,0010	
spánek	61,75	55,48	690,58	449,76	1,5355	1,8474	1,0265	59	2,0010	
sociální opora	77,22	75,81	603,17	978,51	1,1411	1,8474	0,1961	59	2,0010	
povzbuzení od dialyzačního personálu	92,50	92,74	38,79	164,31	4,2357	1,8474	0,0942	44	2,0154	
spokojenost s péčí	85,55	77,42	109,83	306,42	2,7901	1,8474	2,2104	49	2,0096	2,6800

v - počet stupňů volnosti (viz. teorie)

F test: zeleně označené výsledky indikují rovnost rozptylů

červeně označené výsledky indikují nerovnost rozptylů

t test: zelené výsledky indikují statistickou nevýznamnost rozdílů středních hodnot

červené výsledky indikují statisticky významný rozdíl středních hodnot

výsledky na červeném pozadí indikují statisticky velmi významný rozdíl středních hodnot

$F < F_{krit}$ při $\alpha = 0,05$

$F > F_{krit}$ při $\alpha = 0,05$

$t < t_{krit}$ při $\alpha = 0,05$

$t > t_{krit}$ při $\alpha = 0,05$

$t > t_{krit}$ při $\alpha = 0,01$

7.4 Příloha D – Potvrzení o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce



Potvrzení o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Kotlářová Jindřiška
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií,
Studijní program Studijní obor/ročník	Všeobecná sestra, 3. VSK
Typ práce (bakalářská, magisterská)	bakalářská
Téma	Kvalita života u pacientů s peritoneální dialýzou a u pacientů v predialyzační péči
Jméno vedoucího práce, kontakt	Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D., Jana.Skvrnakova@upce.cz
Vyřádění vedoucího práce	Výzkum nebude/bude spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Soubor respondentů	Respondenty budou pacienti v predialyzační péči a pacienti léčení peritoneální dialýzou z dialyzačních středisek ČR. Předpokladem pro vyplnění dotazníků bude dobrovolný souhlas dialyzačních center i oslovených pacientů, nenarušené kognitivní funkce respondentů a délka léčby minimálně 6 měsíců. Pacientům bude předán k vyplnění standardizovaný dotazník. Celkem by mělo jít o 60 respondentů, z toho 30 respondentů v predialyzační péči a 30 respondentů léčených peritoneální dialýzou
Metodika výzkumu	Teoreticko-výzkumná práce Typ výzkumu – kvantitativní výzkum, dotazníková metoda, dotazníky budou zpracovány metodou popisné statistiky v programu MS Excel 2016
Zahájení výzkumu	1.3.2018
Konec výzkumu	31.3.2018
Vyřádění studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentu/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky:
Vyřádění studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky:
Vyřádění odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn*	Název: B.Braun Avitum Pracoviště: Česká republika S prováděním výzkumu souhlasím/n souhlasím Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta/ky / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta/ky souhlasím/n souhlasím Jméno: LUDĚK HAZSKÝ Pozice: NURSING OPERATIONS, QUALITY MANAGER Razítko a podpis:

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Příkopova 395/130 10, www.upce.cz

B. BRAUN

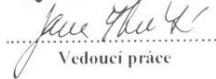
B. Braun Avitum s.r.o.
V Parku 2335/20
CZ-148 00 Praha 4
Tel. +420-271 031 911
Fax. +420-271 031 912

Aktualizace: říjen 2017

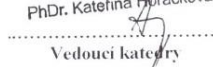
3

IC: 618 66 227
IČ: 618 66 227

Mgr. Jana Škvělková, Ph.D.


Vedoucí práce

PhDr. Kateřina Hráčková, DiS.


Vedoucí katedry

Potvrzený souhlas s výzkumem k bakalářské nebo diplomové práci odevzdá student se dvěma výtisky práce na studijní oddělení v termínu dle harmonogramu Fakulty zdravotnických studií.

* V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti jiných fakult UPa, vyjádření vyplní proděkanka pro vnitřní záležitosti a vzdělávací činnost Fakulty zdravotnických studií. V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti FZS, vyjádření vyplní vedoucí katedry, pod kterou student provádějící výzkum patří.

Vaše zdraví

– a –

spokojenost

Onemocnění ledvin a kvalita života (KDQOL-SF™)

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o svém zdravotním stavu. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.



Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku

Výzkum kvality života u dialýzovaných pacientů

Co je cílem výzkumu?

Tento výzkum probíhá ve spolupráci s lékaři a jejich pacienty. Cílem výzkumu je zhodnotit kvalitu života u pacientů s onemocněním ledvin.

O co budu požádán/a?

Pro výzkum potřebujeme, abyste dnes vyplnil/a dotazník o svém zdravotním stavu, o svých pocitech a zázemí.

Je zaručena důvěrnost informací?

Nikde nebude uvedeno Vaše jméno. Při prezentaci výsledků výzkumu budou Vaše odpovědi zpracovávány hromadně s odpověďmi ostatních účastníků. Veškeré informace, které by mohly vést k Vaší identifikaci, budou považovány za přísně důvěrné. Kromě toho budou veškeré získané informace použity jen pro účely tohoto výzkumu a nebudou zveřejněny nebo předány dále k jakémukoli jinému účelu bez Vašeho předchozího souhlasu.

Bude pro mne účast ve výzkumu užitečná?

Z informací, které nám poskytnete, se dozvíme, co si myslíte o zdravotní péči, a dozvíme se více o vlivu lékařské péče na zdravotní stav pacientů. To nám pomůže zhodnotit poskytovanou péči.

Musím se zúčastnit?

Nemusíte dotazník vyplňovat a nemusíte odpovídat na všechny otázky. Vaše rozhodnutí o účasti ve výzkumu neovlivní to, jaké péče se Vám dostane.

Pokyny pro vyplnění dotazníku

- A. V dotazníku zjišťujeme, co si myslíte o svém zdravotním stavu. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.**
- B. Dotazník obsahuje různé otázky o Vašem zdravotním stavu a o Vašem životě. Zajímá nás, co si o těchto oblastech myslíte.**
- C. Odpovězte, prosím, na otázky tak, že zaškrtnete příslušný čtvereček nebo doplníte požadovanou odpověď’.**

Příklad:

Jak moc Vás v posledních čtyřech týdnech bolela záda?

(zaškrtněte jeden čtvereček)

- | | |
|-------------|--|
| vůbec ne | <input checked="" type="checkbox"/> ₁ |
| velmi slabě | <input type="checkbox"/> ₂ |
| slabě | <input type="checkbox"/> ₃ |
| středně | <input type="checkbox"/> ₄ |
| silně | <input type="checkbox"/> ₅ |

D. V tomto dotazníku je několik otázek, které zjišťují vliv onemocnění ledvin na Váš život. Další otázky se týkají omezení, které souvisí s Vaším ledvinovým onemocněním, jiné se ptají na Vaši spokojenost. Některé otázky si jsou velmi podobné, ale každá se v něčem liší od těch ostatních. Odpovězte, prosím, na všechny otázky co nejpochtivěji. Pokud si nejste jist/a, jak odpovědět, zvolte tu nejvhodnější odpověď, jakou můžete vybrat. Umožníte nám tím získat přesnější představu o různých zkušenostech osob s onemocněním ledvin.

Děkujeme vám za vyplnění dotazníku

Váš zdravotní stav

Tento dotazník obsahuje různé otázky o Vašem zdravotním stavu a o Vašem životě. Zajímá nás, co si o těchto oblastech myslíte.

1. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově: [Označte křížkem ☒ čtvereček, který nejlépe vystihuje Vaši odpověď.]

výtečné	velmi dobré	dobré	docela dobré	špatné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

mnohem lepší než před rokem	poněkud lepší než před rokem	přibližně stejné jako před rokem	poněkud horší než před rokem	mnohem horší než před rokem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? [Označte křížkem ☒ čtvereček na každé řádce.]

	ano, omezuje hodně	ano, omezuje trochu	ne, vůbec neomezuje
a <u>Usilovné činnosti</u> , jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Středně namáhavé činnosti</u> , jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Zvedání nebo nošení běžného nákupu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Vyjít po schodech <u>několik</u> pater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Vyjít po schodech <u>jedno</u> patro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Předklon, sehnutí se, poklek	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Chůze asi <u>jeden kilometr</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Chůze po ulici <u>několik set metrů</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Chůze po ulici <u>sto metrů</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

	ano	ne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a Zkrátil se <u>čas</u> , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b <u>Udělal/a jste méně</u> , než jste chtěl/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c Byl/a jste omezen/a v <u>druhu</u> práce nebo jiných činnostech.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d Měl/a jste <u>potíže</u> při práci nebo jiných činnostech (například jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

	ano	ne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a Zkrátil se <u>čas</u> , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b <u>Udělal/a jste méně</u> , než jste chtěl/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně <u>pozorný/á</u> než obvykle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

vůbec ne	trochu	mírně	poměrně dost	velmi silně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

žádné	velmi mírné	mírné	střední	silné	velmi silné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

vůbec ne	trochu	mírně	poměrně dost	velmi silně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Jak často v posledních 4 týdnech...

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	jste se cítil/a plný/á elánu?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	jste byl/a velmi nervózní?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	jste pociťoval/a klid a pohodu?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	jste byl/a plný/á energie?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	jste pociťoval/a pesimismus a smutek?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	jste se cítil/a vyčerpaný/á?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	jste byl/a šťastný/á?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	jste se cítil/a unaven/a?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

	pořád	většinu času	občas	málokdy	nikdy
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí nebo neplatí každé z následujících tvrzení.

	určitě platí	většinou platí	nejsem si jist/a	většinou neplatí	určitě neplatí
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí) poněkud snadněji, než jiní lidé					
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Jsem stejně zdrav/a jako kdokoli jiný					
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Očekávám, že se mé zdraví zhorší.....					
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mé zdraví je perfektní.....					

Vaše onemocnění ledvin

12. Do jaké míry pro Vás platí nebo neplatí každé z následujících tvrzení?

	určitě platí	většinou platí	nejsem si jist/a	většinou neplatí	určitě neplatí
a Onemocnění ledvin značně ovlivňuje můj život.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
b Onemocnění ledvin mě připravuje o příliš mnoho času	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
c Jsem nešťastný/á nebo otrávený/á z toho, že se musím zabývat svým onemocněním ledvin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
d Případá mi, že zatěžuji rodinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

13. Tyto otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Jak často v posledních 4 týdnech...

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	jste se vyhýbal/a lidem kolem Vás?.....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	jste zpomaleně reagoval/a na to, co někdo řekl nebo udělal?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	jste s lidmi kolem Vás jednal/a podrážděně?.....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	jste měl/a potíže se soustředěním nebo s myšlením?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	jste vycházel/a dobře s ostatními?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	jste byl/a zmatený/á?.....					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Do jaké míry Vás v posledních 4 týdnech obtěžovaly dále uvedené potíže?

	vůbec mě neobtěžovaly	trochu mě obtěžovaly	středně mě obtěžovaly	hodně mě obtěžovaly	maximálně mě obtěžovaly
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a Bolest svalů?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Bolest na prsou?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Křeče?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Svědění pokožky?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Suchá pokožka?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Dýchavičnost?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Mdloby nebo závratě?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Nechutenství?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Vyčerpání nebo velká únava?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j Ztráta citlivosti v rukou nebo nohou?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k Nevolnost nebo podrážděný žaludek?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l (Pouze pro pacienty s hemodialýzou)					
Potíže s cévním připojením?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m (Pouze pro pacienty s peritoneální dialýzou)					
Potíže s katétrem?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Vliv onemocnění ledvin na Váš každodenní život

15. Některým lidem vadí důsledky onemocnění ledvin v běžném životě více a někomu vůbec ne. Nakolik obtěžuje onemocnění ledvin Vás v dále uvedených oblastech?

	vůbec mě neobtěžuje	trochu mě obtěžuje	středně mě obtěžuje	hodně mě obtěžuje	maximálně mě obtěžuje
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a Omezení tekutin?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Dietní omezení?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Schopnost provádět domácí práce?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Schopnost cestovat?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Závislost na lékařích a dalším zdravotnickém personálu?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Stres nebo obavy způsobené ledvinovým onemocněním?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Sexuální život?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Osobní vzhled?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

16. Další dvě otázky jsou velmi osobní a týkají se Vaší sexuální aktivity, ale Vaše odpovědi jsou důležité pro to, abychom pochopili, jaké dopady má onemocnění ledvin na život člověka.

Jak velký problém pro Vás v posledních 4 týdnech představovaly následující oblasti?

	žádný problém	malý problém	střední problém	velký problém	velmi závažný problém
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a Potěšení ze sexu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b Sexuální vzrušení?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

17. V následující otázce prosím zhodnoťte svůj spánek na stupnici od 0, což znamená “velmi špatný” až po 10, což znamená “velmi dobrý”.

Pokud si myslíte, že Váš spánek je uprostřed mezi “velmi špatný” a “velmi dobrý”, označte čtvereček pod číslem 5. Pokud si myslíte, že Váš spánek je o jeden stupeň lepší než 5, označte čtvereček pod číslem 6. Pokud si myslíte, že Váš spánek je o jeden stupeň horší než 5, označte čtvereček pod číslem 4 (apod.).

Jak byste celkově hodnotil/a svůj spánek na stupnici od 0 do 10? [Označte křížkem ☒ jeden čtvereček.]

velmi špatný											velmi dobrý	
<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. Jak často v posledních 4 týdnech...

	nikdy	málokdy	občas	často	dost většinou	pořád
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jste se v noci probudil/a a nedařilo se Vám zase usnout?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jste spal/a tolik, kolik potřebujete?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dělalo Vám potíže zůstat vzhůru během dne?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

19. Pokud jde o Vaši rodinu a přátele, jak jste spokojen/a s...

	velmi nespokojen/a	spíše nespokojen/a	spíše spokojen/a	velmi spokojen/a
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
množstvím času, které můžete trávit s rodinou a přáteli?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
podporou, které se Vám dostává od rodiny a přátel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

20. Vykonával/a jste v posledních 4 týdnech placenou práci?

ano	ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

21. Znemožňuje Vám zdravotní stav vykonávat placenou práci?

ano	ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

22. Jak byste celkově hodnotil/a svůj zdravotní stav?

nejhorší, co může být (tak špatný nebo horší než být po smrti)		uprostřed mezi nejhorším a nejlepším				nejlepší, co může být				
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spokojenost se zdravotní péčí

23. **Vezměte do úvahy péči, kterou dostáváte v souvislosti s dialýzou. Pokud jde o Vaši spokojenost, jak byste hodnotil/a vlídnost a zájem věnovaný Vaší osobě?**

velmi špatná	špatná	ucházející	dobrá	velmi dobrá	výborná	nejlepší
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. **Do jaké míry pro Vás platí nebo neplatí každé z následujících tvrzení?**

	určitě platí	většinou platí	nejsem si jist/a	většinou neplatí	určitě neplatí	
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Personál na dialýze mě povzbuzuje, abych byl/a tak soběstačný/á, jak je to jen možné	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Personál na dialýze mně pomáhá se vyrovnat s onemocněním ledvin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5