

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Helena Šůsová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Helena Šůsová

**ADHERENCE DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ K PITNÉMU
REŽIMU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr., Mgr. Jitka Krocová Ph.D.

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne xx. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Helena Šůsová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Adherence dialyzovaných pacientů k pitnému režimu

Vedoucí práce: PhDr., Mgr. Jitka Krocová Ph.D.

Počet stran – číslované: 48

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: adherence, omezený pitný režim dialyzovaných, chronické onemocnění ledvin, hemodialýza, dialyzovaný pacient

Souhrn:

Tématem naší práce je adherence dialyzovaných pacientů k pitnému režimu. Teoretickými východisky pro nás byly odborné publikace věnované chronickému onemocnění ledvin. Dále jsme vycházeli ze studií zaměřených na režimové opatření dialyzovaných pacientů. V kontextu výzkumného záměru bylo zvoleno kvalitativní šetření, nástrojem sběru dat byly polostrukturované rozhovory, výběr participantů byl záměrný a zahrnoval dialyzované pacienty na hemodialyzačním středisku v Sokolově. Naše zjištěné výsledky definují, jaké faktory jsou dle vyjádření participantů podporující a motivující k dodržování omezeného pitného režimu.

Abstract

Surname and name: Helena Šůsová

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Adherence of dialysis patients to the drinking regimen

Consultant: PhDr.,Mgr. Jitka Krocová Ph.D.

Number of pages – numbered: 48

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 38

Keywords: adherence, limited drinking regime of dialysis patients, chronic kidney disease, hemodialysis, dialysis patient

Summary:

The topic of our work is the adherence of dialysis patients to the drinking regime. The theoretical starting points for us were professional publications devoted to chronic kidney disease. Furthermore, we were based on studies focused on regimen measures of dialysis patients. In the context of the research project, a qualitative investigation was chosen, the data collection tool was semi-structured interviews, the selection of participants was intentional and included dialysis patients at the hemodialysis center in Sokolov. Our obtained results define which factors, according to the participants, are supporting and motivating to adhere to a limited drinking regime.

Poděkování

Největší poděkování patří PhDr., Mgr. Jitce Krocové Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, podkladů, ochoty a nesmírné trpělivosti. České nefrologické společnosti za poskytnutí odborných rad, všem participantům za poskytnuté výzkumné rozhovory, mojí rodině a všem blízkým za pochopení a trpělivost při mém studiu.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	13
1.1 Vstupní studijní literatura	15
2 ADHERENCE PACIENTŮ K REŽIMOVÝM OPATŘENÍM	16
2.1 Režimová opatření dialyzovaných pacientů	16
2.1.1 Hemodialýza.....	18
2.1.2 Adherence dialyzovaných pacientů k pitnému režimu.....	19
2.1.3 Pitný režim a vhodné tekutiny pro dialyzované pacienty.....	20
2.2 Dietní režim dialyzovaných pacientů.....	21
2.2.1 Nízkobílkovinná dieta pro dialyzované pacienty	23
2.3 Komplikace při nonadherenci	24
3 EDUKACE	26
3.1 Edukace dialyzovaných pacientů.....	26
3.1.1 Edukační metody dialyzovaných pacientů	27
3.1.2 Edukační materiály dialyzovaných pacientů	28
3.1.3 Záznam o edukaci dialyzovaných pacientů.....	28
3.2 Prostředí edukace dialyzovaných pacientů	29
3.3 Slabé stránky v edukaci dialyzovaných pacientů z role sestry	30
3.3.1 Role pacienta a možné problémy v edukaci	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	32
5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	34
5.1 Hlavní cíl.....	34
5.1.1 Dílčí cíle	34
5.2 Výzkumné otázky/předpoklady	34
5.2.1 Hlavní výzkumná otázka	34
5.2.2 Dílčí výzkumná otázka	34
6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	35
6.1 Metodologie výzkumu	35
6.1.1 Kvalitativní výzkum	35
6.2 Charakteristika sledovaného souboru	35

6.3	Organizace výzkumu	36
6.4	Zpracování dat	36
7	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	37
7.1	Kategorie: Co pacienti podporuje a co je pro ně nejvíce limitující	37
7.1.1	Subkategorie: Doba dialyzační léčby	37
7.1.2	Subkategorie: Omezení ve skladbě stravy	38
7.1.3	Subkategorie: Omezení v pitném režimu	39
7.1.4	Subkategorie: Omezení v běžném životě	39
7.1.5	Subkategorie: Nejvíce limitující omezení	40
7.2	Kategorie: Omezený příjem tekutin.....	43
7.2.1	Subkategorie: Doporučený objem příjmu tekutin	43
7.2.2	Subkategorie: Doporučení, které pomáhá zvládnout nastavený pitný režim	43
7.3	Kategorie: Motivace dialyzovaných pacientů k omezenému pitnému režimu	46
7.3.1	Subkategorie: Motivace k dodržování omezeného pitného režimu.....	46
7.3.2	Subkategorie: Největší motivující podnět k dodržování omezeného pitného režimu	46
7.3.3	Subkategorie: Motivace sama sebe.....	47
7.3.4	Subkategorie: Vnímání a vyhodnocení svojí motivace k dodržování omezeného pitného režimu	47
8	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	50
8.1	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	50
8.2	Vyhodnocení výzkumných cílů	51
	DISKUZE	53
	ZÁVĚR.....	59
9	BIBLIOGRAFIE.....	61
	SEZNAM PŘÍLOH	65
	PŘÍLOHY	66

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma kategorie: Co pacienti podporuje a co je pro ně nejvíce limitující..... 42

Obrázek 2: Schéma kategorie: Omezený příjem tekutin 45

Obrázek 3: Schéma kategorie: Motivace pacientů k omezenému příjmu tekutin 49

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Doporučení pro dialyzované pacienty - jak zvládat omezení denního příjmu tekutin.....	57
--	----

SEZNAM ZKRATEK

AVF	arteriovenózní fistule
CKD	chronické onemocnění ledvin
CŽK	centrální žilní katétr
GFR.....	glomerulární filtrace
g	gram
HD.....	hemodialýza
KDIGO.....	(Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) Definice a klasifikace chronického onemocnění ledvin
l	litr
ml	mililitr
P	participant
Prof.....	profesor
Tzv.	takzvaný
USB flash disk	miniaturní externí přenosné médium
WHO.....	(World Health Organization) Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Adherence, tedy ochota pacienta spolupracovat se zdravotníky a dodržovat léčebné pokyny je pro pacienty podstupující dialyzační léčbu naprosto klíčová. Velkou roli zde hraje dodržování omezeného příjmu tekutin. Téma jsme si vybrali, protože pacientů s chronickým onemocněním ledvin v pravidelném hemodialyzačním léčení neustále přibývá (Tesař a Viklický, 2015). Přispěl k tomu i fakt, že studií, které by tomuto tématu věnovaly větší prostor, nebylo publikováno mnoho.

Cílem naší předkládané bakalářské práce je popsat adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu. Zjistit faktory, které podporují adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování omezeného pitného režimu. A současně zjistit co pacienty k dodržování motivuje. Oligoanurie se u pacientů zpravidla vyvíjí až v průběhu dialyzační léčby. Příjem tekutin je nutno upravit dle objemu diurézy u anurických dialyzovaných pacientů 500 ml/den (Češka a kol., 2020). Pacientům je doporučováno, aby jejich denní přírůstek tělesné hmotnosti nepřekročil 500-700 g (Haluzíková a Břegová, 2019). Proto jsme do našeho výzkumu zařadili participanty v dialyzačním léčení delším než jeden rok.

V klinické praxi je u chronicky nemocných adherence trvalým problémem, vyžaduje čas pro lékaře, zdravotníky a pacienty. Prof. Michel Burnier z Univerzity of Lousanne se vyjádřil na kongresu Evropské kardiologické společnosti v Amsterdamu, že pozornost k problémům adherence roste. V dnešní době je jí věnována na odborných konferencích větší pozornost než v letech minulých (Čilíková, 2023). Ve srovnání s osobami s normální funkcí ledvin je riziko kardiovaskulární mortality dialyzovaných 10-20krát vyšší. Myokard je přetížen dvojnásobem, objemově při hyperhydrataci a při tlakovém přetížení způsobeném hypertenzí (Tesař a Viklický, 2015).

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Chronickým onemocněním ledvin trpí v současné době každý desátý člověk na této planetě. Navíc díky tomu, že se stále prodlužuje věk, kdy jedinci umírají, dožívá se více nemocných strukturálního poškození ledvin (Ryšavá, 2022). Chronické onemocnění ledvin vede k selhání ledvin a pro nemocného představuje velmi náročnou životní situaci, a to nejenom po stránce fyzického zdraví, ale zároveň psychosociální a ekonomické. Díky obrovskému lékařskému pokroku v oblasti dialyzační péče a dialyzačních přístrojů pomáhá „umělá ledvina“ statisícům pacientů žít dlouhý a spokojený život. Aby tomu tak skutečně bylo, je nedílnou součástí léčby dialyzovaných pacientů omezený příjem tekutin.

Příjem tekutin dialyzovaného pacienta závisí na jeho zbytkové diuréze a podle ní je stanoven doporučený příjem tekutin (Haluzíková a Břegová, 2019). Nad rámec denní diurézy 500 ml/den. Adherence k režimovým opatřením primárně k omezenému pitnému režimu je pro pacienty v dialyzačním léčení jedna z nejdůležitějších. Mohou se eliminovat akutní i chronické komplikace vzniklé možnou hyperhydratací (Klener a kol., 2006).

Popis řešeršní strategie

Po seznámení se problematikou pitného režimu dialyzovaných pacientů jsme zvolili klíčová slova, podle kterých jsme vyhledávali odborné zdroje k realizaci této kvalifikační práce. Na základě těchto klíčových slov ve dvou jazycích nám byly vyhotoveny řešerše Krajskou knihovnou v Karlových Varech a Studijní a vědeckou knihovnou v Plzni.

Klíčová slova: adherence, omezený pitný režim dialyzovaných, chronické onemocnění ledvin, hemodialýza, dialyzovaný pacient

Keywords: adherence, limited drinking regime of dialysis patients, chronic kidney disease, hemodialysis, dialysis patient

Při výběru zdrojů pro naši kvalifikační práci jsme zvolili tištěnou i elektronickou verzi. Tištěné zdroje jsme vyhledávali dle klíčových slov v knihovnách, soukromých knižních publikacích a publikacích dialyzačního střediska v Sokolově. Pro vyhledávání elektronických zdrojů byl použit PubMed, pro rozšířené vyhledávání Google Scholar. Mezi

zahrnovací kritéria patřilo časové období od roku 2013 do roku 2024. Nicméně výchozím zdrojem je Vnitřní lékařství Klener 2006, protože fakta jsou stále relevantní. Bylo stanoveno vylučovací kritérium: vyřazení studií dětských pacientů, akutně dialyzovaných, pacientů v predialyzační péči a pacienty s dialyzační demencí. Finální počet použitých zdrojů se skládal z 18 knižních publikací, 8 elektronických zdrojů a 12 přehledových článků.

1.1 Vstupní studijní literatura

ČEŠKA, Richard; TESAŘ, Vladimír; DÍTĚ, Petr; VACHEK, Jan a ŠTULC, Tomáš. *Interna*. 3. aktualizované vydání. Triton, 2020. ISBN 978-80-7553-780-5.

HALUZÍKOVÁ, Jana a BŘEGOVÁ, Bohdana. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-5329-4.

KLENER, Pavel; PETRÁŠEK, Jan; TESAŘ, Vladimír; ASCHERMANN, Michael a BROULÍK, Petr, 2006. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-726-2430-X.

OULEHLE, Kateřina a VACHEK, Jan. Nová doporučení pro nutriční nemocných s chronickým onemocněním ledvin. In: RYŠAVÁ, Romana a VIKLICKÝ, Ondřej. *Vybrané doporučené postupy v nefrologii*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022], s. 188-202. ISBN 978-80-7345-729-7.

ŠPAČEK, Ladislav. *Etiketa pro lékaře, zdravotníky a pomáhající profese*. Praha: EEZY, 2022. ISBN 978-80-908391-7-5.

TESAŘ, Vladimír a VIKLICKÝ, Ondřej. *Klinická nefrologie*. 2. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4367-7.

WONG, Melanie; GHEBLEH, Parianna a PHILLIPS, Stacey. *Tips for Dialysis Patients With Fluid Restrictions*. Online. *Journal of Renal Nutrition*. 2017. Dostupné z: [https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(17\)30143-7/fulltext](https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(17)30143-7/fulltext). [cit. 2024-03-26].

ZNOJOVÁ, Marcela. Psychologické aspekty dodržení diety. *Stěžeň: Časopis pro dialyzované a transplantované*. 2023, roč. 2023, č. 1, s. 28-29. ISSN 1213-5003.

2 ADHERENCE PACIENTŮ K REŽIMOVÝM OPATŘENÍM

Adherence, tedy ochota pacienta spolupracovat s lékařem, zdravotníky a dodržovat léčebné pokyny, je klíčové pro léčbu (Čillíková, 2019). Adherence a compliance jsou termíny, které užíváme k popisu chování nemocných ke vztahu k dodržování lékařem či zdravotníkem doporučených zásad chování. Adherence v překladu znamená věrnost a oddanost, ale my v klinické praxi používáme přesnější význam, kterým je „spolupráce“. Compliance znamená dodržování a vyhovění. Toto pojetí, ale může znamenat, že nemocný je podřízený lékaři a postrádá vlastní aktivní pacienta. WHO (Světová zdravotnická organizace) definovala (Slabá, 2017) v roce 2003 nový termín – adherence, která je vnímána jako rozsah, v němž se chování pacienta shoduje s doporučením zdravotníka. Je to v podstatě dohoda mezi lékařem, zdravotníkem a pacientem, který se stává důležitou klíčovou osobou v péči o svoje zdraví (Slabá, 2017).

Adherence v sobě zahrnuje širší pojetí problému a nezbytnost zapojení se nemocného. Pacient není pouze pasivním vykonavatelem, ale motivovaným spolupracovníkem chápajícím význam těchto doporučení. Complianci proto můžeme chápat jako podmnožinu širšího pojmu adherence (Vráblík, 2013). A právě proto, že efekt léčby je částečně v rukou pacienta, bývá adherence k léčbě velmi variabilním faktorem. Mnohem obtížnější než užívání pravidelné medikační léčby je snižování váhy, omezování závislosti na nikotinových výrobcích, či dodržování dietního režimu. Při dodržování daných léčebných doporučení, se snižují náklady na zdravotní léčbu a zlepšuje se kvalita života, optimalizují se výsledky terapie a omezují se komplikace (Slabá, 2017).

2.1 Režimová opatření dialyzovaných pacientů

Z psychologického hlediska lze průběh chronického onemocnění ledvin rozdělit do několika fází, zjištění diagnózy, období před začátkem indikované dialýzy a období dialyzační terapie – léčby. Zjištění, že pacienti trpí vážným postižením jednoho z životně důležitých orgánů a budou muset po zbytek života docházet pravidelně na dialýzu nebo doufat v úspěšnou transplantaci ledvin, následně vyvolává u těchto nemocných silné pocity beznaděje (Znojová, 2023). Pokud přijde onemocnění platí důležitá zásada, nenechat strach a obavy zaplnit mysl. Nenechat si vzít co těší a naplňuje nemocného (Petrová, 2023). V průběhu těchto etap nastane mnoho podstatných změn a režimových opatření. Budou

představovat velké nároky na psychiku pacientů. Ne každý změny a následné vyrovnání se změnami snáší dobře (Znojová, 2023). Krom fyzického těla mají pacienti i psychiku, která dokáže potrápít, proto je důležité udržování dobré psychické pohody (Petrová, 2023).

Tak jak je těžké přizpůsobit život nárokům dialyzační léčby, je stejně těžké změnit stravovací zvyklosti (Znojová, 2023). Dietní omezení pro pacienta, který si dopřával stravu podle své chuti, může znamenat nejistotu, špatnou náladu, stres, deprivaci a později až depresi. Nutnost dodržovat doporučenou dietu může vyvolávat i rodinné konflikty, pokud pacient odmítá dodržovat dietní opatření (Znojová, 2023).

Samotný proces léčby pomocí dialýzy je pro nemocného velmi náročný a stresující. Podstatou dlouhodobé hemodialyzační léčby je dialyzační rozvrh neboli časové uspořádání terapií – jejich délka, frekvence a určení času, kdy bude dialýza prováděna. Konvenční dialyzační rozvrh znamená tři terapie týdně obvykle v délce 4-5 hodin, v ranní, odpolední, večerní či noční směně hemodialyzačního střediska. Na které bude pacient dopravován přepravní zdravotnickou službou, nebo je bude přivážet rodinný příslušník. Rozvrh dvou dialýz týdně je akceptovatelný pouze u malého počtu pacientů a jen po dobu dostatečné reziduální funkce. Dialyzační rozvrh má být takový, aby dialyzační léčba byla adekvátní (Tesař a Viklický, 2015).

Součástí režimových opatření dialyzovaných pacientů je pravidelnost v docházení na dialýzu, nevynechávat a předčasně neukončovat nastavený čas terapie. Běžný týden dialyzovaného pacienta je tedy silně ovlivněn tím, že absolvuje tři dny dialyzačního léčení. Závislost na dialyzačním centru, ovlivňuje týdenní režim pacienta. Je prakticky omezen samostatným rozhodováním a plánováním svého volného času. Režimové opatření zahrnuje i péči o arteriovenózní fistuli, nebo hemodialyzační katétr (Haluzíková a Břegová, 2019).

Klíčové je pro pacienty omezení příjmu tekutin do takového množství, které je ovlivněno jeho denní diurézou kterou mu sdělil lékař při vyšetření (Češka a kol.,2020). Pravidelné vážení na přesné váze alespoň dvakrát denně – ráno a v podvečer, umožňuje kontrolu hmotnosti a určuje množství tekutin vhodných k příjmu. Pokud je hmotnost v odpoledních hodinách stejná nebo nižší příjem tekutin může být navýšen. V opačném případě musí být příjem tekutin eliminován (Myslivec, 2021). V mezidialyzačním období je monitorování hmotnosti jedno z nejdůležitějších režimových opatření. Optimální je nárůst váhy mezi dialýzami v rozmezí od 500 ml do 1000 ml za den což odpovídá zvýšení suché hmotnosti. Suchá hmotnost pacienta je ve chvíli, kdy je optimálně hydratován

(Haluzíková a Břegová, 2019). Dlouhodobé přírůstky váhy zvýšeným příjmem tekutin zvyšují kardiovaskulární onemocnění a vznik insuficience levého srdce (Kasper, 2015). Kromě rizik plynoucích z neoptimálního příjmu tekutin je rizikem i zvýšená konzumace ovoce a zeleniny zejména v letních měsících kdy je ovoce dostatek. Šťávy z nich připravené obsahují draslík. Vysoká hladina draslíku v krvi vede k závažným poruchám srdečního rytmu u pacientů v dialyzačním léčení, v krajním případě zástavě srdce (Sasaková a Matějková, 2018).

2.1.1 Hemodialýza

Hemodialýza je nejběžnější formou dialýzy. Krev je při ní očišťována mimo tělo za pomoci dialyzačního přístroje. Během dialýzy se krev odvádí z cév prostřednictvím speciálně připravených setů do syntetického filtru – dialyzátoru, nazývaného někdy „umělá ledvina“ nebo „srdce dialyzačního přístroje.“ Při procesu je krev odváděna z vhodného cévního přístupu nemocného a pomocí krevní pumpy se dostane do vlastní dialyzační membránové jednotky (Teplan, 2020). Je to hlavní funkční jednotka složitého mechanismu očišťování krve a zbavování pacienta přebytečné vody. Skládá se z přibližně deseti tisíc dutých vláken vyrobených ze speciální membrány. Krev proudí uvnitř těchto vláken jedním směrem, zatímco dialyzační tekutina proudí kolem nich v opačném směru (Haluzíková a Břegová 2019). Oddialyzovaná krev se vrací nemocnému sety, ve kterých je zabudován detektor pro vzduchovou embolii (Teplan, 2020). Cílem dialýzy je zejména snížit hladiny dusíkatých katabolitů, draslíku a fosfátů v krvi, upravit acidobazickou rovnováhu a odstranit tekutinu retinovanou v mezidialyzačním období (Češka a kol., 2020). Přebytečná voda a odpadní látky jsou odváděny z krve přes membránu do dialyzačního roztoku. Vyčištěná krev se vrací zpátky do těla a tento proces probíhá nepřetržitě až do dosažení lékařem předepsané doby. Po celou dobu je pacient připojen k dialyzačnímu přístroji CŽK (centrální žilní katétr), nebo arteriovenózní fistulí. (Haluzíková a Břegová 2019). Hemodialýza je mimotělní očišťování krve, při které přichází krev do styku s jinými materiály s rizikem krevního srážení v krevních setech, nebo v dialyzátoru, proto je nutnost antikoagulační léčby, nejčastěji je kontinuálně či intermitentně podáván heparin (Češka a kol., 2020). U dialyzovaných nemocných bude vyžadován speciální dietní režim, medikace, psychosociální podpora a speciálně vyškolené sestry (Teplan, 2020).

2.1.2 Adherence dialyzovaných pacientů k pitnému režimu

Dialyzovaní pacienti tvoří specifickou skupinu, jde o polymorbidní pacienty s řadou onemocnění a nejrůznějších obtíží s komplikacemi (Haluzíková a Břegová, 2019). Dialyzačním léčením budou změněny všechny oblasti pacientova života (Znojová, 202). Je to změna na kterou se prakticky nelze připravit. Je důležité nevzdávat se v počátcích léčby (Jelínek, 2022).

Efektivnost adherence dialyzovaného pacienta spočívá v jeho porozumění tzv. „suché“ váhy, neboli jeho optimální hmotnosti. Je stanovována na základě posouzení stavu hydratace. Při hyperhydrataci je posuzována přítomnost dušnosti a hypertenze. Otoky dolních končetin, které mohou být bilaterální, nebo symetrické a zvýšenou náplň krčních žil. Suchá hmotnost je tedy ta, při které je nemocný bez známek hyperhydratace a neprojevuje se hypotenze (Tesař a Viklický, 2015). Vhodné je také stanovení tělesného složení měřením celotělové bioimpedance. Pomocí této metody je určován celkový tělesný objem vody a jeho rozložení mezi intracelurální a extracelurálním prostorem a stanoví se tak přebytek, nebo deficit vody v organismu (Tesař a Viklický, 2015). S postupující insuficiencí ledvin se snižuje jejich schopnost zbavovat se vody. Nepočítá-li se touto skutečností, pacient je ohrožen těžkými poruchami a komplikacemi (Kasper, 2015). V průběhu HD (hemodialýza) se z těla odstraňuje přebytečná voda, která se v těle nahromadila v mezidialyzačním období. Proto by pacient měl znát svoji suchou váhu a při pravidelném monitorování své hmotnosti dokázat vypočítat kolik má přírůstek tekutin za 24 hodin. Je to jedna z klíčové adherence dialyzovaného pacienta. Proto by měla být součástí a samozřejmostí v jeho domácnosti osobní váha, která mu pomůže sledovat přírůstky jeho hmotnosti.

Vhodné je znát obsah nádob denní potřeby, které pacient používá, aby si dokázal spočítat příjem tekutin (Sasaková a Matějková, 2018). Například: optimální mezidialyzační přírůstky u 70 kg pacienta jeho denní je diuréza 500ml - denní příjem tekutin by neměl přesáhnout 1000 ml (Haluzíková a Břegová, 2019). V úvahu je brána také ztráta vody překračující běžnou normu - ztráta vody střechem, kůží, vydechovaným vzduchem při febrilních stavech a pocením v letních měsících (Kasper, 2015).

2.1.3 Pitný režim a vhodné tekutiny pro dialyzované pacienty

Tekutiny jsou součástí každého jídelníčku. Jsou prevencí infekcí močových cest. Ledviny odvádějí odpadní látky těla nepotřebné, které vznikají při metabolismu ve formě diurézy, kterou odcházejí z těla ven (Rokyta a Marešová, 2016). A zabezpečují řadu biologických funkcí v organismu. Primární úlohou močového systému je udržení homeostázy organismu stálosti tělesných pochodů a mechanismů, které ji udržují. Kromě této funkce zabezpečují stálý objem a složení krve, tvorbu červených krvinek v kostní dřeni. Základními procesy, kterými jednotlivé části nefronu zajišťují regulační mechanismy, jsou glomerulární filtrace a tubulární procesy (Rokyta a Marešová, 2016).

Při snížené, nebo zcela zaniklé funkce ledvin je důležitá obezřetnost v příjmu a složení tekutin. Dochází zde k úbytku, nebo ztrátě diurézy a hrozí riziko hyperhydratace. Hyperhydratace je relativní nadbytek tekutin (Češka a kol., 2020). Omezení příjmu tekutin spočívá v osvojení každodenního rituálu. Je doporučováno, aby si pacient na začátku dne odměřil jeho doporučenou denní dávku tekutin. Z odměřené nádoby bude dávkováno určené množství tekutin k jeho denní spotřebě. Pokud mezi jeho oblíbené nápoje patří káva je v rámci edukace navrhována velikost ristretta.

Základ života s omezeným příjmem tekutin je v osvojení návyků, které se stanou součástí jeho života. Doporučováno je pít stolní vody nebo vody s citrónem, bylinné čaje, slabý zelený a černý čaj, ředěné ovocné a zeleninové šťávy (Dubcová, 2016). Navrhováno je popíjet brčkem, nápoje tak déle vydržít, nebo tekutiny zamrazit na ledové kostky a rozpouštět je v ústech (Sasaková a Matějková, 2018)).

Dialyzovaný pacient je rovněž edukován, že tekutiny jsou i součástí pokrmů, vařená rýže, těstoviny, polévky nebo sojové produkty, které mají schopnost absorbovat mnoho vody. Množství vody je zde špatně odhadováno (Milatová a Novotný, 2017). Pociťovaná žízeň může být způsobena suchem v ústech (Haluzíková a Břegová 2019). První potenciální problém je horko a pobyt na otevřeném slunci (Myslivec a Vojanec, 2021). Pacient by neměl být vystavován stresovým situacím, vyhýbat se jim, nebo je výrazně omezovat. Základní preventivní kroky se stávají z omezení fyzické námahy a pobyt ve stínu či polostínu. V horkých měsících kdy dosahují teploty vysokých hodnot, je doporučováno nevystavovat se slunečnímu záření, nebo si chránit části těla, je tak zabráněno pocitům žízně a riziku hyperhydratace (Myslivec a Vojanec, 2021).

Mezi nevhodné tekutiny pro pacienty s chronickým onemocněním ledvin, kteří podstupují dialyzační léčbu je zařazen: alkohol, sladké nápoje např. Coca Cola, Pepsi Cola, různé energetické nápoje a tekutiny s velkým obsahem cukru, které výrazně zvyšují pocit žízně (Sasaková a Matějková, 2018).

2.2 Dietní režim dialyzovaných pacientů

Dodržování dietních opatření a omezování tekutin se spolupodílí na lepší prognóze pacientů, chrání je před častou řadou závažných zdravotních komplikací. Dieta u pacientů s onemocněním ledvin musí mít do určité míry roli výživnou a léčebnou. Cílem dietních opatření při chronických chorobách ledvin je minimalizovat tvorbu látek a toxinů, které je třeba vyloučit diurézou (Kasper, 2015). Při dlouhodobé dialýze se může vyvinout porucha stavu výživy, zejména proteinová a energetická malnutrice. Hlavními příčinami je následek uremie při nedostatečné dialýze, často i srdeční insuficience, deprese a poruchy spánku (Kasper, 2015).

Změna jídelníčku a režimu ve stravování je pro mnohé těžká změna. Úpravu způsobu stravování, změnu jídel a omezení pitného režimu, neudělá člověk jen proto, že mu to je doporučováno nutriční terapeutkou nebo lékařem. Nestačí negativní motivace tím, že mu bude vyjmenováno spousta rizik nedodržování – nonadherence (Znojová, 2023). Nezbytné je, aby si pacient našel dostatečně silný osobní důvod ke změně. Změnu chování - stravování a omezený příjem tekutin rychleji udělali ti, kteří rádi dělali i změny ve svém životě, rychleji si osvojovali nápady a pokud viděli výsledky, setrvali na změněném chování. Jejich opakem jsou pacienti, kteří neměli rádi změny, měnili své chování pomaleji, byli váhaví, ti často potřebují pomoc rodiny (Znojová, 2023).

Zdravotník by měl pacienta vyslechnout s patřičným vysvětlením možných žádoucích a nežádoucích účinků (Vráblík, 2013). Poměrně častá je přitom situace, kdy dialyzovaný pacient plně spoléhá na to, že mu stravu někdo zajistí, nejčastěji manželka, potomci či rodiče dialyzovaných. O to důležitější je role těch, kteří mají na starost nákup a úpravu stravy. Na nich leží zodpovědnost a starost. Rodina, která tuto změnu a potřebu akceptovala a ochotně spolupracovala, se s neadherentním pacientem mohla dostat do konfliktu. Pacient dietní a pitný režim neakceptoval a odmítal s rodinou spolupráci (Znojová, 2023). Pacientům, kterým se nechtělo úplně se vzdát svých zvyklostí, pomáhalo, když udělali sami se sebou dohodu. Co milují a zároveň jim škodí, si dopřejí jako odměnu v malém množství, po určité době strádání. (Znojová, 2023).

Rizikové potraviny s obsahem draslíku, mezi které patří banán, peckoviny nebo čokoláda může být zkonsumován po poradě s nutričním terapeutem v průběhu samotné dialýzy (Sasaková a Matějková, 2018). Současná výživová doporučení při chronickém onemocnění ledvin, vycházejí především z rizika progresse nemoci, tak jak jsou uvedena v posledních doporučeních KDIGO (Definice a klasifikace chronického onemocnění ledvin) – zde se zohledňuje glomerulární filtrace, ale i albuminurie (Ryšavá a Viklický, 2022).

Úspěšná nutriční léčba je u dialyzovaných pacientů nedílnou součástí ošetrovatelské péče, potažmo velice úzce souvisí i s omezeným příjmem tekutin. Dialyzovaný pacient musí změnit všechny oblasti svého života a změna pitných a stravovacích návyků je jedna z klíčových změn. Pro mnohé je to bolestivé a často velice obtížné (Znojová, 2023). Pro správné pochopení nutričního plánu je důležité znát individuální potřeby pacienta. Proto je v týmu zdravotníků, kteří se starají o dialyzovaného pacienta nutriční terapeut, který navrhuje individuální nutriční plán. Zpracování se řídí laboratorními výsledky pacienta a stravovacími zvyklostmi pacienta a požadavky lékaře (Sasaková a Matějková, 2018).

Základem dietního režimu u dialyzovaných pacientů je dostatečný příjem energie, sacharidů, tuků, vlákniny a nízkobílkovinné diety. Sodík – chlorid sodný (kuchyňská sůl) na sebe váže vodu a tím nadbytek kuchyňské soli zvyšuje riziko hyperhydratace. Snížená, nebo chybějící funkce ledvin zvyšuje obsah sodíku v těle a způsobuje hypertenzi, nebo otoky, což je částečně způsobeno snížením GFR (glomerulární filtrace) a částečně aktivací sympatického nervového systému renin-angiotenzin-aldosteron. Zvýšený příjem soli zvyšuje proteinurii, která představuje velmi vysoký rizikový faktor pro vznik a progresi ledvinových a kardiovaskulárních onemocnění (Ryšavá a Viklický, 2022). Řada dialyzovaných pacientů je trvale ohrožena hyperhydratací, protože jejich ledviny nedovedou nadbytečnou vodu z těla vyloučit.

Jídelníček by měl být rozmanitý, prospěšný a přiměřený v příjmu živin a tekutin vzhledem k onemocnění a hmotnosti pacienta. Přínosem je osvojení správných stravovacích návyků a zajištění dostatečného přísunu energie. Jeho součástí jsou tři hlavní jídla a dvě svačiny denně, ve kterých bude obsaženo dostatek sacharidů a tuků. Intervence zahrnuje jaké a kolik množství tekutin přijímat. Náhradou soli za bylinu či koření mohou pacienti objevit zcela nové chutě a eliminovat náhražky soli a pálivé koření (Dubcová,

2016). Byliny mají jednu velkou výhodu, neobsahují sůl. Pepř a chilli dělají jídlo ostrým, pažitka a petrželka dodávají jídlu výraznější chuť, libeček je vhodný do polévek (Novák a kol., 2018). Obecně lze říci, čím více bylin je používáno při vaření a při jídle, tím jednodušší bude vynechat v kuchyni sůl. Vedle zlepšení chuťového vjemu redukce soli, můžeme nastavit další pozitivní efekt, snížit vysoký krevní tlak. Pokud se dlouhodobě upravila konzumace soli, dojde k normalizaci krevního tlaku s možností snížit, nebo vynechat léky na snížení krevního tlaku. Pacientům je doporučováno, aby si připravovali stravu samy a správně, aby se v připravovaném pokrmu co nejvíce snížil obsah draslíku a fosforu (Dubcová, 2016). Strava připravovaná v domácím prostředí, umožňuje přehled o složení použitých ingrediencí. V průběhu jídla nesmí zapomínat předepsané vazáče fosfátů a vyhýbat se polotovarům, konzervám a pokrmům rychlého veřejného stravování. Po pokrmech rychlého občerstvení hrozí riziko zíně, protože jídla obsahují příliš mnoho soli.

V používání vitamínů při onemocnění ledvin existují rozdíly a doporučení založené na důkazech jsou nedostatečná (Oulehle a Vachek, 2022). Hladina vitamínů rozpustných ve vodě mohou být pro řadu pacientů, kteří nedostávají doplňky stravy nedostačující. Hladina vitamínu A je při CKD (chronické onemocnění ledvin) obecně poměrně vysoká, hladina vitamínu D je nízká a vyžaduje suplementaci nativní formou vitamínu D a aktivními metabolity (Oulehle a Vachek, 2022). U většiny pacientů lze doporučit suplementaci vitamínů vhodným výživovým doplňkům bez obsahu vitamínu A, avšak celková adherence k tomuto doporučení je spíše nízká – jde totiž o další zátěž léky, či výživovými doplňky. Lépe jsou na tom pacienti indikováni k nutriční podpoře např. sippingem, protože většina formulí je složena ze směsi vitamínů (Oulehle a Vachek 2022).

2.2.1 Nízkobílkovinná dieta pro dialyzované pacienty

Koncept původní nízkobílkovinné diety vycházel z poznatků získaných z pokusů na zvířatech a z menších nerandomizovaných klinických studií kde se prokázalo, že nízkobílkovinná dieta zpomaluje progresi renální insuficience a proteinurie (Oulehle a Vachek, 2022). Možný mechanismus účinku této diety nelze vysvětlit přímým snížením proteinurie, neboť bílkoviny dodávané v potravě nejsou vyloučeny ledvinami, ale gastrointestinálně a reabsorbovány ve formě aminokyselin a peptidů (Oulehle a Vachek, 2022). Efekt diety je tedy v současné době připisován vazodilatačním účinkům aminokyselin na glomerulární vas afferenc (přívodní tepna, céva která přivádí krev do ledvinného glomerulu) (Oulehle a Vachek, 2022).

Mezi další účinky nízkobílkovinné diety je zařazen lepší lipidový profil, snížený oxidační stres a snížená zátěž fosforem (Oulehle a Vachek, 2022). Uremický syndrom je způsoben postupným snižováním funkce ledvin. Zhoršování funkce ledvin zhoršuje vylučování mnoha sloučenin, které se hromadí v extra a intracelulárních kompartmentech a přispívají k rozvoji uremického syndromu a uremie. Mezi tyto uremické toxiny patří látky vázané na bílkoviny a ve vodě rozpustné střední až nízké molekuly (Oulehle a Vachek, 2022). Proto snížení příjmu bílkovin snižuje kumulaci těchto toxických látek, nebo snižuje nástup uremických komplikací a syndromů. Nízkobílkovinná dieta má vztah i k poruchám metabolismu fosforu. Fosfáty se nacházejí v masu a sýrech. Relativně nový poznatek je rychlá vstřebatelnost a vysoká škodlivost fosfátu přítomného v polotovarech a mražených potravinách (Oulehle a Vachek, 2022).

Jak už jsme zmínili, strava, která je připravovaná v domácím prostředí z čerstvých potravin pomáhá snižovat příjem fosforu. Pacienti s nižším socioekonomickým statusem mají vyšší obsah fosforu, pravděpodobně protože preferují polotovary. Příprava stravy z čerstvých potravin je pro ně ekonomická zátěž. Nízkobílkovinná dieta, která preferuje rostlinnou stravu, může efektivně zmírnit metabolickou acidózu a omezit nutnost podávání bikarbonátu a tím snižuje exogenní zátěž sodíkem (Oulehle a Vachek, 2022).

2.3 Komplikace při nonadherenci

U pacientů s konečným stádiem onemocnění jsou výživová opatření zásadní pro optimální rovnováhu tekutin, kontrolu biochemických hodnot, dlouhodobého zvládnutí jejich nemoci a udržení nebo zlepšení pacientova stavu (Sasaková a Matějková 2018). Úspěch léčby hemodialýzou závisí do značné míry na dodržování režimových opatření a dodržování léčebného režimu. Nedodržování může způsobovat nepříjemné následky v oblasti kvality života, zvýšenou morbiditu, mortalitu a náklady na zdravotní péči (Haluzíková a Břegová, 2019).

Mezi nejčastější akutní komplikace při nedodržování režimových opatřeních řadíme hypotenzi, která souvisí s příliš velkou či rychlou ultrafiltrací. Ultrafiltrační modul zajišťuje splnění požadované hodinové a celkové ultrafiltrace. Podle typu dialyzačního přístroje lze nastavit a během dialyzační terapie měnit ultrafiltrační profil podle potřeby a stavu pacienta (Tesař a Viklický, 2015). V mezidialyzačním období by pacienti se sklonem k hypotenzi měli dodržovat svůj nastavený pitný režim, a eliminovat tak případné

komplikace, které ultrafiltrace přebytečné vody přináší. Další nejčastější komplikací je spasmus, který se může vyskytovat ke konci terapie. Nejčastěji postihuje dolní končetiny, horní končetiny a šíji. Tyto komplikace jsou způsobeny deplecí tekutin následkem nepřiměřené ultrafiltrace a nerovnováze minerálů v těle pacienta (Klener a kol., 2006).

Chronická hypertenze se vyskytuje až u 90% pacientů s terminálním selháním ledvin, ale díky efektivní ultrafiltraci se projeví jen asi u 10-40% pacientů (Teplan, 2013). Kardiovaskulární mortalita dialyzovaných pacientů je ve srovnání s osobami s normální funkcí ledvin v průměru 10x vyšší (Češka a kol., 2020). Asi 50% dialyzovaných pacientů umírá na kardiovaskulární komplikace – hypertenze, anémie, hypertrofie levé komory, ischemická srdeční choroba (Češka a kol., 2020).

3 EDUKACE

Edukace pacientů a celý proces jejich péče je o vzájemné výměně a sdílení informací mezi pacienty a zdravotníky. Identifikace přesvědčení pacientů, kteří mohou pozitivně nebo negativně ovlivnit vývoj jejich zdravotního stavu a adherenci k léčbě by měla být součástí cílené edukace (Gurková, 2017). Jde o celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních institucí, profesionálů a neformálního prostředí, jedná se o kontinuální systémový proces (Haluzíková a Břegová 2019).

3.1 Edukace dialyzovaných pacientů

Edukace a komunikace má v predialyzačním období i v průběhu dialýzy nezastupitelnou úlohu. Zdravotnický tým, který se podílí na edukaci musí mít dostatek odborných znalostí. Zároveň musí věnovat velkou pozornost technice edukace a pochopit způsoby metody. Cílem správné edukace je najít zlatou střední cestu, která vede ke kvalitnímu životu a k prevenci závažných komplikací (Haluzíková a Břegová 2019).

Základním předpokladem úspěšné dialyzační léčby je dodržování režimových opatření. Velmi významnou a nedílnou součástí je edukace pacienta a jeho rodiny nebo blízkých osob. Pro úspěšnou léčbu je nejdůležitější týmová spolupráce, ale zásadní úlohu má sestra, která provádí edukaci pacienta (Viklický, 2015). Cílem edukace je předat pacientovi potřebné informace, pomoci mu pochopit podstatu onemocnění a jeho příčiny, zvládnout jeho případný strach a úzkosti a hlavně pochopit jeho roli v péči o jeho osobu. Jako zdravotníci bychom měli pacienta vyslechnout, zjistit co si o terapii myslí, a odhalit jeho obavy (Slabá, 2017).

Pro úspěšnou adherenci je velice důležitý vztah mezi sestrou a pacientem. Výzvou pro ošetrovatelský personál je porozumění pacientovým preferencím a přizpůsobit jim svou edukaci (Nielsen et al., 2021). V průběhu edukace, je úkolem sestry pacienta nejen zaujmout, inspirovat, motivovat, ale hlavně především neodradit. Navázání a spolupráce s pacientem, zvyšuje a posiluje jeho důvěru a sebeúctu. V rámci kompetencí sester je podpora a pomoc při rozhodování o změnách v režimových opatřeních. Jejich součástí je pravidelné užívání léků a sledování své hmotnosti. Monitorování krevního tlaku a péči o CŽK (centrální žilní katétr) nebo AVF (arteriovenózní fistule) a dodržování dietních opatření (Haluzíková a Břegová, 2019). Principy edukace musí být pro pacienta srozumitelné, musí být chválen a povzbuzován. Vždy jde o práci, ve které je zahrnován

prvek pedagogiky a psychologie (Haluzíková a Břegová 2019). Základem edukace je úspěšná komunikace. Základem úspěšné komunikace je chtít s pacientem komunikovat, je prostor komunikovat a máme možnost komunikovat.

3.1.1 Edukační metody dialyzovaných pacientů

První sdělené informace nemusí být pro pacienta primárně srozumitelné a nemusí jim napoprvé rozumět (Slabá, 2017). Uvádí se, že napoprvé si zapamatujeme 20% informací z toho, co slyšíme, 30% z toho co vidíme, 50-75% z toho, co vidíme a slyšíme, a 80% z toho co čteme. V rámci edukace je proto potřebné hledat přijatelné a dostatečně účinné metody, které by pacientovi ukázaly, že změna životního stylu může prokazatelně ovlivnit zdravotní stav a životní perspektivu (Haluzíková a Břegová, 2019). U informace předané laskavou formou je naděje, že je pacient připraven naslouchat. Nedostatek kvalitních informací zhoršuje i samotný léčebný proces. Důležité je opakování, pacient potřebuje slyšet informace i z více zdrojů (ostatní členové multidisciplinárního týmu), nebo edukovaní spolupacienti (Haluzíková a Břegová, 2019).

Ke zjištění úrovně vědomostí můžeme použít vstupní rozhovor, dále během edukace zvolíme způsob úrovně rozhovoru. V úvodu každé edukační lekce je důležitá motivační fáze, která trvá 5 minut. Poté následuje expoziční fáze, která může trvat 20 minut. Pacient se rozptýlí a zklidní během rozhovoru se sestrou a eliminuje se počáteční stres. Ve fázi fixace zopakujeme a shrneme nejdůležitější body informací. Na další edukační terapii ve vyhodnocovací fázi formou rozhovoru, vyhodnocujeme kladením otázek pochopení problému. Starší pacient potřebuje více času na pochopení. Nejeфекtivnější je používat při rozhovoru plakáty nebo barevné publikace a jedno edukační téma pro jeden den. Není žádnou výjimkou, že starší pacient má zhoršený sluch a neslyší všechny jemu podávané informace. Musíme si proto primárně ověřit kvalitu pacientova sluchu. Oproti tomu mladší pacient zvládne více informací a témat najednou. Po prostoru věnovaném edukaci musí mít pacienti dostatek času na dotazy (Haluzíková a Břegová, 2019).

Pro pacienty v dialyzačním léčení je velmi obtížné zvládat dialyzační léčbu a změnu životosprávy. Dostatek podaných informací umožní kognitivní kontrolu nemoci.

Nedostatek informací a nejistota pacienta může ztěžovat jeho primární a sekundární potřeby.

3.1.2 Edukační materiály dialyzovaných pacientů

Ve stále dokonalejším technickém světě hraje roli stále kvalitnější grafické zpracování edukačních materiálů. Jsou přehledné, poutavé, je jich na výběr velké množství a jsou srozumitelné pro každého pacienta (Haluzíková a Břegová, 2019).

Dialyzovaní pacienti mají k dispozici mnohá periodika. Ke každému edukačnímu tématu se vážou konkrétní brožury, letáky, plakáty, jídelníčky, kuchařky a vhodné recepty. Změna stravy nemusí pro mnohé znamenat menší požitek z jídla. Pacienti nesmí opomenout na životně důležité látky a živiny, které jejich tělo potřebuje. Spolu s kvalifikovaným nutričním týmem bude pacientům sestaven jídelníček, který bude vyhovovat potřebám pacienta (Sasaková a Matějková, 2018).

Každý nový pacient dostane kompletní edukační materiál. Prostřednictvím tohoto průvodce budou představeny krok po kroku všechny důležité informace týkající se provozu, služeb a zdravotnického týmu střediska i průběhu jejich dialyzační léčby. Jejich součástí je USB flash disk (miniaturní externí přenosné paměťové medium), kde je rovněž nahrán edukační materiál. Dialyzovaných pacientů, kteří pravidelně navštěvují dialyzační středisko, se týkají změny v životním stylu. Budou trávit na dialýze mnoho času a edukační materiál jim zajistí, zpříjemní a usnadní tyto pro ně mnohdy nelehké změny. Správná edukace přispívá k vyšší informovanosti a efektivní péči o zdraví pacienta (Haluzíková a Břegová, 2019).

3.1.3 Záznam o edukaci dialyzovaných pacientů

Důležitou a nedílnou součástí je záznam o edukaci. Poskytuje záznam o plánované edukaci o výstupech (Haluzíková a Břegová, 2019). Dokumentace poskytuje informace dalším členům týmu, kteří se o pacienta na dialýze starají. Dialyzační střediska využívají databáze EuCliD kam se zaznamenává mimo jiné úvodní edukace pacienta, nutriční screening, skenuje se vyplněný jídelníček od pacienta, záznamy a hodnocení nutričního terapeuta. Databáze byla založena v roce 1999 společností Fresenius Medical Care za účelem sledování různých lékařských a dalších aspektů péče o dialyzované pacienty prostřednictvím nepřetržitého sběru a vyhodnocování klinických dat. Informace vyplývající z analýzy dat budou zefektivňovat dialyzační léčbu a budou ji činit snesitelnou

pro pacienty. Všechna data a informace jsou shromažďována za přísného dodržování předpisů.

3.2 Prostředí edukace dialyzovaných pacientů

Pacienti v predialyzační péči s chronickou renální insuficiencí jsou dispenzarizováni v nefrologické ambulanci. Jsou postupně edukováni a připravováni pro zařazení do dialyzačního programu (Haluzíková a Břegová 2019). Cílem je eliminovat strach a nejistotu z neznámého. U nemocného dochází ke zlomu, bude ve stejnou dobu, po stejný určený čas na stejném místě (Haluzíková a Břegová, 2019). Zařazení na dialýzu závisí na objektivních výsledcích pacienta, především laboratorních výsledcích glomerulární filtrace, urey, kreatininu aj.

V predialyzační léčbě je již pacient edukován a léčba zahrnuje mnoho aspektů péče o pacienty – dietní poradenství, správná edukace, volba metody léčby, založení cévní spojky, zavedení katétru, nebo příprava k preemptivní transplantaci (Tesař a Viklický, 2015). Oproti tomu pacienti přicházející do nemocnice v uremii často nevědí co je čeká, co dialyzační léčba obnáší. Není výjimkou, že se pacienti v tomto období mohou nacházet mezi životem a smrtí. Přicházejí do prostředí, které neznají, kde na ně padá úzkost a obavy. Už sám vstup do většiny nemocnic, klinik, poliklinik a středisek nenaplní nikoho optimismem. Pacient přemýšlí co ho čeká, jakou bolest bude muset snášet a jak jeho nemoc dopadne (Špaček, 2022).

Nově přichozí pacient, který bude podstupovat dialyzační terapii je zahrnován mnoho informacemi, proto je vhodné, aby edukace probíhala na klidném a nerušeném místě. Každý pacient má svoje určité komunikační potřeby, kromě těch podstatných meritorních, také své sociální potřeby. Proto oční kontakt a vlídný úsměv je nejrychlejší a nejlevnější nástroj k úspěchu a ke správné edukaci (Špaček, 2022). Ke všem jeho stresujícím faktorům, které má při prvním příchodu na dialýzu je důležitý přístup zdravotnického personálu, který může významně ovlivnit pacientovu adherenci. Další potřeba dialyzovaného pacienta je cítit se důležitý a respektovaný. Respekt k osobnosti toho druhého je základním pravidlem etikety (Špaček, 2022).

„Správně vidíme jen srdcem. Co je důležité, je očím neviditelné.“

(Antonie de Saint-Exupéry)

3.3 Slabé stránky v edukaci dialyzovaných pacientů z role sestry

Průběh nemoci je často silně ovlivněn chováním pacienta, jeho náladou, obavami, stresem a znalostmi či neznalostmi průběhu nemoci (Plevová, 2018). Nedostatky edukace mohou být na straně sestry nebo pacienta. Nejčastější nedostatky v edukaci na straně sestry je jiný stanovený cíl než má samotný pacient (Haluzíková a Břegová, 2019). Pacienti nemusí rozumět odborné terminologii. Nemají dostatek odvahy se zeptat co je „nutriční screenig“, který patří s omezeným pitným režimem mezi nejdůležitější režimové opatření. Termínu „diuréza“ mnoho dialyzovaných pacientů na začátku jejich dialyzačního léčení nerozumí (Haluzíková a Břegová, 2019). Pokud pacient není obeznámen s tímto termínem, nikdy nemůže vzniknout úspěšná adherence k jejich pitnému režimu. Nevhodné je edukovat pacienty při vyšetření, během nebo na konci dialýzy.

Na edukaci dialyzovaných pacientů se podílí lékař, sestra z nefrologické ambulance a nutriční sestra, kteří pacienta edukují v klidném prostředí mezi terapiemi. Mezi další nedostatky edukace patří nerespektování etnické příslušnosti a jazyková způsobilost (Haluzíková a Břegová, 2019). Nerespektování autonomie, přehlížení jeho ztížené motoriky nebo vnímání (nejčastější zhoršený sluch pacienta). Ideální je vztah vzájemného respektu, rovnosti a kooperace, kdy lékař a zdravotnický personál ukazujeme cesty a poučený pacient si vybírá. Duplicitní edukace nebo nerespektování pacientova práva a rozhodnutí patří již do zmíněného zásahu do jeho autonomie (Haluzíková a Břegová, 2019).

Pacient má právo se ptát, má právo na důkladné poučení, edukaci, na kvalitně provedený výkon, důstojnost, soukromí a tišení bolesti (Špaček, 2022). Adherence dialyzovaného pacienta nejde bez kvalitní edukace vzdělaným zdravotnickým týmem, který se na edukaci podílí. Vzdělání v oboru, dostatek informací a věnování velké pozornosti edukačním technikách, může napomoci dobrému vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (Haluzíková a Břegová, 2019).

3.3.1 Role pacienta a možné problémy v edukaci

Neporozumění, nepochopení informace a situace může být i na straně pacienta (Haluzíková a Břegová, 2019). Dalším významným nedostatkem na straně pacienta je jeho únava. Dialyzovaný pacient je často unavený, protože dialýza je úzce spojena s rychlým úbytkem vody, změnou složení tělesných tekutin během dialýzy (Teplan, 2013). Dalším mínusem v edukaci za strany pacienta může být jeho nezájem k léčbě a nechut' něco řešit

(Špaček, 2022). Pro někoho je stresující už jen výčet komplikací v textu informovaného souhlasu (Špaček, 2022). Hlavní úlohu u dialyzovaných pacientů sehrává rodina. Onemocnění sebou přináší řadu strastí, překážek a povinností, které by pacient a jeho rodina měli překonat (Haluzíková a Břegová, 2019). Role, kterou pacient vykonával, přebírá jiný člen v rodině, nebo zůstává neobsazena. Pacient potřebuje určitý čas, aby změnám přivykl a k edukaci přistupoval zodpovědně. Proto je zapojení rodinných příslušníků a blízkých do jeho léčby cílem dnešní medicíny (Haluzíková a Břegová, 2019).

„Návyky jsou nejprve pavučiny, pak provazy.“

(čínské přísloví)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Adherence je míra spolupráce k doporučenému léčebnému režimu. Samotný proces dialýzy je pro nemocné velkou životní změnou. Jsou omezeni v pracovních, zájmových a rekreačních oblastech (Szonowská, 2019). I přes veškeré změny a omezení, které sebou dialýza přináší, je možné s dialýzou žít dlouhá léta (Tesař a Viklický, 2015). Primární režimové opatření pro dialyzované pacienty je omezený příjem tekutin. Adherence pacientů v této oblasti nezastupitelně ovlivňuje průběh a komplikace léčení dialyzační metodou. Mezi nejčastější příznaky komplikací při nonadherenci k nastavenému pitnému režimu se v mezidialyzačním období řadí dušnost. Další problematikou jsou změny krevního tlaku. Rizikové jsou vysoké i nízké hodnoty krevního tlaku. Hypertenze se často vyskytuje u pacientů, kteří i přes ultrafiltraci zůstávají převodnění, protože není možné ultrafiltrací stáhnout požadované množství vody (Tesař a Viklický, 2015). Hypotenze může být v některých případech rovněž spojená s hyperhydratací a upraví se až po šetrném dosažení suché hmotnosti pacienta (Tesař a Viklický, 2015). Výše uvedené zdravotní komplikace pacienty značně ohrožují na životě. Adherence k nastavenému omezenému pitnému režimu má velký vliv na celkový přístup k nemoci a celý průběh dialyzačního léčení.

Na základě těchto formulovaných východisek jsme dosáhli k výzkumné otázce:

Jaký je postoj dialyzovaných pacientů k adherenci pitného režimu?

Operacionalizace pojmů:

Adherence je vnímána jako rozsah, v němž se chování pacienta shoduje s doporučením zdravotníka (Slabá, 2017).

Dialýza je mimotělní eliminační metoda, kterou se odstraňují z těla nežádoucí látky o malé molekulové hmotnosti (Haluzíková a Břegová, 2019).

Dialyzovaný pacient je pacient, který pravidelně dochází na dialýzu, nebo si dialýzu provádí v domácím prostředí (Haluzíková a Břegová, 2019).

Chronické onemocnění ledvin je stav kdy funkce ledvin je snížena tak, že nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí a k prodloužení života je nutné použití metod nahrazujících funkci ledvin (Češka a kol. 2020).

Pitný režim dialyzovaných se upravuje dle velikosti diurézy, u anurického pacienta 500ml/den (Češka a kol. 2020).

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného výzkumu, je popsat adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu.

5.1.1 Dílčí cíle

- 1) Zjistit faktory, které podporují adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu.
- 2) Zjistit faktory, které motivují dialyzované pacienty k dodržování pitného režimu.

5.2 Výzkumné otázky/předpoklady

5.2.1 Hlavní výzkumná otázka

Jaké faktory podporují adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu?

5.2.2 Dílčí výzkumná otázka

- 1) Jaké okolnosti/faktory uvádějí dialyzovaní pacienti jako podporující k jejich adherenci k dodržování nastaveného pitného režimu?
- 2) Jaké okolnosti/faktory motivují dialyzované pacienty k jejich adherenci k dodržování jejich nastaveného pitného režimu?

6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

6.1 Metodologie výzkumu

6.1.1 Kvalitativní výzkum

V souladu s cíly kvalifikační práce byla jako metoda výzkumného šetření byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace společenské reality. V kvalitativním výzkumu, se pracuje většinou se slovy s cílem zachytit jedinečnost osoby, skupiny participantů, jevů nebo určité situace (Plevová, 2018).

Pomocí technik kvalitativního výzkumu můžeme porozumět zkoumanému problému. Výzkumem získáváme mnoho informací o velice nízkém počtu jedinců. Výzkumník sbírá všechny informace, nepřetržitě je zkoumá a interpretuje a snaží se mezi nimi vyhledat nějakou pravidelnost a strukturu. V kvalitativním výzkumu výzkumník neví, kolik participantů bude vybírat, ale vybírá osoby, které představují zkoumaný problém. Kvalitativní výzkum má vysokou validitu a nízkou reliabilitu (Plevová, 2018). Při rozhovorech v kvalitativním výzkumu je mnoho příležitostí, kdy participant bude vyzván, aby se vyjádřil k emočně citlivé záležitosti (Hendl, 2016). V našem případě k omezenému pitnému režimu. Takový rozhovor, může skýtat emoční nebezpečí, je tak na místě zda jsme výzkumníky nebo terapeuti, na druhou roli, často nejsme připraveni (Hendl, 2016). Kvalitativní výzkum znamená pro všechny účastníky dlouhodobější osobní vztah a k lepšímu porozumění se užívá více slova, než matematických číselných hodnot a tím se problematika dostává do širší souvislosti (Gurková, 2019). Ke sběru dat jsme využili metodu polostrukturovaného rozhovoru. Soubor a formulaci otázek jsme vytvořili předem, volili jsme otevřené otázky, abychom dali participantům prostor vyjádřit se k problematice.

6.2 Charakteristika sledovaného souboru

Pro výběr participantů byla zvolena následující kritéria: pacient s chronickým selháním ledvin docházející na HD (hemodialýza) na hemodialyzační středisko FreseniusMedical Care v Sokolově déle než jeden rok. U pacientů s chronickým selháním ledvin, může být v počátcích dialyzační léčby diuréza normální, nebo dokonce polyurie, oligoanurie se zpravidla vyvíjí až v průběhu dialyzační léčby (Češka a kol. 2020), proto je naše kritérium HD léčba delší než jeden rok. Participant ve věku 18 let, žijící v domácím prostředí, kteří jsou za svá režimová opatření odpovědni sami. Pacienti žijící v domovech

pro seniory jsou z větší části odkázáni na pomoc jiných osob a často se u nich vyskytují poruchy kognitivních funkcí. Prevalence různých kognitivních poruch u dialyzovaných pacientů je 20-30% což je 3krát více než v běžné populaci. Nejtěžší poruchou je demence, znamená trvalou a závažnou progresivní poruchu paměti (Tesař a Viklický, 2015). Na základě těchto kritérií bylo osloveno sedm participantů docházejících na HD, déle než jeden rok, starších 18 let, žijící v domácím prostředí.

6.3 Organizace výzkumu

V období od ledna do února roku 2024 bylo realizováno celkem sedm rozhovorů s pacienty dle předem stanovených kritérií. Pro náš výzkum jich bylo použito pouze šest. Výzkum se uskutečnil v Sokolově na klidných, předem vybraných a nerušených místech. Některé rozhovory byly v několika případech ještě doplňovány o sdílené informace. Všichni participanté vyjádřili ústní souhlas a podepsali Informovaný souhlas.

6.4 Zpracování dat

Polostrukturované rozhovory jsme nahrávali na diktafon, který obsahoval několik složek pro případné doplnění konkrétního rozhovoru. Později byly záznamy přepsány do elektronické podoby v aplikaci Word. V některých případech byl rozhovor rozšířen ještě o poznámky v písemné formě, pokud participant vyslovil přání rozhovor ještě doplnit. Všichni participanté souhlasili s nahráváním a po pořízení transkriptu pro naprostou anonymitu byly audiozáznamy vymazány. Po zpracování výzkumu byl každý transkript zkartován. Všichni participanté vyjádřili souhlas ústně, podepsali Informovaný souhlas a byli informováni o průběhu a okolnostech výzkumu. Bylo jim umožněno kdykoliv rozhovor přerušit, odmítnout jakoukoliv otázku, nebo odstoupit z celého výzkumu. Dále jim bylo poskytnuto soukromí, které je důležitým požadavkem výzkumu při rozhovorech a emoční bezpečí (Hendl, 2016).

Participanté byli pro potřeby výzkumu v rámci anonymizace dat označeni, P1, P2, P3, P4, P5 a P6. Po opakovaném pročitání polostrukturovaných rozhovorů jsme vyhledávali kódy, barevně označovali a následně byly vytvořeny kategorie a subkategorie (Gurková, 2019).

7 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Cílem kvalitativního výzkumu je odkrýt význam pokládaný sdělovaným informacím. Základním paradigmatem kvalitativního výzkumu je fenomenologie, snaha pochopit, z jakých vnitřních zkušeností a zdrojů lidé ve svých interpretacích světa vycházejí, jak se věci samy člověku ukazují (Plevová, 2018). Fenomenologický výzkum klade důraz na porozumění, a jak jedinci vnímají určitou svoji zkušenost (Hendl, 2016). Konkrétní postup shromažďování údajů se řídí výběrem specifické metody analýzy. Existuje řada možností, jak provádět fenomenologickou analýzu dat, které se od sebe liší (Beharková a Dolanová, 2019). Metoda zakotvené teorie je prospěšná v možnosti přenosu teorie z jedné studie do jiných situací tím, že umožňuje vývoj více formálních teorií, které jsou více věrohodné. Zakotvená teorie je proto jedním z významných přínosů vhodných ke zkoumání ošetrovatelských fenoménů a sledování chronicky nemocných pacientů, které lze zkoumat z různých pohledů (Beharková a Dolanová 2019).

7.1 Kategorie: Co pacienty podporuje a co je pro ně nejvíce limitující

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit, které faktory nebo okolnosti považují dialyzovaní účastníci jako podporující k dodržování jejich nastaveného pitného režimu. Tato kategorie popisuje co účastníky podporuje, je pro ně nejvíce náročné a limitující v dialyzačním léčení v souladu s režimovým opatřením.

7.1.1 Subkategorie: Doba dialyzační léčby

P1: *„Napřed 1,5 let, potom 25 let transplantovaná, v současnosti znovu 10 let“*

P2: *„30let, z toho během 3 let neúspěšné transplantace“*

P3: *„7 let a předtím 5 let peritoneální dialýza a 10 let dispenzarizace v predialyzačním léčení v nefrologické ambulanci“*

P4: *„4 roky, předtím dispenzarizace 20 let v nefrologické ambulanci“*

P5: *„7 let“*

P6: *„31 let“*

Pravidelné dialyzační léčení je schopno umožnit účastníkům vést dlouhý život.

7.1.2 Subkategorie: Omezení ve skladbě stravy

P1: „*Velké... Musím si dávat velký pozor co sním... Měla bych žízeň. Nejm žádná slaná jídla... Doma už skoro nesolíme, nekupujeme nic slaneho... Třeba syrečky (smích).*“

P2: „*Já třeba mám strašně ráda gyros, ten si akorát koupím před dialýzou a po laboratorních odběrech (jednou měsíčně)...Abych neměla špatné výsledky... Ty si teda fakt hlídám. Do restaurací chodíme s manželem málo... Pečlivě vybírám co si dám...Pročítám složení jídel... Hlídám si hodně sůl, ale stejně je to kolikrát slany. Doma mi vaří muž ... Připravuje mi svačiny na dialýzu... Muž ví jak vařit... Skoro nesolíme, abych pak neměla žízeň.*“

P3: „*No strašný...Ve všem je voda, v polívce, v omáče, v těstovinách, v rejži, kam se člověk podívá je voda... Já mám na den jen 500ml, protože už nemočím a kdo to má uhlídat. Hlavně my s manželkou nesolíme...Jen fakt málo...Já bych měl pak žízeň, já mám rád pepř a bylinky.... Vynahradí tu sůl... Já doma vařím... Vím od nutriční sestry jak to mám připravit.*“

P4: „*No musím dávat veliký pozor co jím...Skoro nesolím, jenom fakt trochu, aby to mělo chuť... Brambory musíte maličko osolit. Taky je nechávám do rána vyluhovat a tu vodu sleju. Naučila jsem se připravovat jídla správně ... Já mám moc ráda meloun, dříve jsem snědla i půlku...Ted'ko jenom srpeček melounu na chuť...Pak třeba nepiju už celé odpoledne.*“

P5: „*Nemám skoro žádný, akorát si nekupuju slany tyčky jako dříve... Jinak to stejný.*“

P6: „*Žádné omezení nepociťuju, ale koukám na to jídlo, když nakupuju... Nebo já si to donesu na dialýzu třeba hermelín... Nebo čokoládu a sním to před dialýzou.*“

Participant P1, P2, P3, P4 se shodli, že výrazně omezili ve skladbě stravy sůl, protože potom mají žízeň. Připravují si stravu sami, nebo jejich protějšky. Výhoda doma připravené stravy je, že znají její skladbu. Pro P5 a P6 se nic výrazného ve skladbě stravy neděje, ale v rozhovorech přesto zmínil P6, že nekupuje slané tyčinky a P6 konzumuje nevhodné jídla před dialýzou než po ní. P1, P2 a P3 musely výrazně omezit, nebo se vzdát ve skladbě stravy něčeho co měli rádi.

7.1.3 Subkategorie: Omezení v pitném režimu

P1: „Trvalo to, než jsem si zvykla na tu žízeň... Já už chodím na dialýzu dlouho, nic moc už neudělám, jde to no... Mám odměřenou vodu... Můžu půl litru na den, někdy v létě, když se třeba potím... Můžu malinko víc“

P2: „No je to teda těžký... Mám láhev, ve které mám tekutiny, které používám na pití a vaření... Vodu máte totiž všude... Musím třeba uvařit těstoviny... Tam už je taky voda. Mě někdy voda i zbude.... Já jí nevy potřebuju... Na dialýze piju malinkaté kafíčko, protože pak jdu k taťkovi... Dám si ještě jedno malinkaté kafe, takže veliký nemůžu. A pak už nepiju.“

P3: „Já jsem průserář... Já to občas nedodržím... Já se přiznám pokaždé, přece neřeknu, že jsem spadl do louže a vypil omylem vodu... Já prostě vařím a ochutnávám a ochutnávám... Vypiju víc než můžu.“

P4: „Já chodila 20 let na nefrologii do ambulance... Musela jsem hodně pít a najednou vůbec... Něco strašného... Já věděla, že mě to někdy čeká... Omezený pití je dost strašný.“

P5: „Naučil jsem se s tím žít... Ze začátku to bylo dost hrozný... Někdy jsem nevydržel a vypil víc než jsem měl... Jde o zvyk.“

P6: „Hrozný.... To pití je fakt hrozný... 31 let se nemoct pořádně napít!... Já se divím... Že jsem neskončil někde psychiatrii.“

Všichni participanti se shodli, že omezení v jejich pitném režimu je těžké a obtížné. P3 se pokaždé přiznává, že je těžké pitný režim dodržet, P6 je občas i když dochází na dialýzu 31 let z pitného režimu nešťastný, P4 věděla, co jí čeká, přesto jí to zaskočilo, P2 má adherenci k pitnému režimu vzornou, někdy jí i naměřená voda na den zůstane, ale přiznává, že je to těžké režim dodržet, P1 si zvykla, ale přiznává, že to trvalo dlouho si zvyknout.

7.1.4 Subkategorie: Omezení v běžném životě

P1: „Já už do práce nechodím... Občas hlídám děti jako au pair, jenom brigády. Nijak mě to neomezuje... Na oslavy chodím... Tam vydržím ucucávat jenom jednu skleničku celej večer... Necestuji, moc nesportuju... Mám ráda procházky.“

P2: „Cestuji i do zahraničí, mě to neomezuje... Jednou jsem jela do Anglie a nebylo místo tam místo na dialýze...Já jela na tři dny a skoro nepila... Výlet jsem si užila...Strach jsem trochu měla... Takhle jsem na tři dny už odjela do zahraničí párkrát bez dialýzy...Hodně jsem to hlídala... Využívám prázdninové dialýzy... Cestuju ráda... Už do práce nechodím.“

P3: „Já už nepracuji... Starám se o domácnost a vaření ...Chodím rád na ryby, tam je vody dost... (smích). Ale když jedu někam daleko...dávám na to pití pozor.“

P4: „Ani ne,...Máme chatu... Tam jsme celé léto, jezdím odtud i na dialýzu. Ale třeba já už nechodím na žádný oslavy...Narozeniny... Člověk se nemůže ničeho napít pořádně... Jíst tam nic nemůžu... Jsou tam stejně věci... Po kterých je žízeň.“

P5: „Já chodím do práce... Žízeň mě omezuje strašně... V létě...Vydržím, ale je to strašný někdy...Jde o zvyk no. Chodím na dialýzu v noci, ve dne jdu do práce, mám upravenou pracovní dobu... Setkávám se přáteli...Chodím ven se psem.“

P6: „Do práce chodím...Proto chodím na dialýzu večer a během noci. Ráno chodím do práce déle... Na chatu jezdím...Setkávám se s kamarádama...Jde to.“

Participant P5 a P6 chodí do zaměstnání, mají mírně upravenou pracovní dobu. P5 trápí v zaměstnání žízeň v teplém období. Všichni kromě P4 se setkávají s přáteli. P4 se nechce scházet s přáteli, právě kvůli omezenému pitnému režimu, ale volný čas tráví v rekreačním objektu. P2 odjela do zahraničí bez dialýzy na tři dny a výlet i když trochu s obavou si užila. Využívá rovněž prázdninových dialýz mimo okres. Všichni participant se snaží žít s omezeními, které dialýza přináší v rámci jejich možností.

7.1.5 Subkategorie: Nejvíce limitující omezení

P1: „No to pití...Jsem celkem za ty roky zvyklá... Člověk někdy chodí a neví co by do té pusy dal... Něco i vypil. Taky z toho chození na dialýzu mám úplně převrácený spaní... Na dialýze spím a doma pak nespím... Někdy cítím takovou plnost jako v břiše o tý pauze nejdelší mezi dialýzami.“

P2: „To pití no to je hodně těžký...Nemůžu jíst všechno...To mi snad ani tak nevadí jako to pití...Člověk nemůže hodně napít...Život dialýze podřizuju...Musím myslet pořád, že musím na ní jít a ten den nikam moc nemůžu... Když je víkend, hlídám si hodně to pití. Když třeba chci něco sníst... Co nemůžu třeba banán, sním ho před dialýzou, tak to je dobrý.“

P3: „*Tak nejvíc je to pití, to je fakt hrozný... Člověk musí myslet na to, aby nezaspal na dialýzu... Mezera mezi dialýzou, je to někdy dlouhý... Člověk, když vypije víc než může, aby na tu dialýzu raději jel.*“

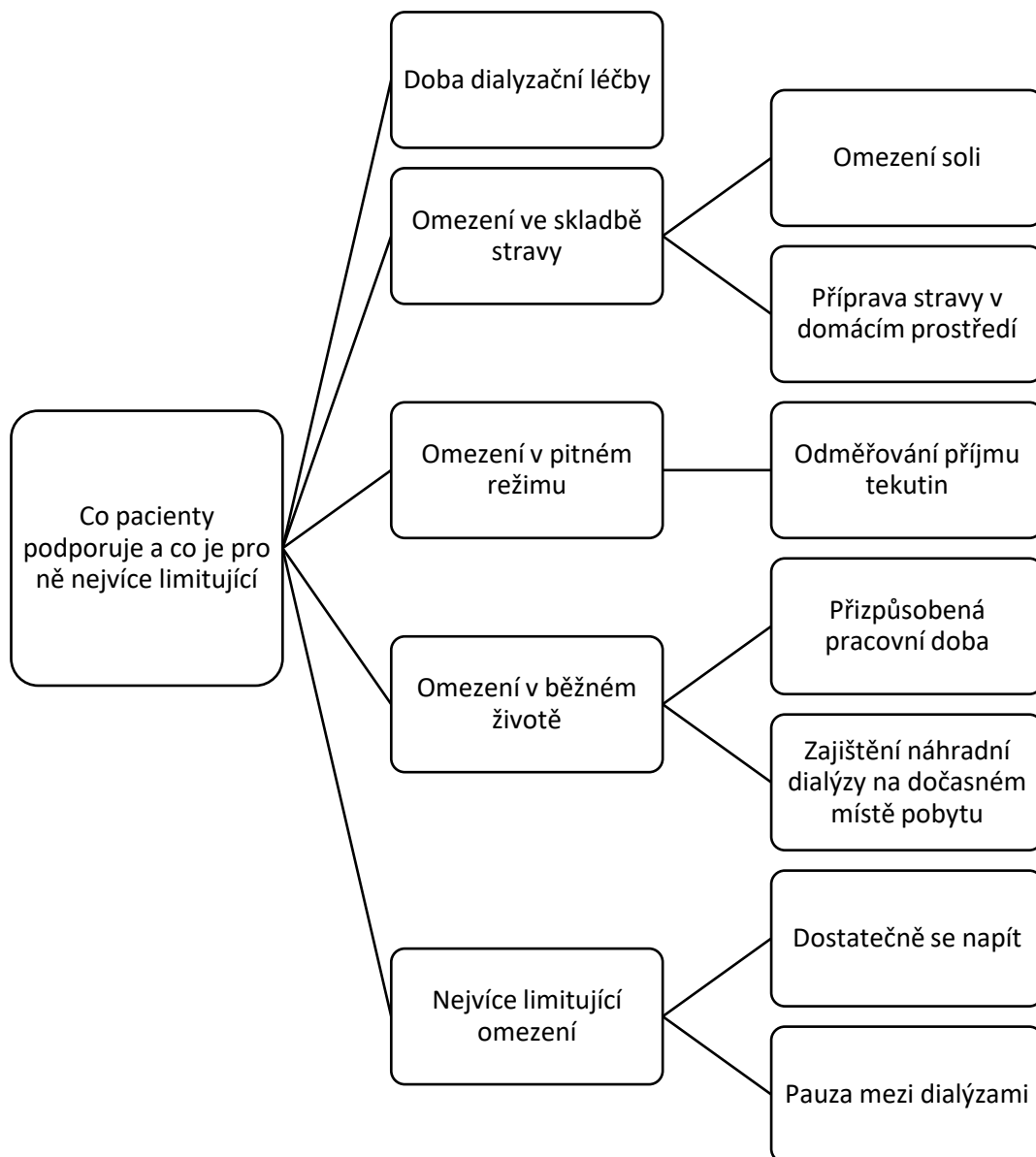
P4: „*To, že se nemůžu pořádně napít, to je nejhorší... Člověk je na chatě na zahradě...Sluníčko, já mám žízeň, tak jsem už raději ve stínu... Mě se kolikrát tak nechce z té chaty na dialýzu... V zimě mi to nevadí... V létě hodně... Taký se bojím té delší pauzy mezi dialýzama toho víkendu... To si hlídám pití nejvíc, já to dodržuju, ale bojím se.*“

P5: „*Chtěl bych dialýzu jenom krátkou, třeba dvě nebo tři hodiny, ale vím, že to nejde... Strávím tady hodně času... Je to strašný. Ani nemluvím o tom pití... Ale někdy si dám kofolu v létě venku...Malou skleničku, jen ochutnat... Nejvíc si dávám pozor na tu pauzu mezi dialýzami...Ten víkend to se bojím.*“

P6: „*Napít se!... Neustálé chození na dialýzu... Pořád dokola a dokola... Ta delší víkendová pauza...Je to dlouho...Musím si dávat pozor kolik vypiju...Je to o den delší než jindy.*“

Všichni participanti mají společné největší omezení, které dialyzační léčení přináší a to je nemožnost se dostatečně napít, dále je omezuje jejich závislost na léčení. A každý má respekt z té nejdelší pauzy mezi dialýzami. Ta nejdelší pauza je ta, kdy mezi terapiemi jsou skoro 3 dny bez dialýzy, pacient který chodí na dialýzu v pátek, další má v pondělí, kdo chodí na poslední dialýzu v sobotu, další terapii má až v úterý, protože předpis dialyzačního léčení je obvykle třikrát týdně.

Obrázek 1: Schéma kategorie: Co pacienty podporuje a co je pro ně nejvíce limitující



Zdroj: (vlastní zpracování)

7.2 Kategorie: Omezený příjem tekutin

Tato kategorie nám pomůže zjistit, které faktory a okolnosti participantům pomáhají zvládnout jejich nastavený omezený pitný režim.

7.2.1 Subkategorie: Doporučený objem příjmu tekutin

P1: „*Postupně...Nyní doporučeno 500 ml tekutin na den.*“

P2: „*Postupně...Už 500 ml tekutin na den.*“

P3: „*Dříve to bylo lepší, to jsem ještě chodil močit, momentálně 500 ml na den.*“

P4: „*500 ml na den.*“

P5: „*Ze dne na den...Já se dostal do nemocnice, mám 500 ml na den.*“

P6: „*Postupně... 500 ml na den.*“

Až na P5, který byl hospitalizován pro jiné sekundární onemocnění a kde byla diagnostikovaná hlavní příčina jeho nemoci, jeho omezení pitného začalo ze dne na den. Ostatní P1, P2, P3, P4 a P6 mohli ze začátku dialyzační léčby přijímat tekutiny nad rámec jejich denní diurézy, protože v současné době z nich diurézu nikdo nemá, je jejich obvyklý doporučený příjem tekutin 500 ml na den. P4 ve výše zmíněné kategorii zmiňuje, že byla 20 let dispenzarizována v nefrologické ambulanci a edukována na případný omezený příjem tekutin.

7.2.2 Subkategorie: Doporučení, které pomáhá zvládnout nastavený pitný režim

P1: „*Já si doma našla malinkou skleničku... Piju jenom z ní...Pomáhá mi napít se ledového sífónu... Bublínky a to ledový mě nedovolí vypít víc jak tři loky, nemůžu prostě vypít víc, to mě zastaví to studený pití.*“

P2: „*Koupila nové malé porcelánové šálčky... Z nich piju...Na dialýze mám malinkej hrneček... Pomáhá mi hodně i můj manžel...Vaří taková jídla... Po kterých není žízeň.*“

P3: „*No já vím kolik kde je vody, jako obsah šálku... To mi pomáhá...Já někdy vypiju hodně nad limit...V létě, když je mi horko... Pomůže mi v létě studená voda s mátou, dělám si takovou limonádu a vymačkám tam i celej citrón.*“

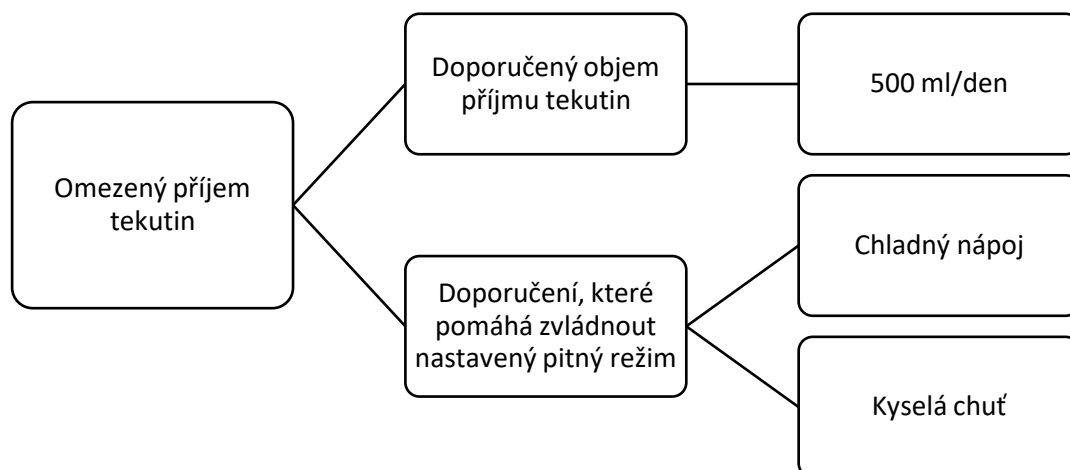
P4: „*Studená voda s citrónem nebo sífón. A malé skleničky... Už nepiju nic z velkých sklenic, tam se hodně vejde... (smutný smích)... V létě si dávám do úst led.*“

P5: „*Mě nepomáhá nic... Vydržet... Žvýkám pořád kyselou žvýkačku, nebo cucám kyselé bonbóny.*“

P6: „*Nic mi nepomáhá na tu žízeň... Trochu pomůže ledový pití, na dialýze si dávám hodně vychlazený ledový sífón, ten trochu žízeň zažene... Pomáhá mi i tohle, když se chci opít někdy občas... Dnes už ale málo... Vypiju místo piva, dva malé panáky, má to míň vody.*“

Všichni participanti až na P5 shodli, že jim pomáhá studený nápoj, v některých případech hodně ledový. Také kyselá chuť pomáhá částečně zahnat žízeň P1, P2, P3, P4, P5. Velikosti šáleků na nápoje vyměnili P1, P2 a P4. P2 má menší šálek i na dialýze. Pacienti Fresenius Medical Care dostávají od společnosti svačiny a jimi zvolený nápoj o obsahu 250 ml. Tato svačina se jim i započítává do nastavené ultrafiltrace tekutin.

Obrázek 2: Schéma kategorie: Omezený příjem tekutin



Zdroj: (vlastní zpracování)

7.3 Kategorie: Motivace dialyzovaných pacientů k omezenému pitnému režimu

Druhý cíl bylo zjistit, co participanty motivuje. Vzhledem k tomu, že dodržování omezeného pitného režimu může být někdy dodržet náročné, zeptali jsme se participantů, co je motivuje a zároveň co je nejvíce motivující k dodržování omezeného pitného režimu.

7.3.1 Subkategorie: Motivace k dodržování omezeného pitného režimu

P1: *„Aby mi nebylo špatně...Když stahuju na dialýze hodně vody, bolí mě hlava a mám křeče.“*

P2: *„Dobré laboratorní výsledky...Abych neměla moc draslíku. Užívám léky... Taky bych neměla křeče, když se stahuje hodně vody.“*

P3: *„Abych neměl otoky... Když vypiju nad rámec...Mám oteklé hodně nohy a nemůžu jít s manželkou na vycházku...Kolikrát nevyjdu ani schody.“*

P4: *„Já nechci, aby mě bylo na dialýze špatně...Nechci křeče z toho, že se mi stahuje moc vody, že jsem hodně pila... Chci dobré výsledky...Proto nejím co nemám a беру poctivě léky.“*

P5: *„Můj zdravotní stav...Bojím se o svoje srdce...Nemůže věčně přečerpávat tolik tekutin navíc, bojím se, aby se jednou nezastavilo... Taky nechci křeče, to se mi i kroutí prsty na nohou.“*

P6: *„Dřív jsem s jedním kámošem...Dokázal hodně porušit pitný režim... Jsem starší...Už to nedělám...Nechci na dialýze zdravotní komplikace.“*

Všichni participanti se shodli, že jejich motivací je jejich zdravotní stav. A bezproblémový průběh dialýzy. P1, P2 a P4 mají obavu z křečí, které dialýza při větší ultrafiltraci vody přináší. P2 a P4 záleží na dobrých laboratorních výsledcích a zmínili pravidelné užívání vazáčů.

7.3.2 Subkategorie: Největší motivující podnět k dodržování omezeného pitného režimu

P1: *„Můj přítel... Nechci, aby mě bylo špatně.“*

P2: *„Dodržuji to hlavně pro sebe...Nechci otoky a křeče na dialýze.“*

P3: *„Na prvním místě rodina, manželka.“*

P4: „*Moje rodina, manžel, děti...Dělám to hlavně sama pro sebe...Nechci aby mě bylo špatně...Taky já chci chodit na dialýzu dlouho...Jsem ráda, že můžu, proto to dodržuji.*“

P5: „*Dělám to pro sebe...Největší motivace je moje srdce.*“

P6: „*Chci chodit na dialýzu co nejdéle...Dělám to pro svoje zdraví.*“

P1, P2, P4, P5 a P6 se shodli, že největší motivací jsou oni samy a jejich zdraví. Pro P1, P3 a P4 je důležitou motivací jejich rodina. P4 a P6 chtějí chodit na dialýzu co nejdéle.

7.3.3 Subkategorie: Motivace sama sebe

P1: „*Člověk má strach...Ze začátku jsem měla veliký...Dneska už vím, co si můžu dovolit.*“

P2: „*Motivuje mě chodit na dialýzu co nejdéle...Když všechno dobře dodržuju...Tak se odměním, něco hezkého si koupím.*“

P3: „*Moje přání je nechodit z dialýzy a mít přebytky vody...Nejlepší stáhnout všechno...Je to pořád dokola...Pořád se o to snažím.*“

P4: „*Pitím navíc si můžu všechno zhoršit, chci dialýzu bez komplikací.*“

P5: „*Nechci křeče...Mám někdy křeče i doma...Když se stahuje hodně vody. Budí mě to někdy...Hlídám si to pít hodně.*“

P6: „*Těším se, že když je léto a horko a já se hodně potím...Můžu pít víc...Mám stejnou váhu.*“

P1 mívala dříve strach, dnes už ví, jak s omezeným pitným režimem žít, P2 si občas za odměnu něco koupí, největší motivací pro P3 je chodit z dialýzy s optimální váhou, ale je to pro něj stále těžké, P4 a P6 motivuje sama sebe k co nejdelšímu chození na dialýzu a bez komplikací.

7.3.4 Subkategorie: Vnímání a vyhodnocení svojí motivace k dodržování omezeného pitného režimu

P1: „*Dobře...Někdy v létě je mi líto, že všichni pijou venku na koupališti kofoly a já tolik nemůžu...Jde si celkem za ty roky zvyknout...Jsem ráda, že na dialýzu můžu chodit.*“

P2: „*Myslím, že dobře...Dodržuju všechno dobře...Když mám na něco chuť, co nemůžu jíst...Sním si to na dialýze.*“

P3: „*Já jsem někdy hroznej...Chci se zlepšit...Pracuji na tom...Momentálně to dodržuji spíše volěji.*“

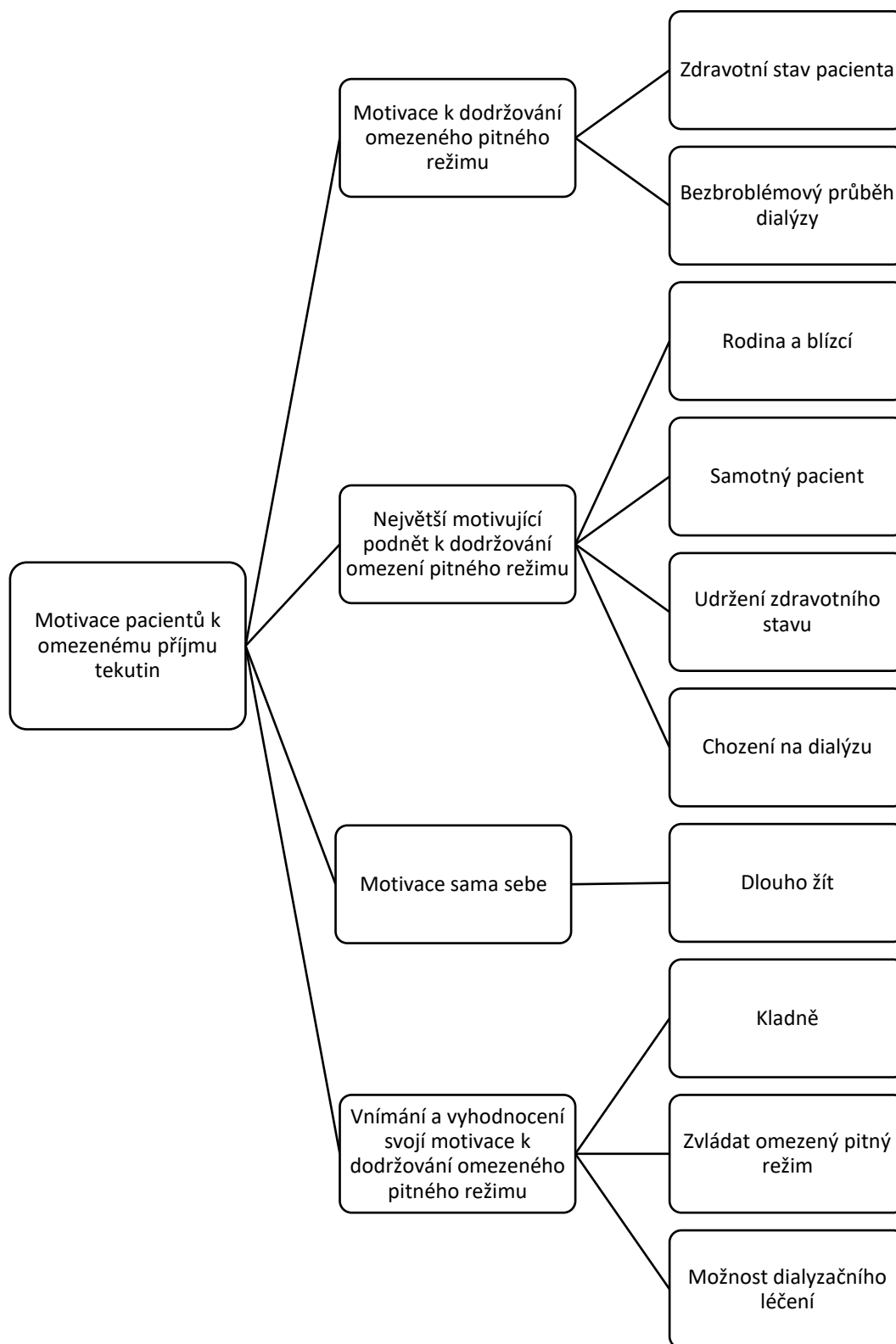
P4: „*Před víc jak 20 lety bych možná nežila...Jsem ráda, že můžu na dialýzu chodit...Jsou horší věci...Než se nemoci napít...Snažím se všechno dodržovat.*“

P5: „*Už je to v pohodě...Hodně jsem se polepšil...Kdyby nebylo ledviny, jsem už dávno mrtvej...Daří se mi všechno dodržovat...Chci sem chodit dlouho.*“

P6: „*I když teda mám pořád žízeň...Moje motivace je velká a dobrá...Možná horší než žízeň opravdová, je to že se nemůžu pořádně napít...To je žízeň psychická...To je horší žízeň než ta první.*“

Všichni participanti kromě P3, ten však pracuje na zlepšení, vyhodnocují svoji motivaci a dodržování omezeného pitnému kladně. P5 a P4 dokonce zmínili, že kdyby nechodili na dialýzu, mělo by to pro ně fatální následky. Z odpovědí participantů vyplynulo, že jsou dobře edukovaní a znají komplikace při nedodržování režimu dialyzačního léčení. Jsou schopní si i poradit P2 si sní nedoporučované potraviny před dialýzou. P5 zmiňuje, že se i zlepšil v adherenci a chce chodit na dialýzu ještě dlouho. Přání podstupovat dialyzační léčení ještě mnoho let zmínili i P1 a P4.To jak je těžké nemoci se napít a že má někdy pocit, že už je to žízeň psychická se v rozhovoru svěřil P6.

Obrázek 3: Schéma kategorie: Motivace pacientů k omezenému příjmu tekutin



Zdroj: (vlastní zpracování)

8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Z realizovaných rozhovorů s participanty jsme zjistili odpovědi týkající se našich výzkumných otázek. Téma naší bakalářské práce je adherence dialyzovaných pacientů k pitnému režimu. Hlavním cílem našeho výzkumu bylo popsat adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu. S ohledem na stanovené cíle kvalifikační práce byly k jejich zodpovězení definovány výzkumné otázky. Analýza dat získaných rozhovorem byla provedena metodou otevřeného kódování.

8.1 Vyhodnocení výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka

Jaké faktory podporují adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu?

Díličí výzkumné otázky

1) Jaké okolnosti/faktory podporují adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování pitného režimu?

Výzkum ukázal, že participantům k dodržování omezeného pitného režimu pomáhá změna skladby stravy, výrazné omezení soli a příprava stravy v domácím prostředí. Přípravou domácí stravy participanti mohou její skladbu výrazně ovlivnit. Zároveň z výzkumných rozhovorů vyplynulo, že participanti jsou dobře edukováni v oblasti výživy a je to pro ně i podporující faktor. Dále jsme se dozvěděli, že omezení pitného režimu bylo a je pro všechny participanty těžké dodržovat, ale všichni se naučili s žizní žít a přizpůsobit tomu i svůj život. Všichni zmínili nejdelsí pauzu mezi dialýzami, která je pro ně nejvíce limitující. Podporujícím faktorem je pitný režim dodržovat, protože participanti ze zkušeností vědí, že by jinak čelili zdravotním komplikacím. Jedna z hlavních věcí, která jim pomáhá dodržovat pitný režim je odměřená denní dávka tekutin, kterou mají po celý den k dispozici. Všichni vědí kolik tekutin mohou za den spotřebovat a podle toho s vodou hospodaří. V tomto případě jsme ve výzkumu zjistili, že participanti jsou v tomto směru správně edukováni. Odpověď na výzkumnou otázku, co dále podporuje pitný režim dodržovat, je změna velikosti šálků a chlazené nápoje, perlivá voda s citrónem, protože participanty neláká vypít větší množství tekutin najednou.

2) Jaké okolnosti/faktory motivují dialyzované pacienty k jejich adherenci k dodržování jejich nastaveného pitného režimu?

Výzkumem jsme zjistili, že motivací pro participanty dodržovat nastavený pitný režim je předcházení zdravotním komplikacím během dialyzační terapie. Největší obavu mají z křečí, které způsobuje ultrafiltrace tekutin při dialýze. Dále participanty motivuje k adherenci k omezenému pitnému režimu udržení současného zdravotního stavu. Pro většinu jsou motivací dobré laboratorní výsledky. Rovněž jsme zjistili, že motivací je rodina participantů, ale největší motivací k dodržování nastavených režimových opatření je samo vědomí participanta, že omezený pitný režim dodržuje hlavně sám pro sebe. Co nás ve výzkumu překvapilo je fakt, že i když je v dnešní době dialyzační terapie dostupná každému pacientovi, participanti přesto zmínili, že si váží, že je jim tato léčba umožněna a že chtějí chodit na dialýzu ještě po dlouhou dobu.

8.2 Vyhodnocení výzkumných cílů

Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného výzkumu, je popsat adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu

Dílčí cíle

1) Zjistit faktory, které podporují adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu

Po vyhodnocení dat jsme výzkumným šetřením a výzkumnými otázkami zjistili faktory, které podporují adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu. Podporující je pro participanty dodržování dietních opatření, konkrétně omezení soli. Další faktor podporující adherenci k dodržování omezeného příjmu tekutin uvedli participanti nejdelší mezidialyzační pauzu, ze které mají všichni obavu. Rovněž sledování svého příjmu tekutin. Odměřují si denní spotřebu vody. Dalším podporujícím faktorem je edukace. Všichni participanti si monitorují svojí hmotnost a sledují svoje přírůstky váhy. Participanty podporuje i změna velikosti šálků na pití za menší velikosti, které mají menší objem. Tudiž méně vypijí. Dále chlazené nápoje a led, který jim zabraňuje vypít více tekutin najednou.

2) Zjistit faktory, které motivují dialyzované pacienty k dodržování pitného režimu

Po vyhodnocení získaných dat jsme zjistili, co pacienty k dodržování pitného režimu motivuje. Motivací pro participanty je zachování jejich současného zdravotního stavu a eliminaci komplikací způsobených nonadherencí k režimovým opatřením. Dále vyplynulo, že motivací dodržovat pitný režim je dožít se co nejvyššího věku s dialyzační léčbou. Dalším důležitým motivačním faktorem je rodina participantů a jejich blízcí. Většina se shodla na tom, že jsou si vědomi obav, které má o ně jejich rodina a nechtějí svým blízkým způsobovat svojí nonadherencí k pitnému režimu zbytečné starosti.

DISKUZE

Naše bakalářská práce se věnuje adhezenci k dodržování pitného režimu, který je pro spoustu dialyzovaných pacientů značně omezen. Hlavním cílem bylo popsat adhezenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu. Dále byly stanoveny dílčí cíle, které zkoumaly faktory, které pacienty podporují a které je motivují. Participanti v rozhovorech popisovali jejich život s žizní a omezení, které nastavený doporučený pitný režim přináší. Omezení příjmu tekutin je složitou součástí renální diety, existuje mnoho faktorů, které hrají roli v tom, že pacient toto omezení akceptuje. Doporučený přírůstek hmotnosti mezi dialýzami je individuální a výkyvy nad ideálem jsou často indikátorem nedodržování nutričních cílů v oblasti tekutin a stravy (Wonk et al., 2017).

(Wonk et al., 2017) z Western Michigan ve studii, která se věnuje dialyzovaným pacientům s omezeným příjmem tekutin popisuje, jak zásadní je příjem správného množství tekutin pro dialyzovaného pacienta. A zásadní snižování potenciálních příznaků spojených s přetížením tekutinami, včetně dušnosti, bolesti hlava, nadýmání břicha, hypertenze, srdečního selhání a otoků (Wonk et al., 2017). Stejnou přítomnost komplikací při nonadhezenci nastaveného pitného režimu jsme zjistili i naším výzkumným šetřením. (Wonk et al., 2017) popisují studii která se zabývala názorem pacientů na ledvinovou dietu z roku 2015, kterou provedli (Palmer et al., 2015) jak se dialyzovaní pacienti přizpůsobují změnám. Design studie zahrnoval systematický přehled 46 kvalitativních studií a zahrnoval 816 dospělých pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Zde došli výzkumníci k závěru, že většina jedinců vnímala, že ledvinová dieta a omezení tekutin jsou pro ně podstatnou zátěží (Wonk, 2017).

Participanti našeho výzkumu dietní opatření dodržují, v některých okamžicích je pro ně režimové opatření zátěží. Stravují se většinou v domácím prostředí, kde si stravu sami připravují, pokud se občas stravují ve veřejném stravování, jsou nuceni pečlivě pročítat jídelníček kvůli obsahu soli. Denní diuréza 98 pacientů Sokolovského dialyzačního střediska k lednu 2024 je u každého odlišná 46% pacientů je bez diurézy, 9,18% do 300 ml, 8,16% do 500 ml, 8,16% do 800 ml, 1,02% do 1000 ml a 26,53 nad 1000 ml – viz. Příloha B. Proto je každému pacientovi doporučený jiný příjem tekutin, nad rámec jeho denní diurézy 500 ml/den podle našeho výzkumu a s (Wonk et al., 2017) se shodujeme, pokud je u každého dialyzovaného pacienta denní diuréza odlišná, bude odlišný i jeho denní příjem tekutin.

Když selže funkce ledvin, doporučený příjem tekutin bude u každého vypadat jinak (Wells, 2023). V našem výzkumném šetření participanti nemají diurézu a jejich doporučený příjem tekutin je 500 ml/den. (Wells, 2023) současně s (Wonk et al., 2017) dále uvádí důležitost hospodaření s tekutinami, dodržování léčby a motivaci pacientů k adherenci. Pokud není pacient důsledný v léčbě, nebo je hyperhydratován, onemocnění ledvin ho bude limitovat komplikacemi, které nonadherence k pitnému režimu může vzniknout. A zároveň ho budou omezovat v běžném životě (Wells, 2023).

(Wells, 2023) popsala šest způsobů jak podpořit omezení tekutin:

1) Komunikace se zdravotnickým týmem, který pomůže najít správnou rovnováhu tekutin. 2) Poznat svoji suchou hmotnost. Podrobně jsme ji popsali i v naší kvalifikační práci v kapitole 2.1. Všichni dotázaní participanti svoji suchou váhu znají. Dále monitorování svého krevního tlaku. 3) Omezení soli. V našem výzkumném šetření se na omezení soli shodli všichni participanti. Čím více se soli, tím větší je žízeň. 4) Podpoření omezení tekutin užíváním léků podle pokynů. 5) Nikdy nevynechávat léčbu. Vynechávání dialyzační léčby zanechává v krvi přebytečný odpad a tekutiny, které se neodfiltrují ultrafiltrací, mohou způsobovat komplikace. 6) Vytvoření si nových návyků. Z výzkumných otázek jsme zjistili návyky dotázaných participantů. Participantům z našeho výzkumného šetření pomáhají chlazené kyselé nápoje proti žizni. (Wells, 2023) doporučuje mentolky, nebo kyselé bonbóny, které v některých případech podle jejího šetření snižují pocit žizně (Wells, 2023). O všech podporujících doporučeních se zmiňují i participanti našeho výzkumu. (Nielsen et al., 2021) ve své studii o postupech a úskalích v hemodialyzačních zařízeních, zmiňuje důležitost spolupráce zdravotníka a pacienta.

(Wonk et al., 2017) dále zmiňují personalizované cíle konzumace tekutin a některé vzdělávací techniky, které mohou zlepšit dodržování dietních omezení pacientem. Popsali pět metod, které Národní nadace pro ledviny v New Yorku uznává a které jsou podporující pro dodržování omezeného příjmu tekutin dialyzovaných pacientů. Sledování příjmu tekutin, poskytování konkrétních individualizovaných cílů tekutin, zvládání žizně, omezení příjmu sodíku a úprava délky dialyzačních terapií tak, aby vyhovovala potřebám pacientů (Wonk et al., 2017). Všechny metody jsou podporující i pro participanty v našem výzkumném šetření a pomáhají jim dodržovat omezený pitný režim. Všichni participanti zmínili, že jejich motivací je předcházet zdravotním komplikacím, které při nonadherenci mohou vznikat. Komplikace při hemodialýze můžeme podle výskytu dělit na časté:

hypotenze a křeče a méně časté: svědivka, bolesti hlavy, hrudníku, nauzea, vomitus, arytmie (Klener a kol., 2006).

(Beerendrakumar et al., 2018) ve své studii o dodržování dietního a pitného režimu u pacientů s chronickým onemocněním ledvin uvádí, že pacienti s chronickým onemocněním ledvin musí především upravit svůj životní styl zaměřený na vhodnou stravu a úpravu příjmu tekutin, prognóza pacientů tak z velké části zcela závisí na dodržování doporučeného režimového opatření. Nonadherence doporučeného dietního a pitného režimu vede k rychlému zhoršení zdravotního stavu (Beerendrakumar et al., 2018). Participanti v našem výzkumu rovněž zmínili komplikace, které mohou nastat při nonadherenci. A motivující je pro ně režimové opatření dodržovat. (Beerendrakumar et al., 2018) dále zmiňuje, že i přes edukaci a poradenství, stále existuje značná část pacientů, kteří nedodržují režimové opatření. Proto je doporučováno opětovně edukovat k režimovým opatřením pacienty i jejich blízké (Beerendrakumar et al., 2018).

Největší motivující podnět k dodržování omezeného pitného režimu je pro naše participanty jejich zdraví a uvědomění si, že dodržovat režimové opatření dělají hlavně sami pro sebe. Pro většinu z nich je důležitá jejich rodina a blízcí. Motivace sama sebe je pro každého participanta jiná, ale má společného jmenovatele – dialýzu bez komplikací. V našem výzkumném šetření, jsme zjistili, že naši participanti jsou rádi, že dialyzační léčení existuje a mají možnost dialýzu podstupovat. Trápí je žízeň, ale naučili se s ní žít, někdy nastanou okamžiky, kdy režimové opatření nedodrží, ale stále pracují na zlepšení. (Wells, 2023) pokud se někdy omezení příjmu tekutin pokazí, není to selhání, ale lekce. Je přínosem se z ní poučit a jít dál. Stejně to vnímají i participanti v našem výzkumu.

Okolnosti, které mohou pocít žízně vyvolávat a zhoršovat. Sucho v ústech je způsobeno nedostatečným vylučováním slin, což je nejčastější projev nerovnováhy autonomního vegetativního nervového systému. V něm působí dvě složky: sympatikus, představovaný dřením nadledvin, známým adrenalinem a jemu příbuzným noradrenalinem a parasympatikus, jehož prostředníkem je desátý mozkový nerv, zvaný též jako nerv bloudivý nervus vagus. Podráždění parasympatiku vede ke zvýšené tvorbě slin, ale naopak podráždění sympatiku vyvolává stresovou reakci. Můžeme tedy říct, že stres sám o sobě vede k vysychání sliznic a pocitu žízně. Kvalita života dialyzovaných pacientů je ovlivněna psychickým stavem (Znojová, 2023). Pozitivní přístup k životu, k sobě i k nemoci vede k lepším výsledkům (Petrová, 2023)

LIMITY VÝZKUMU

U autora kvalifikační práce nebyl detekován žádný limit.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Analýzou realizovaných rozhovorů jsme zjistili okolnosti a faktory, které dle participantů pomáhají dodržovat omezený pitný režim. Tabulka 1.

Návrhem na další šetření může být i studie ke zjištění adherence k režimovým opatřením u pacientů, kteří si provádějí hemodialýzu v domácím prostředí.

Tabulka 1: Doporučení pro dialyzované pacienty - jak zvládat omezení denního příjmu tekutin

Získané z výsledků předkládané kvalifikační práce

1	Kontrolujte svoji hmotnost mezi dialýzami. V případě, že jste překročili svůj denní příjem tekutin a máte zdravotní potíže, kontaktujte své dialyzační středisko.
2	Jak poznáte, že má vaše tělo nadbytek tekutin? Kratší dech, dušnost, otoky kotníků a lýtek, nárůst hmotnosti, zvýšený krevní tlak a únava.
3	Jak poznáte, že má vaše tělo nedostatek tekutin? Sucho v ústech, slabost a malátnost, pokles hmotnosti, suchá kůže a pokles krevního tlaku.
4	Pijte z menších skleniček a šálků, mají menší objem a omezený příjem tekutin se bude lépe dodržovat. Nápoje pijte slámkou, déle vám tak vydrží.
5	Omezte příjem soli, způsobuje pocit žízně. Pamatujte, že sůl zadržuje vodu.
6	Počítejte i s příjmem soli v potravinách - slané pečivo, chipsy a sýry. Postupně nahrazujte sůl při vaření bylinami a kořením (bobkový list, pepř, kmín, majoránka).
7	Připravujte si jídlo v domácím prostředí – máte tak lépe pod kontrolou sůl a můžete regulovat její množství v připravovaném jídle.
8	Využívejte ochlazující nápoje, které eliminují pocit žízně. Vodu s citrónem, perlivou vodu, nebo si vkládejte do úst ledové kostky.
9	Mějte na paměti, že vodu obsahují i jídla jako jsou polévky a omáčky. Vodu obsahují i vařené těstoviny, rýže a brambory - absorbují vodu při vaření.
10	Ovoce také obsahuje vodu - meloun nahraďte za jablko. Hroznové víno celý hrozen – nahraďte pouze 10 kuličkami.
11	Omezte pobyt v přetopených a suchých prostorech a chraňte se před prudkým slunečním zářením, může to vyvolat sucho v ústech a pocit žízně.
12	Vyhýbejte se stresovým situacím. Dopřávejte si pobyt na čerstvém vzduchu a procházky v přírodě. Zařaďte do svého programu záliby a vaše koníčky.

13	Nevzdávejte se, omezování dietních opatření a omezení tekutin se spolupodílí na lepší prognóze pacientů v dialyzačním léčení.
----	---

Zdroj: Získaný z výsledků předkládané kvalifikační práce

ZÁVĚR

Adherence, tedy ochota pacienta spolupracovat s lékařem a dodržovat léčebné pokyny hraje pro zdárný účinek dialyzační léčby naprosto klíčovou roli. Pacienti s chronickým onemocněním ledvin, kteří podstupující dialyzační léčení, mají doporučený denní omezený příjem tekutin. Z našeho výzkumu vyplynulo, že participanti jsou se svým onemocněním dobře obeznámeni. Vědí objem tekutin, které smí za den vypít a umí si je spočítat. Dále jsme zaznamenali, že jsou kvalitně edukováni. Adherenci k režimovým opatřením se snaží dodržovat všichni participanti, přestože adaptace na novou situaci byla individuální a trvala u každého různě dlouhou dobu. Nicméně každý z participantů se s omezeným příjmem tekutin vyrovnal po svém. Naše výzkumné šetření z pohledu participantů prokázalo, že adherence k léčbě hraje zásadní roli. Rovněž jsou si vědomi, že nonadherence může vést k různým komplikacím během dialýzy. Každý z participantů, se snaží komplikacím aktivně předcházet, což je jedním z hlavních důvodů pro dodržování pitného režimu. Z rozhovorů provedených v rámci výzkumu, jsme identifikovali klíčové motivace participantů k omezenému pitnému režimu a faktory, které jim v tomto pomáhají. V klinické praxi je u pacientů s chronickým onemocněním dodržovat režimová opatření často významným trvalým problémem.

Nonadherence je častým jevem, který není jednoduché diagnostikovat a následně ovlivnit, vyžaduje významný časový a lidský vklad ze strany lékařů a zdravotníků. S ohledem na vývoj společnosti a nárůst rizikových faktorů pro selhání ledvin a vlivem konzumního způsobu života se očekává výrazný nárůst dalších pacientů. Z uvedených poznatků lze usuzovat, že počet pacientů s chronickým onemocněním ledvin a následnou dialyzační léčbou se bude nadále zvyšovat. Ve světě je dialyzováno 2,6 miliónů lidí a předpokládá se, že v roce 2030 to bude 5,4 miliónů (Haluzíková a Břegová, 2019). Naš výzkum dále prokázal, že dotázaní participanti si uvědomují důležitost dialyzačního léčení a současně si váží možnosti na dialýzu docházet. Závěrem chceme poznamenat, že adherence je ovlivněna mnoha faktory, důvěrou ve zdravotníky, osobnostními charakteristikami pacienta a délkou trvání nutnosti dodržovat režimová opatření. I přesto, že dialyzační léčbu, může absolvovat každý, žádný z participantů nepodceňuje důležitost adherence k pitnému režimu. Chtěli bychom navrhnout pokračování ve výzkumném šetření u pacientů, kteří si provádějí hemodialýzu v domácím prostředí. A porovnat adherenci v dialyzačním středisku s prostředím domova.

9 BIBLIOGRAFIE

ALIKARI, Victoria; MATZIOU, Vasiliki; TSIRONI, Maria; ZYGA, Sofia a PARSKEVI, Theofilou. *The Effect of Nursing Counseling on Improving Knowledge: Adherence to Treatment and Quality of Life of Patients Undergoing Hemodialysis*. Online. International Journal of Caring Sciences. 2015, s. 514-518. ISSN 1791-5201. Dostupné z: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=a34d2315956ebfe14b9143275148444c67cbf394>. [cit. 2024-03-25].

BEERENDRAKUMAR, Niraj; RAMAMOORTHY, Lakshmi a HARIDASAN, Satish. *Dietary and Fluid Regime Adherence in Chronic Kidney Disease Patients*. Online. National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information. 2018. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5889793/>. [cit. 2024-03-24].

ČEŠKA, Richard; TESAŘ, Vladimír; DÍTĚ, Petr; VACHEK, Jan a ŠTULC, Tomáš. *Interna*. 3. aktualizované vydání. Triton, 2020. ISBN 978-80-7553-780-5.

ČILLÍKOVÁ, Kristýna. *Jak přimět pacienty ke spolupráci?* Online. Medical Tribune. 2023. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/jak-primet-pacienty-ke-spolupraci/>. [cit. 2024-03-25].

DUBCOVÁ, Lenka. *Kuchařka pro dialyzované pacienty*. [Petrovice]: ALMI, 2016. ISBN 978-80-87494-18-9.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.

HALUZÍKOVÁ, Jana a BŘEGOVÁ, Bohdana. *Ošetřovatelství v nefrologii*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-5329-4.

JAROŠOVÁ, Darja a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetřovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.

JELÍNEK, Lubomír. "Dialýza je můj způsob života.." *NephroCare: pro mne*. 2022, roč. 24. vydání, č. Léto/Podzim, s. 18-21.

KARBANOVÁ, Miroslava a SASAKOVÁ, Dana. Základní nutriční pravidla při chronickém onemocnění ledvin. *Fresenius Kabi: Vaříme nízkobílkovinně - Dietní kuchařka při chronickém onemocnění ledvin*. 2022, roč. 2022, č. 11, s. 7-8.

KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. Překlad 11. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.

KLENER, Pavel; PETRÁŠEK, Jan; TESAŘ, Vladimír; ASCHERMANN, Michael a BROULÍK, Petr, 2006. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-726-2430-X.

MILATOVÁ, Růžena a NOVOTNÝ, Marek. *Kuchařka při onemocnění ledvin: 109 receptů*. Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-809-7.

MYSLIVEC, Ondřej a VOJANEC, Vladimír. Jak se vyvarovat nejčastějších chyb v letních měsících. *Dialog*. 2021, roč. 2021, č. 3, s. 14-15.

NIELSEN, Trine Mehta; SCHJERNING, Nina a KALDAN, Gudrun. *Practices and pitfalls in medication adherence in hemodialysis settings - a focus-group study of health care professionals*. Online. National Library of Medicine: PubMed. 2021. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34551750/>. [cit. 2024-03-24].

NOVÁK, František; HRNČIŘÍKOVÁ, Adéla a SASAKOVÁ, Dana. Tekutiny. *Fresenius Kabi: Průvodce výživou při chronickém onemocnění ledvin*. 2021, roč. 2021, č. 8, s. 31.

OULEHLE, Kateřina a VACHEK, Jan. Nová doporučení pro nutriční nemocných s chronickým onemocněním ledvin. In: RYŠAVÁ, Romana a VIKLICKÝ, Ondřej. *Vybrané doporučené postupy v nefrologii*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022], s. 188-202. ISBN 978-80-7345-729-7.

PETROVÁ, Helena. Jak pracovat se ztrátou pevných jistot. *Dialog*. 2024, roč. 2024, č. 1, s. 18-20. ISSN 1803-7267.

PETROVÁ, Helena. O důležitosti psychické pohody a to nejen při nemoci. *Dialog*. 2023, roč. 2023, č. 4, s. 18-21. ISSN 1803-7267.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.

ROKYTA, Richard; MAREŠOVÁ, Dana a TURKOVÁ, Zuzana. *Somatologie: učebnice*. 7. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-306-8.

RYŠAVÁ, Romana. Úvod. *Fresenius Kabi: Průvodce výživou při chronickém onemocnění ledvin a diabetu*. 2022, č. 11, s. 3-4. ISSN 1213-5003.

RYŠAVÁ, Romana a BREJNÍK, Pavel. *Základy nefrologie: definice pojmů, akutní selhání ledvin, chronické onemocnění ledvin, hypertenze a ledviny : doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2018. ISBN 978-80-88280-10-1.

RYŠAVÁ, Romana; VIKLICKÝ, Ondřej a . *Vybrané doporučené postupy v nefrologii*. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-729-7.

SASAKOVÁ, Dana a MATĚJKOVÁ, Miroslava. Desatero životozprávy dialyzovaného pacienta. *Výživový průvodce pro dialyzované pacienty*. 2018, roč. 2018, č. 1, s. 4-5.

SASAKOVÁ, Dana a MATĚJKOVÁ, Miroslava. Tekutiny. *Výživový průvodce pro dialyzované pacienty*. 2018, roč. 2018, č. 1, s. 28-29.

SLABÁ, Šárka. *Adherence k léčbě z pohledu psychologa*. Online. Atheroreview. 2017. Dostupné z: <https://www.atheroreview.eu/casopisy/athero-review/2017-1/adherence-k-lecbe-z-pohledu-psychologa-60301>. [cit. 2024-03-24].

SZONOWSKÁ, Barbora; BRENNAN, Frank; DVOŘÁKOVÁ, Markéta; HARTINGER, Jan Miroslav a LICHNOVSKÁ, Tereza. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2019]. ISBN 978-80-7345-603-0.

ŠPAČEK, Ladislav. *Etiketa pro lékaře, zdravotníky a pomáhající profese*. Praha: EEZY, 2022. ISBN 978-80-908391-7-5.

TEPLAN, Vladimír. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. Aeskulap. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2881-3.

TESAŘ, Vladimír a VIKLICKÝ, Ondřej. *Klinická nefrologie*. 2. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4367-7.

VRABLÍK, Michal. *Adherence a možnosti jejího ovlivnění*. Online. Medicína pro praxi. 2013. Dostupné z: https://medicinapropraxi.cz/artkey/med-201311-0003_Adherence_a_moznosti_jejeho_ovlivneni.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dadherence%26sfrom%3D0%26spage%3D30. [cit. 2024-03-24].

WELLS, Catherine. *The Dos and Don'ts of Fluid Management for Kidney Disease*. Online. National Kidney Foundation. 2023. Dostupné z: <https://www.kidney.org/newsletter/dos-and-don-ts-fluid-management-kidney-disease>. [cit. 2024-03-20].

WONG, Melanie; GHEBLEH, Parianna a PHILLIPS, Stacey. *Tips for Dialysis Patients With Fluid Restrictions*. Online. Journal of Renal Nutrition. 2017. Dostupné z: [https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(17\)30143-7/fulltext](https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(17)30143-7/fulltext). [cit. 2024-03-26].

ZNOJOVÁ, Marcela. NEJLEPŠÍ PREVENČÍ STEREOTYPU JE USILOVAT O ZMĚNU. *Dialog*. 2021, roč. 2021, č. 3, s. 8-10. ISSN 1803/7267.

ZNOJOVÁ, Marcela. Psychologické aspekty dodržení diety. *Stěžeň: Časopis pro dialyzované a transplantované*. 2023, roč. 2023, č. 1, s. 28-29. ISSN 1213-5003.

ZNOJOVÁ, Marcela. Jak důležitá je spolupráce pacienta na vlastním léčení. *NephroCare: Péče pro mne*. 2013, roč. 2013, č. 7, s. 36-37.

Pravidla českého pravopisu. 4. vydání. V Brně: Edika, 2023. ISBN 978-80-266-1868-3.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Povolení sběru informací Fresenius Medical Care (strana 1,2)

Příloha B: Diuréza pacientů sokolovského střediska k lednu 2024

Příloha C: Výzkumné otázky

PŘÍLOHY

Příloha: A Povolení sběru informací Fresenius Medical Care



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Helena Šušová
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství kombinovaná forma studia 3. ročník
Akademický rok: 2023/2024

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fresenius Medical Care – DS, s.r.o.

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 1.11.2023

Podpis: 

Žádost pro oslovenou instituci

Vážená paní ředitelko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na hemodialyzačním středisku v Sokolově, které je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Heleny Šusové, posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství, kombinovaná forma studia, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je popsat adherenci dialyzovaných pacientů k dodržování nastaveného pitného režimu.

Sledovaný soubor tvoří sedm pacientů hemodialyzačního střediska v Sokolově s chronickým selháním ledvin, docházející na dialýzu z domácího prostředí. Nejsou věkově ani profesně limitováni. Svou účast stvrdili ústním souhlasem a podepsáním dokumentu Informovaný souhlas a měli právo kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Sběr dat bude proveden polostrukturovanými otázkami, předem pečlivě připravených. Záznam rozhovorů bude nahráván na diktafon a po transkriptu budou záznamy vymazány, aby se zabránilo identifikaci participantů. Po uskutečněním výzkumu budou přepsané rozhovory rovněž vymazány.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením vedoucího práce: PhDr., Mgr. Jitka Krocová Ph.D.

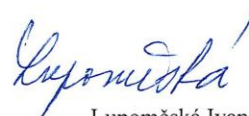
Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

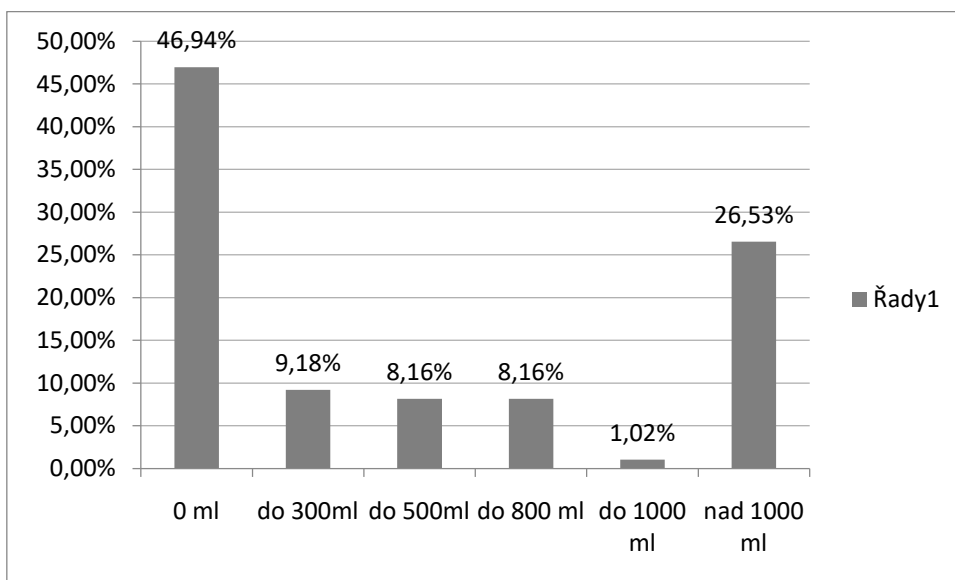
Nesouhlasím

V Praze, dne 27.2.2024



Lupoměská Ivana
Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha B: Diuréza pacientů sokolovského střediska k lednu 2024



Zdroj: (vlastní zpracování)

Příloha C: Výzkumné otázky

Výzkumné otázky:

Jak dlouho docházíte na dialýzu?

Jaké omezení Vám Vaše onemocnění ledvin přináší: v jídle? A v pití?

V běžném životě (zaměstnání/sport/setkávání s přáteli/návštěvy/výlety)?

Jaké omezení vyplývající z Vašeho onemocnění jsou pro Vás nejvíce limitující /omezují Vás/ a trápí?

Jak je omezen Váš pitný režim?

Docházelo k omezování pitného režimu postupně nebo omezení bylo doporučeno „najednou“?

Jaká doporučení pro zvládnutí omezování tekutin jste dostávala/dostala? Jaká to byla doporučení konkrétně?

Která doporučení ke zvládnutí omezení tekutin jste zavedl/a do svého režimu?

Která doporučení Vám pomáhají zvládat omezení pitného režimu?

Co Vám pomáhá konkrétně ke zvládnutí omezení pitného režimu?

Co Vás motivuje k dodržování omezování pitného režimu (zdraví, stabilizace laboratorních výsledků, rodina, ...)?

Jaký je ten nejvíce motivující podnět/podněty, které Vás „podporují“ k dodržení omezení příjmu tekutin?

Jak motivujete sám sebe/sama sebe k dodržování doporučeného množství tekutin?

Pokud porušujete/porušíte doporučený příjem tekutin za den, kdy k to dochází-příležitosti/okolnosti/...?

Jak vnímáte - jak byste posoudil/a..., jak byste vyhodnotil/a svoji motivaci k dodržení režimového opatření ohledně příjmu tekutin?

Zdroj: (vlastní zpracování)