

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

Evidenčné číslo: 10654

KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÉHO PACIENTA

Diplomová práca

2017

Bc. Simona Budová

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE
Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

Evidenčné číslo: 10654

KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÉHO PACIENTA

Diplomová práca

Študijný program: Ošetrovateľstvo

Študijný odbor: 7.4.1. Ošetrovateľstvo

Školiteľ: doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD.

Banská Bystrica 2017

Bc. Simona Budová



SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA v Bratislave

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

Katedra ošetrovateľstva FZ SZU

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Evidenčné číslo: 10654

Názov záverečnej práce:

Kvalita života dialyzovaného pacienta

Pokyny pre vypracovanie:

Študijný odbor: 7.4.1. ošetrovateľstvo

Študijný program: ošetrovateľstvo

Typ záverečnej práce: Diplomová práca Mgr.

Akademický rok: 2016/2017

Autor záverečnej práce: Bc. Simona Budová, rod. Dvorská

Vedúci záverečnej práce: doc. PhDr. Mária ŠUPÍNOVÁ, PhD.

Konzultant záverečnej práce:

Dátum zadania a záverečnej práce: 17.06.2016

Ďakujem doc. PhDr. Márii Šupínovej, PhD.
za cenné rady, pripomienky a odborné vedenie
pri vypracovaní diplomovej práce. Ďakujem
môjmu manželovi a rodine za podporu.

OBSAH

ABSTRAKT	CHYBA! ZÁLOŽKA NIE JE DEFINOVANÁ.
ABSTRACT.....	12
ZOZNAM SKRATIEK	CHYBA! ZÁLOŽKA NIE JE DEFINOVANÁ.
ZOZNAM TABULIEK	CHYBA! ZÁLOŽKA NIE JE DEFINOVANÁ.
ZOZNAM GRAFOV	CHYBA! ZÁLOŽKA NIE JE DEFINOVANÁ.
ÚVOD.....	11
1 SÚČASNÝ STAV SKÚMANEJ PROBLEMATIKY	12
2 CHRONICKÉ ZLYHÁVANIE OBLIČIEK.....	13
3 LIEČBA CHRONICKÉHO ZLYHÁVANIA OBLIČIEK	16
3.1 Hemodialýza	16
3.1.1 Princíp hemodialyzačnej liečby	18
3.1.2 Cievne prístupy.....	18
3.1.3 Starostlivosť o cievne prístupy	21
3.2 Peritoneálna dialýza	21
3.3 Transplantácia obličky	23
4 ŽIVOTOSPRÁVA DIALYZOVANÉHO PACIENTA	25
4.1 Manažment hydratácie.....	25
4.2 Diétne opatrenia	25
4.3 Sociálne zmeny súvisiace s dialýzou	27
5 KVALITA ŽIVOTA	29
5.1 Metodika hodnotenia kvality života	29
5.2 Hodnotiace škály kvality života	30
6 OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O DIALYZOVANÉHO PACIENTA..	31
6.1 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o dialyzovaného pacienta.....	31
6.2 Význam edukácie dialyzovaného pacienta	32
7 VÝSKUM.....	33
7.1 Cieľ výskumu	33
7.2 Výskumný súbor a metóda.....	33
7.3 Výsledky.....	35
DISKUSIA	48
ZÁVER	56
ODPORÚČANIA PRE PRAX.....	57
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	58

ABSTRAKT

BUDOVÁ, Simona: *Kvalita života dialyzovaného pacienta. (Diplomová práca)*. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici. Školiteľ: doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD., Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici.

Autorka spracovala diplomovú prácu na tému: Kvalita života dialyzovaného pacienta. Cieľom diplomovej práce bolo zistiť, ako dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života. Práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. Teoretická časť je rozdelená do šiestich kapitol. V prvých troch kapitolách práce sa autorka venovala vysvetleniu pojmu chronické zlyhávanie obličiek a tiež trom typom jeho liečby- hemodialýza, peritoneálna dialýza a transplantácia obličky. Prednostne sa autorka zamerala na hemodialýzu- jej princípy, cievne prístupy potrebné pre tento typ liečby a starostlivosť o cievne prístupy. Vo štvrtej kapitole autorka popísala životosprávu dialyzovaného pacienta- manažment hydratácie, diétne opatrenia a sociálne zmeny súvisiace s dialýzou. V piatej kapitole je popísaná metodika merania kvality života a jej hodnotenie. Posledná kapitola teoretickej časti je venovaná špecifikám ošetrovateľskej starostlivosti o dialyzovaných pacientov a významu edukácie. V praktickej časti autorka zisťovala ako dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života formou dotazníkového prieskumu. Na prieskum autorka použila dotazník kvality života WHOQOL- Bref. Tohto prieskumu sa zúčastnilo 100 respondentov zo štyroch dialyzačných stredísk na Slovensku. Výsledky praktickej časti sú zhrnuté v časti Výsledky a Diskusia. Autorka pri spracovaní diplomovej práce použila 32 literárnych prameňov, ktoré boli citované v zmysle normy STN ISO 690.

Kľúčové slová: Kvalita života. Dialýza. Prieskum.

ABSTRACT

BUDOVÁ, Simona: *Quality of life of dialysis patient. (Diploma thesis)*. Slovak Medical University in Bratislava. Faculty of Health in Banská Bystrica. Supervisor: doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD., Faculty of Health in Banská Bystrica.

The author worked diploma thesis on topic: Quality of life of dialysis patient. The aim of the thesis was to find out how dialysis patients assessed their quality of life. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is divided into six chapters. In the first three chapters of the thesis, the author is given explanation of the concept of chronic renal failure, as well as three types of its treatment- hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation. Preferably, the author focused on hemodialysis- its principles, vascular accesses needed for this type of treatment and care of vascular accesses. In the fourth chapter the author described a regimen of patient- management of hydration, dietary measures and social changes associated with dialysis. The fifth chapter describes a methodology for measuring quality of life and its evaluation. The last theoretical chapter is devoted to the specifics of nursing care for dialysis patients and the importance of education. In the practical part the author discovered how dialysis patients assessed their quality of life through questionnaire research. To research the author used a questionnaire quality of life WHOQOL- Bref. This research was attended by 100 respondents from four dialysis centers in Slovakia. The results of the practical part are summarized in the Results and Discussion section. The author through the processing diploma thesis used 32 literature sources that were cited in terms of standard ISO 690.

Keywords: Quality of life. Dialysis. Research.

ZOZNAM SKRATIEK

AVF	arteriovenózna fistula
CRP	C-reaktívny proteín
CHRI	chronická renálna insuficiencia
HD	hemodialýza
HDF	hemodialfiltrácia
HF	hemofiltrácia
HRQOL	Health- Related Quality ofLife
PD	peritoneálna dialýza
SM	semipermeabilná membrána
TMP	transmembranózny tlak
Tx	transplantácia obličky
WHO	World Health Organisation
WL	waiting list
i.n.	interval normy

ZOZNAM TABULIEK

- Tabuľka 1 Prehľad hodnotenia domén celým súborom
- Tabuľka 2 Intervaly populačných noriem pre domény WHOQOL – BREF
- Tabuľka 3 Prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre
- Tabuľka 4 Priemerné hodnotenie domén
- Tabuľka 5 Prehľad štatistickej významnosti overovaných premenných
- Tabuľka 6 Prehľad hodnotenie domén podľa pohlavia respondentov
- Tabuľka 7 Prehľad hodnotenia domén podľa veku respondentov (1)
- Tabuľka 8 Prehľad hodnotenia domén podľa veku respondentov (2)
- Tabuľka 9 Prehľad hodnotenia domén podľa veku respondentov(3)
- Tabuľka 10 Hodnotenie domén podľa stavu (1)
- Tabuľka 10 Hodnotenie domén podľa stavu (2)
- Tabuľka 12 Hodnotenie domén podľa stavu (3)
- Tabuľka 13 Hodnotenie domén podľa stavu (4)
- Tabuľka 14 Hodnotenie domén podľa vzdelania (1)
- Tabuľka 15 Hodnotenie domén podľa vzdelania (2)
- Tabuľka 16 Hodnotenie domén podľa vzdelania (3)
- Tabuľka 17 Hodnotenie domén podľa vzdelania (4)

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1 Hodnotenia domén podľa pohlavia

Graf 2 Hodnotenie domén podľa veku

Graf 3 Hodnotenie domén podľa stavu respondentov

Graf 4 Hodnotenie domén podľa vzdelania

ÚVOD

Pojem kvalita života sa v súčasnosti skloňuje čoraz viac, a to nie len v medicíne, ale aj v mnohých ďalších oblastiach spoločnosti. Dôraz na kvalitu života pacientov je čoraz vyšší. Medicína sa už dnes nemá sústreďovať len na odstránenie nepriaznivých príznakov ochorenia, ale aj na samotné prežívanie ochorenia pacientom. O kvalite života sa už dnes viac hovorí aj u pacientov s chorobami obličiek. Často využívané sú dotazníky, ktoré sa snažia o zmeranie dopadu choroby na bežný život pacienta. Tieto dotazníky môžu byť špecifické (určené pre jednotlivé choroby, najznámejší KDQ- Kidney Disease Questionnaire) alebo generické (určené pre rôzne typy ochorenia) (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

V rámci pojmu dialyzovaný pacient hovoríme o pacientoch s metódou hemodialýzy alebo s metódou peritoneálnej dialýzy. Obidva typy liečby majú svoje špecifiká. Hemodialyzovaný pacient trávi podstatne viac času v zdravotníckom zariadení ako PD pacient. Čas strávený na dialýze sa predlžuje ešte o cestu sanitkou do dialyzačného strediska. Tá je mnohokrát veľmi únavná a zdĺhavá (Sepešiová, 2014). Naproti tomu pacient s metódou peritoneálnej dialýzy je samostatnejší, liečba sa vykonáva v domácom prostredí a tým sa títo pacienti podstatne viac podieľajú na vlastnej liečbe (Vojanská, Antoníková, 2005).

Szonowska (2015) popisuje nepriaznivé účinky oboch liečebných metód a konštatuje, že u pacientov v peritoneálnej dialýze sa vo všeobecnosti predpokladá lepšia kvalita života.

Hlavným cieľom diplomovej práce je:

Zistiť ako dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života.

- Zistiť ako pacienti s dialýzou hodnotia kvalitu svojho života.
- Overiť u pacientov s dialýzou mieru celkovej spokojnosti so zdravím.
- Zistiť hodnotenie sociálneho prežívania respondentov.
- Zistiť ako sa dialyzovaní respondenti integrujú v sociálnom prostredí.

Čiastkové ciele diplomovej práce sú:

- Zmapovať problematiku chronického zlyhávania obličiek.
- Popísať možnosti liečby chronického zlyhávania obličiek.
- Popísať spôsoby hodnotenia kvality života pacienta.
- Realizovať výskum hodnotenia kvality života dialyzovaných pacientov.
- Vypracovať odporúčania pre prax.

1 SÚČASNÝ STAV SKÚMANEJ PROBLEMATIKY

V súčasnosti počet pacientov s chronickou renálnou insuficienciou (CHRI) celosvetovo stúpa. Rovnako stúpa aj počet pacientov s akútnym poškodením obličiek (Rosansky et al., 2012, In: Szonowská, 2015). Pacienti s týmto ochorením podstupujú istý typ liečby, či už je to konzervatívna, dialyzačná (hemodialýza, peritoneálna dialýza) alebo transplantácia. Konkrétne pri výbere dialyzačnej metódy u týchto pacientov sa čoraz viac hovorí o pojme kvalita života (Quality of Life- QoL). Všeobecne dialyzovaných pacientov pribúda, a to hlavne geriatrických pacientov (Szonowská, 2015). Dialyzačná liečba je totiž oveľa dostupnejšia ako v minulosti a u pacienta sa zahajuje pomerne rýchlo. U seniorov podstupujúcich dialýzu je vysoká mortalita. Napríklad v USA je najčastejšou príčinou smrti starších dialyzovaných pacientov zástava srdca, sepsa a ukončenie dialýzy. Je faktom, že až polovica starých dialyzovaných pacientov trpí nekontrolovanou bolesťou a depresiami a tretina má závažný kognitívny deficit (Jassal et al., 2009, In: Szonowská, 2015). V súvislosti s kvalitou života prebehli dve veľké štúdie, ktoré porovnávali QoL u pacientov podstupujúcich hemodialýzu (ďalej HD) v porovnaní s peritoneálnou dialýzou (ďalej PD). Štúdia NTDS (North Thames Dialysis Study) prebehla v Británii na konci 90. rokov minulého storočia. Táto štúdia nepreukázala výrazné rozdiely v kvalite života pacientov s HD a PD. Štúdia BOLDE (Broadening Options for Long- Term Dialysis in the Elderly) sa venovala pacientom starším ako 65 rokov. Ukázalo sa, že pacienti s HD pociťovali vo väčšej miere svoju chorobu ako pacienti s PD. Je to spôsobené aj faktom, že hemodialyzovaní pacienti trpia intradialyzačnými slabosťami, hypotenziami, sú hemodynamicky nestabilní a sú vo veľkej miere ohrození kanylou sepsou (centrálne žilové katétre, pravidelná kanylácia) (Szonowská, 2015). U pacientov liečených PD sa predpokladajú výhody spojené s kvalitou života. Títo pacienti sú nezávislí od dialyzačného strediska a ich každodenné aktivity nie sú tak narušené ako u HD pacientov. Výhodou je tiež väčšia stabilita pacientov a menšie výkyvy liečby ako pri HD. V súčasnosti prebieha ďalšia štúdia FEPOD (Frail Older Patients with End Stage Kidney Disease), ktorá porovnáva kvalitu života, počet hospitalizácií, funkčný stav a konečnú fázu života HD a PD pacientov (Szonowská, 2015).

Vo svete bolo realizovaných viacero štúdií, ktoré preukázali isté rozdiely medzi dialyzovanými pacientmi na rôznych kontinentoch. Napríklad dialyzovaní pacienti v USA pociťujú menšiu duševnú záťaž ako v iných krajinách a pomerne dobrú fyzickú kondíciu a dostatok energie pre bežný život. Japonskí pacienti uviedli, že choroba na nich kladie

väčšiu záťaž, ale ich fyzická kondícia je pomerne dobrá. Pacienti zo Španielska uviedli závažné životné obmedzenie a negatívny dopad choroby na ich KŽ. Za najviac postihnuté oblasti uviedli prácu, rekreáciu, starostlivosť o domácnosť a spánok (Ležovič, 2011).

V mesiacoch júl – august 2009 prebehol prieskum 100 pacientov dialyzačných centier v Bratislave formou štandardizovaného dotazníka WHOQOL- BREF. Zo skúmanej vzorky pacientov v SR vidíme, že väčšina pacientov nehodnotí kvalitu svojho života negatívne ani pozitívne. Pacienti sú pomerne nespokojní so svojím zdravím, čo je síce logické, no napriek tomu považujú svoj život za zmysluplný. Nespokojní boli pacienti hlavne s dopravou na dialýzu a s pracovnými možnosťami. Skoro polovica našich pacientov uviedla občasné negatívne zmeny v psychike (Ležovič, 2011).

Ako už bolo vyššie uvedené, počet dialyzovaných pacientov narastá. Na Slovensku pripadalo v r. 1988 68-80 dialyzovaných pacientov na 1 milión obyvateľov, to znamená 300-400 pacientov. Dnes pripadá na milión obyvateľov 600 pacientov, čo je zhruba 3000 dialyzovaných. Kapacity pre dialyzačnú liečbu na Slovensku sa považujú za dostatočné (Demeš, 2008, In: Ležovič 2011). V susednej Českej republike bolo v r. 2008 dialyzovaných 541 pacientov na 1 mil. obyvateľov ČR, z toho 497 bolo hemodialyzovaných. Od r. 1999 je to nárast o 156 pacientov na milión obyvateľov (Rychlík, Lopot, 2008, In: Mahrová a kol., 2009).

Zo všetkých nepriaznivých účinkov, ktoré dialýza prináša, či už sú to fyzické, psychické, emočné alebo spoločenské obmedzenia, najdiskutovanejšími sú v súčasnosti pojmy depresia a bolesť. Depresia v priemere postihuje 20% hemodialyzovaných pacientov, pričom bolesť postihuje približne 50% pacientov prijímajúcich hemodialýzu a obidve tieto komplikácie vo veľkej miere narúšajú KŽ pacientov. Riešením pre tento problém môže byť antidepresívna a analgetická liečba, tá sa však v súčasnosti ukazuje ako menej efektívna. Potvrzuje to aj nedávna štúdia SMILE, pri ktorej sa nepodarilo zaviesť do liečby týchto symptómov zlepšujúcu terapiu (Mitema, Jaar, 2016).

2 CHRONICKÉ ZLYHÁVANIE OBLIČIEK

Popri civilizačných ochoreniach akými sú obezita, diabetes mellitus a kardiovaskulárne ochorenia, sa chronická obličková choroba stala ďalším závažným problémom dnešnej doby. Kedysi problém postihujúci úzku skupinu ľudí už v súčasnosti v rozvinutých krajinách postihuje v priemere každého 7. obyvateľa (Šašinka, Furková, 2014). S nárastom poznatkov z oblasti nefrológie sa postupne menila aj terminológia. Ako uviedla

prezidentka Slovenskej nefrologickej spoločnosti Prof. Spustová, dnes už je vhodnejšie používať termín **chronická renálna insuficiencia**. Zlepšenie techník a vedomostí v oblasti nefrológie pomohli pacientom s týmto ochorením prežiť, avšak mnohé štúdie ukazujú, že úmrtnosť ľudí s týmto ochorením je oveľa vyššia ako u ostatnej populácie. Ako už bolo vyššie uvedené, chronická renálna insuficiencia (ďalej CHRI) sa dostáva do popredia medzi iné civilizačné ochorenia, s ktorými je úzko spätá. Práve diabetes mellitus je jednou z hlavných príčin vzniku CHRI. Ďalším problémom sú kardiovaskulárne komplikácie, ktoré vo veľkej miere spôsobujú úmrtnosť pacientov s CHRI. S vývojom tohto ochorenia rástla aj potreba ho klasifikovať, definovať. K tomu prispela NKF (National Kidney Foundation), ktorá vypracovala definície CHRI a klasifikovala jednotlivé stupne či štádiá tohto ochorenia. Súhrnne ich môžeme označiť ako odporúčania (guidelines) KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes).

Renálnu insuficienciu (nedostatočnosť obličiek) môžeme označiť ako neschopnosť obličiek udržať homeostázu vnútorného prostredia. CHRI vzniká pri postupnom zániku tkaniva obličiek (Šašinka, Furková, 2014).

Viklický a kol.(2015) vo svojej publikácii udávajú, že o CHRI hovoríme vtedy, ak problémy v štruktúre či funkcii obličiek pretrvávajú viac než tri mesiace a ovplyvňujú zdravie. Tento časový úsek je dôležitý pre rozlíšenie od akútneho renálneho zlyhania. Poškodenie obličiek môže byť lokalizované buď v parenchýme, veľkých cievach alebo vývodných cestách. Toto ochorenie odhaľuje niekoľko hlavných markerov. Smerodatná je glomerulárna filtrácia obličiek. Ďalej nasledujú albuminúria, proteinúria, abnormality v močovom sedimente (valce, kryštály, mikroorganizmy), poruchy elektrolytov a poruchy zistené zobrazovacími technikami (zobrazenie štruktúry obličiek, močových ciest, ciev). Porucha funkcie obličiek so sebou prináša mnohé komplikácie, ktoré však postihujú každého pacienta individuálne. Sú to hlavne kardiovaskulárne komplikácie, anémia, porucha minerálov (tzv. kostná choroba), acidóza a v neposlednom rade riziko infekcií. Dôležité je spomenúť aj tzv. uremický syndróm. Autor zdôrazňuje, že je potrebné odlíšiť termín urémie a zlyhanie obličiek. Uremický syndróm totiž začína vplývať na pacienta dávno pred zlyhaním obličiek a jeho príznakmi trpia aj adekvátne dialyzovaní pacienti. Prejavuje sa v začiatku hlavne nechutenstvom a nevoľnosťou, až anorexiou. Ďalšími príznakmi sú encefalopatia, dušnosť, anémia, poruchy minerálov, periférne neuropatie, dekompenzovaná hypertenzia, cievne zmeny (aterosklerózy, kalcifikácie), krvácavé prejavy a pruritus.

Uremický syndróm znamená, že vnútorné prostredie organizmu sa stáva nefyziologickým kvôli hromadeniu katabolitov. Je to komplexný pojem, ktorý zahŕňa viacero dejov, hlavne retenciu rôznych látok, retenciu vody, poruchu hladín minerálov a poruchu acidobázickej rovnováhy. Látky, ktoré sú prítomné v krvi pri zlyhaní obličiek, rozdeľujeme na dve skupiny. Tie, u ktorých nebol doložený priamy toxický efekt nazývame retinované molekuly a naopak tie, u ktorých tento efekt doložený bol, sú uremické toxíny. Obidve tieto skupiny látok považujeme za markery urémie.

Za **hlavné príčiny CHRI** považujú Hudáková a kol. (2008) získané alebo vrodené nefropatie. V našich podmienkach sú to:

- diabetická nefropatia,
- polycystická choroba obličiek,
- nefroskleróza,
- tubulointerstiálna nefritída,
- chronická pyelonefritída a glomerulonefritída,
- systémové ochorenia s postihnutím obličiek.

Za najčastejšie **príznaky** ochorenia autori uvádzajú:

- vyčerpanosť,
- nechutenstvo,
- nevoľnosť alebo zvracanie,
- zmeny hmotnosti,
- zmeny v diuréze,
- edém nôh,
- sťažené cdýchanie,
- závraty,
- krvácanie z nosa a ďasien,
- krv v stolici.

Choroba má **4 hlavné štádiá:**

- štádium plnej kompenzácie zlyhania obličiek,
- štádium kompenzovanej retencie dusíkatých látok,
- štádium dekompenzovanej retencie,
- štádium terminálnej insuficiencie (urémia) (Hudáková a kol., 2008).

3 LIEČBA CHRONICKÉHO ZLYHÁVANIA OBLIČIEK

3.1 Hemodialýza

Hemodialýza je jednou z troch metód, ktoré sa používajú pri náhrade funkcie obličiek. Patrí do skupiny mimotelových eliminačných metód, kde okrem hemodialýzy zaradujeme aj jej modifikácie využívajúce iné fyzikálne princípy.

Mimotelové eliminačné metódy sú postupy, pri ktorých sa odstraňujú látky z organizmu (očisťovanie krvi), keďže ten ich nie je schopný vylúčiť iným spôsobom. Je potrebné spomenúť, že táto eliminácia látok je len čiastočná a nikdy sa nevyrovná fyziologickému vylučovaniu obličiek. Nevýhodou je, že medzi odstraňované látky patria aj látky pre telo potrebné (vitamíny, aminokyseliny). Okrem hemodialýzy (ďalej HD) poznáme aj odvodené metódy, a to hemofiltráciu (ďalej HF) a hemodiafiltráciu (ďalej HDF). Medzi týmito metódami sú určité rozdiely. Pri HD sa nepoužíva substitučný roztok, na rozdiel od ostatných dvoch metód. Pri HF sa zase nevyužíva dialyzačný roztok na rozdiel od HD a HDF. Pri HF a HDF sa využívajú výlučne high- flux membrány, pričom pri HD sa môžu využiť aj low- flux membrány. K ďalším eliminačným metódam patria aj hemoperfúzia, plazmaferéza, a imunoabsorbčné techniky. Tie však funkciu obličiek nenahrádzajú (Tesař, Viklický a kol., 2015).

Lachmanová (2008), bližšie vysvetlila pojmy týkajúce sa hemodialýzy:

- Dialýza je fyzikálny jav, ktorý sa deje pomocou semipermeabilnej membrány (ďalej SM) dvoma mechanizmami- difúziou a filtráciou. SM v dialyzátore oddeľuje krv od dialyzačného roztoku.
- Difúzia je transport látok cez SM a to z prostredia s vyššou koncentráciou látok do prostredia s nižšou koncentráciou.
- Filtrácia je prestup látok rozpustených v roztoku cez SM.
- HD je metóda čistenia krvi od katabolitov dusíkatého metabolizmu a prebytočnej vody, to sa deje pomocou umelej obličky, ktorú tvorí dialyzačný monitor a dialyzátor.
- Ultrafiltrácia je odstraňovanie vody z tela pacienta, ktorú určujeme z rozdielu váhy pred aktuálnou dialýzou a po minulej dialýze. K tomuto váhovému prírastku ešte pripočítame tekutiny, ktoré pravdepodobne pacient vypije alebo dostane v infúzii počas dialýzy.
- TMP (transmembranózny tlak) vzniká súčtom hydrostatického tlaku krvi na membránu s tlakom dialyzátu, závisí od prietoku krvi a jej hematokritu. TMP je dôležité pri riziku ruptúry dialyzačnej membrány. Udáva sa v mm Hg.

- Clearance dialyzátoru (K) sa udáva v ml/min a vyjadruje množstvo krvi, ktorá sa očistila od danej látky po prietoku dialyzátorom.
- Prietok krvi (QB) obvykle 200-300 ml/min, pričom zvýšený QB zvyšuje aj K, ale znižuje difúziu látok membránou.
- Prietok dialyzačného roztoku obvykle 500 ml/min.
- Low- flux a highflux dialyzátory sa líšia priepustnosťou (nízkopriepustné a vysokopriepustné), čo v značnej miere ovplyvňuje aj clearance.
- Vysoko účinná HD (high efficiency haemodialysis)- ovplyvňuje ju vysoký clearance urey, vysoký krvný prietok a kvalitný cievny prístup.
- Biokompatibilita membrán je vlastne znášanlivosť umelého a živého materiálu (krv a materiál pri HD). Po spustení dialýzy sa môžu objaviť rôzne alergické príznaky ako svrbenie, bolesti, začervenanie, atď.
- Kapilárny dialyzátor má vnútri tisíce kapilár, cez ktoré prúdi krv cestou jednotlivými kapilármi, a dialyzačný roztok prúdiaci v protismere medzi kapilármi.
- Dialyzačný monitor tvorí krvná pumpa (zaisťuje prietok krvi z cievneho prístupu do dialyzátoru), dialyzačný systém (pripravuje a ohrieva dialyzačný roztok z vody, bikarbonátu a kyslého koncentrátu), UF modul, program pre dezinfekciu prístroja, snímač arteriálneho a venózneho tlaku, recirkulačný monitor, OCM (on-line clearance monitor) a BPM (blood pressure monitor).
- V publikácii Tesařa, Viklického a kol. (2015) sa ďalej dozvedáme o špecifikách vody, ktorá sa používa na dialýzu. Je to špeciálne upravená voda zbavená všetkých chemických, mechanických a mikrobiologických prímiesí. Upravená voda sa mieša s kyslým a zásaditým koncentrátom. Pre jednu procedúru trvajúcu 4 hodiny je potrebných 120 litrov dialyzačného roztoku. Kľúčové pre dialýzu je zloženie a teplota roztoku. Jeho jednotlivé zložky musia byť v správnej koncentrácii, hlavne sodík (138-140 mmol/l), draslík (2-4 mmol/l), vápnik (1-1,75 mmol/l), bikarbonát (28-36 mmol/l), acetát, citrát (len v určitých typoch dialyzačných roztokov- 0,8 mmol/l), horčík (0,5 mmol/l), chloridy a glukóza (5,5 mmol/l).
- V rámci terminológie je potrebné spomenúť aj pojem adekvátnosť dialýzy. Vyjadruje vlastne to, aká účinná bola daná procedúra. Adekvátnosť dialýzy v praxi stanovujeme pomocou indexu Kt/V , pričom K vyjadruje clearance, t celkovú dĺžku dialýzy a V celkový objem vody. Tento index vlastne udáva, aké množstvo krvi bolo počas celej dialýzy očistené od močoviny.

Dôležitá súčasť dialýzy je aj antikoagulácia. Používa sa z dôvodu kontaktu krvi s krvnými setmi a membránou dialyzátora. Heparinizácia môže byť intermitentná (bolus heparínu na začiatku a ďalší bolus uprostred procedúry) alebo kontinuálna (bolus na začiatku a následne podaná dávka kontinuálne). Pri krvácajúcich stavoch sa uplatňuje bezheparínová dialýza. Pri tej sa však zvyšuje riziko zrážania krvi v setoch. V takých prípadoch je potrebné krvné sety preplachovať fyziologickým roztokom a podľa toho upraviť aj ultrafiltráciu. Zrážanie krvi v setoch má okrem toho aj niekoľko iných príčin. Najčastejšie je to nízky prietok krvi, vysoké hodnoty hemoglobínu, transfúzia krvi počas dialýzy a dehydratácia. Dnes už veľmi zriedkavým typom antikoagulácie je tzv. regionálna heparinizácia, ktorú Lachmanová (2008) vysvetľuje ako kvapkanie malých dávok heparínu (100 j) do arteriálneho setu a súčasne pridávanie protamin-sulfátu do venózneho setu k rušeniu jeho účinku. Nevýhodou však sú časté hypotenzie, bradykardie, pálenie na tvári a krvácanie.

3.1.1 Princíp hemodialyzačnej liečby

Pri hemodialýze sa odvádza krv z cievného prístupu pacienta a pomocou krvnej pumpy je dopravená do dialyzátora. Očistená krv sa vracia pacientovi, pričom v setoch, ktoré ju privádzajú, je zabudovaný vzduchový detektor pre odstránenie rizika embólie. Jedna dialyzačná procedúra trvá 3- 5 hodín, pričom počas jednej procedúry je odstránených 50 % urey a stabilizuje sa metabolická acidóza a hyperkalémia (Teplan, 2013).

V súčasnosti najčastejšie používanou metódou hemodialýzy je tzv. online HDF a HF, pri ktorej sa substitučný roztok vyrába priamo pri lôžku pacienta. Substitučný roztok pri dialýze je potrebný ako náhrada pre pacienta za odstránený filtrát. Na celý proces je potrebná očistená voda, pritekajúca priamo do dialyzačného prístroja. Tu sa mieša s kyslým koncentrátom a bikarbonátom sodným (zásaditá zložka). Časť vyrobeného roztoku priteká do krvnej linky ako substitúcia pre pacienta. Súčasťou online HDF sú aj filtre, zachytávajúce endotoxíny (Tesař, Viklický a kol., 2015).

3.1.2 Cieвне prístupy

AV-fistula

Arteriovenózna fistula vzniká chirurgickou anastomózou medzi tepnou a žilou. Jej vytvorením vzniká v žile väčší tlak a aj prietok krvi v cieve je zvýšený. Je to spôsobené tým, že časť tepnovej krvi sa vracia odvodnou žilou, čo má za následok arterializáciu žily.

Fistula dozrieva a jej stena a priemer sa zväčšuje. Je uložená v podkoží a pokrytá je kožou (Viklický a kol., 2013).

Vytvorenie AV fistuly patrí medzi bežné operačné zákroky cievnej chirurgie. Zabezpečenie dobrého cievneho prístupu je nutné pre funkčnosť hemodialyzačnej liečby. Jeho vytvorenie zahŕňa celkový proces od indikácie, operačného výkonu, pooperačnej starostlivosti a riešenia možných komplikácií. Princípom je spojenie vlastných ciev pacienta, avšak v niektorých prípadoch sa používajú aj protetické či allogénne materiály. Pre AV fistulu sa všeobecne vyberá nedominantná horná končatina (Janoušek, Baláž a kol., 2008).

U diabetikov a obéznych ľudí sa často na cievach vyskytujú tromboflebitídy, sklerózy a rôzne kalcifikácie. Vtedy sa pre cievny prístup volí kubitálna jamka. Pri problémových cievach volíme už vyššie spomenuté umelé materiály. Každé vytvorenie AV fistuly sa začína podrobným predoperačným vyšetrením (Janoušek, Baláž a kol., 2008).

Tu je veľmi dôležitá podrobná anamnéza pacienta, hlavne prítomnosť srdcovo-cievnych ochorení, porúch koagulácie, pridružených ochorení a diabetu. Po dôkladnej anamnéze je potrebné podrobne vyšetriť anatómiu cievneho systému horných a dolných končatín. Dôležité miesto v rámci predoperačného vyšetrenia majú aj zobrazovacie techniky, hlavne dopplerovská ultrasonografia, flebografia, prípadne rontgen predlaktia. Samotný operačný výkon sa už dnes väčšinou preferuje na ambulantnej úrovni. Skupina podstupujúca tento zákrok sa považuje za rizikovú. Títo pacienti majú často okrem zlyhania obličiek aj iné pridružené ochorenia. Pri náročnejších zákrokoch, ako je napríklad transpozíčná operácia, sa volí najčastejšie regionálna anestéza. Pri bežných výkonoch, kde sú použité vlastné cievy pacienta, obvykle stačí lokálne znecitlivenie. Nový cievny prístup je možné použiť približne za 6-8 týždňov od operácie, avšak táto doba je u každého pacienta veľmi individuálna. K najčastejším pooperačným komplikáciám patrí krvácanie, trombotické stavy, infekcie, pseudoaneuryzmy, steal- syndróm, žilová hypertenzia a neuropatie.

Najčastejšie miesta pre vytvorenie AVF:

- AVF na zápästí: fossa tabatiere, rádiobazilická s transpozíciou, distálna bazilikoulnárna,
- AVF na predlaktí: kubitálna jamka,
- AVF na paži: brachiobazilická s transpozíciou,
- AVF na dolnej končatine: femoro- femorálna "loop" spojka, femoro- popliteálna spojka, femoro- femorálna "cross over" spojka.

Pri starostlivosti o cievny prístup je dôležitá spolupráca nefrológa, cievneho chirurga, dialyzačnej sestry a rádiológa. Nevyhnutná je neustála edukácia pacienta. K najčastejším komplikáciám, ktoré môžeme spozorovať, patria príznaky zápalu, pseudoaneuryzmy, opuch končatín a kolaterálnych ciev či prejavy ischémie. Samotnú funkčnosť AV fistuly zisťujeme fyzikálne palpáciou víru a posluhom šelestu (Janoušek, Baláž a kol., 2008).

Dialyzačný katéter

Dialyzačný katéter využíva odber krvi z centrálnych žíl, kde je vysoký prietok krvi a nevyžaduje sa tu ďalší prítok arteriálnej krvi ako pri AV fistule. Najčastejšie sa zavádza do v. jugularis interna a zriedkavo sa používa aj v. jugularis externa alebo dolná dutá žila. V súčasnosti sa už neodporúča použitie subklaviálnych žíl pre vysoké riziko stenóz, trombóz a opuchov hornej končatiny (Viklický a kol., 2013). V. subclavia sa už dnes používa len ako núdzové riešenie, keď sú ostatné možnosti vyčerpané. V praxi sa využíva pre cievny prístup aj vena femoralis, hlavne v akútnych situáciách. Tento typ katétra sa však ponecháva čo najkratšie, jeho dlhodobšie používanie sa neodporúča. Môžeme teda povedať, že katétre sa rozdeľujú na dočasné a dlhodobé. Dočasné dialyzačné katétre sa pomerne jednoducho zavádzajú a ich zavedenie je vo väčšine prípadov časovo ohraničené. Využívajú sa hlavne pri akútnych stavoch pri bezodkladnej potrebe hemodialýzy. Dlhodobé katétre sa zavádzajú v prípadoch, kedy sa predpokladá ich používanie dlhšie ako 2-4 týždne. Pre implantáciu centrálnych dialyzačných katétrov sa používa tzv. Seldingerova technika, pri ktorej sa do žily zavádza najprv vodič, ktorý dilatuje otvor do cievy. Miesto, kde katéter vychádza na povrch kože, sa nazýva exit-site. Väčšina katétrov má na svojom povrchu manžetu, ktorá má fixačnú, antibakteriálnu a hemostatickú funkciu. Pre overenie správneho zavedenia katétra sa využíva ultrasonografia a skiaskopia (Viklický a kol., 2013).

Medzi najčastejšie komplikácie katétrov patrí krvácanie, trombóza a infekcie. Pri používaní katétra je dôležitá sterilita, dôkladné ošetrovanie a sledovanie príznakov zápalu. Pri prvých známkach zápalu (zvýšené CRP, pozitívne hemokultúry) je potrebné pacienta preliečiť antibiotikami. Ak sa aj potom vyskytnú vysoké laboratórne parametre a horúčka, je potrebné katéter odstrániť. Najčastejšie mikróby, ktoré vyvolávajú katérové infekcie, sú *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* a MRSA (methicilin rezistentný *S. aureus*) (Lachmanová, 2008).

3.1.3 Starostlivosť o cievne prístupy

Bezprostredne po zhotovení fistuly je potrebné začať tzv. antiagregačnú liečbu, kt. predchádza vzniku krvných zrazenín (Anopyrin, Ticlid). Kým sa rana nezahojí, je potrebné chrániť fistulovú končatinu pred rizikom vniknutia infekcie z rôznych nečistôt. Po operačnom zákroku môže byť na končatine prítomný opuch, vtedy sa ruka umiestňuje do zvýšenej polohy. Pred infekciami a trombózou je potrebné chrániť fistulovú končatinu niektorými základnými opatreniami- nenosiť v nej ťažké bremená, nemerať krvný tlak, nenosiť hodinky a tesné rukávy, správne užívať predpísané lieky, pred každou HD umyť končatinu mydlom a vodou, pravidelne kontrolovať vír a šelest vo fistule, dbať na správnu hydratáciu, počas spánku nepodkladať ruku pod hlavu. Samotné vyzretie fistuly sa podporuje cvičením (cievna gymnastika). Prakticky to znamená, že pacient opakovane otvára a zatvára fistulovú končatinu, resp. používa na to loptičku. Zo strany personálu je potrebný správny postup dezinfekcie ako aj správna kanylácia. Dôležité je pravidelne podľa možnosti meniť miesta vpichu. Predchádzame tak vzniku výdutí na cievach vplyvom opakovanej kanylácie do toho istého miesta (aneurizmy).

Ihly by mali byť od seba vzdialené aspoň 5 cm, aby bola dialýza účinná (Príručka dialyzovaného pacienta, 2008).

3.2 Peritoneálna dialýza

Peritoneálna dialýza (ďalej PD) je v súčasnosti metódou prvej voľby. Pacientovi poskytuje viac voľnosti, nie je totiž viazaný na dialyzačné stredisko, ale liečbu si vykonáva sám v pohodlí domova. Okrem peritonitídy, ktorá je hlavnou komplikáciou tejto liečby, sa v súčasnosti sústreďuje pozornosť aj na poškodenie peritonea, kardiovaskulárne komplikácie a poruchy výživy a hydratácie pacienta. Princípom je výmena látok medzi krvou a peritoneálnym dialyzačným roztokom. Ten je do peritoneálnej dutiny dopravený pomocou peritoneálneho katétra zavedeného do brušnej dutiny. Peritoneum má tri vrstvy- na povrchu je výstelka tvorená mezotelovými bunkami, potom nasleduje interstícium (vmedzerené tkanivo) a poslednou vrstvou je endotel. PD vlastne funguje na dvoch princípoch- difúzia (podobne ako pri hemodialýze) a konvekcia. Konvekciou sa odstraňuje z tela voda (ultrafiltrácia). Tu sa uplatňuje pôsobenie osmotických síl, na rozdiel od hemodialýzy, kde sa skôr využíva rozdiel hydrostatických tlakov v membráne (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007).

Ako už bolo vyššie uvedené, prístupom do peritoneálnej dutiny je **peritoneálny katéter**, najčastejšie vyrobený zo syntetického kaučuku. Najčastejšie používané katétre pre chronickú peritoneálnu dialýzu sú:

- Tenckhoffov katéter,
- Swan- neck katéter,
- Toronto- Western Hospital katéter,
- Presternálny katéter,
- Cruzov katéter (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007).

Katétre sa implantujú buď **chirurgicky, laparoskopicky, alebo tzv. naslepo (punkčne)**.

Okrem katétra potrebujeme na PD aj dialyzačný set. Ten obsahuje vak s peritoneálnym roztokom a drenážny vak pre vypustený dialyzát, pričom vaky obsahujú port pre aplikáciu liekov či odber dialyzátu. Katéter je s dialyzačným setom spojený koncovkou, tzv. transfer setom. Na koncovke katétra sa nachádza klapka (mechanický uzáver), ktorá uzatvára vstup do katétra. Koncovka je chránená tzv. čiapočkou- uzáverom, ktorý chráni pacienta pred rizikom infekcií. Koncovku s peritoneálnym katétrom spája titanová spojka, ktorá na katétri ostáva trvale. Ďalšie pomôcky potrebné pre vykonanie PD sú: rukavice, rúška, dezinfekčný prostriedok, ochranné čiapočky, stojan na zavesenie vakov, váha na meranie množstva dialyzátu, pomôcky k ošetrovaniu exit site (výstupu katétra), atď.

PD sa vykonáva dvoma spôsobmi:

- manuálne,
- alebo pomocou prístroja (cycler).

Manuálny spôsob je najčastejší. Pacient si vykonáva ručné výmeny, pričom sa uplatňuje princíp gravitácie- roztok je napúšťaný aj vypúšťaný samospádom. Cycler pracuje na princípe čerpadla, ale aj na princípe gravitácie. Roztok pre PD má podobné zloženie ako HD roztok. Obsahuje sodík, horčík, vápnik a chloridy, no neobsahuje draslík. Do roztoku sa tiež pridávajú látky, ktoré zaisťujú odstraňovanie vody z organizmu (glukóza). Dodáva sa vo vakoch s objemom 2 l, pre prístrojovú PD s objemom 5 l, 2,5 l a 3 l. Existuje 5 základných liečebných režimov, ktoré sa pri chronickej peritoneálnej liečbe využívajú: kontinuálna ambulantná PD (CAPD), kontinuálna cyklická PD (CCPD), nočná intermitentná PD (NIPD), „prílivová“ PD (TPD- tidal) a intermitentná PD (IPD) (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007).

Pri chronickom zlyhávaní obličiek sa v súčasnosti považuje PD za metódu prvej voľby. V porovnaní s HD má totiž viacero výhod, okrem iného je to menšie riziko prenosu hepatitídy B a C, lepšie liečiteľná anémia, nevytváranie cievneho prístupu, lepšia kvalita

života (nie je viazanosť na dialyzačné stredisko), dlhšie prežívanie, menšie riziko ischémie srdca, častejšia funkčnosť štetu po transplantácii a nižší počet hospitalizácií. Na druhej strane nevýhodou je, že táto liečba nie je metódou dlhodobou. Vyžaduje si veľkú spoluprácu pacienta, ten však často po určitej dobe stráca záujem o liečbu a nie je v nej dôsledný. Objavuje sa u neho vyhorenie, nezáujem o liečbu. Ďalšími rizikami tejto liečby sú trvalé prevodnenie, poškodenie peritonea, MIA syndróm (malnutrícia, ateroskleróza, zápal), riziko infekcie peritonea, záťaž organizmu glukózou a vyššia malnutrícia ako u HD pacientov. Okrem peritonitídy, ktorá je hlavnou infekčnou komplikáciou PD, poznáme aj ďalšie, avšak neinfekčné komplikácie. K najčastejším patrí presakovanie dialyzačného roztoku (leak), zalomenie/dislokácia katétra, uvoľnenie manžety, dekubit vnútri brušnej dutiny, hydrothorax, hernie, bolesti chrbta, hyperglykémia, poruchy minerálov, bolesti brucha, technické komplikácie a iné. PD má prednosť pred HD hlavne u pacientov s komplikáciami vo vytvorení cievneho prístupu, ďalej sú to krvácavé stavy, hypotenzia/hypertenzia a poruchy rytmu. U detí je PD takisto metódou prvej voľby. Absolútnymi kontraindikáciami k PD sú neschopnosť zaviesť katéter do brušnej dutiny (anatomické abnormality peritonea), neoperovateľné hernie, fibróza/adhézia peritonea, nevhodný sociálny/psychický stav pacienta v súvislosti s vykonávaním liečby (psychózy, demencie, slepota, atď.). K ďalším kontraindikáciám, ktoré by relatívne mohli vylúčiť PD liečbu, patrí napr. obezita, stav po operácii brušnej dutiny (hysterektómia, žlčník- riziko zrástov), črevné ochorenia, stómie, imunosupresívna a kortikoidná liečba, infekcie kože a brušnej dutiny. K hlavným vyšetreniam u pacientov s PD patrí scintigrafia, peritoneografia, sonografia dolnej dutej žily, sonografia podkožného priebehu peritoneálneho katétra a meranie intraperitoneálneho tlaku (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007).

3.3 Transplantácia obličky

Transplantácia obličky (ďalej Tx) je ďalšou z metód nezvratného zlyhania obličiek. Orgán môže byť darovaný buď od živého alebo kadaverózneho (nežijúceho) darcu. U živého darcovstva rozlišujeme príbuzenskú (od pokrvných príbuzných) a tzv. emotívnu Tx. V rámci načasovania Tx sa v súčasnosti uprednostňuje tzv. včasná Tx. To znamená, že oblička sa transplantuje pacientovi, ktorý nie je dialyzovaný viac ako dva roky. Po dvoch rokoch dialýzy sa totiž výsledky u pacienta začínajú zhoršovať. Ideálna je tzv. Preemptívna Tx, čiže transplantácia u pacienta, ktorý ešte nebol dialyzovaný. Pacient vhodný na Tx sa

zaraduje do čakacej listiny (waiting list). Tomu však predchádzajú mnohé predtransplantačné vyšetrenia, ktoré majú vylúčiť riziká a komplikácie spojené s Tx. Dôraz sa kladie hlavne na kardiovaskulárny systém. Tu pacient musí absolvovať echokardiografiu, koronarografiu a vyšetrenie panvových tepien. Jednoznačnou kontraindikáciou k zaradeniu do waiting listu (ďalej WL) je prítomná malignita u pacienta. Tu je však dôležitý aj typ nádoru. Pokiaľ je pacient pravidelne sledovaný onkológom a malignita sa už nepotvrdí, môže byť zaradený do WL. Okrem malignít vylučuje zaradenie do WL aj chronické infekčné ochorenie u pacienta. Aj tu sú však isté výnimky, napr. u pacientov s chronickou hepatitídou alebo TBC. V rámci infekcií sa pátra po infekčných fokusoch (cholecystolitiáza, zubné fokusy, infikované cysty v obličkách, ORL vyšetrenie, atď.) (Teplan, 2013).

Ďalšou oblasťou v rámci vyšetrení pred Tx sú možné urologické komplikácie, kde sa dáva dôraz hlavne na močové cesty, močový mechúr a prostatu. Výhodné pre pacienta je, ak tieto vyšetrenia absolvuje ešte pred zaradením do dialyzačného programu. Každý pacient, ktorý má byť zaradený do WL, by sa mal posudzovať individuálne. Je potrebné posudzovať nie len fyzický, ale hlavne biologický vek. Hlavnou komplikáciou Tx je nepriaznivá imunitná reakcia príjemcu na darovanú obličku. Aby sa tomu predišlo, darca a príjemca musia vyhovovať týmto podmienkam:

- kompatibilita systému ABO
- negatívna krížová skúška (cross-match test)
- posúdenie HLA typizácie (antigény hlavného histokompatibilného systému)
- titer cytotoxických protilátok (Teplan, 2013).

Po vykonaní týchto vyšetrení sa stanovuje tzv. index kompatibility- čím je nižší, tým je lepšia zhoda darcu a príjemcu. Vo všeobecnosti je vhodných darcov nedostatok, preto sa aj medicínske kontraindikácie značne liberalizujú. Absolútne sa vylučujú darcovia s AIDS, aktívnou formou TBC a hepatitídy, nezvratný septický stav, prítomné malignity a tiež darcovia s poškodenou, nefunkčnou obličkou. Čo sa týka kadaverózných darcov, orgán môže byť odobratý u darcu so stanovenou diagnózou mozgovej smrti pri zachovalom krvnom obehú a teda aj perfúzií obličiek. Po transplantácii sa znižuje riziko akútnej rejekcie štepu liečbou imunosupresívami (prednison, cyklosporín A, mykofenolátmofetil, atď.). V mnohých prípadoch sa využíva aj plazmaferéza či výmena plazmy. Najčastejšie rizikové faktory pre vznik akútnej rejekcie sú opakované Tx, pacient dialyzovaný dlhšie ako 5 rokov, vaskulárne či humorálne rejekcie v predošlom štepe a cytotoxické protilátky väčšie ako 20 % (Teplan, 2013).

Viklický (a kol., 2013) špecifikuje oblasti, ktoré je potrebné posúdiť u potenciálneho darcu. Sú to hlavne renálne funkcie, hypertenzia, obezita, porucha glukózovej tolerancie, hematúria, proteinúria a vyšší vek darcu. Pri darovaní orgánu má tiež svoje miesto etický aspekt. Dôležité je vylúčiť Tx pod nátlakom alebo za úplatok. Každú transplantáciu preto posudzuje nezávislá etická komisia. Vždy je potrebné rozhodnutie viacerých odborníkov, pričom do úvahy sa berie anamnéza darcu a príjemcu ako aj všetky klinické, biochemické a imunologické nálezy a tiež motivácia a benefity pre obe strany.

4 ŽIVOTOSPRÁVA DIALYZOVANÉHO PACIENTA

4.1 Manažment hydratácie

Pri pravidelnej dialyzačnej liečbe sa odporúča prijať len 0,5 litra tekutín k množstvu moču, ktoré pacient vymočí za 24 hodín. To znamená, že ak pacient za deň vymočí napr. 250 ml, jeho maximálny denný príjem tekutín by mal byť len 750 ml (Hrubý, Mengerová, 2009, s. 22). Náročné je však sledovať príjem tekutín obsiahnutých v potravinách. Väčšina z nich obsahuje či už menšie alebo väčšie množstvo vody. Dialyzovaný pacient si musí sledovať príjem a výdaj vody, pretože každá nadbytočná voda v tele zaťažuje srdce a cievy. Cievy systém sa naplní nadbytočnou vodou a to spôsobuje, že srdce musí prečerpávať väčšie množstvo tekutín a srdcový sval sa tým unavuje. To vedie k vzniku opuchov a výpotkov. Pri manažmente tekutín je potrebné spomenúť aj sodík. Jeho neprimerane vysoké hodnoty v tele spôsobujú vysoký krvný tlak a niekedy aj opuch pľúc. Preto sa odporúča denná dávka nátria 60 až 100 mmol, čo zodpovedá asi 3,5 g kuchynskej soli. Potraviny bohaté na sodík sú hlavne tvrdé a plesňové syry, údeniny, šunka, slanina, pečivo, chlieb a kakaový prášok (Hrubý, Mengerová, 2009).

4.2 Diétne opatrenia

Správna výživa je u dialyzovaných pacientov veľmi dôležitá. Jej hlavným cieľom je zabrániť podvýžive, spomaliť vývoj komplikácií spojených s ochorením a obmedziť uremickú toxicitu (otrava krvi splodinami látkového metabolizmu). Medzi najčastejšie príčiny, ktoré pri zlyhaní obličiek vedú k malnutriácii, sú **dysfágia, zvracanie, nauzea, nechutenstvo, stres, hnačky a zmena v stravovaní** (Hrubý, Mengerová, 2009). Stav výživy posudzujeme u pacienta hlavne určením telesnej hmotnosti. Tá sa určuje indexom telesnej hmotnosti (BMI- body mass index). Keďže obličky u dialyzovaných pacientov nie

sú schopné vylučovať vodu a odpadové látky, je potrebné v stravovaní obmedziť prísun tekutín a potravín, ktoré by sa v organizme mohli na tieto odpadové látky premeniť. U dialyzovaných pacientov sa v strave zameriavame hlavne na **bielkoviny, sodík, draslík, vápnik, fosfor, vitamíny, tekutiny a železo**. Napríklad primeraný prísun bielkovín je dôležitý pre rast a vývoj svalov. Naopak ich nadbytok v tele spôsobuje zvýšenú produkciu močoviny. Bielkoviny prijímame hlavne vo forme mliečnych výrobkov, kuracieho mäsa, rýb a morských plodov. Nadbytok fosforu v tele oslabuje kosti a spôsobuje ich zvýšenú lámavosť. Preto by si dialyzovaní pacienti mali dať pozor na príjem strukovín, orechov, pečienky a iných vnútorností, lososa, mlieka, syru a perlivých nápojov. Podobne ako fosfor poškodzuje kosti aj vápnik, ale svojím nedostatkom. Jeho nadbytok v tele ničí cievy. Nebezpečným pre dialyzovaných pacientov sa môže stať draslík. Ten ohrozuje srdcovú činnosť, a to aj pri nadbytku aj nedostatku v tele. Potraviny s jeho vysokým obsahom sú banány, orechy, pomaranče, paradajky, kiwi, listová zelenina, brokolica a zemiaky. Z vitamínov najčastejšie chýba vitamín C a pyridoxín. Naopak, vitamíny rozpustné v tukoch (A, E, K) sa pri CHRI nemajú užívať, ich koncentrácia v krvi je pri tomto ochorení zvýšená. Nedostatok železa vyvoláva u dialyzovaných pacientov chudokrvnosť (renálnu anémiu). Lieči sa pomocou erytropoetínu a dopĺňa sa tiež v injekčnej forme. Dôležitým prvkom v strave je aj energia, obsiahnutá najmä v tukoch a sacharidoch. Tuky sa preferujú rastlinné, z olejov je to hlavne repkový, slnečnicový alebo olivový olej. Veľkým zdrojom energie je aj chlieb a pečivo, pričom najviac fosforu obsahuje žitný chlieb (Hrubý, Mengerová, 2008).

U pacientov s metódou peritoneálnej dialýzy sú isté odlišnosti, ako v diéte, tak aj v manažmente tekutín. Napríklad straty bielkovín do dialyzačného roztoku sú tu väčšie ako u pacientov na HD. Naopak, príjem draslíka nie je potrebné cielene znižovať, pretože ten sa odstraňuje neustále. Častejšie sa u PD pacientov stretávame s jeho nižšou hladinou. Čo sa týka fosforu, jeho hladina narastá spolu so zvýšenou hladinou bielkovín, takže ho treba v strave obmedzovať. Vitamíny chýbajú, podobne ako aj u HD pacientov. V manažmente tekutín je potrebné pacientov posudzovať individuálne. Týka sa to hlavne ultrafiltračnej schopnosti pobrušnice, ktorá je u každého pacienta odlišná. Vo všeobecnosti má byť príjem a výdaj tekutín v rovnováhe. Diétne opatrenia sú nevyhnutnou súčasťou edukácie u všetkých dialyzovaných pacientov, pretože v konečnom dôsledku ovplyvňujú aj ich kvalitu života (Šantová a kol., 2013).

4.3 Sociálne zmeny súvisiace s dialýzou

Život dialyzovaného pacienta sa spája s mnohými obmedzeniami. Pacienti v hemodialyzačnom programe si musia zvyknúť na časovú náročnosť liečby, závislosť od dialyzačného centra, ale aj na nepriaznivé výkyvy svojho ochorenia. Často žijú s neustálym pocitom strachu o vlastný život a sú obmedzovaní prísnyim dodržiavaním diéty a harmonogramu liečby. Môžeme usúdiť, že táto špecifická skupina pacientov trpí vysokou mierou stresu. Je to spôsobené či už fyziologickými faktormi (nevoľnosť, únava, kŕče, zvracanie, svrbenie, bolesti, atď.) a vo väčšej miere psychosociálnymi (časté hospitalizácie, narušený spánok, neistá budúcnosť, pokles sexuálnej aktivity, zmena zovňajšku, obmedzenie v zamestnaní, finančné problémy, obmedzený spoločenský život, doprava do dialyzačného strediska, strach zo samoty, atď.) (Sepešiová, 2014).

V rámci psychiky hemodialyzovaného pacienta sa popisujú tri obdobia, ktorými pacient prechádza. V prvom, časovo krátkom období, nastáva pocit úľavy, a to hlavne u pacientov, ktorí sa pred HD cítili veľmi zle. Druhé obdobie väčšinou prináša sklamanie a beznádej. Pacient si totiž uvedomuje svoju dlhodobú spútanosť s prístrojom. Posledné obdobie je obdobím dlhodobej adaptácie. Tá je však rôzna, sú pacienti aktívnejší, ako aj takí, ktorí sa nevedia adaptovať na zmeny súvisiace s dialýzou. Táto liečba postihuje každú vekovú kategóriu rozličným spôsobom. U starších, osamelých ľudí predstavuje dialýza pravidelný kontakt s ľuďmi. Iné je to u mladých ľudí, ktorých naopak táto časovo náročná liečba obmedzuje v seberealizácii. Pacienti v strednom veku najčastejšie prežívajú obavy z rozpadu rodiny vplyvom hrozby finančných a vzťahových problémov (Džumelová, Ďurčová, 2009). V rámci voľnočasových aktivít sa dialyzovaným pacientom odporúča turistika, prechádzky v prírode, zbieranie húb, ručné práce, atď. Naopak, vylúčiť sa má práca v prašnom, infekčnom, či chladnom prostredí, fyzicky náročná práca a práce vonku. Dôležitý je dostatočný pohyb rekreačného typu, závodné a výkonnostné športy nie sú dovolené. Dovolenky sú u HD pacientov možné, pacient je však povinný o tom dopredu oboznámiť svojho lekára, ktorý mu dohodne tzv. prázdninovú dialýzu. Čo sa týka zamestnania a štúdia, výhodné je podľa potreby žiadať o individuálny študijný plán alebo skrátenie pracovného času. Mnoho HD pacientov je prinútených k invalidnému dôchodku (Džumelová, Ďurčová, 2009).

Pacienti liečení PD prežívajú iný typ stresu ako HD pacienti. Sú viac zodpovední za svoje zdravie a aktívne sa podieľajú na vykonávaní liečby. Nemajú až taký sociálny kontakt s inými pacientmi a zdravotníckym personálom. Pokiaľ je liečba bez komplikácií,

absolvujú iba kontroly v nefrologických ambulanciách. To však pre nich môže byť nevýhodou, keďže im chýba vzájomná výmena skúseností s inými pacientmi a hrozí im sociálna izolácia. Výhodou tejto liečby je voľnejší pitný a diétny režim. Keďže liečba prebieha v domácom prostredí, nedochádza natoľko ku konfrontácii s bolesťou a smrťou ako pri HD liečbe (Vojanská, Antoníková, 2005).

V rámci adaptácie pacienta na dialyzačnú liečbu zohráva dôležitú úlohu jeho rodina. Tak ako aj samotný pacient, aj jeho príbuzní sa svojím spôsobom vyrovnávajú s ochorením. Ak hovoríme o hemodialýze, je potrebné spomenúť časovú náročnosť liečby. Pacient trávi podstatne menej času doma a jeho úloha v rodine musí byť či už nahradená, alebo ostáva nezastúpená. Stresujúcim faktorom pre rodinu pacienta sú aj časté výkyvy v jeho zdravotnom stave a neustála obava o možné zhoršenie zdravotného stavu alebo dokonca smrť (Čipková, 2006).

V rámci kvality života dialyzovaného pacienta je dôležité spomenúť aj čas strávený transportom na dialýzu. Tejto téme sa síce v súčasnosti venuje pomerne málo pozornosti, no netreba ju opomenúť. Čas strávený transportom na dialýzu má významný dopad nie len na KŽ pacienta, ale aj na jeho morbiditu a mortalitu. Vychádzame z toho, že dlhá doba transportu (60 minút a viac) negatívne postihuje pacienta a v mnohých prípadoch ho to vedie k vynechaniu procedúr a tým aj k zhoršeniu výsledkov a zdravotného stavu. Optimálna doba transportu na dialýzu by mala byť 15 minút a menej. HD pacient s bežným režimom liečby absolvuje tri procedúry po 4 hodiny, t.j. 12 hodín týždenne. Keď k tomu pripočítame dobu transportu, kt. v mnohých prípadoch predstavuje 30 minút a viac (cesta na HD/ z HD), je to pre pacienta mimoriadne zaťažujúce. Zátťažou sú tiež rôzne situácie, ktoré vznikajú počas transportu a s ktorými sa musí pacient vyrovnávať, napr. čakanie na cudzí dopravný prostriedok, zlý zdravotný stav pred/po HD, stres z oneskoreného príchodu na dialýzu, atď. (Merta, 2008).

Dialyzovaný pacient sa na základe svojho zdravotného stavu stáva klientom sociálnej práce. Kvôli svojmu ochoreniu je často vyradený z pracovného procesu a tým stráca nie len ekonomické prostriedky, ale aj sociálne kontakty. Podľa zákona č. 447/2008 má právo na peňažný príspevok na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia. Môžeme povedať, že dialyzovaný pacient je človekom v sociálnej núdzi, kedy si nemôže uplatniť svoje práva, záujmy a plnohodnotne fungovať v spoločnosti (Čepiga, 2013).

Keďže kvalita života hemodialyzovaných pacientov je vo všeobecnosti nižšia, pacient má právo na odmietnutie alebo ukončenie liečby. Táto problematika sa niekedy zamieňa s problematikou eutanázie. Je potrebné rozlíšiť tieto dva pojmy, keďže stopping

(zastavenie, ukončenie liečby) je prirodzená cesta umierania, pri ktorej pacientovi nie je podaná žiadna toxická látka. Pacient bez HD liečby umiera väčšinou po 7-14 dňoch od poslednej HD. Často je odmietnutie liečby výsledkom skreslených informácií pacienta, preto je dôležitá jeho informovanosť hlavne zo strany ošetrojúceho lekára (Lachmannová, 2008).

Dôležitou telesnou zmenou pre hemodialyzovaného pacienta je vytvorenie arteriovenózne spojky. Podobne je to aj u PD pacientov s brušným katétrom. Pre týchto pacientov sú to stigmy, viditeľné znaky, ktoré ich odlišujú od ostatných ľudí a robia ich inými. Dialyzovaní pacienti sa snažia tieto stigmy maskovať rôznymi spôsobmi- v spoločnosti sa o ochorenie nezmieňujú, nosia dlhé rukávy, vyhýbajú sa miestam kde by mohli odhaliť svoje telo (plaváreň). Komplikácií, ktoré sa spájajú s ochorením, je mnoho- vysoký tlak, dušnosť, bolesti, svrbenie, únava, nedostatok energie, vyčerpanosť, obmedzenia v diéte a príjme tekutín, atď. V spoločnosti a v bežnom živote tieto komplikácie vystavujú pacientov mnohým nepríjemným situáciám (napr. obmedziť tekutiny v horúcom lete, obmedziť alkohol počas spoločenských udalostí, atď.) (Zamykalová a kol., 2004).

5 KVALITA ŽIVOTA

5.1 Metodika hodnotenia kvality života

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje kvalitu života (ďalej KŽ) ako “stav celkovej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, a nie len neprítomnosť choroby”. Pojem KŽ je pojmom viacrozmerným a subjektívnym a zahŕňa viacero faktorov. Môžeme sem zaradiť fyzický a psychický stav človeka, jeho sociálne a prírodné zázemie, osobnú pohodu a spokojnosť a otázky zmyslu a užitočnosti života. V minulosti sa KŽ zisťovala pomocou tzv. indexov KŽ, ktoré sa využívali najmä v onkológii, transplantológii a neonatológii. Neskôr, v 80. rokoch sa dostali do popredia sebaopisovacie škály a dotazníky a meranie KŽ sa rozšírilo do všetkých odvetví medicíny (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

V rámci KŽ sa v posledných rokoch kladie dôraz hlavne na prežívanie choroby pacientom. Už nejde len o prítomnosť a závažnosť symptómov ochorenia, ale o zvládanie bežných rolí v živote človeka. Pacient by mal sám subjektívne posúdiť, aký stav je pre neho ideálny a podľa toho zhodnotiť, či s prítomnosťou daného ochorenia (CHRI) tento ideálny stav zažíva. Pojem KŽ sa dnes spája aj s úrovňou zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Skúmanie KŽ u pacientov prispieva k zlepšovaniu a vyhodnocovaniu liečebných postupov (Ležovič, 2011).

V súčasnosti je KŽ veľmi skloňovaným pojmom, a to nie len v medicíne, ale aj v mnohých iných odvetviach spoločnosti. Kedže pribúda počet chronických, dlhotrvajúcich ochorení, cieľom medicíny už nie je len samotné zdravie či predĺženie života, ale zlepšenie KŽ. Vidíme to hlavne v rôznych invazívnych typoch liečby, ako je chemoterapia, transplantácia alebo dialýza. Predmetom diskusie ostáva, nakoľko nepriaznivé účinky liečby dovoľujú pacientovi vykonávať bežné životné role. Najobvyklejšou metódou merania KŽ sú dotazníky alebo štruktúrované rozhovory. Dotazníky rozdeľujeme na všeobecné (generické) a špeciálne. Všeobecné dotazníky sa využívajú pre akýkoľvek súbor pacientov alebo zdravej populácie a špeciálne sa orientujú na súbor pacientov s istým problémom. Z dotazníkov, ktorých je približne 100, sú najznámejšie SEIQOL a WHOQOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Často skloňovaným pojmom je v súčasnosti HRQOL (Health- Related Quality of Life). Tento pojem bol sformovaný Svetovou Zdravotníckou Organizáciou (WHO) v roku 1946, kedy bolo zdravie definované ako stav fyzického, psychického a sociálneho blaha, a nie len ako neprítomnosť choroby. Pojem HRQOL sa zameriava na zdravie, životné uspokojenie a blaho. Tiež zahŕňa pacientov stupeň spokojnosti s liečbou, zdravotným stavom a výhliadkami do budúcnosti. Je dôležitým indikátorom zdravia a blaha pacienta (Mitema, Jaar, 2016).

Najčastejšie používaná verzia dotazníka WHOQOL je krátka verzia, označovaná ako WHOQOL-Bref. Obsahuje 26 otázok, ktoré sú združené do štyroch domén- fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. Dotazník je možné vyplniť samostatne respondentom, alebo formou rozhovoru. Existuje v takmer 50 jazykových verziách. Súčasťou dotazníka sú základné demografické údaje (Ležovič a kol., 2013).

5.2 Hodnotiace škály kvality života

Výsledky dotazníka sa vyjadrujú v podobe štyroch doménových skóre a priemerných hrubých skóre dvoch samostatných položiek- Q1 (kvalita života) a Q2 (zdravotný stav). Skóre domén sa vyjadruje od min. 4 do max 20. Čím je hodnota vyššia, tým je lepšia KŽ. Na testovanie korelácie položiek Q1 a Q2 a domén a taktiež na testovanie socio-demografických údajov sa najčastejšie využíva Spearmanov korelačný koeficient (Ležovič a kol., 2013).

K meraniu KŽ podľa dotazníka WHOQL-BREF sa vždy počíta priemerné hrubé skóre jednotlivých domén- fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. Každá doména sa počíta z niekoľkých položiek (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

6 OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O DIALYZOVANÉHO PACIENTA

6.1 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o dialyzovaného pacienta

Jednou zo základných schopností, ktorými by mala disponovať sestra v prístupe voči dialyzovaným pacientom je psychoterapeutický prístup. Dialyzovaný pacient je chronicky chorý človek, ktorý je odkázaný na istý typ zaťažujúcej liečby, čo má veľký dopad na jeho kvalitu života. Dôležité je sledovať psychické prejavy pacienta a jeho spôsob vyrovnávania sa s ochorením. Sestra by mala podporovať adaptáciu pacienta na zmeny v životnom štýle, ktoré dialýza ako liečebná metóda prináša. Okrem podpory pacienta je dôležitá aj motivácia, výchova a vzdelávanie a komunikácia s pacientom. Je tiež potrebné zabezpečiť neustály prísun informácií o liečbe. Sestra by v žiadnom prípade nemala pristupovať k pacientovi na základe svojich osobných sympatií alebo antipatií. Dôležité je neustále vzdelávanie sestier v oblasti psychosociálnych potrieb pacientov. Starostlivosť o psychiku chronicky chorých zdôrazňuje filozofiu humanizmu, ktorá je základom pre ošetrovateľstvo a uplatňuje holistický prístup k pacientovi (Popovičová, Wiczmandyová, 2015).

Okrem psychiky sa sestra stará aj o biologické potreby pacienta- starostlivosť o polohu, čistú posteľnú bielizeň, príjem potravy a tekutín, spánok, komfort, hygienu a vyprázdňovanie. V rámci kultúrnych potrieb sestra zabezpečuje pacientovi tlač a literatúru, sledovanie televízie a kultúrneho a spoločenského diania. Na dialyzačnom stredisku by malo byť pacientovi umožnené prijímať návštevy príbuzných a taktiež je dôležitá neustála spolupráca sestry s rodinnými príslušníkmi pacienta. Medzi dialyzovaným pacientom a sestrou často vzniká úzky dôverný vzťah, preto je potrebné neustále s pacientom komunikovať, vykonávať sesterské vizity a vyhľadávať aktuálne problémy pacienta. Sestra by tiež mala mať k pacientovi empatický prístup a rešpektovať jeho duchovné potreby a náboženské presvedčenie (Hudáková a kol., 2008).

V rámci priebehu hemodialýzy sa sestra stará o množstvo administratívy. Jedným z najdôležitejších dokumentov je dialyzačný protokol, ktorý zaznamenáva rôznorodé údaje o priebehu konkrétnej dialýzy. Tento dokument je smerodajný pri každej lekárskej vizite.

Pred samotnou procedúrou má sestra na starosti kompletnú prípravu hemodialyzačného prístroja. Pred napojením zmeria pacientovi tlak a teplotu (hlavne u pacientov s dialyzačným katétrom). Pred každou dialýzou musí byť pacient odvážený. Počas HD sa sestra stará o potreby pacienta- strava, zmena polohy, vyprázdňovanie, atď. V polovici procedúry sa podáva ďalšia heparinizácia a opäť sa meria tlak. Po odpojení pacienta z HD opäť meranie tlaku, teploty a vážení. Sestra všetko zaznamenáva do dialyzačného protokolu a následne odstráni použité krvné sety z prístroja. Potom nasleduje automatická dezinfekcia prístroja, ktorá trvá 40 minút a zároveň fyzická dezinfekcia povrchu prístroja sestrou (Zamykalová a kol., 2004).

Činnosť sestry v starostlivosti o PD pacientov je trochu odlišná. Začína sa na ambulantnej úrovni v rámci predialyzačného obdobia, pričom ambulantné sledovanie trvá aj počas vykonávania PD. Sestra sa stará o pacienta vo všetkých obdobiach zavádzania PD katétra- predoperačné obdobie, zavádzanie katétra a pooperačné obdobie. Podobne ako u HD pacientov, aj v tomto prípade je prítomné množstvo administratívy a zároveň spolupráca pri zaisťovaní materiálu pre pacienta. Medzi ďalšie oblasti patrí edukácia pacienta, návštevňá činnosť sestry v domácom prostredí, zaisťovanie dovolenkovej dialýzy, spolupráca s ADOS a starostlivosť o pacienta v čase hospitalizácie (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007).

6.2 Význam edukácie dialyzovaného pacienta

Hlavnou oblasťou edukácie dialyzovaných pacientov je správna životospráva, ktorá zahŕňa edukáciu o hygiene, telesnej hmotnosti, pravidelnej telesnej aktivite a pravidelnom vyprázdňovaní. Pacienti by mali mať dostatok informácií o samotnom ochorení a liečbe a taktiež o správnom diétnom a pitnom režime. Keďže sú pacienti transportovaní z domáceho prostredia, resp. z iného zariadenia, musia byť informovaní o pravidlách dialyzovaného pacienta. Ďalšou zásadnou oblasťou edukácie je starostlivosť o cievny prístup (Šimovcová, Žoldáková, 2013).

7 VÝSKUM

7.1 Cieľ výskumu

Hlavným cieľom výskumu je zistiť ako dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života.

Čiastkové ciele výskumu sú:

- Zistiť ako pacienti s dialýzou hodnotia kvalitu svojho života.
- Overiť u pacientov s dialýzou mieru celkovej spokojnosti so zdravím.
- Zistiť hodnotenie sociálneho prežívania respondentov.
- Zistiť ako sa dialyzovaní respondenti integrujú v sociálnom prostredí.

Výskumné hypotézy:

Hypotéza 1: Dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života nižšie ako je stanovená norma.

Hypotéza 2: Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru celkovej spokojnosti so zdravím nižšie ako je stanovená norma.

Hypotéza 3: Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho sociálneho prežívania nižšie ako je stanovená norma.

Hypotéza 4: Dialyzovaní pacienti sa v sociálnom prostredí integrujú horšie ako je stanovená norma.

Hypotéza 5: Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho sociálneho prežívania v závislosti od dosiahnutého stupňa vzdelania.

Hypotéza 6: Kvalita života dialyzovaných pacientov je ovplyvnená vekom.

Hypotéza 7: Kvalita života dialyzovaných pacientov je ovplyvnená pohlavím.

7.2 Výskumný súbor a metóda

Do výskumného súboru bolo zaradených zámerným výberom 100 respondentov zo 4 dialyzačných stredísk na Slovensku. Výber respondentov bol bez ohľadu na pohlavie, vek respondentov bol obmedzený do 65 rokov. Podmienkou pre zaradenie respondenta do súboru bolo, aby boli liečení metódou hemodialýzy. Výskum bol realizovaný v mesiacoch október - december 2016.

Na dosiahnutie stanovených cieľov sme použili štandardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, ktorý sme doplnili o demografické údaje - vek, pohlavie a stupeň dosiahnutého vzdelania.

Dotazník zameraný na meranie kvality života WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) a jeho skrátenou verziu WHOQOL-BREF, vytvorila Svetová zdravotnícka organizácia.

Výsledky dotazníka WHOQOL – BREF sú vyjadrené v štyroch doménových skóre a priemerných hrubých skóre v dvoch samostatných položkách hodnotiacich celkovú kvalitu života Q1 a zdravotný stav Q2.

Domény		Položky		Domény		Položky	
Dom1	Fyzické zdravie	Q3	Bolesť a nepríjemné pocity	Dom3	Sociálne vzťahy	Q20	Osobné vzťahy
		Q4	Závislosť na lekárskej starostliv			Q21	Sexuálny život
		Q10	Energia a únava			Q22	Podpora priateľov
		Q15	Pohyblivosť	Dom4	Prostredie	Q8	Osobná bezpečnosť
		Q16	Spánok			Q9	Životné prostredie
		Q17	Každodenné činnosti			Q12	Finančná situácia
		Q18	Pracovná výkonnosť			Q13	Prístup k informáciám
Dom2	Prežívanie	Q5	Potešenie zo života			Q14	Záľuby
		Q6	Zmysel života			Q23	Prostredie v okolí bydlí
		Q7	Sústredenie			Q24	Dostupnosť zdrav.staro
		Q11	Prijatie telesného vzhľadu	Q25	Doprava		
		Q19	Spokojnosť so sebou	2 samostatné položky	Q1	Kvalita života	
		Q26	Negatívne pocity		Q2	Spokojnosť so zdravím	

K meraniu kvality života podľa WHOQOL – BREF sme zosumarizovali priemerné hrubé skóre jednotlivých domén, ktoré predstavujú štandardizované priemerné hodnoty položiek príslušných každej doméne. Pre doménu 1 Fyzické zdravie sme priemerné hrubé skóre počítali zo siedmich položiek (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 a Q18). Pre doménu 2 Prežívanie je priemerné hrubé skóre zo šiestich položiek (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 a Q26). Doména 3 Sociálne vzťahy predstavuje priemernú hodnotu troch položiek (Q20, Q21 a Q22). V doméne 4 Prostredie je priemerné hrubé skóre vypočítané z ôsmich položiek (Q8, Q9, Q13, Q 14, Q 23, Q24 a Q25 (Dragomerická,2006).

Dotazník WHOQOL-BREF pozostáva z 24 položiek združených do 4 domén a dvoch samostatných položiek, hodnotiacich celkovú kvalitu života a zdravotný stav (celkom teda 26 položiek). Výber položiek bol uskutočnený tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektov kvality života (Dragomirecká, 2009). Znenie položiek bolo bezo zmien prevzaté z oficiálnej verzie dotazníka. Uskutočnili sme však ich preklad, nakoľko dotazník bol uvedený v českom jazyku.

Dotazník je určený pre populáciu do 65 rokov, pre skúmanie kvality života vo vyššom veku sa odporúča k dotazníku WHOQOL-BREF použiť ešte špeciálny modul pre vyšší vek WHOQOL-OLD.

Pri analýze údajov bola dodržaná anonymita pacientov. Údaje v dotazníku boli vyplňované samostatne respondentmi, prípadne formou osobného rozhovoru so zdravotníckym personálom v priebehu hemodialyzačnej liečby.

Dotazník bol predložený respondentom sestrami jednotlivých hemodialyzačných stredísk po schválení etickou komisiou súkromnej firmy, ktorá zastrešuje jednotlivé dialyzačné strediská.

Testovanie validity dotazníka QOL BREF

Štandardizovaný Cronbachov koeficient alfa	
Celý dotazník (24 otázok)	0,895
D1	0,829
D2	0,764
D3	0,552
D4	0,736
Celý dotazník (26 otázok)	0,903

7.3 Výsledky

Prehľad dosiahnutých hodnôt hrubého skóre podľa domén celým súborom

hrubé skóre	n	d	sd	median	min	max	možné rozpätie
ot1_KZ	100	3,25	0,78	3,00	1,00	5,00	1-5
ot2_Z	100	2,61	0,86	3,00	1,00	5,00	1-5
rawFZ	100	19,95	5,10	20,00	9,00	34,00	7-35
rawPre	100	20,96	3,56	21,00	12,00	30,00	6-30
rawSV	100	10,14	2,44	10,00	3,00	15,00	3-15
rawPro	100	27,01	4,54	27,00	15,00	38,00	8-40
transformácia 4-20							
dot1_KZ	100	13,00	3,13	12,00	4,00	20,00	4-20
dot2_Z	100	10,44	3,45	12,00	4,00	20,00	4-20
dFZ	100	11,40	2,92	11,43	5,14	19,43	4-20
dPre	100	13,97	2,38	14,00	8,00	20,00	4-20
dSV	100	13,52	3,25	13,33	4,00	20,00	4-20
dPro	100	13,51	2,27	13,50	7,50	19,00	4-20
transformácia 0-100							
dot1_KZ_100	100	56,25	19,58	50,00	0,00	100,00	0-100
dot2_Z_100	100	40,25	21,58	50,00	0,00	100,00	0-100
dFZ_100	100	46,25	18,23	46,43	7,14	96,43	0-100
dPre_100	100	62,33	14,85	62,50	25,00	100,00	0-100
dSV_100	100	59,50	20,31	58,33	0,00	100,00	0-100
dPro_100	100	59,41	14,18	59,38	21,88	93,75	0-100

Tab.1 Prehľad hodnotenia domén celým súborom

	<i>n</i>	<i>d</i>	<i>sd</i>	<i>median</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Možné rozpätie</i>
Hrubé skóre							
Dom.KŽ	100	3,25	0,78	3,00	1,00	5,00	1-5
Dom.Z	100	2,61	0,86	3,00	1,00	5,00	1-5
Dom.1FZ	100	19,95	5,10	20,00	9,00	34,00	7-35
Dom.2Pre	100	20,96	3,56	21,00	12,00	30,00	6-30
Dom.3SV	100	10,14	2,44	10,00	3,00	15,00	3-15
Dom.4Pro	100	27,01	4,54	27,00	15,00	38,00	8-40

Tabuľka2 Intervaly populačných noriem pre domény WHOQOL – BREF

	STD	rozšírený		Interval normy			rozšírený
		Mierne znížená kvalita	Spodná hranica	priemer	Horná hranica	Mierne zvýšená kvalita	
Dom 1	2,5	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1	
Dom 2	2,4	12,4	13,6	14,8	16,0	17,2	
Dom 3	2,9	12,1	13,5	15,0	16,4	17,9	
Dom 4	2,1	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4	

Rozpätie škály u domén je 4-20, pričom vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života. V tab. 3 je prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre. Najvyššie hodnoty 13,97 dosiahli respondenti v doméne prežívanie, najnižšie (11,40) v doméne fyzické zdravie.

Tabuľka3 Prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre

transformácia 4-20	n	d	sd	median	min	max	Možné rozpätie
KŽ	100	13,00	3,13	12,00	4,00	20,00	4-20
Z	100	10,44	3,45	12,00	4,00	20,00	4-20
d1FZ	100	11,40	2,92	11,43	5,14	19,43	4-20
d2Pre	100	13,97	2,38	14,00	8,00	20,00	4-20
d3SV	100	13,52	3,25	13,33	4,00	20,00	4-20
d4Pro	100	13,51	2,27	13,50	7,50	19,00	4-20

V tab. 3 je prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre. Skúmaný súbor respondentov dosiahol priemerné skóre v samostatnej položke kvalita života 13%. V samostatnej položke spokojnosť so zdravím dosiahol súbor respondentov priemerné skóre 10,44 %. V jednotlivých doménach dosiahli respondenti najvyššie priemerné skóre 13,97 %, a to v doméne 2- prežívanie, nasleduje doména 3- sociálne vzťahy s priemerným skóre 13,52 % a doména 4- prostredie s priemerným skóre 13,51 %. Najnižšie priemerné skóre- 11,4 % dosiahol súbor respondentov v doméne 1- fyzické zdravie.

Tabuľka 4 Priemerné hodnotenie domén

transformácia 0-100	n	d	sd	median	min	max	Možné rozpätie
KŽ	100	56,25	19,58	50,00	0,00	100,00	0-100
Z	100	40,25	21,58	50,00	0,00	100,00	0-100
d1FZ	100	46,25	18,23	46,43	7,14	96,43	0-100
d2Pre	100	62,33	14,85	62,50	25,00	100,00	0-100
d3SV	100	59,50	20,31	58,33	0,00	100,00	0-100
d4Pro	100	59,41	14,18	59,38	21,88	93,75	0-100

V tab.4 je priemerné hodnotenie všetkých domén dotazníka QOL BREF. Súbor dialyzovaných pacientov hodnotil celkovo kvalitu svojho života na 56,25 %, spokojnosť so svojim zdravím ohodnotili na 40,25 %. V jednotlivých doménach najvyššie ohodnotili doménu 2 – prežívanie (62,33 %), nasleduje doména 3 – sociálne vzťahy (59,50 %), doména 4 – prostredie (59,41 %). Najnižšie hodnotili respondenti doménu 1 – fyzické zdravie 46,25 %.

Tabuľka5 Prehľad štatistickej významnosti overovaných premenných

pohlavie	vek3		stav		vzdelanie			
	F	P(ANOVA)	F	P(ANOVA)	F	P(ANOVA)		
KŽ	0,066	0,799	3,417	0,037	1,816	0,149	1,818	0,149
Z	1,279	0,261	2,158	0,121	1,474	0,227	0,914	0,437
d1FZ	2,378	0,126	12,080	0,000	2,250	0,087	1,168	0,326
d2Pre	0,010	0,921	11,018	0,000	0,646	0,588	3,540	0,018
d3SV	0,009	0,924	3,106	0,049	1,262	0,292	2,015	0,117
d4Pro	0,060	0,806	6,411	0,002	1,502	0,219	1,924	0,131

Štatistickými metódami sme overovali závislosť jednotlivých premenných; pohlavie, vek, stav, vzdelanie, vo vzťahu k hodnoteniu kvality života, spokojnosti so zdravím a hodnoteniu jednotlivých domén. Zistili sme, že hodnotenie kvality života a ostatných domén dotazníka QOL BREF, nezávisí od pohlavia a rodinného stavu respondentov. Významná závislosť však bola dokázaná vo vzťahu hodnotenia kvality života a jednotlivých domén v závislosti od veku respondentov. Znamená to, že mladší respondenti hodnotia kvalitu svojho života vyššie. Vek ale neovplyvňuje spokojnosť so zdravím. V tomto parametri sa štatistická významnosť nepreukázala.

Pri zisťovaní štatistickej závislosti medzi vzdelaním a hodnotením kvality života bola preukázaná závislosť medzi jedinou doménou – D2 prežívanie. Znamená to, že prežívanie respondentov je ovplyvňované ich vzdelaním.

Hypotéza 5: Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho prežívania v závislosti od dosiahnutého stupňa vzdelania.

Hypotéza sa potvrdila prežívanie respondentov je ovplyvňované ich vzdelaním.

Hypotéza 6: Kvalita života dialyzovaných pacientov je ovplyvnená vekom.

Hypotéza sa potvrdila kvalita života respondentov je ovplyvňované ich vekom.

Hypotéza 7: Kvalita života dialyzovaných pacientov je ovplyvnená pohlavím.

Hypotéza sa nepotvrdila kvalita života respondentov nie je ovplyvňované ich pohlavím.

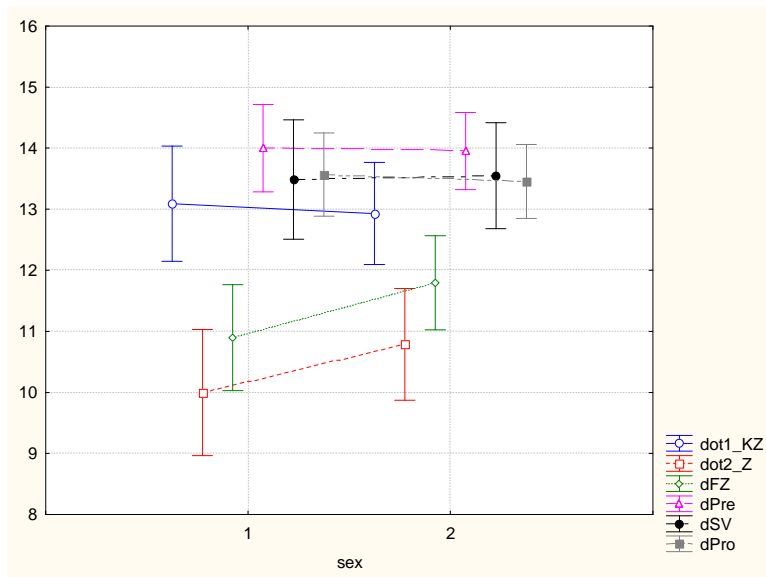
Tabuľka 6 Prehľad hodnotenie domén podľa pohlavia respondentov

	Ženy						Muži					
	n	d	sd	median	min	max	n	d	sd	median	min	max
KŽ	44	13,09	2,49	12,00	8,00	16,00	56	12,93	3,58	12,00	4,00	20,00
Z	44	10,00	2,93	10,00	4,00	16,00	56	10,79	3,81	12,00	4,00	20,00
D1FZ	44	10,90	2,79	11,14	5,14	16,57	56	11,80	2,98	12,00	6,29	19,43
D2Pre	44	14,00	2,27	14,00	8,00	18,67	56	13,95	2,48	13,67	8,00	20,00
D3SV	44	13,48	3,01	13,33	6,67	20,00	56	13,55	3,46	14,00	4,00	20,00
D4Pro	44	13,57	2,32	14,00	7,50	19,00	56	13,46	2,25	13,00	8,00	18,00

Súbor respondentov **ženského pohlavia** ohodnotil samostatné položky kvalita života na 13,09 % a spokojnosť so zdravím na 10 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondentky doménu 2- prežívanie na 14 %, čo by sme zaradili skôr ku spodnej hranici intervalu normy. Ďalej nasleduje doména 4- prostredie, ktorú ohodnotili respondentky na 13,57 %, čo je priemerná hodnota intervalu normy. Doménu 3- sociálne vzťahy ohodnotili respondentky na 13,48 %, čo zaradujeme k spodnej hranici intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondentky doménu 1- fyzické zdravie na 10,9 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Respondenti **mužského pohlavia** ohodnotili samostatné položky kvalita života na 12,93 % a spokojnosť so zdravím na 10,79 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 13,95 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Nasleduje doména 3- sociálne vzťahy, ktorú respondenti ohodnotili na 13,55 %, čo je spodná hranica intervalu normy. Doménu 4- prostredie ohodnotili respondenti na 13,46 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 11,8 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Z tabuľky č.6 vidíme, že samostatné položky kvalita života a spokojnosť so zdravím boli u **oboch pohlaví** hodnotené vyššie oproti norme, pričom u žien bola položka kvalita života o niečo vyššie hodnotená ako u mužov. Položka spokojnosť so zdravím bola naopak o niečo vyššie hodnotená u mužov. Doména 1- fyzické zdravie bola hodnotená vyššie u mužov. Ostatné tri domény- prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie boli hodnotené takmer rovnako u mužov aj žien, iba s veľmi malým rozdielom. Z tabuľky č.6 teda môžeme konštatovať, že kvalita života respondentov **nie je ovplyvnená pohlavím**.



Graf 1 Hodnotenia domén podľa pohlavia

Tabuľka7 Prehľad hodnotenia domén podľa veku respondentov (1)

Vek do 40r.	n	d	sd	median	min	max
KŽ	13	14,77	3,42	16,00	8,00	20,00
Z	13	11,69	3,82	12,00	8,00	20,00
D1FZ	13	14,46	3,09	14,29	9,14	19,43
D2Pre	13	16,15	2,58	16,00	12,67	20,00
D3SV	13	15,18	3,71	16,00	8,00	20,00
D4Pro	13	15,04	2,76	15,00	11,00	18,00

Súbor respondentov do **40 rokov** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 14,77 % a spokojnosť so zdravím na 11,69 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 16,15 %, čo je horná hranica intervalu normy. Nasleduje doména 3- sociálne vzťahy, ktorú respondenti ohodnotili na 15,18 %, čo je priemerná hodnota intervalu normy. Doménu 4- prostredie ohodnotili respondenti na 15,04 %, čo je takmer mierne zvýšená kvalita intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 14,46 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy.

Tabuľka8 Prehľad hodnotenia domén podľa veku respondentov (2)

Vek 41-50	n	d	sd	median	min	max
KŽ	21	13,52	2,36	12,00	8,00	16,00
Z	21	11,24	3,49	12,00	4,00	16,00
D1FZ	21	11,95	2,84	12,00	6,29	16,00
D2Pre	21	14,73	1,88	15,33	9,33	17,33
D3SV	21	14,16	2,97	14,67	8,00	18,67
D4Pro	21	14,21	1,80	14,50	10,50	17,50

Súbor respondentov od **41- 50 rokov** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 13,52 % a spokojnosť so zdravím na 11,24 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 14,73 %, čo je priemerná hodnota intervalu normy. Nasleduje doména 4- prostredie, ktorú respondenti ohodnotili na 14,21 %, čo je skôr horná hranica intervalu normy. Doménu 3- sociálne vzťahy ohodnotili respondenti na 14,16 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 11,95 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

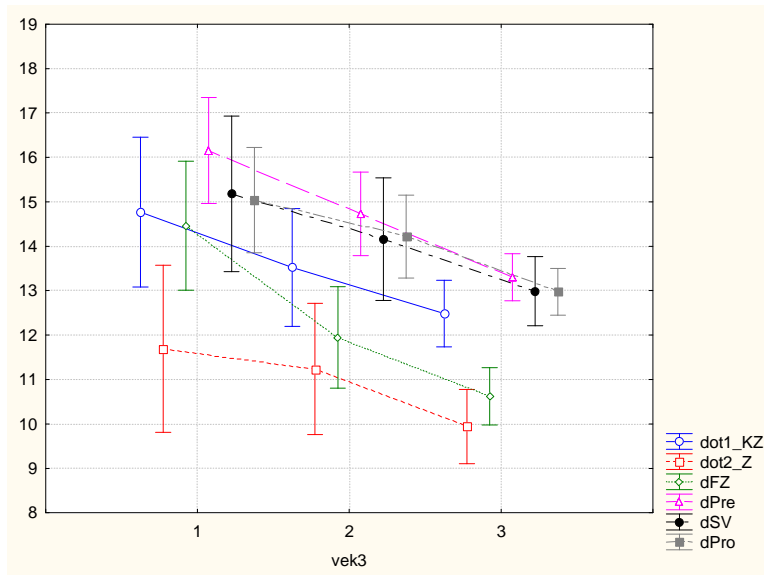
Tabuľka 9 Prehľad hodnotenia domén podľa veku respondentov(3)

vek 51-65	n	d	sd	median	min	max
KŽ	66	12,48	3,18	12,00	4,00	16,00
Z	66	9,94	3,31	12,00	4,00	16,00
D1FZ	66	10,62	2,48	10,86	5,14	16,57
D2Pre	66	13,30	2,16	13,33	8,00	18,67
D3SV	66	12,99	3,14	13,33	4,00	20,00
D4Pro	66	12,98	2,13	13,00	7,50	19,00

Súbor respondentov od **51- 65 rokov** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 12,48 % a spokojnosť so zdravím na 9,94 %, čo je v prvom prípade vyššie hodnotenie oproti norme a v druhom prípade je to len o niečo vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 13,3 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Nasleduje doména 3- sociálne vzťahy, ktorú respondenti ohodnotili na 12,99 %, čo je skôr mierne znížená kvalita intervalu normy. Tesne za doménou 3 nasleduje doména 4- prostredie, ktorú respondenti ohodnotili na 12,98 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 10,62 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Z uvedených tabuliek č. 7, 8 a 9 vidíme, že respondenti **všetkých troch vekových kategórií** ohodnotili dve samostatné položky kvalita života a spokojnosť so zdravím vyššie ako je stanovená norma. Najvyššie hodnotili **kvalitu života** respondenti do 40 rokov, nasledujú respondenti od 41-50 rokov a najnižšie ohodnotili kvalitu života respondenti od

51- 65 rokov. Môžeme teda konštatovať, že kvalita života respondentov klesá s pribúdajúcim vekom. V rovnakom poradí ako kvalita života bola ohodnotená aj samostatná položka **spokojnosť so zdravím**. Môžeme teda rovnako konštatovať, že spokojnosť so zdravím klesá s pribúdajúcim vekom. **Najvyššie hodnotená** respondentmi všetkých troch vekových kategórií bola doména 2- prežívanie, a to v takomto poradí: najvyššie hodnotenie respondenti do 40 rokov, ďalej respondenti od 41-50 rokov a nakoniec respondenti od 51-65 rokov. Ako **druhá v poradí** bola doména 3- sociálne vzťahy, a to v dvoch vekových kategóriách- respondenti do 40 rokov a respondenti od 51- 65 rokov, pričom nižšie hodnotenie bolo u starších respondentov. Vo vekovej kategórii od 41-50 rokov bola na druhom mieste doména 4- prostredie. Na **treťom mieste** skončila doména 4- prostredie, a to opäť v dvoch vekových kategóriách- respondenti do 40 rokov a respondenti od 51-65 rokov, pričom nižšie hodnotenie bolo opäť u starších respondentov. Vo vekovej kategórii od 41-50 rokov skončila na treťom mieste doména 3- sociálne vzťahy. **Najnižšie hodnotená** respondentmi vo všetkých troch vekových kategóriách bola doména 1- fyzické zdravie, pričom jej hodnotenie malo opäť klesajúcu tendenciu s pribúdajúcim vekom. Z uvedených tabuliek teda môžeme konštatovať, že kvalita života respondentov **je ovplyvnená vekom**.



Graf 2 Hodnotenie domén podľa veku

Tabuľka10 Hodnotenie domén podľa stavu (1)

Islobodná/-ý	n	d	sd	median	min	max
KŽ	14	13,14	5,07	14,00	4,00	20,00
Z	14	11,71	4,29	12,00	4,00	20,00
D1FZ	14	12,69	3,43	12,00	6,29	19,43
D2Pre	14	14,43	2,91	14,00	10,67	20,00
D3SV	14	13,24	4,13	12,00	6,67	20,00
D4Pro	14	13,11	3,10	12,50	8,00	18,00

Súbor respondentov s rodinným stavom **slobodná/ý** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 13,14 % a spokojnosť so zdravím na 11,71 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 14,43 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Nasleduje doména 3- sociálne vzťahy, ktorú respondenti ohodnotili na 13,24 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Doménu 4- prostredie ohodnotili respondenti na 13,11 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 12,69 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Tabuľka11 Hodnotenie domén podľa stavu (2)

2 - vydatá/ženatý	n	d	sd	median	min	max
KŽ	53	13,51	2,63	12,00	8,00	16,00
Z	53	10,42	2,87	12,00	4,00	16,00
D1FZ	53	11,28	2,85	11,43	6,29	18,29
D2Pre	53	14,11	2,48	14,00	8,00	19,33
D3SV	53	14,09	3,11	14,67	4,00	20,00
D4Pro	53	13,95	2,11	14,00	9,50	19,00

Súbor respondentov s rodinným stavom **vydatá/ ženatý** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 13,51 % a spokojnosť so zdravím na 10,42 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 14,11 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Tesne za doménou 2 nasleduje doména 3- sociálne vzťahy, ktorú respondenti ohodnotili na 14,09 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Doménu 4- prostredie ohodnotili respondenti na 13,95 %, čo je skôr horná hranica intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 11,28 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Tabuľka12 Hodnotenie domén podľa stavu (3)

3 - rozvedená/rozvedený	n	d	sd	median	min	max
KŽ	18	11,56	2,33	12,00	8,00	16,00
Z	18	10,67	3,07	10,00	8,00	16,00
D1FZ	18	11,87	2,42	12,29	6,29	15,43
D2Pre	18	13,74	1,93	13,33	10,67	17,33
D3SV	18	12,59	2,94	13,33	6,67	17,33
D4Pro	18	12,97	1,91	13,25	9,00	16,00

Súbor respondentov s rodinným stavom **rozvedená/ rozvedený** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 11,56 % a spokojnosť so zdravím na 10,67 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2-

prežívanie na 13,74 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Nasleduje doména 4- prostredie, ktorú respondenti ohodnotili na 12,97 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Doménu 3- sociálne vzťahy ohodnotili respondenti na 12,59 %, čo je skôr mierne znížená kvalita intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 11,87 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Tabuľka13 Hodnotenie domén podľa stavu (4)

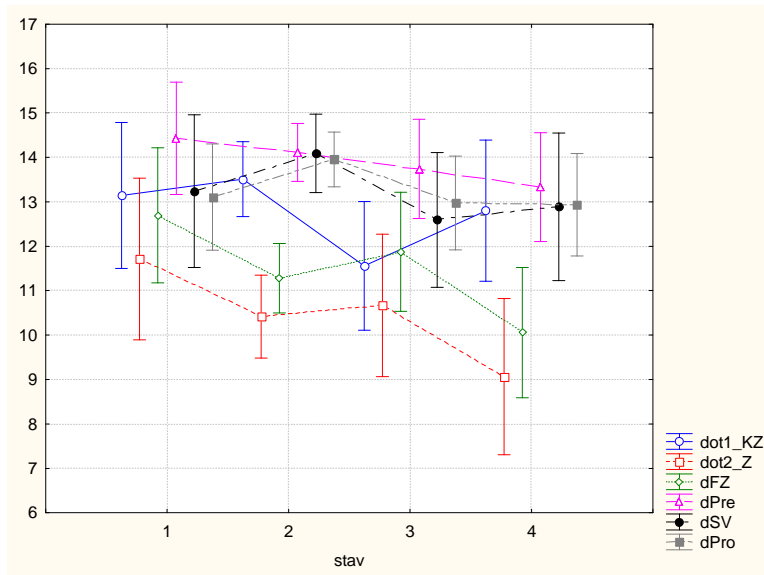
4 - vdova/vdovec	n	d	sd	median	min	max
KŽ	15	12,80	3,10	12,00	8,00	16,00
Z	15	9,07	4,65	8,00	4,00	16,00
D1FZ	15	10,06	2,83	9,71	5,14	15,43
D2Pre	15	13,33	2,00	13,33	8,00	16,00
D3SV	15	12,89	3,09	13,33	6,67	17,33
D4Pro	15	12,93	2,21	14,00	7,50	15,50

Súbor respondentov s rodinným stavom **vdova/ vdovec** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 12,8 % a spokojnosť so zdravím na 9,07 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 13,33 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Nasleduje doména 4- prostredie, ktorú respondenti ohodnotili na 12,93 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Tesne za doménou 4 nasleduje doména 3- sociálne vzťahy, ktorú respondenti ohodnotili na 12,89 %, čo je skôr mierne znížená kvalita intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 10,06 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Z uvedených tabuliek č. 10, 11, 12, 13 vidíme, že respondenti vo všetkých **štyroch rodinných stavoch** ohodnotili dve samostatné položky kvalita života a spokojnosť so zdravím vyššie ako je stanovená norma. Samostatnú položku **kvalita života** ohodnotili najvyššie respondenti s rodinným stavom vydatá/ ženatý. Nasledujú respondenti s rodinným stavom slobodná/ý, ďalej respondenti s rodinným stavom vdova/ vdovec a najnižšie ohodnotili kvalitu života respondenti s rodinným stavom rozvedená/ ý. Samostatnú položku **spokojnosť so zdravím** ohodnotili najvyššie respondenti s rodinným stavom slobodná/ý. Nasledujú respondenti s rodinným stavom rozvedená/ý, ďalej respondenti s rodinným stavom vydatá/ ženatý a najnižšie ohodnotili spokojnosť so zdravím respondenti s rodinným stavom vdova/ vdovec. **Najvyššie hodnotená** respondentmi vo všetkých štyroch rodinných stavoch bola doména 2- prežívanie, pričom najvyššie hodnotenie dosiahli respondenti s rodinným stavom slobodná/ý. Nasledujú respondenti s rodinným stavom vydatá/ ženatý, ďalej rozvedená/ý a najnižšie hodnotenie

dosiahli v rámci tejto domény respondenti s rodinným stavom vdova/vdovec. Ako **druhá v poradí** bola doména 3- sociálne vzťahy, a to v dvoch rodinných stavoch slobodná/ý a vydatá/ ženatý, pričom vyššie hodnotenie dosiahli respondenti s rodinným stavom vydatá/ ženatý. V rodinných stavoch rozvedená/ý a vdova/ vdovec bola na druhom mieste doména 4- prostredie, pričom jej hodnotenie bolo v oboch prípadoch takmer rovnaké. Na **treťom mieste** skončila doména 4- prostredie, a to v dvoch rodinných stavoch slobodná/ý a vydatá/ ženatý, pričom len o niečo vyššie hodnotenie dosiahli respondenti s rodinným stavom vydatá/ ženatý. V rodinných stavoch rozvedená/ý a vdova/vdovec bola na treťom mieste doména 3- sociálne vzťahy, pričom jej hodnotenie bolo opäť v oboch prípadoch takmer rovnaké, len so zanedbateľným rozdielom. **Najnižšie hodnotená** respondentmi vo všetkých štyroch rodinných stavoch bola doména 1- fyzické zdravie, pričom najvyššie hodnotenie bolo u slobodných respondentov, ďalej nasledujú rozvedení, vydaté/ ženatí a najnižšie hodnotenie bolo u respondentov s rodinným stavom vdova/ vdovec.

Z uvedených tabuliek môžeme konštatovať, že rodinný stav neovplyvňuje jednoznačne kvalitu života respondentov. Môžeme však usúdiť, že v jednotlivých hodnoteniach domén dominovali dva rodinné stavy- slobodná/ý a vydatá/ženatý.



Graf 3 Hodnotenie domén podľa stavu respondentov

Tabuľka 14 Hodnotenie domén podľa vzdelania (1)

1 - základné	n	d	sd	median	min	max
KŽ	11	11,64	3,32	12,00	4,00	16,00
Z	11	10,18	3,74	8,00	4,00	16,00
D1FZ	11	11,17	2,33	10,86	6,29	15,43
D2Pre	11	13,64	2,12	14,00	9,33	17,33

D3SV	11	12,36	3,63	12,00	6,67	17,33
D4Pro	11	12,77	2,38	13,50	8,00	15,50

Súbor respondentov so **základným vzdelaním** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 11,64 % a spokojnosť so zdravím na 10,18 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 13,64 %, čo je spodná hranica intervalu normy. Nasleduje doména 4- prostredie, ktorú respondenti ohodnotili na 12,77 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Doménu 3- sociálne vzťahy ohodnotili respondenti na 12,36 %, čo je skôr mierne znížená kvalita intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 11,17 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Tabuľka 15 Hodnotenie domén podľa vzdelania (2)

2 - stredoškolské	n	d	sd	median	min	max
KŽ	31	12,39	3,32	12,00	4,00	16,00
Z	31	9,68	3,54	8,00	4,00	16,00
D1FZ	31	10,89	2,98	11,43	6,29	16,00
D2Pre	31	12,97	2,20	13,33	8,00	16,67
D3SV	31	12,69	3,61	13,33	4,00	20,00
D4Pro	31	13,00	2,20	12,50	9,00	18,00

Súbor respondentov so **stredoškolským vzdelaním** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 12,39 % a spokojnosť so zdravím na 9,68 %, čo je v oboch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme, avšak pri spokojnosti so zdravím je to len o niečo vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 4- prostredie na 13,00 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Tesne za doménou 4 nasleduje doména 2- prežívanie, ktorú respondenti ohodnotili na 12,97 %, čo je skôr mierne znížená kvalita intervalu normy. Doménu 3- sociálne vzťahy ohodnotili respondenti na 12,69 %, čo je skôr mierne znížená kvalita intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 10,89 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

Tabuľka 16 Hodnotenie domén podľa vzdelania (3)

3 - stredoškolské s maturitou	n	d	sd	median	min	max
KŽ	47	13,62	2,97	12,00	8,00	20,00
Z	47	10,81	3,43	12,00	4,00	20,00
D1FZ	47	11,47	2,85	11,43	5,14	19,43
D2Pre	47	14,48	2,29	14,67	9,33	18,67
D3SV	47	14,21	2,78	13,33	6,67	20,00
D4Pro	47	13,77	2,16	14,00	7,50	19,00

Súbor respondentov so **stredoškolským vzdelaním s maturitou** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 13,62 % a spokojnosť so zdravím na 10,81 %, čo je v obidvoch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 14,48 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Nasleduje doména 3- sociálne vzťahy, ktorú respondenti ohodnotili len o niečo menšou hodnotou ako doménu 2- 14,21 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Doménu 4- prostredie ohodnotili respondenti na 13,77 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 11,47 %, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy.

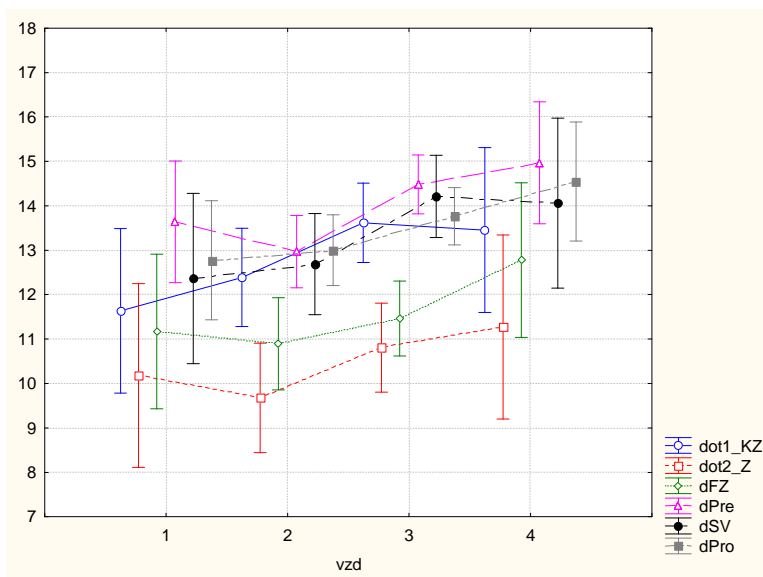
Tabuľka 17 Hodnotenie domén podľa vzdelania (4)

4 - vysokoškolské	n	d	sd	median	min	max
KŽ	11	13,45	2,70	12,00	8,00	16,00
Z	11	11,27	3,00	12,00	8,00	16,00
D1FZ	11	12,78	3,41	13,14	6,29	18,29
D2Pre	11	14,97	2,67	14,67	11,33	20,00
D3SV	11	14,06	3,23	14,67	8,00	17,33
D4Pro	11	14,55	2,51	14,50	10,50	18,00

Súbor respondentov s **vysokoškolským vzdelaním** ohodnotil dve samostatné položky kvalita života na 13,45 % a spokojnosť so zdravím na 11,27 %, čo je v obidvoch prípadoch vyššie hodnotenie oproti norme. Najvyššie ohodnotili respondenti doménu 2- prežívanie na 14,97 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Nasleduje doména 4- prostredie, ktorú respondenti ohodnotili na 14,55 %, čo je horná hranica intervalu normy. Doménu 3- sociálne vzťahy ohodnotili respondenti na 14,06 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy. Najnižšie ohodnotili respondenti doménu 1- fyzické zdravie na 12,78 %, čo je takmer mierne znížená kvalita intervalu normy.

Z uvedených tabuliek č. 14, 15, 16, 17 vidíme, že respondenti **všetkých štyroch typov vzdelania** ohodnotili dve samostatné položky kvalita života a spokojnosť so zdravím vyššie ako je stanovená norma. Najvyššie ohodnotili **kvalitu života** respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou, nasledujú respondenti s vysokoškolským vzdelaním, ďalej respondenti so stredoškolským vzdelaním a najnižšie ohodnotili kvalitu života respondenti so základným vzdelaním. Samostatná položka **spokojnosť so zdravím** bola ohodnotená respondentmi v takomto poradí: najvyššie hodnotenie dosiahli vysokoškolsky vzdelaní respondenti, nasledujú stredoškolsky vzdelaní s maturitou, ďalej respondenti so základným vzdelaním a najnižšie hodnotenie dosiahli stredoškolsky vzdelaní s maturitou. Z týchto dvoch samostatných položiek môžeme konštatovať, že

kvalitu života ovplyvňuje vyšší stupeň dosiahnutého vzdelania. **Najvyššie hodnotená** respondentmi bola doména 2- prežívanie a to v troch typoch vzdelaní v takomto poradí- najvyššie hodnotenie vysokoškolsky vzdelaní respondenti, ďalej stredoškolsky vzdelaní s maturitou a nakoniec respondenti so základným vzdelaním. U stredoškolsky vzdelaných respondentov bola najvyššie hodnotená doména 4- prostredie. Ako **druhá v poradí** bola doména 4- prostredie, a to v dvoch typoch vzdelaní v takomto poradí- vysokoškolsky vzdelaní respondenti a respondenti so základným vzdelaním. U stredoškolsky vzdelaných respondentov s maturitou bola na druhom mieste doména 3- sociálne vzťahy a u stredoškolsky vzdelaných doména 2- prežívanie. Na **treťom mieste** bola doména 3- sociálne vzťahy, a to v troch typoch vzdelaní v takomto poradí- najvyššie hodnotenie vysokoškolsky vzdelaní respondenti, ďalej stredoškolsky vzdelaní a nakoniec respondenti so základným vzdelaním. U stredoškolsky vzdelaných respondentov s maturitou bola na treťom mieste doména 4- prostredie. **Najnižšie hodnotená** respondentmi všetkých štyroch typov vzdelania bola doména 1- fyzické zdravie, a to v takomto poradí: najvyššie hodnotenie vysokoškolsky vzdelaní respondenti, nasledujú stredoškolsky vzdelaní s maturitou, ďalej respondenti so základným vzdelaním a nakoniec stredoškolsky vzdelaní respondenti. Z uvedených tabuliek môžeme konštatovať, že kvalita života respondentov **je ovplyvnená stupňom dosiahnutého vzdelania.**



Graf 4 Hodnotenie domén podľa vzdelania

DISKUSIA

V úvode prieskumnej časti sme si stanovili 7 hypotéz. Hypotézy č.1, 2, 3 a 4 sú aplikované na jednotlivé domény dotazníka WHOQOL- BREF. Hypotézy č. 5, 6 a 7 sa týkajú vplyvu niektorých demografických údajov na celkovú kvalitu života.

Hypotéza 1: Dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života nižšie ako je stanovená norma.

Samostatná položka: Kvalita života (tvorí ju faceta q1).

Faceta 1: Ako by ste zhodnotil/a kvalitu svojho života?

Z tabuľky č. 3 vidíme, že priemerná dosiahnutá hodnota skóre v samostatnej položke kvalita života bola 13,0 %, čo je vyššie hodnotenie ako je stanovená norma (3,25 %).

Z tabuľky č. 4 vidíme, že priemerné hodnotenie samostatnej položky kvalita života bolo 56,25 %. Z tabuľky č.6 vidíme, že samostatná položka kvalita života bola u **oboch pohlaví** hodnotené vyššie oproti norme, pričom u žien bola o niečo vyššie hodnotená ako u mužov.

Z tabuliek č. 7, 8 a 9 vidíme, že respondenti **všetkých troch vekových kategórií** ohodnotili samostatnú položku kvalita života vyššie ako je stanovená norma. Najvyššie hodnotili **kvalitu života** respondenti do 40 rokov, nasledujú respondenti od 41-50 rokov a najnižšie ohodnotili kvalitu života respondenti od 51- 65 rokov. Môžeme teda konštatovať, že kvalita života respondentov klesá s pribúdajúcim vekom. Z tabuliek č. 10, 11, 12, 13 vidíme, že respondenti vo **všetkých štyroch rodinných stavoch** ohodnotili samostatnú položku kvalita života vyššie ako je stanovená norma. Najvyššie ju ohodnotili respondenti s rodinným stavom vydatá/ ženatý. Nasledujú respondenti s rodinným stavom slobodná/ý, ďalej respondenti s rodinným stavom vdova/ vdovec a najnižšie ohodnotili kvalitu života respondenti s rodinným stavom rozvedená/ ý. Z tabuliek č. 14, 15, 16, 17 vidíme, že respondenti **všetkých štyroch typov vzdelania** ohodnotili samostatnú položku kvalita života vyššie ako je stanovená norma. Najvyššie ju ohodnotili respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou, nasledujú respondenti s vysokoškolským vzdelaním, ďalej respondenti so stredoškolským vzdelaním a najnižšie ohodnotili kvalitu života respondenti so základným vzdelaním.

Môžeme teda konštatovať, že hypotéza č.1 sa nepotvrdila. Dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života vyššie ako je stanovená norma.

Hypotéza 2: Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru celkovej spokojnosti so zdravím nižšie ako je stanovená norma.

Samostatná položka: Spokojnosť so zdravím (tvorí ju faceta q2).

Faceta 2: Ako ste spokojný/á so svojim zdravím?

Z tabuľky č. 3 vidíme, že priemerná dosiahnutá hodnota skóre v samostatnej položke spokojnosť so zdravím bola 10,44 %, čo je vyššie hodnotenie ako je stanovená norma (2,61 %). Z tabuľky č. 4 vidíme, že priemerné hodnotenie samostatnej položky spokojnosť so zdravím bolo 40,25 %. Z tabuľky č.6 vidíme, že samostatná položka spokojnosť so zdravím bola u **oboch pohlaví** hodnotená vyššie oproti norme, pričom u mužov bola o niečo vyššie hodnotená ako u žien. Z tabuliek č. 7, 8 a 9 vidíme, že respondenti **všetkých troch vekových kategórií** ohodnotili samostatnú položku spokojnosť so zdravím vyššie ako je stanovená norma. Najvyššie ohodnotili položku spokojnosť so zdravím respondenti do 40 rokov, nasledujú respondenti od 41-50 rokov a najnižšie respondenti od 51- 65 rokov. Môžeme teda konštatovať, že spokojnosť so zdravím respondentov klesá s pribúdajúcim vekom. Z tabuliek č. 10, 11, 12, 13 vidíme, že respondenti vo všetkých **štyroch rodinných stavoch** ohodnotili samostatnú položku spokojnosť so zdravím vyššie ako je stanovená norma. Samostatnú položku **spokojnosť so zdravím** ohodnotili najvyššie respondenti s rodinným stavom slobodná/ý. Nasledujú respondenti s rodinným stavom rozvedená/ý, ďalej respondenti s rodinným stavom vydatá/ ženatý a najnižšie ohodnotili spokojnosť so zdravím respondenti s rodinným stavom vdova/ vdovec. Z tabuliek č. 14, 15, 16, 17 vidíme, že respondenti **všetkých štyroch typov vzdelania** ohodnotili samostatnú položku spokojnosť so zdravím vyššie ako je stanovená norma. Ohodnotená bola respondentmi v takomto poradí: najvyššie hodnotenie dosiahli vysokoškolsky vzdelaní respondenti, nasledujú stredoškolsky vzdelaní s maturitou, ďalej respondenti so základným vzdelaním a najnižšie hodnotenie dosiahli stredoškolsky vzdelaní s maturitou.

Môžeme teda konštatovať, že hypotéza č.2 sa nepotvrdila. Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru celkovej spokojnosti so zdravím vyššie ako je stanovená norma.

Hypotéza 3: Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho sociálneho prežívania nižšie ako je stanovená norma.

Doména 2: Prežívanie (tvoria ju facety q5, q6, q7, q11, q19, q26).

Faceta 5: Ako veľmi vás baví život?

Faceta 6: Do akej miery má Váš život podľa Vás zmysel?

Faceta 7: Ako dobre ste schopný/á s sústrediť?

Faceta 11: Ste schopný/á prijať svoj fyzický vzhľad (to, ako vyzeráte) ?

Faceta 19: Ako ste spokojný/á sám/a so sebou?

Faceta 26: Ako často ste mal/a negatívne pocity ako sú zlá nálada, zúfalstvo, úzkosť, depresie?

Z tabuľky č. 3 vidíme, že z jednotlivých domén dosiahli respondenti najvyššie priemerné skóre v doméne 2- prežívanie, a to 13,97 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy.

Z tabuľky č. 4 vidíme, že priemerné hodnotenie domény 2- prežívanie bolo 62,33 %, čo je spomedzi domén takisto najvyššie hodnotenie. V rámci **ženského pohlavia** najvyššie ohodnotili respondentky doménu 2- prežívanie na 14 %, čo by sme zaradili skôr ku spodnej hranici intervalu normy. Respondenti **mužského pohlavia** ohodnotili takisto najvyššie doménu 2- prežívanie na 13,95 %, čo je skôr spodná hranica intervalu normy.

Najvyššie hodnotená respondentmi **všetkých troch vekových kategórií** bola doména 2- prežívanie, a to v takomto poradí: najvyššie hodnotenie respondenti do 40 rokov (16,15%- horná hranica i.n.), ďalej respondenti od 41-50 rokov (14,73%- priem. hodnota i.n.) a nakoniec respondenti od 51-65 rokov (13,3%- spodná hranica i.n.). Najvyššie hodnotená respondentmi **vo všetkých štyroch rodinných stavoch** bola doména 2- prežívanie, pričom najvyššie hodnotenie dosiahli respondenti s rodinným stavom slobodná/ý (14,43%- priem. hodnota i.n.). Nasledujú respondenti s rodinným stavom vydatá/ ženatý (14,11%- spodná hranica i.n.), ďalej rozvedená/ý (13,74%- spodná hranica i.n.) a najnižšie hodnotenie dosiahli v rámci tejto domény respondenti s rodinným stavom vdova/vdovec (13,33%- priem. hodnota i.n.). Najvyššie hodnotená respondentmi bola doména 2- prežívanie a to v **troch typoch vzdelaní** v takomto poradí- najvyššie hodnotenie vysokoškolsky vzdelaní respondenti (14,97%- priem. hodnota i.n.), ďalej stredoškolsky vzdelaní s maturitou (14,48%- priem. hodnota i.n.) a nakoniec respondenti so základným vzdelaním (13,64%- spodná hranica i.n.). U stredoškolsky vzdelaných respondentov bola doména 2- prežívanie až na druhom mieste, a to s hodnotou 12,97%- mierne znížená kvalita i.n.

Môžeme teda konštatovať, že hypotéza č.3 sa potvrdila. Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho sociálneho prežívania skôr nižšie ako je stanovená norma, konkrétne na spodnej hranici intervalu normy.

Hypotéza 4: Dialyzovaní pacienti sa v sociálnom prostredí integrujú horšie ako je stanovená norma.

Doména 4: Prostredie (tvoria ju facety q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25).

Faceta 9: Aké zdravé je Vaše fyzické prostredie, v ktorom žijete?

Faceta 12: Máte dosť peňazí na to, aby ste uspokojili svoje potreby?

Faceta 13: Ako dostupné sú pre Vás informácie, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život?

Faceta 14: Máte dostatok príležitostí pre rozvíjanie svojich záujmov?

Faceta 23: Ako ste spokojný/á so svojim bývaním?

Faceta 24: Ako ste spokojný/á s dostupnosťou Vašej zdravotnej starostlivosti?

Faceta 25: Ako ste spokojný/á s tým, ako sa Vám darí dostať sa tam, kam potrebujete?

Z tabuľky č. 3 vidíme, že v doméne 4- prostredie dosiahli respondenti priemerné skóre 13,51 %, čo je skôr priemerná hodnota intervalu normy. Z tabuľky č. 4 vidíme, že priemerné hodnotenie domény 4- prostredie bolo 59,41 %, čo je spomedzi domén na treťom mieste v hodnotení. V rámci **ženského pohlavia** skončila doména 4- prostredie na druhom mieste s hodnotením 13,57 %, čo je priemerná hodnota intervalu normy. V rámci **mužského pohlavia** bola doména 4- prostredie na treťom mieste s hodnotením 13,46 %, čo je opäť skôr priemerná hodnota intervalu normy. Vo **dvoch vekových kategóriách** skončila doména 4- prostredie na treťom mieste spomedzi domén, a to respondenti do 40 rokov (15,04%- mierne zvýšená kvalita i.n.) a respondenti od 51-65 rokov (12,98%- priem. hodnota i.n.). Vo vekovej kategórii od 41- 50 rokov bola doména 4- prostredie na druhom mieste s hodnotením 14,21 %, čo je horná hranica i.n. Vo dvoch **rodinných stavoch** bola doména 4- prostredie na treťom mieste spomedzi domén, a to u slobodných respondentov (13,11 %- priem. hodnota i.n.) a vydatá/ ženatý (13,95 %- horná hranica i.n.). Na druhom mieste skončila doména 4- prostredie u rozvedených (12,97%- priem. hodnota i.n.) a vdova/vdovec (12,93 %- priem. hodnota i.n.). Ako **druhá v poradí** bola doména 4- prostredie, a to v dvoch typoch vzdelaní v takomto poradí- vysokoškolsky vzdelaní respondenti a respondenti so základným vzdelaním. V rámci **typov vzdelania** bola ako tretia v poradí doména 4- prostredie, a to u stredoškolsky vzdelaných respondentov s maturitou (13,77 %- priem. hodnota i.n.). Na druhom mieste skončila doména 4- prostredie u dvoch typov vzdelaní- vysokoškolsky vzdelaní (14,55 %- horná hranica i.n.) a respondenti so základným vzdelaním (12,77%- spodná hranica i.n.). Na prvom mieste spomedzi domén bola doména 4- prostredie u stredoškolsky vzdelaných respondentov (13,0 %- priem. hodnota i.n.).

Môžeme konštatovať, že hypotéza č. 4 sa nepotvrdila. Integrácia dialyzovaných pacientov v sociálnom prostredí nie je horšia ako stanovená norma, ale je priemerná.

Hypotéza 5: Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho sociálneho prežívania v závislosti od dosiahnutého stupňa vzdelania.

Doména 2: Prežívanie (tvoria ju facety q5, q6, q7, q11, q19, q26).

Faceta 5: Ako veľmi vás baví život?

Faceta 6: Do akej miery má Váš život podľa Vás zmysel?

Faceta 7: Ako dobre ste schopný/á s sústrediť?

Faceta 11: Ste schopný/á prijať svoj fyzický vzhľad (to, ako vyzeráte) ?

Faceta 19: Ako ste spokojný/á sám/a so sebou?

Faceta 26: Ako často ste mal/a negatívne pocity ako sú zlá nálada, zúfalstvo, úzkosť, depresie?

Doména 2- prežívanie bola najvyššie ohodnotená v **troch typoch vzdelaní** v takomto poradí- najvyššie hodnotenie vysokoškolsky vzdelaní respondenti (14,97%- priem. hodnota i.n.), ďalej stredoškolsky vzdelaní s maturitou (14,48%- priem. hodnota i.n.) a nakoniec respondenti so základným vzdelaním (13,64%- spodná hranica i.n.). U stredoškolsky vzdelaných respondentov bola doména 2- prežívanie až na druhom mieste, a to s hodnotou 12,97%- mierne znížená kvalita i.n.

Pri zisťovaní štatistickej závislosti medzi vzdelaním a hodnotením kvality života bola preukázaná závislosť medzi jedinou doménou – D2 prežívanie. Znamená to, že prežívanie respondentov je ovplyvňované ich vzdelaním.

Môžeme teda konštatovať, že hypotéza č. 5 sa potvrdila. Dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho sociálneho prežívania v závislosti od dosiahnutého stupňa vzdelania.

Hypotéza 6: Kvalita života dialyzovaných pacientov je ovplyvnená vekom.

Štatistickými metódami sme overovali závislosť jednotlivých premenných; pohlavie, vek, stav, vzdelanie, vo vzťahu k hodnoteniu kvality života, spokojnosti so zdravím a hodnoteniu jednotlivých domén. Významná závislosť bola dokázaná vo vzťahu hodnotenia kvality života a jednotlivých domén v závislosti od **veku** respondentov. Znamená to, že mladší respondenti hodnotia kvalitu svojho života vyššie. Vek ale neovplyvňuje spokojnosť so zdravím. V tomto parametri sa štatistická významnosť nepreukázala.

Z tabuliek č. 7, 8 a 9 vidíme, že respondenti **všetkých troch vekových kategórií** ohodnotili dve samostatné položky kvalita života a spokojnosť so zdravím vyššie ako je stanovená norma. Najvyššie hodnotili **kvalitu života** respondenti do 40 rokov, nasledujú respondenti od 41-50 rokov a najnižšie ohodnotili kvalitu života respondenti od 51- 65 rokov. Môžeme teda konštatovať, že kvalita života respondentov klesá s pribúdajúcim vekom. V rovnakom poradí ako kvalita života bola ohodnotená aj samostatná položka **spokojnosť so zdravím**. Môžeme teda rovnako konštatovať, že spokojnosť so zdravím klesá s pribúdajúcim vekom. **Najvyššie hodnotená** respondentmi všetkých troch vekových kategórií bola doména 2- prežívanie, a to v takomto poradí: najvyššie hodnotenie respondenti do 40 rokov, ďalej respondenti od 41-50 rokov a nakoniec respondenti od 51-65 rokov. Ako **druhá v poradí** bola doména 3- sociálne vzťahy, a to v dvoch vekových kategóriách- respondenti do 40 rokov a respondenti od 51- 65 rokov, pričom nižšie hodnotenie bolo u starších respondentov. Vo vekovej kategórii od 41-50 rokov bola na druhom mieste doména 4- prostredie. Na **treťom mieste** skončila doména 4- prostredie, a to opäť v dvoch vekových kategóriách- respondenti do 40 rokov a respondenti od 51-65 rokov, pričom nižšie hodnotenie bolo opäť u starších respondentov. Vo vekovej kategórii od 41-50 rokov skončila na treťom mieste doména 3- sociálne vzťahy. **Najnižšie hodnotená** respondentmi vo všetkých troch vekových kategóriách bola doména 1- fyzické zdravie, pričom jej hodnotenie malo opäť klesajúcu tendenciu s pribúdajúcim vekom. Z uvedených tabuliek teda môžeme konštatovať, že kvalita života respondentov **je ovplyvnená vekom**.

Môžeme teda konštatovať, že hypotéza č.6 sa potvrdila. Kvalita života dialyzovaných pacientov je ovplyvnená vekom.

Hypotéza 7: Kvalita života dialyzovaných pacientov je ovplyvnená pohlavím.

Štatistickými metódami sme overovali závislosť jednotlivých premenných; pohlavie, vek, stav, vzdelanie, vo vzťahu k hodnoteniu kvality života, spokojnosti so zdravím a hodnoteniu jednotlivých domén. Zistili sme, že hodnotenie kvality života a ostatných domén dotazníka QOL BREF, nezávisí od pohlavia a rodinného stavu respondentov.

Z tabuľky č.6 vidíme, že samostatné položky kvalita života a spokojnosť so zdravím boli u **oboch pohlaví** hodnotené vyššie oproti norme, pričom u žien bola položka kvalita života o niečo vyššie hodnotená ako u mužov. Položka spokojnosť so zdravím bola naopak o niečo vyššie hodnotená u mužov. Doména 1- fyzické zdravie bola hodnotená vyššie u mužov. Ostatné tri domény- prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie boli hodnotené

takmer rovnako u mužov aj žien, iba s veľmi malým rozdielom. Z tabuľky č.6 teda môžeme konštatovať, že kvalita života respondentov **nie je ovplyvnená pohlavím**.

Môžeme teda konštatovať, že hypotéza č.7 sa nepotvrdila. Kvalita života dialyzovaných pacientov nie je ovplyvnená pohlavím.

Pre porovnanie našich výsledkov môžeme uviesť zaujímavú **štúdiu**, kt. prebehla v ČR a porovnávala kvalitu života pacientov s CHRI **liečených dialýzou a pacientov po transplantácii obličky**. Taktiež tu bola použitá forma dotazníkového prieskumu pomocou dotazníka WHOQOL-Bref. Ukázalo sa, že pacienti po transplantácii obličky hodnotia kvalitu svojho života lepšie vo všetkých doménach aj samostatných položkách ako pacienti liečení dialýzou. Nižšia kvalita života sa u transplantovaných pacientov v porovnaní s bežnou populáciou preukázala v doméne fyzické zdravie a v samostatnej položke spokojnosť so zdravím. Dialyzovaní pacienti uviedli nižšiu kvalitu života v porovnaní s bežnou populáciou vo všetkých doménach a samostatných položkách, okrem domény prostredie. Pri porovnaní s našim prieskumom môžeme konštatovať, že nižšia kvalita života v porovnaní s bežnou populáciou nebola úplne preukázaná vo všetkých doménach a samostatných položkách, ale len v doméne 1- fyzické zdravie. V doménach 2- prežívanie a 3- sociálne vzťahy síce nedosiahli pacienti nižšie hodnoty, ale boli skôr na spodnej hranici intervalu normy. V doméne 4 bolo v našom prieskume preukázané priemerné hodnotenie, čo je pomerne spoločný poznatok s uvedenou štúdiou (Bužgová, Šmotková, 2013).

Výsledky nášho prieskumu môžeme tiež porovnať s podobnou **štúdiou**, ktorá oslovila 100 respondentov troch dialyzačných stredísk na Slovensku. Taktiež tu bola použitá metóda dotazníka WHOQOL- Bref. Výsledky tejto štúdie ukázali, že dialyzovaní pacienti hodnotia celkovú kvalitu svojho života pomerne dobre, pričom pohlavie respondentov sa neukázalo ako štatisticky významný faktor. To je porovnateľné s našim prieskumom. Spokojnosť so zdravím hodnotili dialyzovaní pacienti skôr nižšie ako je stanovená norma, pričom v našom prieskume naopak hodnotili spokojnosť so zdravím vyššie. Najnižšie skóre dosiahli respondenti v doméne 1- fyzické zdravie, čo je rovnaký výsledok ako v našom prieskume. Najvyššie skóre dosiahli respondenti v doméne 3- sociálne vzťahy, pričom v našom prieskume to bola doména 2- prežívanie. Čo sa týka demografických údajov, v tejto štúdiu sa nepreukázal vzťah medzi vekom a doménami, pričom v našom prieskume áno. Rodinný stav sa takisto nepreukázal ako štatisticky významný faktor, a to

ani v našom prieskume. Korelácia sa však preukázala medzi vzdelaním a doménami, čo bolo tiež spoločné s našimi výsledkami (Ležovič a kol., 2013).

Ďalšia štúdia bola zameraná na pohľad pacientov na dialýzu. Na zber informácií autorka použila formu dotazníka. Z výsledkov vyplynulo, že pacienti sa chcú cítiť na dialýze dobre, keďže tam trávajú veľa času. Chcú, aby sa prostredie strediska čo najviac podobalo na ich domáce prostredie. 80 % zo skúmaného súboru uviedlo spokojnosť s prostredím dialyzačného strediska. Zvyšných 20 % by vymenilo nábytok, okná a zveľadilo interiér. Pri otázke kvality života uviedlo až 67,5 % respondentov, že niekedy máva pocity úzkosti a beznádeje. Napriek tomu by pomoc psychológa uvítalo len 27,5 % respondentov. V oblasti voľného času sa zistilo, že 42,5 % opýtaných trávi voľný čas sledovaním televízie a 15 % čítaním kníh. Iba 17,5 % má ešte dostatok síl na prácu. Rodina je u 35 % skúmaného súboru veľkou oporou, no až u 17,5 % sa vzťahy vplyvom choroby narušili. V otázke vnímania dialýzy sa ukázalo, že 35 % pacientov vníma dialýzu ako pomoc na zlepšenie zdravia, 30 % pacientov ju vníma ako záťaž a 27,5 % ako trest. V otázke vierovyznania sa zistilo, že až 85 % opýtaných je veriacich (Džumelová, Klokočíková, 2008).

Často diskutovanou témou u pacientov liečených dialýzou ostáva otázka výberu metódy liečby- hemodialýza alebo peritoneálna dialýza. Niektoré zdroje jednoznačne uvádzajú, že metóda asistovanej PD zlepšuje kvalitu života, a to vo viacerých faktoroch (liečba v domácom prostredí, nezávislosť od zdravotníckeho zariadenia a zdr. personálu, a pod.) (Nermutová, 2013).

ZÁVER

Kvalita života dialyzovaného pacienta je jednoznačne narušená v mnohých aspektoch. Nutnosť pravidelnej, časovo náročnej liečby, má dopad ako na pacienta, tak aj na jeho rodinu. Dialyzovaní pacienti môžu trpieť zmenou rolí v rodine, zmenenou finančnou situáciou, a do istej miery je určite narušený aj kultúrny a spoločenský život človeka. Nutnosť dialýzy so sebou môže priniesť širokú škálu sociálnych problémov. Okrem toho hemodialyzovaní pacienti môžu trpieť aj mnohými komplikáciami spojenými s liečbou. V súčasnosti stále diskutovanou témou ostáva porovnávanie kvality života pacientov liečených metódou hemodialýzy a peritoneálnej dialýzy. Niektoré názory sa jednoznačne zhodujú na tom, že kvalita života pacientov s metódou PD je jednoznačne lepšia- prebieha v domácom prostredí, pacient nie je závislý na zdravotníkovi a je ušetrený namáhavých prevozov do zdravotníckeho zariadenia. Títo pacienti sú však omnoho viac odkázaní sami na seba a aktívne sa podieľajú na vlastnej liečbe, ktorá so sebou tiež môže priniesť mnoho komplikácií. Môžeme konštatovať, že v tejto diskusii neexistuje jednoznačné stanovisko. Napriek týmto faktom sme na našom skúmanom súbore respondentov zistili, že hodnotia celkovú kvalitu svojho života pomerne dobre, dokonca vyššie ako je stanovená norma. Pri podrobnejšom skúmaní problému sme však zistili, že hodnoty jednotlivých domén- fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie neboli až také uspokojivé a často sa pohybovali na spodnej hranici intervalu normy. Keďže náš skúmaný súbor tvorili len pacienti liečení metódou hemodialýzy, nemohli sme porovnať kvalitu života HD a PD pacientov. Zistili sme však, že kvalita života závisí od veku- starší pacienti ju hodnotili nižšie, a tiež závisí od vzdelania. Pacienti s vyšším dosiahnutým vzdelaním hodnotili kvalitu života vyššie.

V súčasnosti je určite kvalita života diskutovanou témou, s kt. sa budeme stretávať čoraz častejšie. Keďže pribúda dlhotrvajúcich, chronických ochorení, už sa nekladie dôraz len na odstránenie choroby, či predĺženie života. Zámerom je, aby chronicky chorý človek dokázal naplno vykonávať svoje životné role tak, aby jeho KŽ nebola chorobou narušená.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Pre sestry pracujúce na dialýze:

- Dbáť na dostatočnú komunikáciu s pacientom (vyjadrovať pocit empatie, poskytovať psychickú oporu počas liečby, vypočuť a podporiť pacienta)
- Poskytovať pacientovi dostatok informácií v rámci svojich kompetencií
- Vytvoriť pacientovi pohodlné prostredie počas liečby a zabezpečiť mu všetky potreby, ktoré nemôže sám počas dialýzy vykonávať
- Rešpektovať individualitu pacienta a jeho potrieb (stravovacie návyky, náboženské presvedčenie, duchovná potreba)
- Edukovať pacienta o diétnych zásadách a manažmente tekutín
- Zaradiť problematiku kvality života dialyzovaných pacientov ako súčasť kontinuálneho vzdelávania v rámci prehlbovania vedomostí sestier pracujúcich na dialýze
- Nabádať rodinu pacienta k spolupráci s dialyzačným centrom
- Informovať pacienta o možnostiach sociálnych služieb spojených s jeho zdravotným stavom
- Motivovať pacienta k dodržiavaniu liečebného režimu a pochváliť ho za každý úspešný výsledok liečby
- Vytvárať počas liečby prostredie bez strachu, nervozity a negatívnych emócií
- Vyhnúť sa bagatelizovaniu problémov dialyzovaných pacientov
- Edukovať pacienta v starostlivosti o cievne prístupy
- Dbáť na sústavné vzdelávanie sestier pracujúcich na dialýze v oblasti starostlivosti o cievne prístupy

Pre sestry pracujúce na nefrologických ambulanciách

- Zvýšiť informovanosť pacientov o možnostiach liečby chronickej renálnej insuficiencie
- Zmenšiť pocity strachu a úzkosti pacientov novozaradených do dialyzačného programu dostatočným prísunom informácií a vyjadrením podpory pacientovi

Pre verejnosť

- Zvýšiť možnosti dialyzovaných pacientov integrovať sa v spoločnosti, podieľať sa na kultúrnom živote, vytvárať podporné skupiny
- Zlepšovať možnosti cestovať pre pacientov obmedzených dialyzačným programom

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. BEDNÁŘOVÁ, V.- DUSILOVÁ SULKOVÁ S. a kol. 2007. *Peritoneální dialýza. 2. rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Maxdorf, 2007. 336 s. ISBN 978- 80- 7345- 005- 2.
2. BUŽGOVÁ, R.- HÁJKOVÁ, M.- JASIOKOVÁ, A. 2009. *Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL- Bref u vybraných skupin pacientů*. In *Kontakt*, ISSN 1212- 4117, roč. 11, s. 246- 251.
3. BUŽGOVÁ, R.- ŠMOTKOVÁ, Š. 2013. *Porovnání kvality života pacientů na dialýze a po transplantaci ledviny*. In *Časopis lékařů českých*, ISSN 0008- 7335, roč. 152, č. 5, s. 233- 239.
4. ČEPIGA, B. 2013. *Možnosti kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia pre potreby dialyzovaných pacientov*. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*, ISSN 1336- 9326, roč. 8, č. 4 suppl. CD, 1 elektrický optický disk, s. 38- 40.
5. ČIPKOVÁ, I. 2006. *Psychosociálne aspekty sestry- pacient*. In *Revue ošetrovatel'stva, sociálnej práce a laboratórnych metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti*, ISSN 1335- 5090, roč. 12, č. 2, s. 88-89.
6. DRAGOMIRECKÁ, E.- BARTOŇOVÁ, J. 2006. *WHOQOL- BREF. WHOQOL- 100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 92 s. ISBN 80- 85121- 82- 4.
7. DRAGOMIRECKÁ, E.- PRAJSOVÁ, J. 2009. *WHOQOL- OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. 72 s. ISBN 978- 80- 87142- 05-9.
8. DŽUMELOVÁ, M.- ĎURČOVÁ, S. 2009. *Dialyzovaný pacient a trávenie voľného času*. In *Florence*, ISSN 1801- 464X, roč. 5, č. 1, s. 28- 29.
9. DŽUMELOVÁ, M.- KLOKOČÍKOVÁ, A. 2008. *Pohľad pacienta na dialýzu*. In *Revue ošetrovatel'stva, sociálnej práce a laboratórnych metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti*, ISSN 1335- 5090, roč. 14, č. 4, s. 161- 164.

10. HRUBÝ, M.- MENGEROVÁ, O. 2009. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení*. Praha: Forsapi, s.r.o, 2009. 118 s. ISBN 978- 80- 87250- 06-8.
11. HUDÁKOVÁ, Z.- KOKORUĐOVÁ, J.- PRISTÁŠOVÁ, H. 2008. *Život dialyzovaných pacientov na Slovensku*. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti*, ISSN 1335- 5090, roč. 14, č. 3, s. 139- 141.
12. JANOUŠEK, L.- BALÁŽ, P. a kol. 2008. *Hemodialyzační arteriovenózní přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 160 s. ISBN 978- 80- 247- 2547- 5.
13. LACHMANOVÁ, J. 2008. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978- 80- 7262- 552- 9.
14. LEŽOVIČ, M. 2011. *Kvalita života dialyzovaných pacientov*. In *Lekársky obzor: odborný časopis Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*, ISSN 0457- 4214, roč. 60, č. 2, s. 70-75.
15. LEŽOVIČ, M.- MUCSKA, M.- HOLOŠOVÁ, Z. 2013. *Kvalita života pacientov vo vybraných dialyzačných strediskách na Slovensku*. In *Česká urologie*, ISSN 1211- 8729, roč. 17, č. 4, s. 254- 262.
16. MAHROVÁ, A.- PRAJSOVÁ, J.- BUNC, V. 2009. *Kvalita života dialyzovaných jedinců ČR ve vztahu k fyzické aktivitě*. In *Kontakt*, ISSN 1212- 4117, roč. 11, č. 2, s. 424- 432.
17. MARIŠ, K. 2008. *Průručka dialyzovaného pacienta*. [online]. Fresenius Medical Care, 2008. 116 s. [cit. 2016.10.12]. Dostupné na internete: www.dialyza.sk/images/stories/prirucky/hemodialyza.pdf.
18. MERTA, M. 2008. *Komentár [k článku Ovlivnění kvality života, compliance a mortality časem stráveným prevozem na dialýzu] Recenze na: Ovlivnění kvality života, compliance a mortality časem stráveným prevozem na dialýzu*. In *Postgraduální nefrologie*, ISSN 1214- 178X, roč. 6, č. 2, s. 19- 20.
19. MITEMA, D.- JAAR, B. 2016. *How can we improve the quality of life of dialysis patients?* In: *Seminars in Dialysis*, vol. 29, n. 2, p. 93- 102, doi. 10.1111/sdi.12467.
20. NERMUTOVÁ, L. 2013. *Asistovaná peritoneální dialýza zlepšuje kvalitu života nemocných*. In *Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801- 1349, roč. 9, č. 2, s. 17- 18.
21. POPOVIČOVÁ, M.- WICZMÁNDYOVÁ, D. 2015. *Analýza prežívania a vnímania fyzických a psychických zmien u pacientov s chronickými*

- a onkologickými chorobami v procese poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.*
In *Florence*, ISSN 1801- 464X, roč. 11, č. 10, s. 23- 26.
22. SEPEŠIOVÁ, J. 2014. *Stres u dialyzovaných pacientov.* In *Sestra: odborný mesačník pre ošetrovateľstvo*, ISSN 1335- 9444, roč. 8, č. 3- 4, s. 46- 49.
23. SZONOWSKÁ, B. 2015. *Možnosti léčby chronického selhání ledvin u geriatrických pacientů.* In *Aktuality v nefrologii*, ISSN 1210- 955X, roč. 21, č. 2, s. 38- 42.
24. ŠANTOVÁ, T.- ŠULIČOVÁ, A.- ŠÍMOVÁ, Z.- CINOVÁ, J. 2013. *Somatická dimenzia kvality života hemodialyzovaných pacientov a pacientov s peritoneálnou dialýzou.* In *Diagnóza v ošetrovatelství*, ISSN 1801- 1349, roč. 9, č. 4, s. 7- 10.
25. ŠAŠINKA, M.- FURKOVÁ, K. 2014. *Chronická obličková choroba- aktuálne problémy.* Bratislava: Herba, 2014. 355 s. ISBN 978- 80- 89631-20-9.
26. ŠIMOVCOVÁ, D.- ŽOLDÁKOVÁ, L. 2013. *Edukácia dialyzovaného pacienta v starostlivosti o cievy prístupu.* In *Cesta k modernímu ošetrovatelství XV. (recenzovaný sborník příspěvku z odborné konference z mezinárodní účasti)*, Fakultní nemocnice v Motole, 2013, s. 49- 55.
27. TEPLAN, V. 2013. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi.* Praha: Mladá fronta, a.s., 2013. 317 s. ISBN 978- 80- 204- 2881- 3.
28. TEPLAN, V. a kol. 2015. *Nefrologie vyššího věku. 1. vyd.* Praha: Mladá fronta, a.s., 2015. 358 s. ISBN 978- 80- 204- 3521- 7.
29. TESAŘ, V.- VIKLICKÝ, O. a kol. 2015. *Klinická nefrologie, 2., zcela přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 560 s. ISBN 978- 80- 247- 4367- 7.
30. VIKLICKÝ, O. a kol. 2013. *Predialýza.* Praha: Maxdorf, 2013. 298 s. ISBN 978- 80- 7345- 356- 5.
31. VOJANSKÁ, E.- ANTONÍKOVÁ, A. 2005. *Hemodialýza verus peritoneálna dialýza.* In *Sestra: odborný mesačník pre ošetrovateľstvo*, ISSN 1335- 9444, roč. 4, č. 10, s. 30-31.
32. ZAMYKLOVÁ, L.- ŠIMEK, J.- ZNOJOVÁ, M. 2004. *Spoutaný život... (s) dialýzou?* In *Praktický lékař*, ISSN 0032- 6739, roč. 84, č. 6, s. 347- 351.

(Príloha)

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (WHOQOL)

Dobrý deň,

Volám sa Bc. Simona Budová a som študentkou 2. ročníka magisterského externého štúdia na Fakulte zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity so sídlom v Banskej Bystrici. Chcela by som Vás poprosiť o vyplnenie tohto dotazníka, ktorý je potrebný k mojej záverečnej diplomovej práci. Nasledujúce otázky sa týkajú toho, ako vnímate kvalitu svojho života, zdravia a iných oblastí Vášho života. Z ponúkaných odpovedí zakrúžkujte prosím jednu, ktorá sa Vám zdá najvhodnejšia. Ak si nie ste istý/á, ako na otázku odpovedať, obvykle je najlepšia tá odpoveď, ktorá Vás napadne ako prvá. Za vyplnenie dotazníka Vám ďakujem.

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Pohlavie: | Vek: | Rodinný stav: | Vzdelanie: |
| <input type="radio"/> žena | <input type="radio"/> do 20r | <input type="radio"/> slobodná/-ý | <input type="radio"/> základné |
| <input type="radio"/> muž | <input type="radio"/> 21-30r | <input type="radio"/> vydatá/ženatý | <input type="radio"/> stredoškolské |
| | <input type="radio"/> 31-40r | <input type="radio"/> rozvedená/-ý | <input type="radio"/> stredoškolské
s maturitou |
| | <input type="radio"/> 41-50r | <input type="radio"/> vdova/vdovec | <input type="radio"/> vysokoškolské |
| | <input type="radio"/> 51-65r | | |
| | <input type="radio"/> viac ako 65r | | |

		Veľmi zlá	Zlá	Ani zlá ani dobrá	Dobrá	Veľmi dobrá
1	Ako by ste zhodnotil/a kvalitu svojho života?	1	2	3	4	5

		Veľmi nespokojný/á	Nespokojný / á	Ani spokojný/á ani nespokojný/á	Spokojný/á	Veľmi spokojný/á
2	Ako ste spokojný/á so svojim zdravím?	1	2	3	4	5

		Vôbec nie	Málo	Stredne	Veľmi	V obrovskej miere
3	Do akej miery máte pocit, že Vám fyzická bolesť bráni robiť to, čo potrebujete?	5	4	3	2	1
4	Ako veľmi potrebujete nejakú liečbu, aby ste fungoval/a v bežnom živote?	5	4	3	2	1
5	Ako veľmi Vás baví život?	1	2	3	4	5

6	Do akej miery má Váš život podľa Vás zmysel?	1	2	3	4	5

Nasledujúce otázky sa pýtajú na to, do akej miery ste v posledných 4 týždňoch zažil/a alebo pocítil/a niektoré situácie.

		Vôbec nie	Málo	Primerane	Veľmi	V obrovskej miere
7	Ako dobre ste schopný/á sa sústrediť?	1	2	3	4	5
8	Ako bezpečne sa cítite vo svojom každodennom živote?	1	2	3	4	5
9	Aké zdravé je Vaše fyzické prostredie, v ktorom žijete?	1	2	3	4	5

Nasledujúce otázky sa vás pýtajú na to, do akej miery ste v posledných štyroch týždňoch zažíval/a alebo bol/a schopný/á robiť určité veci.

		Vôbec nie	Málo	Primerane	Väčšinou	Úplne
10	Máte dost' energie pre bežný život ?	1	2	3	4	5
11	Ste schopný/á prijať svoj fyzický vzhľad (to, ako vyzeráte) ?	1	2	3	4	5
12	Máte dost' peňazí na to, aby ste uspokojili svoje potreby?	1	2	3	4	5
13	Ako dostupné sú pre Vás informácie, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život ?	1	2	3	4	5
14	Máte dostatok príležitostí pre rozvíjanie svojich záujmov ?	1	2	3	4	5

		Veľmi zle	Zle	Ani zle ani dobre	Dobre	Veľmi dobre
15	Aké veľké ťažkosti Vám robí pohybovať sa mimo domova ?	1	2	3	4	5

		Veľmi nespokojný/á	Nespokojný/á	Ani spokojný/á ani nespokojný/á	Spokojný/á	Veľmi spokojný/á
16	Ako ste spokojný/á so svojím spánkom ?	1	2	3	4	5

17	Ako ste spokojný/á s tým, ako ste schopný/á vykonávať každodenné aktivity?	1	2	3	4	5
18	Ako ste spokojný/á so svojou schopnosťou pracovať?	1	2	3	4	5
19	Ako ste spokojný/á sám/a so sebou?	1	2	3	4	5

20	Ako ste spokojný/á so svojimi osobnými vzťahmi?	1	2	3	4	5
21	Ako ste spokojný/á so svojím sexuálnym životom?	1	2	3	4	5
22	Ako ste spokojný/á s podporou, ktorú Vám poskytujú Vaši priatelia ?	1	2	3	4	5
23	Ako ste spokojný/á so svojím bývaním ?	1	2	3	4	5
24	Ako ste spokojný/á s dostupnosťou Vašej zdravotnej starostlivosti ?	1	2	3	4	5
25	Ako ste spokojný/á s tým, ako sa Vám darí dostať sa tam, kam potrebujete ?	1	2	3	4	5

Nasledujúca otázka sa zaujíma o to, ako často ste pociťoval/a alebo zažíval/a určité veci/pocity v posledných štyroch týždňoch.

		Nikdy	Niekedy	Celkom často	Veľmi často	Stále
26	Ako často ste mal/a negatívne pocity ako sú zlá nálada, zúfalstvo, úzkosť, depresie ?	1	2	3	4	5

Máte nejaké pripomienky/ chcete ešte k hodnoteniu niečo povedať ?

Nasledujúca tabuľka by mala byť vyplnená po ukončení rozhovoru.

		Rovnice pre vypočítanie skóre v jednotlivých častiach/ oblastiach	Hrubé skóre	Transformované skóre	
				4-20	0-100
27	Oblast 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a.=	b:	c:
28	Oblast 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	a.=	b:	c:
29	Oblast 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	a.=	b:	c:
30	Oblast 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a.=	b:	c: