

Kvalita života očima pacientů léčených hemodialýzou, peritoneální dialýzou a transplantací ledvin

Mgr. Veronika Di Cara, Ph.D., Mgr. Dita Horníková

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK

Podle ÚZIS se v ČR ke konci roku 2015 léčilo 6 668 pacientů ve 106 hemodialyzačních střediscích. Z literatury je známo, že zahájení léčby eliminačními metodami je pro pacienty velmi náročné. Kvalitativní výzkum byl proveden formou individuálních rozhovorů a jejich následnou obsahovou analýzou. Účastníkům výzkumu při náročné léčbě pomáhá „pozitivní pohled na život“ a stanovování malých cílových met, zároveň si ale jasně uvědomují závažnost stavu a náročnost své léčby. Účastníci popsali svou snahu o udržování fyzické aktivity, výrazné ovlivnění partnerského života léčbou, a postupnou proměnu z pacienta do experta na svou nemoc. Nalezená zjištění zvyšují porozumění potřebám pacientů a umožňují zkvalitnit péči o ně.

Klíčová slova: hemodialýza, kvalita života, ošetřovatelská péče, peritoneální dialýza, transplantace ledviny, zvládání.

Quality of life from the perspective of patients treated with hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplant

According to ÚZIS, at the end of 2015, there were 6668 patients treated in 106 hemodialysis centers in the Czech Republic. It is known from the literature that starting treatment with elimination methods is very difficult for the patients. Qualitative research in the form of individual interviews was used, followed by a content analysis. The participants cope with the difficulties of the treatment by: „having a positive attitude“, and setting small goals for themselves, but they are fully aware of their serious condition and unpleasant complications of their treatment. The participants described their effort to keep physically active, the massive influence of the treatment on their partner life and their gradual development into experts. The results will improve our understanding of patients' needs, their views on their situation and therefore the quality of provided care can be increased.

Key words: hemodialysis, kidney transplant, peritoneal dialysis, nursing care, quality of life, coping.

Úvod

Podle ÚZIS se v ČR ke konci roku 2015 léčilo 6 668 pacientů ve 106 hemodialyzačních střediscích (1). Jako náhrady funkce ledvin se využívá následujících substitučních technik: hemodialýza, peritoneální dialýza a transplantace ledviny. Léčba těmito metodami má dopad na fyzické a psychické zdraví pacientů (8, 2), ovlivňuje výrazně i kvalitu života a náklady na léčbu jsou poměrně vysoké (2). Nemocní si plně uvědomují, že dialyzační léčba není metoda, která vede k uzdravení, ale pouze se zde pomáhá nahrazovat činnost životně důležitého orgánu,

který neplní svoji funkci a selhal. Pacienti, kteří se nemohou podrobit transplantaci ledviny, jsou závislí po celý zbytek života na přístroji (3).

Onemocnění ledvin zřetelně ovlivňuje kvalitu života. Průběh onemocnění se nedá předvídat, celoživotně se musí držet režimová opatření, pacient je závislý na technice, nemůže se věnovat všem denním aktivitám jako dříve a to vše pacienta stresuje. Pozitivní přístup k nemoci má vliv na dlouhodobou spolupráci i na další přežívání pacientů. Další důležitou strategií je plánování, rozdělení řešení problému na menší části. U starších pacientů je častější sebeobvi-

ňování. Ženy častěji ventilují své emoce, také více medituji nebo hledají více útěchu ve víře než muži (4).

Mendelssohn et al. uvádí možnost využít aktivního přístupu pacienta při výběru metody náhrady funkce ledvin. Musí být ovšem splněna podmínka včasného odeslání pacienta do nefrologické ambulance, protože jen tak je možné pacienta řádně edukovat o jednotlivých metodách léčby a poté náležitě seznámený pacient se pak může zodpovědně rozhodnout, jakou metodu léčby chce využívat. Autoři však sami dodávají, že praxe je často odlišná. (5).

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Veronika Di Cara, veronika.dicara@lf1.cuni.cz
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK
Na Bojišti 1771/1, 120 00 Praha 2

Cit. zkr: Interní Med. 2019; 21(3): e1–e4
Článek přijat redakci: 12. 12. 2018
Článek přijat k publikaci: 7. 4. 2019

Použité metody

Cílem diplomové práce bylo prozkoumat pohled pacientů léčených eliminačními metodami při selhání ledvin na kvalitu jejich života a jejich životní příběhy pomocí kvalitativního výzkumu za využití techniky individuálního, polostrukturovaného a nestandardizovaného rozhovoru. Tématy rozhovoru byly např. pocity informanta po zjištění, že bude nutno zahájit/změnit eliminační léčbu, jak získávali informace o léčbě, jak léčba působila na jejich mezilidské vztahy, energii, trávení volného času atd.

Výhodou kvalitativního výzkumu je, že probíhá v přirozeném prostředí, umožňuje hlubší popis, nezůstává jen na povrchu a jeho cílem podle Švaříčka et al.: „je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu“ (6). Gavora dále dodává, že výzkumník: „v kvalitativním výzkumu se snaží o sblížení se zkoumanými osobami, o proniknutí do situací, ve kterých vystupují, protože jen tak jim může rozumět a může je popsat“ (7). Autorka pracuje jako dialyzační sestra, což usnadnilo získávání dat, jejich hloubku a kvalitu. Proto jsme upřednostnili kvalitativní výzkum nad využitím kvantitativních standardizovaných dotazníkových šetření, hodnotících kvalitu života.

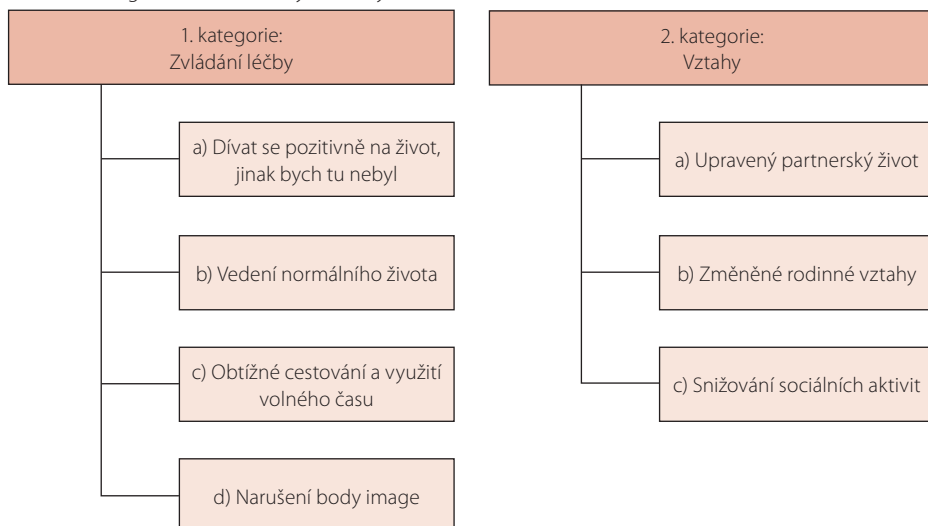
Do vzorku byli zařazeni muži i ženy různého věku, celkem šest informantů z řad současných nebo bývalých pacientů, kteří měli zkušenost s alespoň dvěma metodami eliminační léčby a byli k dispozici v době práce na tomto výzkumu. Informanti byli autorkou vytipováni podle toho, zda u nich byl předpoklad ke spolupráci. Všichni vytipovaní informanti byli skutečně ochotni se výzkumu zúčastnit. S každým informantem byl veden jeden rozhovor v soukromí, průměrná délka rozhovoru byla okolo 50 minut. Rozhovory proběhly v období od října 2016 do ledna 2017. Všichni účastníci podepsali informovaný souhlas a byli informováni o etických aspektech výzkumu. Hlavní sestra zařízení dosouhlasila provedení výzkumu. Následně byly rozhovory přepsány a analyzovány pomocí obsahové analýzy.

Výsledky s komentářem

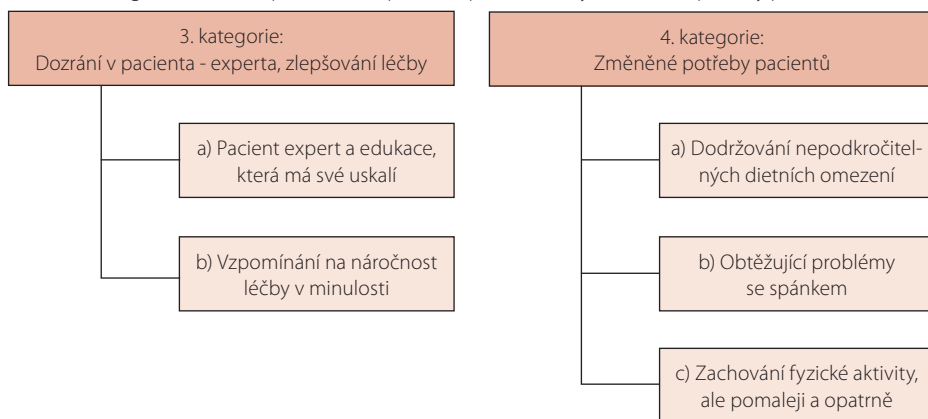
Na základě analýzy výpovědí informantů byly vytvořeny následující kategorie a subkategorie (viz obrázek 1. a 2.)

Mezi nejzajímavější výsledky našeho výzkumu patří identifikované subkategorie „Dívat se pozitivně na život, jinak bych tu nebyl“, dále rozsah

Obr. 1. Kategorie Zvládání léčby a Vztahy



Obr. 2. Kategorie Dozrání v pacienta - experta, zlepšování léčby Změněné potřeby pacienta



Narušení body image, Partnerských a Sociálních vztahů léčbou, úroveň Fyzické aktivity informantů, a Vývoj pacientových znalostí a dovedností o podstupované léčbě.

Kategorie zvládání léčby

Všichni informanti popisovali náročnost léčby eliminačními metodami, i to, že rozhodně nejsou zdraví. Většinou přiznávali momenty, kdy jsou ze své situace smutní či rozzlobení. Všichni informanti v tomto vzorku se však se svojí situací smířili a vytvořili si strategie k jejímu zvládnutí. Nejčastěji se jedná o optimistický, pozitivní přístup ke svému životu, „neutápí se v tom“ a jsou rádi, že existuje léčba, která jim umožňuje žít: „Tak ty pocity se střídají, jeden den je vám úplně dobře, cítíte se dobře, nemyslíte na to nebo se snažíte prostě myslet pozitivně, neutápět se v tom, vím, že když se s tím budu vopravdu jako teprve, že to bude ještě horší. Já se snažím k tomu přistupovat pozitivně, abych to prostě dobře zvládla. Ale je samozřejmě den, že člověk prostě brečí, že je mu to líto, je jasný, že přichází takový chvíly.“

Paní Miluše¹, další informantka, sděluje, jak její lékař obdivuje její statečnost, ale ona pouze přijala fakta: „Když třeba přijdu k panu doktorovi na kardiologii, tak mi řekne, vy jste statečná žena. Já, říkám, nejsem, prostě tak to nese život, tak já to chci, já jsem optimistka, i tu transplantaci ještě zkusím. Buď si chvilku odpočinu, třeba nějaký rok, takhle to беру a s tímhle tím do všeho jdu.“

Informanti si dávají postupné a menší cíle a zároveň jsou nekompromisní v tom, co mohou zvládnout: „Podívejte se, máte sedět v koutě a brečet nad sebou? No, co je to za život, já to vidím tak a říkám si, že člověk musí vydržet víc.“ Paní Hedvika říká: „Já mám takový mety cílový, to jsou takový skoky, kdy si člověk říká, to ještě musím dát. Řekla jsem si, aby holka dodělala základku, to jsem přežila, a teď jsem měla další metu, až dodělá gymnastiku a bakalářku, a to má, a teď zase mám další metu, abych se dožila, až udělá magistra. To až se dcera vdá, tak už mi to bude jedno, bude mít děti a to se už o sebe postará sama.“ Paní Hedvika

1. Všechna jména pacientů jsou pseudonymy.

se dělí i o strategii, kterou využívá po dialýze, kdy se necítí dobře. Opět se jedná o dosažení malé „mety“: „Obráceně, prostě hledat na tom špatným to dobrý, a vono to jde. Já slezu z postele, a kdybych se nestyděla, tak tam kleknu na zem a mlátím hlavou do země, jak mně bylo blbě, ale zvážím se, vypadnu a sednu do sanitky a říkám jeď, jeď, ať jsi doma, a mažu domů a už je mi dobře, už ten pocit, že už to mám hotový, že to tentokrát jako pro dnešek mám hotový a jedu domů.“ Paní Miluše svůj přístup popisuje následovně: „Prostě je to tak, jak to je, a já to musím vydržet. Ne, nelitovala jsem se, tu dialýzu беру jako prostě věc, která mě drží při životě, kdy teda můžu na sto procent fungovat, nebýt toho, tak bych tu nebyla.“

Život po transplantaci ledviny byl informanty popisován jako návrat do „normálního života“, paní Kateřina popisuje detaily: „Teď po transplantaci nemusím ve dne spát vůbec, vydržím úplně normálně, ta energie je celý den, normálně můžu fungovat...“ Taktéž nutnost připojit se k cycleru omezuje normální život: „Když chci vyrazit s hol-kama na skleničku, nemusím hlídat čas, nemusím být prostě v devět doma. Takže je to úplně super! Je fakt, že si toho všimli i ostatní, že říkali, já jsem tě tady nikdy neviděl takhle večer. Transplantace, na tu jsem se těšila a teď, když je mi takhle dobře, zázrak.“ Zároveň informanti často popisují silný strach, aby se s jejich ledvinou „něco nestalo“.

Paní Miluše zažívala obavy o zdraví vnuček, protože se při zahájení peritoneální dialýzy domnívala, že katétr jako „vývod z břicha“, by mohl být zdroj infekce. To navíc poukazuje na limity edukace pacientů a rychlou schopnost následné korekce: „Peritoneální dialýzy jsem se bála z jednoho prostého důvodu, protože jsem měla malý vnuč-ky a měla jsem strach, že prostě je to vývod z břicha, abych na ně nepřenášela nějakou infekci nebo něco, ale pak jsem zjistila, že je to lepší, že prostě vůbec nic takového se neděje a že se vůbec z toho zdravotního hlediska vůbec nemusím bát.“ Šestatřicetiletá paní Kateřina popisuje, jak její body image narušoval peritoneální katétr a nefyziologicky velké břicho, ale byla se schopna adaptovat: „asi mi jednu dobu vadila ta hadice, že jsem ženská, tak mně esteticky vadila ta hadice. A to břicho, protože lidi řvou přes celý město, jestli nejsem těhotná a takovýhle věci. Já jsem třeba drobnější, tak břicho mám veliký, mám ho vytahaný, ale nebudu lidem vysvětlo-ovat, jak to je.“ Další informanti uvádí omezení vyplývající z naší arteriovenózní fistuly, jak si musí fistuli hlídat při sportu, při práci, ale opět

nechtějí každému vysvětlovat svůj zdravotní stav: „Omezení je celoživotní ten šant, furt se bojím, abych se do toho někde neuhodil nebo neřiznul, to se člověk bojí. Dřív jsem dost horolezila a tam jsem měl problém s tou rukou, že jsem se bál tu ruku namáhat. Jinak je problém, když mě chce někdo chytnout, teď mě chlap tady čapnul za ty ruce a já jen heknul – Chytněte mě tady, tady mě nechtejte, zase jim to nechci nějak vysvětlovat.“

Kategorie Vztahy

Léčba hemodialýzou i peritoneální dialýzou zásadně ovlivňovala partnerské a sociální vztahy našich informantů: „Při dialýze jsem neměl nála-du, byl jsem jakoby pořád našťavaný, nikam jsme nechodili, ona chtěla jít na zábavu, já jsem radši chtěl jít spát.“ Paní Kateřina uvádí: „Jelikož cycler hlučí, když se mu něco nelíbí, tak píská, takže já jsem se vystěhovala do obýváku a manžel spal v ložnici, aby se vyspal. Takže jsme měli oddělený ložnice, takže si myslím, že ten partnerský vztah to narušilo. To nám rozdělilo lože, cycler.“ Další informantka udává: „Jestli do toho můžu zahrnout i svůj sexuální život, tak to bylo na pendrek. To ja-ko nějaký milování, pohlavní styk nebo sex, nějaký vyvrcholení jsem nezažila, co jsem marod. Ani teď ne, po transplantaci pár jó, ale jinak ne. Jinak jsem pomáhala manželovi, ale já jsem z toho neměla vů-bec nic, nějaká přehra nebo něco, nežájem. Mně to ani nechybělo ani mi to nechybí teď.“ Informantka si je plně vědoma, že jí nemoc přinesla omezení v partnerském a sexuálním životě, ale přijala ho. Paní Miluše mluví o zásadní podpoře své rodiny, která ji motivovala k překonání obtíží s náročnou léčbou, i když někdy přemýšlela, že by léčbu raději vzdala. Poté, co zvažila pro i proti léčby chronického selhání ledvin, došla k závěru, že se kvůli rodině léčba „dá vydržet“, z její výpovědi je však znát, že pro sebe samou by léčbu zřejmě nepodstupovala: „Rodina mě podporovala velice, protože jsem byla v takovém stavu, že jsem říkala, že to vzdám, ale zas kvůli dětem, manželovi jsem si říkala, že musím, že vydržím. Rozhodně mě celá rodina podporovala a pak jsem si na to přišla sama, že to není tak hrozný, že bych to nemohla vydržet. Při tý peritoneální jsem byla doma a dalo se to vydržet.“ Paní Jarmila hovoří o silném vztahu k manželovi i dceři, a zamýšlí se nad tím, jak je její nemoc a léčba ovlivňuje. V podstatě si klade za vinu, že je nemocná a svým onemocněním rodinu určitým způsobem trápí. Na druhou stranu dodává, že se rodina byla schopna adaptovat:

„Mám naštěstí velkou podporu v rodině. Manžel je hrozně hodnej, jsme spolu už šestadvacet let. Já si myslím, že je tím trápím, ale není jim to jedno, že jsem takhle nemocná, takže se tím určitě trápěj. Vztahy máme jako moc dobrý, takže to mi hodně pomáhá. Dcera mi pomáhá se vším, tady v tom to všechno doma funguje dobře.“ Paní Kateřina vypráví, jak připravovala malého syna a vysvětlovala mu svoji léčbu, aby se mu ji povedlo přimout, ale popisuje problémy s akceptací nemoci manželem: „Můj manžel se o tom nerad baví, spíš dělá, že to neexistuje. On vždycky pomoh s dialýzou všechno, odvez mě k doktorovi, on se toho asi bál víc než já. Syna jsem na to připravila, protože ten byl vlastně malej, když jsem začala chodit na dialýzu, tak mu bylo šest. Tomu jsem to tak vysvětlila, že to prostě bral, že to tak je, když jsem doma říkala, že mám velký břicho, tak říkal, ty za to přece nemůžeš.“

Kategorie Vývoj léčebných metod a vývoj pacienta do experta

Informanti uváděli, že úvodní edukace o eliminačních metodách bylo obtížné pochopit okamžitě v plném rozsahu: „Já jsem nevěděl vůbec, do čeho jdu, člověk si to vůbec nedokázal představit tu dialýzu, že vám budou čistit krev. Když do toho člověk šel, tak člověk nevěděl, že tam bude čtyři hodiny nebo pět.“ Paní Jarmila říká: „Věděla jsem, že to nebude asi nic moc lehkého, nevěděla jsem vlastně, co mě čeká, nic jsem nevěděla. Jen to, že se to napichuje, do fistule to jsem věděla, ale vlastně potom, když už jsem do toho šla, tak jsem poznávala postupně, co to obnáší.“ Ale postupem času se z pacientů stávají experti. Zajímavým aspektem je také navázání velmi partnerského vztahu se zdravotníky, zřejmě víc partnerského než je obvyklé v jiných oblastech české medicíny. Důvodem může být dlouhodobé trvání tohoto vztahu, ale i to, že s nabytými vědomostmi jsou zdravotníkům více partnery. Paní Hedvika popisuje vedlejší účinky léků: „Prednison se bral jako hormon, to se braly strašný dávky, to měl každý měsícovitý obličej. Tak to se užívalo asi rok, pak se ty výsledky usadily na nějakých hodnotách, tak vám to stáhli. Tak to bylo dobrý. To už nebyl takový hlad, tak člověk tolik nejed a nebachratěl.“ Stejná informantka hodnotí i lepší technické vybavení a zkvalitnění léčby a demonstuje jasné porozumění laboratorním hodnotám: „Já jsem byla jedenáct roků transplantovaná a začala jsem znova chodit na dialýzu, první hrůza zase byla, jestli budu

zvracet jako poprvé. To jsem si říkala, co s holkou, protože byla maličká, bylo jí šest roků, a teď co. Pak už jsem se nebála, jak jsem viděla ty známý tváře, a ptala jsem se, na kolik chodíte hodin? Na čtyři, a já říkám, ty blázne, proti osmi hodinám, zlaté! Začaly se tahat novy mašiny, ty byly lepší, byly výkonnější a mně bylo i líp. Když koukám do zpráv, který do- stávám, tak před dialýzou mám 900 kreatininu, po dialýze mám 140. A když jsem měla dřív před dialýzou 900–1000 a po dialýze 350?, urea tady mám 16, po dialýze 1,2, takže je to všechno úplně jinde dneska.“ Paní Hedvika popisuje komplikace své transplantace a svou schopnost diskutovat s lékařem-autoritou a ledvinu za každou cenu „mít“, i když jí momentálně způsobovala velké bolesti: „Transplantace mě bolela, mně se ta levá strana vyfoukla jak balón a to si neumíte představit, ty bolesti. Normálně jsem si sedla takhle na zem a tloukla hlavou do dlaždiček na pokoji a pán, co tam se mnou ležel, tak volal sestru a doktora, ta ledvina musí ven, ať připravěj, rozsviť sál, připravíme tě. Já říkám, tak to teda NE! Hochu, když jste jí tam jednou dal, já už ji nedám, dělejte všechno možný, abyste tu ledvinu nemuseli vzít. A on říká, ještě by tady varianta byla, já ještě bych něco zkusil, když to nepůjde, tak ji vyndáme. Dobře, ale ještě zkuste, co jde. Tak vzali obrovský pytle ledu, celej levej bok ledovali, tam jsem měla úplně omrzlinu, byla to taková bolest, že bych si teda ukousla nohu.“

Velmi zajímavý je moment, kdy Hedvika vzpomíná na dobu, kdy zjistila, že je po transplantaci těhotná a byl jí odebrán vzorek plodové vody. Náročnost léčby eliminačními metodami je plně zachycena v její výpovědi, kdy možnost, že by

její (chtěné) dítě bylo stejně nemocné, je pro ni byla absolutně neakceptovatelná. Pacientka byla opět schopna svůj názor prezentovat před medicínskou autoritou: „Já jsem říkala, profesore, kdyby tam byly dvě procenta možnosti, že to dítě bude nemocný jako já – tak to dáme PRYČ! Já nepřipravím dítěti takový život jako jsem měla já, NE!“

Kategorie Změněné potřeby pacienta

Pan Luboš uvádí, že byl při léčbě unavenější a musel více a častěji odpočívat. Popisuje však svou intenzivní a pravidelnou fyzickou aktivitu: „Člověk je unavenější dřív, že si víckrát odpočine, to je jasný. Já jsem si dělal furt, vždycky akorát pomalejš, ne hrr. Když jsem chodil na dialýzu, tak jsem chodil do lesa na dříví a musel jsem si ho udělat. Hlavně u nás na topení, u nás plyn není. A sekát trávu zajícům (králíkům), teď už je to jednoduchý, je sekačka, jedete, dáte to do káry a je to hotový. A sušení sena, to mně vždycky udělaly holky, já jsem to posekal, vony to usušily a já jsem to uklidil.“ Paní Hedvika spokojeně popisuje, že po hemodialýze je schopná provádět domácí práce: „Tak to je zlatý, protože druhý den se musím vyspat do těch deseti, ale pak můžu normálně fungovat. Pak můžu vytírat, uklízet, prát, záclony, vokna mejt, to mě vůbec nevadí.“ Paní Hedvika také sděluje, že používá trekingové hole, díky kterým chodí rovně a uvádí, že s nimi, i při poškození dolních končetin nemocí a léčbou, je stále schopna chůze na delší vzdálenosti: „Chodím, protože jsem od dcery dostala trekingové hole k narozkám. Mám ty nohy podoubaný, ucpaný, tak vezmu ty klacky

dva a jdu se projít, a tak to díky tomu vydržím.“ Jarmila jezdí i s rodinou na chalupu, kde fyzicky pracuje: „Na chalupu jezdíme o víkendech, takže v pohodě tam sem tam něco dělám, hrabu trávu, prostě to tam udržuju. Snažím se něco dělat, abych tam jen nekoukala.“

Závěr

Uvedené příběhy jasně ilustrují náročnost života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou a jejich sílu a odvalu. Tato práce je přínosná, protože zdravotníci většinou nemají možnost se s příběhy pacientů seznámit do hloubky, ale vzhledem k prožívání nemoci pacienty je pro zdravotníky velmi důležitý, protože jim umožní pochopit jejich situaci, jejich potřeby a tím zlepšit poskytovanou péči. Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu by se mohly využít při výuce mediků, sester bakalářek a magister intenzivní péče, jakož i ve specializačním studiu lékařů a sester. Části rozhovorů by bylo možno též zpracovat do článku, který by mohl být publikován v patientském časopisu. Zde by se noví pacienti mohli dovědět od svých předchůdců, že ačkoliv je léčba eliminačními metodami náročná, a každá má svá specifika, pacient se může podílet na výběru léčby, která mu vyhovuje nejvíce. Protože se možnosti edukace pacientů zdají mít určitý limit, neméně důležité je opakování a v různých formách informovat budoucí pacienty o významu pozitivního přístupu k životu a dalších detailech léčby renálního selhání zmíněných v této práci.

LITERATURA

1. ÚZIS ČR. 2015. Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru hemodialyzační středisko (HDS) za období 2007–2015 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, © 2010–2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-strucny-prehled-cinnosti-oboru-hemodialyzačni-středisko-hds-za-období-2007-2015> data 2015
2. SÉBILLE, Véronique et al. 2016. Prospective, multicenter, controlled study of quality of life, psychological adjustment process and medical outcomes of patients receiving a pre-emptive kidney transplant compared to a similar population of recipients after a dialysis period of less than three years

- ars – The PreKit-QoL study protocol. BMC Nephrology [online]. 17(1), [cit. 2016-10-25]. ISSN 1471-2369. DOI: 10.1186/s12882-016-0225-7. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/17/11>
3. Řehořová, Jitka, Soňa Štěpánková a Jakub Ševčík. 2010. Spolupráce praktického lékaře se specialistou v péči o nemocné na dialýze. *Medicina pro praxi*. 7(6-7), 263-267. ISSN - 1803-5310.
4. GURKOVÁ, Elena a Andrea Michnačová. 2008. Zvládání závažných situací u dialyzovaných pacientů. *Profese online* [online]. 1(1), 45-55 [cit. 2016-12-11]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/zvládání-závažných-situací-u-dialyzovaných-pacientů/>

- situaci-u-dialyzovaných-pacientů/
5. Mendelssohn, David, C. et al. 2009. Prospektivní studie vyšetřující volitelnost metody náhrady funkce ledvin. *Postgraduální nefrologie*. 7(3), 36. ISSN 1214-178X.
6. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára Šedá. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
7. GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.
8. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Hovory s umírajícími. Gutersloher Verlagshaus Gerd Mohn, 1992. 14. vydání. ISBN-80-85439-04-2.