

Kvalita života u dialyzovaných pacientů

Petra Polednová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra POLEDNOVÁ**
Osobní číslo: **H07619**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Kvalita života u dialyzovaných pacientů**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů z oblasti kvality života u dialyzovaných pacientů.

Teoretický popis dialýzy a kvality života.

Příprava metodiky výzkumné části.

Praktická část:

Pretest dotazníku.

Realizace kvalitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BUREŠ, J. HORÁČEK, J. Základy vnitřního lékařství. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. 870 s.ISBN 80-7262-208-0

ELIŠKOVÁ, M. NAŇKA, O. Přehled anatomie. 1. vyd. Nakladatelství Karolinum, 2006.309 s. ISBN 80-246-1216-X.

PAYNE, J. a kolektiv. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

LACHMANOVÁ, J. Vše o hemodialýze pro sestry. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9

Křivohlavý, Jaro. Psychologie nemoci. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

28. února 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 28. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.6.2011

.....
Vokáčková

¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

²⁾ Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3.

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo.

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jménu licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše, přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku kvality života dialyzovaného klienta. Do teoretické části jsem zahrнула základní poznatky o anatomii ledvin, selhání ledvin, dialýze a její možné příčiny. Dále také kvalitu života a život s dialýzou. V praktické části jsem se zaměřila na výzkum kvality života u dialyzovaného jedince.

Stanovila jsem si základní výzkumné problémy. Jak vnímají kvalitu života samotní klienti podstupující dialyzační proces? Jak ovlivnila dialýza jejich sociální zařazení do společnosti?

Klíčová slova: Dialýza, kvalita života, komplikace, dieta

ABSTRACT

The thesis is focused on the issue of quality of life dialysis client. In the theoretical part, I include a basic knowledge of anatomy kidney, kidney failure, dialysis and its possible causes. The practical part of my research is focused on quality of life for individual dialysis.

I determined the basic research problems. How do they perceive the quality of life of clients themselves undergoing dialysis process? How dialysis is influenced their social integration into society?

Key words: dialysis, quality of life, complication, diet

„Život neznamená jen být živ, ale žít v pohodě.“

Martialis

„Zdraví určitého člověka je co nejužěji propojeno s kvalitou jeho života.“

David Seedhouse

Chtěla bych tímto poděkovat paní Mgr.Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné vedení celé bakalářské práce, její ochotu a za cenné a podnětné rady.Dále chci poděkovat své rodině, která mě po celou dobu velmi podporovala.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA VYLUČOVACÍHO SYSTÉMU	12
1.1 Anatomie a fyziologie.....	12
1.1.1 Anatomie ledvin.....	12
1.1.2 Fyziologie ledvin.....	12
1.2 Charakteristika onemocnění.....	13
1.2.1 Akutní selhání ledvin.....	13
1.2.1 Chronické selhání ledvin.....	14
1.2.3 Transplantace ledviny.....	14
2 MIMOTĚLNÍ METODY	16
2.1 Historie dialýzy.....	16
2.2 Cíl dialyzačního procesu.....	16
2.3 Druhy mimotělních metod.....	17
2.4 Hemodialýza.....	17
2.4.1 Frekvence	18
2.4.2 Komplikace.....	18
2.4.3 Cévní přístupy.....	19
2.4.4 Dietní opatření.....	20
2.4.5 Přehled jednotlivých složek potravy.....	20
2.5 Peritoneální dialýza.....	22
2.5.1 Srovnání s hemodialýzou.....	22
2.5.2 Princip peritoneální dialýzy.....	23

3	POTŘEBY ČLOVĚKA.....	24
3.1	Význam potřeb.....	24
3.2	Hierarchie potřeb dle Maslowa.....	24
3.3	Potřeby nemocného.....	26
3.4	Omezení životních potřeb.....	26
4	KVALITA ŽIVOTA.....	27
4.1	Postoj klienta k nemoci.....	28
4.2	Přijetí chronického onemocnění.....	28
4.3	Vliv chronického onemocnění člověka na jeho rodinu.....	29
4.4	Faktory ovlivňující kvalitu života.....	30
4.5	Kvalita života dialyzovaného klienta.....	31
4.6	Fyzická aktivita.....	32
4.7	Cestování s dialýzou.....	32
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
5	PROJEKT VÝZKUMU.....	35
5.1	Cíle výzkumného šetření.....	35
5.2	Metoda výzkumného šetření.....	35
5.3	Podmínky výzkumného šetření.....	35
5.4	Organizace výzkumného šetření.....	35
5.5	Organizace výzkumného šetření.....	35
6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
7	DISKUZE.....	58
	ZÁVĚR.....	60

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	64
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	65
SEZNAM TABULEK.....	66
SEZNAM GRAFŮ.....	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je kvalita života u dialyzovaného klienta. Toto téma jsme si vybrala záměrně, protože během praxe jsem se s těmito lidmi setkávala běžně na oddělení, ale málokdy jsem měla možnost proniknout hlouběji do jejich života a seznámit se s jejich běžnými každodenními aktivitami. Mnozí z nás si nedokáží představit, co všechno klienti, jež jsou zařazení do dialyzačního procesu musí absolvovat. A ani já jsem nebyla výjimkou.

Dialýza je v dnešní době velmi aktuální a i mezi laiky rozšířené téma, které se v podstatě za nějaký čas může týkat každého z nás. Proto je velmi důležité vědět alespoň pár základních údajů. Nejdůležitější je si uvědomit proč právě dialýza? Kdo je vhodným kandidátem pro dialýzu?

Kvalita života je široký a také velmi složitý termín. V poslední době se kvalita života jako taková dostává do popředí a poukazuje se na ni čím dál více ve spojení s dialyzovanými pacienty. Kvalita života představuje dvě roviny, první jsou objektivní podmínky zahrnující společenský život a na druhé straně je kvalita života velmi subjektivní, protože každý jedinec ji může vnímat rozdílně.

Kvalita života se nehodnotí pouze u zdravých jedinců, ale hlavně u lidí s chronickou nemocí, která jistě ovlivní vlastní vnímání plnohodnotného života. Proto cílem mé bakalářské práce je zjistit úroveň kvality života u dialyzovaných pacientů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA VYLUČOVACÍHO SYSTÉMU

Hemodialýza je metoda, která vede k odstraňování odpadních látek či jedů z krve za použití principu dialýzy. (Teplan, 2006, s. 384) Dialýza je metoda oddělování částic o různé velikosti v tekutině, za použití semipermeabilní membrány, roztok směsi je oddělen od destilované vody membránou, látky ve směsi rozpuštěné procházejí membránou do vody, zatímco bílkoviny a další zůstávají. Peritoneální dialýza využívá peritonea jako semipermeabilní membránu u pacientů s ledvinným selháním. Může být kontinuální či intermitentní, jestliže hemodialýza není vhodná. (Teplan, 2006, s. 385)

1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE

1.1.1 Anatomie ledvin

Ledviny jsou párový orgán fazolovitého tvaru, mají červenohnědou barvu. Jejich rozměry jsou obvykle 12 x 6 x 3 cm. Hmotnost 120 g. Rozlišujeme horní, dolní, mediální, laterální, přední a zadní pól. Povrch ledviny je kryt vazivovým pouzdrem. Ledviny jsou uloženy retroperitoneálně a ve své poloze jsou fixovány díky tuku, který je kolem nich a úpony.

Na frontálním řezu lze rozeznat dreň a kůru. Základní funkční jednotkou ledviny je nefron, který se skládá z několika částí. (Elišková, Naňka, 2006, s. 190)

1.1.2 Fyziologie ledvin

Fungování vylučovacích orgánů je založeno na jediném základním principu, který je současně základem homeostázy. Vylučovací orgány musí fungovat především jako regulační orgán, jenž přizpůsobuje množství vylučované vody, iontů a dalších látek jejich proměnlivému příjmu.

Vylučovací a regulační funkce ledvin jsou propojeny a lze je rozdělit na několik základních úkolů, které ledviny mají, samozřejmě v úzké spolupráci s oběhovým systémem: (Langmeier, 2009, s. 105)

- udržování osmolality a objemu,
- udržování acidobazické rovnováhy,
- udržování stálosti koncentrace iontů v tělních tekutinách,
- vylučování produktů metabolismu,
- produkce a sekrece hormonů,

1.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Selhání ledvin je neschopnost ledvin odstraňovat z organismu odpadové produkty, vodu, elektrolyty a udržovat stálé vnitřní prostředí. Selhání ledvin je charakterizováno změnou dvou parametrů ledvinných funkcí, a to glomerulární filtrací a tubulární resorpcí. Zpočátku vznikají kompenzační mechanismy. Vylučováním katabolitů stoupá jejich koncentrace v krvi a uvolňuje se do tkání, což později nenávratně poškodí celý organismus. Během několika hodin se uvolňují aminokyseliny z kosterních svalů, tím dochází k retenci urey a kreatininu a vzniká tak uremie, což se projevuje nauzeou, zvracením, průjmy až poruchou dýchání. Může vzniknout také uremické koma. Současně dochází k ovlivnění krevního tlaku a porušení tvorby červených krvinek pro nedostatek erytropoetinu. (Nejedlá, 2006, s. 36)

1.2.1 Akutní selhání ledvin

Akutní selhání ledvin se vyvine během několika hodin až dní a probíhá ve dvou fázích. Nejdříve se projeví fáze oligurická, a to oligurií až anurií během 7-14 dní. Během této fáze hrozí nebezpečí převodnění, acidozy, hyperkalemie, retence urey a kreatininu. Druhá fáze polyurická vzniká v důsledku normalizace renálních funkcí, nejprve se obnoví glomerulární filtrace. Porucha tubulární resorpce stále přetrvává, a to až několik měsíců. Tím stoupá riziko dehydratace a hypokalemie.

Příčinu akutního selhání ledvin dělíme na prerenální, renální a postrenální. Při prerenální příčině jsou ledviny zdravé, dochází ale k jejich ischemii. Příčiny jsou hypovolemie, vazokonstrikce v ledvinách, trombóza arterie renalis a nízký srdeční výdej. Renální příčinou je přímé poškození ledvin ischemií nebo toxiny způsobující nekrózu tubulů. Postrenální příčinou je obstrukce močových cest, útlak močových cest z důvodu tumoru nebo zvětšené prostaty. Do terapie řadíme podání diuretik v oligurické fázi, hrázení ztrát tekutin ve fázi polyurické a dialýza. (Nejedlá, 2006, s. 36). Pro správnou funkci ledvin je důležité zachovat základní principy: perfuzi ledvin, funkční a anatomickou celistvost tubulů i glomerulů a volnou pasáž vývodných cest močových.

1.2.2 Chronické selhání ledvin

Je dlouhodobě bezpříznakové, diuréza bývá normální nebo i polyurie s polysypsií až dehydratace, která se pozná podle nízkého krevního tlaku, tachykardie až svalových křečí s vysokými ztrátami sodíku močí. Selhání probíhá ve třech fázích:

- Snížená funkce ledvin, jejíž příčinou může být glomerulopatie nebo pyelonefritida
- Chronické selhávání, je schopnost udržet normální vnitřní prostředí v běžném životě, ne při zátěži, příčinou je postupný zánik nefronů nezávisle na původní příčině.
- Selhání ledvin je neschopnost ledvin udržet normální vnitřní prostředí i za bazálních podmínek. Nastává zánik nefronů, což se projeví snížením glomerulární filtrace s rozvojem příznaků uremie. Ledviny nejsou schopny udržet vnitřní prostředí ani za podmínky minimálního příjmu potravin v dietě. (Nejedlá, 2006, s. 37)

Terapií chronického selhání ledvin je hemodialýza a transplantace ledvin.

1.2.3 Transplantace ledvin

Transplantace ledviny představuje metodu volby při náhradě funkce ledvin, protože je spojena s nejnižší morbiditou a rovněž s nejlepší kvalitou života nemocných. K transplantaci ledviny je indikován pacient s nezvratným selháním ledvin. Transplantaci od žijícího dárce může nemocný podstoupit v době, kdy by jinak byla zahájena dialyzační léčba. (Janoušek, 2008, s. 28). Je doloženo, že kvalita života pacienta v dialyzačním programu je významně závislá na predialyzační péči. Stejný vztah lze odvodit i pro dlouhodobé výsledky transplantace. První informace o možnostech transplantační léčby poskytuje pacientovi ošetřující nefrolog.

Z hlediska zvažování transplantace je vhodné pacientovi vysvětlit, že transplantace ledvin je možná u hemodialýzy i u peritoneální dialýzy a volba metody nijak neovlivní jeho statut čekatele ani chirurgický výkon či potransplantační péči. Dále je doporučeno vysvětlit pacientovi, že peritoneální dialyzační katetr transplantačnímu výkonu nepřekáží a v břišní dutině zůstává. Odstranění se provádí za několik týdnů po transplantaci. (Viklický, Janoušek, 2008, s. 20)

Vyšetření potenciálního dárce se provádí v transplantačním centru. Mezi kontraindikace řadíme AIDS, maligní tumory, srdeční selhávání, koagulopatie a chronické infekce.

Ledviny se získávají od živých dárců, což jsou nejčastěji příbuzní, nebo od dárců zemřelých. Kandidát na transplantaci je zařazen na čekací listinu, podle které se vybírá nejvhodnější dárce z hlediska kompatibility v systému HLA a ABO. Odebraná ledvina se chladí při teplotě 4°C a může být konzervována 24 hodin. Poté se transplantuje do pravé jámy kyčelní, připojí se cévy a ureter se napojí na močový měchýř. Před i po transplantaci je důležité brát doživotně imunosupresiva, která brání odhojovací reakci příjemce. Po transplantaci se může vyskytnout řada komplikací jako například nekróza, odmítnutí transplantátu, a maligní tumor. Desetileté přežití po transplantaci je 50%. (Nejedlá, 2006, s. 42)

2 MIMOTĚLNÍ METODY

První úspěšně použitou mimotělní metodou nahrazující funkci ledvin byla hemodialýza. Po těžkých začátcích byla uznána a rozvinuta jako účinná metoda nejen akutního ale i chronického selhání ledvin. Později byly zavedeny ještě další mimotělní metody jako hemofiltrace nebo hemodiafiltrace. Hemodialýza však zůstává zdaleka nejčastěji používanou metodou. Mimotělní metody jsou metody zachraňující život. Některým nemocným s akutním selháním ledvin umožňují návrat k plnému zdraví. Nemocný s chronickým selháním ledvin prodlužuje život za rozumnou kvalitu. Mimotělní metody také umožňují, aby vhodní nemocní byli připraveni k transplantaci ledvin. Tyto metody ve své současné podobě nahrazují jen exkreční činnost ledvin. Nejsou schopny nahradit metabolické ledvinné funkce zahrnující tvorbu či odbourání hormonů a dále také očišťují krev neselektivně, tedy i od látek, které tělo potřebuje. (Schuck, 2006, s. 514)

2.1 HISTORIE DIALÝZY

Za začátek klinické aplikace hemodialýzy je považován rok 1945, kdy doktor William Kolff po mnoha předchozích nezdarech s její pomocí vyléčil nemocného s akutním selháním ledvin vzniklém pravděpodobně v důsledku léčby sulfonamidy indikovanými pro akutní cholecystitidu. (Schuck, 2006, s. 514)

První hemodialyzační procedura byla u nás provedena v prosinci roku 1955 ve Fakultní nemocnici (dnes Všeobecná fakultní nemocnice) na II. interní klinice. Chronický dialyzační program byl ustanoven rozhodnutím poradního sboru hlavního internisti v roce 1963. (Viklický, Janoušek, 2008, s. 22).

2.2 CÍL DIALYZAČNÍHO PROCESU

Nejdůležitější funkcí dialýzy je náhrada funkce ledvin. Tím se co nejdéle prodlužuje kvalitní a co nejvíce plnohodnotný život jedince. Samotná dialýza ovšem nestačí. Do léčebného procesu je nutné zařadit dietní a farmakologické opatření, která prodlužují a zvyšují kvalitu života klienta.

2.3 DRUHY MIMOTĚLNÍCH METOD

Podstatou očišťování krve je přechod látek přes semipermeabilní membránu. Využití této membrány pracuje na principu difuze, filtrace a adsorpce. Podle toho, který z těchto principů se využije, dělí se mimotělní metody na hemodialýzu, hemofiltraci a hemodiafiltraci.

Hemodialýza využívá jak filtraci tak i difuzi, přičemž rozhodující je difuze. Hemofiltrace pracuje na bázi filtrace a hemodiafiltrace, užívá jak filtraci i difuzi. Rozdíl proti hemodialýze je v tom, že podíl filtrace je větší. Hemodiafiltraci a hemofiltraci se při chronickém selhání dává přednost před hemodialýzou u nemocných, kteří nejsou vhodnými kandidáty k transplantaci a očekává se u nich dlouhodobá léčba. (Schuck, 2006, s. 514)

2.4 HEMODIALÝZA

Je metoda k odstraňování odpadních látek či jedů za použití principu dialýzy. Provádí se u pacientů s nefunkčními ledvinami. (Kolektiv autorů, 2007, s. 101). Takzvanou „umělou ledvinu, tvoří dialyzátor a dialyzační monitor. V dialyzátoru probíhá transport látek přes polopropustnou membránu z krve do dialyzačního roztoku. Dialyzační monitor přivádí a odvádí krev z a do dialyzátoru a to při zvolených technických parametrech, cílených k zajištění účinnosti a bezpečnosti. (Viklický, Janoušek, 2008, s. 22)

Při hemodialýze dochází k očišťování krve v systému trubiček, který se nazývá dialyzátor. Krev proudí uvnitř těchto trubiček a ty jsou zevně omývány proudícím dialyzačním roztokem, do něhož přes stěnu trubiček procházejí odstraňované škodlivé látky, nadbytek minerálů i vody. Očištěná krev se vrací pacientovi a do trubiček proudí další znečištěná krev.

Během jedné dialýzy projde přístrojem asi tolik litrů krve, kolik pacient sám váží v kilogramech a proteče asi 160-200 litrů dialyzačního roztoku. Ten vzniká v dialyzačním monitoru průběžně z dodávané speciálně čištěné vody a dialyzačního koncentrátu. Dialyzační monitor také pohání krev, aby proudila v trubičkách, ohřívá ji na správnou teplotu před návratem do těla a¹ kontroluje průběh dialýzy. Dialýze podobná je hemofiltrace a hemodiafiltrace. Při nich se navíc odstraňuje i několik desítek litrů tekutiny, která se průběžně doplňuje čistou náhradou. Toto zvyšuje účinnost očišťování hlavně od složitějších látek.¹

¹ *Nefrologie* [online]. 2010 [cit. 2011-03-07]. Hemodialýza. Dostupné z: WWW: <<http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=hemodialyza>>.

2.4.1 Frekvence

Dialýza trvá nejčastěji 4-5 hodin a provádí se i 3-krát týdně. Před samotným zahájením hemodialýzy je důležité zvážit, zda je hemodialýza tím nejvhodnějším řešením, zda se nedá uvažovat o transplantaci ledviny a zda by třeba nebyla peritoneální dialýza vhodnější. V rámci přípravy na hemodialýzu proběhne očkování proti infekční hepatitidě typu B a především zajištění cévního přístupu, který umožňuje v průběhu celého dialyzačního léčení opakované napojování na dialyzační monitor. Nejčastěji se jedná o arteriovenózní shunt, což je rozšířená žíla s velkým průtokem, která vznikne po malé operaci v místním znecitlivění, při níž se spojí žíla s vedle jdoucí tepnou, nejčastěji na předloktí. Pokud to není možné, je možné voperovat na paži nebo na stehno hadičku, která funguje jako žíla. Nouzovým řešením při nemožnosti založení fistule nebo nestihnutí našít před zahájením dialýzy je dialyzování přes centrální kanylu. (<http://www.nefrologie.eu>). Cévní přístup ve formě fistule (shuntu) je potřeba zajistit v dostatečném předstihu, aby byl nemocný na zahájení dialýzy připraven. Jeho vytvoření a "uzrání" může trvat i několik měsíců. Někdy v důsledku zdravotních komplikací dojde k rychlejšímu poklesu funkce ledvin, než se očekávalo, a je třeba zahájit nečekaně dialýzu. Pokud již pacient má v té chvíli funkční shunt, má o starost méně a vyhne se nepříjemnému zavádění centrální kanyly.²

2.4.2 Komplikace

Komplikace při hemodialýze lze rozdělit na akutní a chronické. Mezi akutní komplikace řadíme:

- horečku s třesavkou, která může být způsobena přechodem pyrogenních látek z dialyzačního roztoku do krve
- vzduchoou embolii, jež vzniká, když se do hadic, kterými proudí krev, dostane vzduch při jejich rozpojení
- hypotenzi, jež je častá komplikace, kterou jsou ohroženi klienti vyššího věku, s malou hmotností, nebo diabetici. Nejčastější příčinou hypotenze bývá rychlé odstranění vody v krátkém čase. Mezi projevy hypotenze patří slabost, hučení v uších, zívání, rozmazané vidění a nauzea.

² *Nefrologie* [online]. 2010 [cit. 2011-03-07]. Hemodialýza. Dostupné z: WWW: <<http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=hemodialyza>>.

- svalové křeče převážně postihují dolní končetiny. Příčinou bývá nepřiměřená ultrafiltrace. Vazokonstrikční mechanismy vedou ke sníženému průtoku krve a tím ke tkáňové hypoxii-ischémii.
- arytmie mohou být různě závažné. Jejich riziko stoupá u klientů s věkem. Terapie arytmií se neliší od léčby nedialyzovaných, avšak některé léky mají odlišné dávkování.
- krvácení - při dialýze se mohou vyskytnout různé druhy krvácení. Např. krvácení při nesprávně provedené kanylaci, krvácení do gastrointestinálního traktu a jiné. Při samotné dialýze nebo těsně po ní je nejčastější hematom v místě vpichu či špatná komprese místa vpichu po odstranění jehel. (Teplan, 2006, s. 393)

Symptomy chronické komplikace při dialýze se projevují až po několika letech dialyzační terapie.

A patří mezi ně:

- dialyzační amyloidóza, jejíž typický příznak je syndrom karpálního tunelu nebo akutní artritida. Dialyzační amyloidóza postihuje i jiné orgány a tkáně včetně cév, gastrointestinálního traktu, kůže i podkoží. Nemocný trpí bolestí kloubů a omezením jejich hybnosti
- malnutrice, již trpí asi polovina dialyzovaných pacientů. Proto je důležitý a nezbytný dostatečný příjem energie a kvalitních bílkovin.

2.4.3 Cévní přístup

Pro účinné očišťování krve hemodialýzou je třeba, aby z oběhu bylo do dialyzátoru přivedeno 200-400 ml krve za minutu a stejné množství se musí vrátit. Při čtyř hodinové proceduře to znamená 48-165 litů. Proto je nesmírně důležité najít vhodný cévní přístup.

Cévní přístup, který nejlépe splňuje podmínky je atriovenózní fistule (shunt). Je to chirurgicky vytvořená zkratka mezi žilou a arterií. Nejvhodnější umístění pro fistuly je předloktí nedominantní končetiny. Po vytvoření stěna žíly sílí a její lumen se zvětšuje. Tyto změny pak umožní opakovaně zavádět jehlu. Při prvním použití musí být shunt bez otoku, hematomu, infekce a měl by být dobře hmatný. Zrání trvá několik týdnů a nejbližší použití se doporučuje za 4 týdny od založení. (Schuck, Tesař, 2006, s. 516)

Pokud fistuli není možné založit, lze použít cévní protézy z různých materiálů. V období než cévní přístup dozraje, nebo u nemocných, kde nelze spojení vytvořit a také metodou volby pro krátkodobou terapii jsou katetry za vedené do velkých žil. Nejčastěji do jugulární, femorální nebo do subklaviální žíly. Sledování atriovenózního shuntu se neomezuje jen na krevní průtok. Je velmi důležitá i kontrola prokrvení končetiny a sledování tvorby pravých a nepravých aneurysmat. Nesmíme také opomenout profylaxi trombózy. K tomu jsou používána antitrombotika, která se nejčastěji aplikují při zakládání fistule nebo při sníženém průtoku. (Schuck, Tesař, 2006, s. 516)

2.4.4 Dietní opatření

Při léčbě dialýzou je dodržování jakéhokoliv dietního opatření velmi důležité, ale zároveň obtížné. Kromě velké dávky pacientovi sebekontroly vyžaduje i jeho dané znalosti. Proto dieta pro dialyzované klienty musí splňovat dvě základní kritéria:

- zajištění dostatečného množství energie a látek potřebných pro organismus jako například aminokyseliny, vápník, železo, vitamíny a podobně
- omezení některých látek, jež mohou při nahromadění v těle působit škodlivě, mezi tyto látky patří bílkoviny, fosfor, draslík a podobně.

Důležité je, aby přísun všech důležitých látek byl vyvážen a byly tak zajištěny všechny potřeby organismu. Není vůbec jednoduché dodržovat všechna dietní opatření. Například omezení soli nebo tekutin vyžaduje velmi pevnou vůli. Proto je důležité hledat zlatou střední cestu a nedělat z diety vědu, ale zároveň ji ani nebagatelizovat. Což v podstatě znamená jíst vše, ale s mírou. Pokud dialyzovaný klient nezná hodnoty dané potraviny, je velmi vhodné poradit se nejprve s dietní sestrou nebo lékařem a poté potravinu do jídelníčku zařadit.³

2.4.5 Přehled jednotlivých složek potravy

Velmi důležitý je dostatečný příjem energie, minimálně 150 kJ (35 kCal) na 1 kg. U jedince s hmotností 65 kg je to 9750 kJ (2330 kCal). Ovšem při peritoneální dialýze je přísun snížen na 125 kJ, což je u 65kg člověka 7500 kJ (1800 kCal).

Důležitou složkou jsou bílkoviny, složené z aminokyselin. Nejvíce jsou obsaženy v potravinách živočišného původu (maso, vejce, mléčné výrobky) a také v luštěninách.

³ *Stěžeň* [online]. 2005 [cit. 2011-04-08]. Dietní opatření. Dostupné z: WWW:<http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2005/02/2005_2_07.html>.

Jestliže ve stravě některé aminokyseliny chybí, nemůže organismus vytvářet jiné životně důležité bílkoviny. Proto je určité množství bílkovin ve stravě dialyzovaného jedince nutné i proto, že část z nich se ztrácí při dialýze. Doporučený příjem bílkovin při dialýze třikrát týdně je 1,2g/kg optimální tělesné hmotnosti. Při peritoneální dialýze je to 1,4 g/ kg.

Přísun draslíku nemá překročit 39 mg/kg, což je důležité hlavně u nemocných s reziduální diurézou méně než 1000 ml. Ti totiž nemohou přebytečný draslík vyloučit v dostatečné míře ledvinami. Naprosto nezbytné je omezení u anurických jedinců. Z hlediska vysokého příjmu draslíku je nebezpečné ovoce a zelenina. Nevhodné jsou banány, meruňky, broskve, hrozny a veškeré sušené ovoce. Základním opatřením je nepřekročit denní příjem 2600 mg draslíku.

Přívod soli a tekutin se liší u jednotlivců. Je závislý na diuréze, schopnosti vyloučit sůl a také na krevním tlaku. Optimální příjem proto určuje lékař. Kuchyňská sůl se musí výrazně omezit v případě vysokého tlaku a přítomnosti otoků. V ostatních případech lze stravu mírně solit a nezařazovat do jídelníčku slaná jídla (uzeniny, sýry a podobně). Denní příjem tekutin je možné odhadnout podle rovnice: přívod tekutin = diuréza + 600 ml tekutin. Denní hmotnostní přírůstek by neměl překročit 500-750 g. V období mezi dialýzami by neměl být vyšší než 2000 – 2500 g. Je důležité si dávat pozor i na suché potraviny. Do příjmu tekutin se počítá i polévky a šťavnaté ovoce. Žízeň je velmi nepříjemný pocit a mnohdy za ni může pouze pocit sucha v ústech. Proto je dobré vyplachovat si ústa vodou nebo žvýkat žvýkačku.

Fosfor se hromadí v organismu a významně se podílí na vzniku uremické kostní nemoci. Jeho vysoká hladina v krvi znemožňuje léčbu Rocaltrolem, což je syntetický vitamín D, který do určité míry chrání kost před poškozením. Velké množství fosforu obsahují potraviny s velkým množstvím bílkovin a potraviny s vysokým obsahem vlákniny. Některé potraviny s obsahem fosforu mohou být vyloučeny z diety, aniž by utrpěla její kvalita: většina sýrů, hlavně s vysokým obsahem tuků a mléčné sušiny, dále kakao a čokoláda. ⁴

Dietní opatření při dialýze obsahuje dostatečné množství vitamínů kromě vitamínu B6 a kyseliny listové, které je třeba doplňovat. U jedinců, kteří kvůli draslíku nemohou přijímat větší množství ovoce a zeleniny, je třeba doplňovat vitamín C (100 mg denně).

Železo je nutné pro tvorbu krvinek a doplňuje se podle laboratorních výsledků. Tablety by se měly požívat nalačno. Někdy mohou způsobovat nechutenství nebo zácpu, barví stolici do černa.

⁴ *Stěžeň* [online]. 1994 [cit. 2011-04-16]. Dieta pro dialyzované. Dostupné z: WWW: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1994/04/1994_4_04.html>.

2.5. PERITONEÁLNÍ DIALÝZA

Je intrakorporální metoda očišťování krve a jako dialyzační membránu využívá peritoneum. Nejčastější formou je kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD), kdy nemocní provádějí denně 3 až 5 výměn dialyzačního roztoku aseptickou technikou, ke které jsou edukováni. Nejběžnější schéma výměn jsou 4 výměny, které se provádějí v době snídaně, oběda, v podvečer a před ulehnutím. Noční výměna trvá 8-10 hodin a spánek tak není narušen. Kromě krátké doby při výměně dialyzačního roztoku, jež trvá asi 20 minut, je dialyzační roztok neustále v kontaktu s kapilárami a dialyzování tak probíhá kontinuálně, což je podobné jako fyziologická situace při zachované funkci vlastních ledvin. (Schuck, Tesař, 2006, s. 561)

Výměnu dialyzačního roztoku je možné zajistit přístrojem, což je automatizovaná peritoneální dialýza (APD). Ten provede sérii krátkých výměn v noci. Noční cyklus je ukončen napuštěním dialyzačního roztoku s následující jednou nebo dvěma prodlevami ve dne, nebo vypuštěním dialyzátu. Přílivová peritoneální dialýza (TPD) znamená napuštění, vypuštění a opětovné napuštění pouze části původního objemu roztoku. Proto zůstává určité procento napuštěného objemu trvale v peritoneu. Tím se sníží ztráty času při napouštění a vypouštění roztoku a peritoneum je tak trvale v kontaktu s dialyzačním roztokem. (Teplan, 2006, s. 408)

2.5.1 Srovnání s henodialýzou

Hlavní výhodou peritoneální dialýzy (PD) oproti hemodialýze (HD) je vyrovnaný stav vnitřního prostředí bez prudkých změn koncentrace dusíkatých katabolitů, elektrolytů a vody. Což se podílí na lepší kontrole krevního tlaku v prvních letech po zahájení PD, hemodynamické stabilitě a delším udržení zbytkové funkce vlastních ledvin. U nemocných léčených PD je rovněž méně vyjádřena renální anemie. Příčin je hned několik – odpadávají krevní ztráty do mimotělního oběhu a peritoneální membrána umožňuje jednodušší odstraňování uremických toxinů. Mezi další pozitiva patří, že není nutné zakládat cévní přístup. Z psycho-sociálního hlediska je důležité, že dialyzování jsou léčeni ambulantně a nemusí často dojíždět do dialyzačního centra. Na kontrolu přicházejí jednou za 4 až 6 týdnů. Tito pacienti také profitují z flexibility dialyzačního schématu, kdy je pro ně jednodušší zařizování dovolené a podobně. Negativitou při PD je fakt, že zůstává riziko vzniku infekčních komplikací, zejména peritonitidy. (Teplan, 2006, s. 408)

2.5.2 Princip peritoneální dialýzy

Při peritoneální dialýze slouží jako dialyzační membrána peritoneum. Transport roztoku a vody probíhá obousměrně mezi kapilárami peritonea a dialyzačním roztokem napuštěným do dutiny břišní. K transportu dochází na principu difuze a částečně i konvekce. (Teplan, 2006, s. 408)

Jak se zavádí peritoneální katetr, který je nutný pro peritoneální dialýzu do dutiny břišní? Jde o malý chirurgický výkon, který trvá asi 20 minut. Katetr se zavede pod pupek, kde byl vytvořen asi 2 cm otvor. Tento katetr se může použít k napuštění dialyzačního roztoku hned, je ale lepší pokud se nechá vrůst do tkáně, což může trvat 2-3 týdny.

3 POTŘEBY ČLOVĚKA

Potřeba je projevem jakéhokoliv nedostatku, absence něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba vede k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu nebo naopak vede k vyhýbání se určité podmínce, jež je nepříznivá pro život. Prožívání nedostatku má vliv na psychickou činnost člověka a tím zásadně ovlivňuje vzorec chování jedince. Lidské potřeby se mění, vyvíjejí a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů. Každý člověk uspokojuje své potřeby individuálním způsobem. Během života se potřeby mění z hlediska kvantity a kvality. Je důležité uvědomit si, že všichni lidé mají společné potřeby, avšak tyto potřeby jsou uspokojovány různými způsoby života. (Trachtová, 2006, s. 10)

3.1 VÝZNAM POTŘEB

Potřeby lze uspokojovat dvěma způsoby, žádoucím a nežádoucím. Při uspokojování potřeb žádoucím způsobem neškodíme sobě ani svému okolí. Naopak nežádoucím způsobem můžeme škodit dané osobě nebo jiným, nebývají ve shodě se sociálně kulturními hodnotami a často překračují meze zákona.

Projev nedostatku vyjadřuje stav organismu a ten odstartuje proces motivace. Otázkou motivace je proč se člověk chová tím a oním způsobem. Motivaci lze označit za proces, jež určuje směr, sílu a trvání daného chování a jednání. Může být vědomá a nevědomá. (Trachtová, 2006, s. 11)

3.2 HIERARCHIE POTŘEB DLE MASLOWA

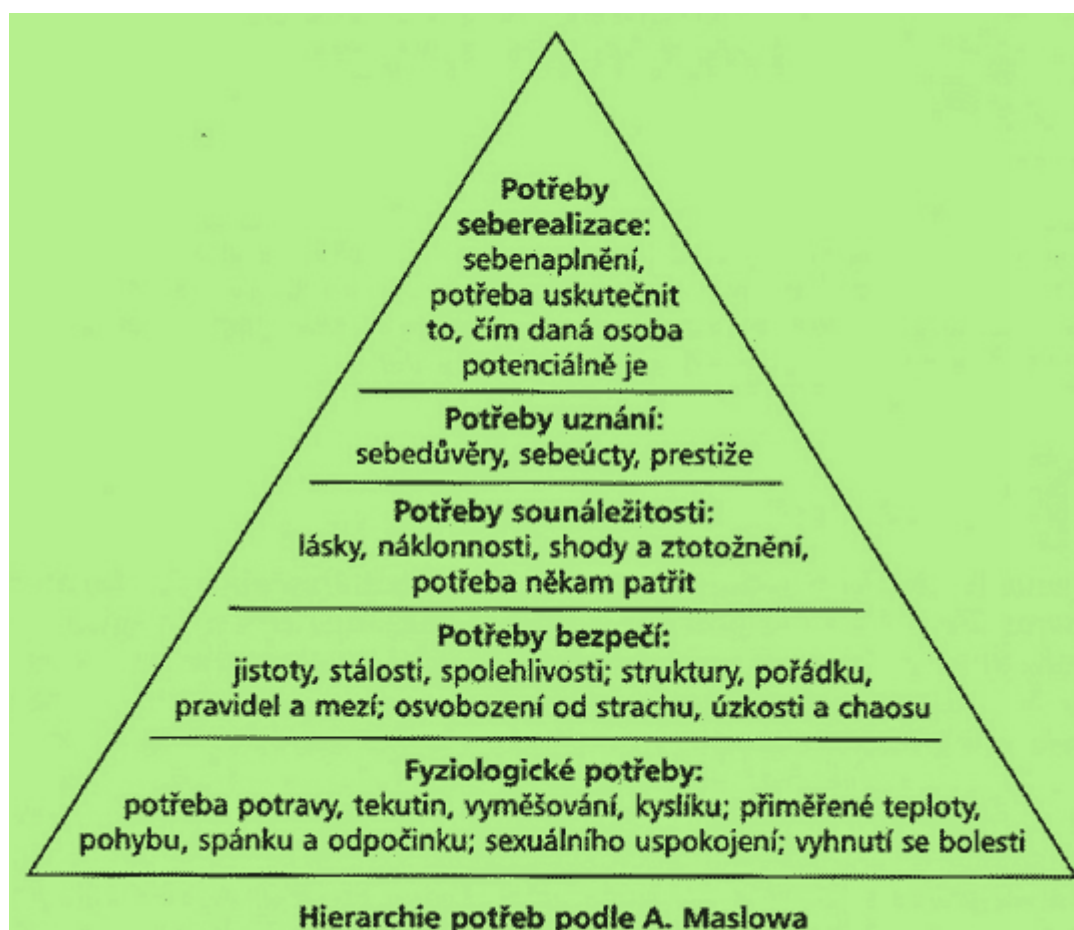
Ošetřovatelství se opírá o teorii potřeb Abrahama Maslowa. Ten uspořádal potřeby do hierarchické klasifikace tzv. Maslovova pyramida potřeb. Tato klasifikace objasňuje princip vnímání a prožívání potřeb člověka. Neuspokojená lidská potřeba je v ošetřovatelství problémem. Pokud se vyskytují významné ošetřovatelské problémy, což jsou neuspokojené potřeby v nižších patrech pyramidy, mohou se stát po určitou dobu pro jedince dominantními a převládají nad potřebami z vyšších pater Maslovovy hierarchie. Neuspokojení jakékoli potřeby může velmi negativně ovlivňovat a komplikovat zdravotní stav. (Hůsková a kol., 2009, s. 11)

Podle Maslowa má každý jedince individuální systém motivů, jež je hierarchicky uspořádán:

1. Fyziologické potřeby se objevují při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu. Jedinec většinou uspokojuje tyto potřeby dříve než se stanou aktuálními. Pokud tato situace nastane, ovlivní celkové vnímání a jednání člověka.

2. Potřeba jistoty a bezpečí znamená vyvarovat se nebezpečí a ohrožení. Objevuje se vždy při ztrátě pocitu životní jistoty.
3. Potřeby lásky a sounáležitosti znamená potřebu milovat a být milován. Vystupuje hlavně v situacích osamocení a opuštění.
4. Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty se vyjadřuje důvěrou v okolním světě, respektem druhých lidí.
5. Potřeba seberealizace a sebeaktualizace vystupuje jako realizace vlastních schopností a záměrů.

Obr. č. 1: Hierarchie potřeb



3.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO

Je známa celá řada faktorů, jež znemožňují nebo narušují způsob uspokojování potřeb člověka. Mezi nejčastější patří nemoc, která brání lidem k uspokojování jejich potřeb. Je velmi důležité rozlišit, zda jde o neuspokojenou potřebu, která bude dočasná nebo u chronicky nemocného, kde zpočátku bude hodnota potřeb jiná. Jedinci často zaměřují pozornost na fyziologické potřeby a přechodně pro ně vyšší potřeby nejsou důležité.

Velmi specifická je také osobnost člověka. Rozhodující je rozlišení zda jde o extroverta nebo introverta, emociální labilitu a odolnost vůči zátěži. Narušená sebekoncepce snižuje schopnost posoudit zda byly potřeby uspokojené nebo ne. Jedinci, kteří se poznají a váží si sami sebe snadněji identifikují své potřeby a uspokojí je.

Dalším faktorem důležitým pro uspokojení potřeb jsou mezilidské vztahy. Špatné rodinné vztahy mohou u člověka vyvolat narušení při uspokojování potřeb a zkomplikovat nebo prodloužit léčbu. (Trachtová, 2006, s. 17)

3.4 OMEZENÍ ŽIVOTNÍCH POTŘEB

Neustálé uspokojování potřeb, i tak můžeme popsat život člověka. Existují potřeby, které se nemocí nemění a jsou stejné jako u zdravého člověka. Mezi ně řadíme potřebu vzduchu, spánku, výživu a vyprazdňování. Při onemocnění může být jejich potřeba pocíťována silněji nebo může být přehodnocena.

Dále dělíme potřeby na ty, které se nemocí modifikovaly. Jsou variabilní, individuální a jsou ovlivněny daným onemocněním. Zde věnujeme pozornost hlavně potřebám sociálním, které jsou zpočátku omezeny a vracejí se postupně. Vedle omezení se může projevit i deformace dřívějších potřeb, protože ne všichni jedinci se vrátí do původního stavu jako před nemocí. Klient chce na svém uzdravení aktivně spolupracovat a pozitivní výsledky ho motivují a pomáhají překonávat bolest a strach. Fyzická aktivita pomáhá jedinci navazovat a zkvalitňovat kontakt a zároveň odvádí pozornost od jeho obtíží. Velmi důležitá je i vzájemná komunikace. Informovanost klienta přispívá k jeho klidu a lepší spolupráci při léčbě. Potřeby, které nemocí vznikly závisí na osobnosti pacienta, stavu a průběhu nemoci, informovanosti a předchozích zkušenostech.

Nejnáléhavější je potřeba navrácení zdraví, omezení nebo zbavení se bolesti a obnovení sociálních rolí. Člověk je bio-psycho-sociální bytost a jeho nálada, prožívání a chování závisí na uspokojování potřeb. (Šrámková, 2007, s. 21)

4 KVALITA ŽIVOTA

Jsme běžně zvyklí mluvit o kvantitě života, což je délka života. Ta se uvádí velmi jednoduše a to číselně vyjádřením počtem let. Tak je snadné vyjádřit jak dlouho žili, ti kteří odešli i to jak dlouho existují ti, jež doposud žijí. Jak je to ale s kvalitou života? (Křivohlavý, 2002, s. 162)

Kvalita života se stále více prosazuje a stává se tak základním měřítkem závažnosti stavu nemocného. Po marných snahách ji objektivně klasifikovat dospěli odborníci k závěru, že je to výrazně subjektivní hodnota. Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekávání a zájmům. Na rozdíl od pocitu pohody, který se označuje jako psychologický nebo emoční stav, koncept kvality obsahuje různé oblasti, jež jsou spojené s fyzickým, funkčním, psychickým a sociálním zdravím jedince. Je definována jako pacientův subjektivní názor na zdraví a jeho funkce, ale také jako objektivní míra pro srovnání životní úrovně jednotlivých skupin lidí. Kvalita života má své tři směry-subjektivní pocit pohody, objektivní schopnost fungovat v každodenním životě a dostupnost zevních zdrojů materiální povahy a sociální podpory. Rozdíl mezi uznávaným ideálem a realitou se někdy může zdát velký, a přesto není příčinou nekvalitního prožívání života. Spousta hendikepovaných a vážně nemocných je důkazem, že lze žít kvalitní život i s nemocí.

Dobrou kvalitu života můžeme charakterizovat dobrými životními podmínkami, žádným omezováním požadovaných aktivit a pocitem štěstí. Špatnou kvalitu života vystihuje pocit diskomfortu, bolest a omezení aktivit. Jisté ovšem je, že určitá objektivní kritéria je třeba používat, protože při dlouhotrvajícím špatném zdravotním stavu vzniká jedinci nárok na invalidní důchod nebo na dávky sociální podpory a pomoci. Tato opatření mohou nemocnému pomoci zvýšit jeho kvalitu života. Kvalita života je souhrn mnoha faktorů a není lehké je kvantifikovat a spolehlivě hodnotit pro převahu subjektivních prvků. Při celkovém zhodnocení z hlediska společnosti, zda poskytnout péči v souladu se základními hodnotovými principy je nutné vyzdvihnout subjektivitu tohoto hodnocení. (Bártlová, 2005, s. 89)

4.1 POSTOJ KLIENTA K NEMOCI

Každý proces změny zdravého člověka v pacienta má svou fyziologickou, patofyziologickou, psychologickou a sociální stránku. Při narušení zdraví, při negativních změnách zdravotního stavu člověka dochází nejen k biologickým změnám, ale i ke změně sociální role.

Nemoc pro člověka znamená radikální změnu situace a mnohdy i prostředí, v němž se odehrává jeho každodenní život. Nemoc zbavuje povinností, člověk bývá práceneschopným a mnohdy je zbaven domácích povinností. Na tuto situaci reaguje každý jinak. U lidí, jež jsou pracovně velmi činní se může objevit pocit méněcennosti až depresivní nálada. Jiní svůj stav mohou naopak prožívat jako velmi příjemnou výhodu. Reakce na nemoc je individuální. Jde o způsob vyrovnání se s životní situací tak, jak si ji jedinec během života osvojil. (Šrámková, 2007, s. 20)

4.2 PŘIJETÍ CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Onemocnění může mít několik různých průběhů. Nejčastější je schéma: zdraví- akutní nemoc- uzdravení. U chronicky nemocného ovšem poslední fáze chybí. Nemocný se o své nemoci dozvídá postupně. Důležitý je způsob, jakým onemocnění vstoupí do života člověka. Chronická nemoc nejčastěji zasáhne fyzickou, psychickou a sociální oblast. Na kvalitě života se podílí nejen závažnost onemocnění a možnost léčby, ale také osobnostní dispozice jedince se s nemocí vyrovnat. Velmi často se pohybují mezi nemocnicí a domovem, mění se jejich sociální role a mnohdy bývá nemocný invalidizován ve smyslu odchodu do invalidního důchodu. Reakce na tuto situaci mohou být adaptivní či maladaptivní, přijetí nebo nepřijetí dané situace. (Mahrová, 2006, s. 114)

Způsob jak se člověk vyrovnává s dlouhodobou nemocí závisí na:

- závažnosti onemocnění, na charakteru obtíží a následků
- celkové osobnostní charakteristice nemocného
- způsobu života, na míře nutných změn
- reakci rodiny, na celkové zázemí

4.3 VLIV CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ ČLOVĚKA NA JEHO RODINU

Změna celkového stavu chronicky nemocného se netýká pouze jeho, ale zasahuje i do jeho nejbližší rodiny. Lékaři věnovali pozornost rodinám pacientů na dialýze, kde zjistili, že došlo ke změně životních rolí. Ty obvykle vykrystalizují před nemocí do určitého vztahu, například jeden z partnerů je dominantní, druhý je spíše submisivní. Došlo-li k chronickému onemocnění dominantního člověka této dvojice, musí druhý partner, doposud submisivní, převzít jeho dominantní roli. Ukázalo se, že za takových podmínek je flexibilita velkým pozitivem. V řadě prací byla věnována pozornost sledování vzájemných vztahů manželů v důsledku chronické nemoci. V řadě případů se páry shodly, že se jejich vztah zlepšil, když jeden z nich onemocněl. Situace je ovšem složitější a hlubší psychologické sondy zjistily, že páry jsou si skutečně bližší, avšak míra jejich spokojenosti v manželství se nezvýšila, spíše naopak klesla. (Křivohlavý, 2002, s. 130)

4.4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA

Následující tabulka uvádí faktory kvality života.

Tab. č. 1: Faktory kvality života

Faktor	Charakteristika veličiny
Fyzická kondice	Do značné míry určována výskytem různých symptomů onemocnění eventuálně i nežádoucími účinky aplikované terapie
Funkční zdatnost	Zahrnuje především stav tělesné aktivity. Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě podobně.
Psychický stav	Hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, osobnostní charakteristika, prožívání bolesti a podobně.
Spokojenost s léčbou	Jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.
Sociální stav	Hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi a podobně.

(modifikováno podle Klenera, 2002 a Stablové, 2002) ⁵

⁵ *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004 [cit. 2011-03-01]. Kvalita života. Dostupné z: WWW: <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf>.

4.5 KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH KLIENTŮ

Požadavek kvalitního života znamená, aby člověk i v nemoci mohl žít přijatelným způsobem se svými blízkými, aby mohl používat své schopnosti, zájmy, aby netrpěl bolestí, byla respektována jeho důstojnost a jeho práva. Život s chronickým selháním ledvin a s dialýzou je pro člověka velkým břemenem. Nemoc sebou přináší nepříjemné příznaky, je spojena s komplikacemi a zasahuje do života nemocného. Přes všechny obtíže žije velký počet dialyzovaných klientů poměrně spokojený život a řadu z nich lze obdivovat pro dennodenní boj s nemocí. Klienti, jež se dozví, že jejich život bude spojen s dialyzační léčbou reagují zpočátku negativně. Pacient si uvědomuje, že terapie bude výrazná změna v jeho dosavadním životě. Po několika týdnech léčby již většinou vnímají nemocní svoji situaci jinak. Mají za sebou období spojené se založením cévního přístupu, první zkušenost s dialýzou a někdy i pocit fyzické a psychické úlevy. Tato změna svědčí o schopnosti psychiky přizpůsobit se dané situaci, snaha obstát a najít smysl v životně náročných situacích.

Pokud mluvíme o kvalitě života u dialyzovaných klientů, myslíme tím jak se cítí tělesně, psychicky, sociálně a duchovně. Pokus ale chceme posuzovat kvalitu života, musíme brát v úvahu zejména subjektivní hodnocení jedince a jeho spokojenost s životem. Zajímavou skutečností je, že zdravotníci i laici hodnotí kvalitu života nemocných obecně jako horší než jak ji vnímají samotní pacienti. Čím je tato rozdílnost způsobena? Jedním z hlavních důvodů je přehodnocení toho, co je normální zdraví. Dialyzovaný člověk si uvědomí, že to co mu před tím trvalo chvíli, je nyní i třikrát delší. Dalším důvodem je adaptace na dialýzu. Což znamená, že pacient si po prvotním šoku projde obdobím přivykání, přizpůsobování se a smíření se. Výsledkem tohoto několikaměsíčního procesu je přijetí dialýzy jako součást života.

Ukazuje se, že dialyzovaní klienti mají společnou charakteristiku, chápou dialýzu jako metodu, jež jim umožňuje žít. Lidé s chronickým onemocněním často tvrdí, že nemají pro sebe ani pro druhé žádnou cenu. Přesto k dobrému životu s dialýzou patří, že jedinec dospěje k závěru o své skutečné ceně pro sebe i pro druhé a vnímá se jako plnohodnotný člověk.⁶

⁶ Stěžeň [online]. 2004 [cit. 2011-02-01]. Kvalita života dialyzovaných. Dostupné z : WWW: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2004/03/2004_3_06.html>.

4.6 FYZICKÁ AKTIVITA

Pravidelný pohyb je nepostradatelný v současném životním stylu nejen u zdravých, ale také zdravotně oslabených jedinců. Pravidelný pohyb přispívá také k pozitivnímu psychickému naladění. Během dialyzační léčby dochází ke snížení fyzické kondice o 50 % - 60 % populačních norem. Se sníženou kondicí jsou spojeny i poruchy svalové funkce-pokles svalové síly a úbytek svalové hmoty, nejčastěji v oblasti svalstva pánve a dolních končetin. Tím může dojít k omezení celkové soběstačnosti a sebeobsluhy.

Dialyzační program je velmi náročný časově, psychicky a fyzicky. Dialýza by se však neměla stát překážkou pro fyzickou aktivitu. Je proto důležité najít si vhodnou pohybovou aktivitu, jež pacienta nadměrně nezatíží, ale spíše naopak povede ke zvýšení jeho výkonnosti a pomůže mu dodat energii k běžným každodenním úkonům.

Přibližně po třech měsících pravidelné fyzické aktivity se objevují první pozitivní výsledky pohybové léčby. Je důležité začít postupně a pozvolna a teprve po zvládnutí základních cviků je možné přidat cviky náročnější. Obecně se doporučuje začít s intervalovými tréninky, což je prokládání fyzické aktivity a odpočinku. Před samotným zahájením pravidelné fyzické aktivity je vhodné podstoupit funkční motorické testy, jež ukazují stav organismu člověka. Tyto testy lze absolvovat pod odborným vedením a dohledem v rámci cvičební skupiny pro dialyzované jedince.⁷

4.7 CESTOVÁNÍ S DIALÝZOU

Cestování klientů, jež jsou závislí na dialyzační léčbě je komplikováno nutností k zajištění pokračování zavedené terapie bez jakéhokoliv přerušení. Proto řada zdravotnických zařízení provozuje celou síť dialyzačních středisek na velmi profesionální úrovni. V rámci svých služeb zprostředkují dialýzu v různých destinacích, prakticky po celém světě a zajistí tak pacientům prázdninový pobyt mimo domov s jistotou kvalitní dialyzační léčby. Program prázdninová dialýza je pro klienty podstupující dialyzační proces, ti tak mohou bez výrazných omezení cestovat na dovolenou do zahraničí, kde mají zajištěnou dialýzu přímo v místě pobytu. Hned po prvním kontaktu s poskytovatelem dialyzačních prázdnin, dostane klient dva formuláře, a to přihlášku k pobytu a lékařskou zprávu, tyto formuláře je nutné odevzdat čtyři týdny před odjezdem.

⁷ Ledviny [online]. 2011 [cit. 2011-02-24]. Pohybová aktivita. Dostupné z : WWW: <<http://www.ledviny.cz/clanky/dialyza-a-pohybove-aktivita>>.

Jak probíhá úhrada za dialýzu? V případě Evropské Unie je důležité, je-li středisko zařazeno do systému veřejného zdravotního pojištění.

Pokud ano, klient se nemusí o nic starat a platba proběhne přes Evropský průkaz pojištěnce. Pokud jde o státy, se kterými má Česká republika uzavřenou mezinárodní smlouvu (Chorvatsko, Srbsko a Černou Horu a Izrael), jsou občanům zaručeny podmínky stejné jako mají místní pacienti. Konkrétní postup je pak takový, že si klient u své zdravotní pojišťovny vyžádá speciální formulář, ten odevzdá v příslušném městě v nejbližší pobočce zahraniční pojišťovny. Poté je veškerá léčba vyúčtována mezi zdravotními pojišťovnami. Pokud je to obvyklé, na místě zaplatí spoluúčast.⁸

⁸ *Fresenius* [online]. 2006 [cit. 2011-05-12]. Prázdninová dialýza. Dostupné z: WWW:<<http://www.fresenius.cz/ClanekFormular.aspx?kod=PACIENTIPRDIALYZA&root=PACIENTI&sub=PACIENTIPRDIALYZA>>

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PROJEKT VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole se budu věnovat výzkumnému šetření.

5.1 Cíle výzkumného šetření

Cíl č. 1: Zjistit, zda došlo vlivem dialyzační léčby ke změně v zaměstnání.

Cíl č. 2: Zjistit, zda klienti mají problém s dodržováním dietních opatření.

Cíl č. 3: Zjistit, jak se rodina dialyzovaného klienta staví k jeho léčbě.

Cíl č. 4: Zjistit, jak klient sám hodnotí kvalitu svého života.

5.2 Metoda výzkumného šetření

Jako metodu pro své výzkumné šetření jsem použila dotazník, který jsem vytvořila na podkladě svých vědomostí a studia z odborných knih.

Dotazník je určen pro šetření u dialyzovaných klientů, jež pravidelně podstupují dialyzační léčbu.

Dialyzovaným jedincům byl předložen dotazník, který obsahoval 22 otázek tohoto typu:

- otázky uzavřené (otázka č. 1, 2, 4, 5, 6, 8-22),
- otázky polouzavřené (7, 3).

5.3 Podmínky výzkumného šetření

Nejdříve jsem si chtěla ověřit srozumitelnost otázek. Proto jsem zvolila pilotní šetření, jež se týkalo 4 respondentů. Ti nebyli zařazeni do hlavního výzkumného šetření. Po tomto rozhovoru jsem zjistila, že uvedeným otázkám rozuměli. Proto jsem tuto definitivní verzi dotazníku rozdala na dialyzační oddělení a do nefrologické ambulance.

5.4 Organizace výzkumného šetření

Samotné výzkumné šetření jsem prováděla v rozmezí ledna až dubna 2011. Vytištěných dotazníků jsem rozdala 70 s návratností 49. Návratnost dotazníků je tedy 70 %.

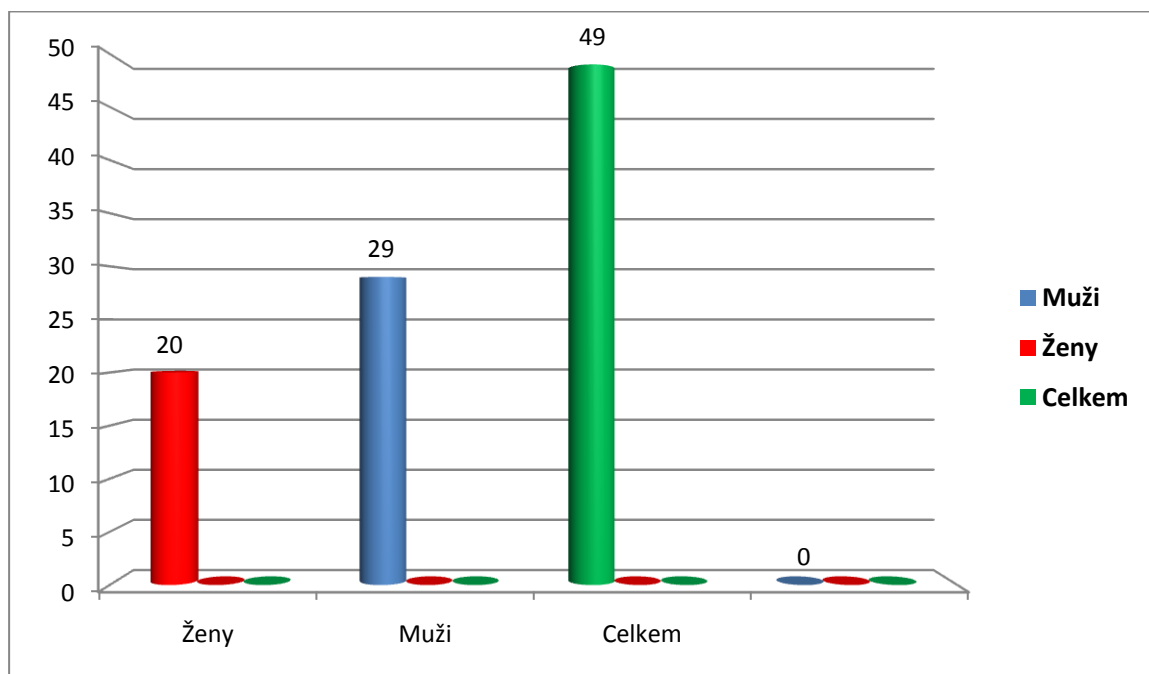
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Položka č. 1: Pohlaví respondentů

Tab. č. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	20	41 %
Muži	29	59 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Komentář:

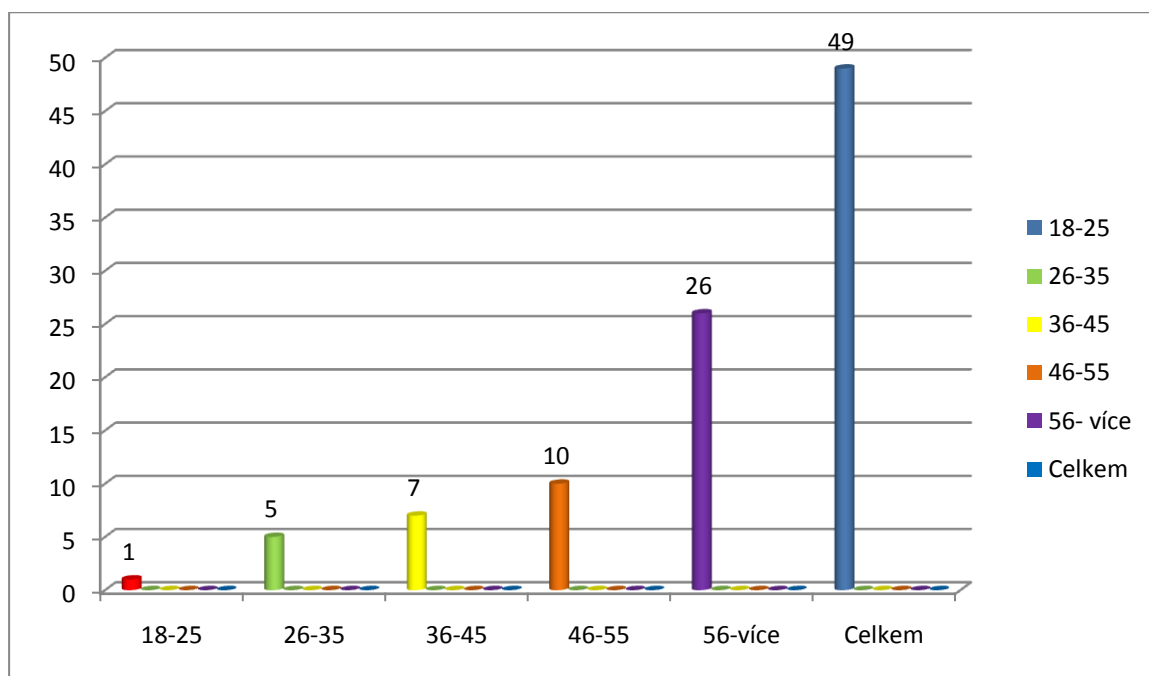
Výzkumného šetření se zúčastnilo 49 respondentů. Z toho je 59 % mužského pohlaví a 41 % respondentů je pohlaví ženského.

Položka č. 2: Věk respondentů

Tab. č. 3: Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-25	1	2 %
26-35	5	10 %
36-45	7	14 %
46-55	10	21 %
56- více	26	53 %
Celkem	49	100 %

Graf. č. 2: Věk respondentů



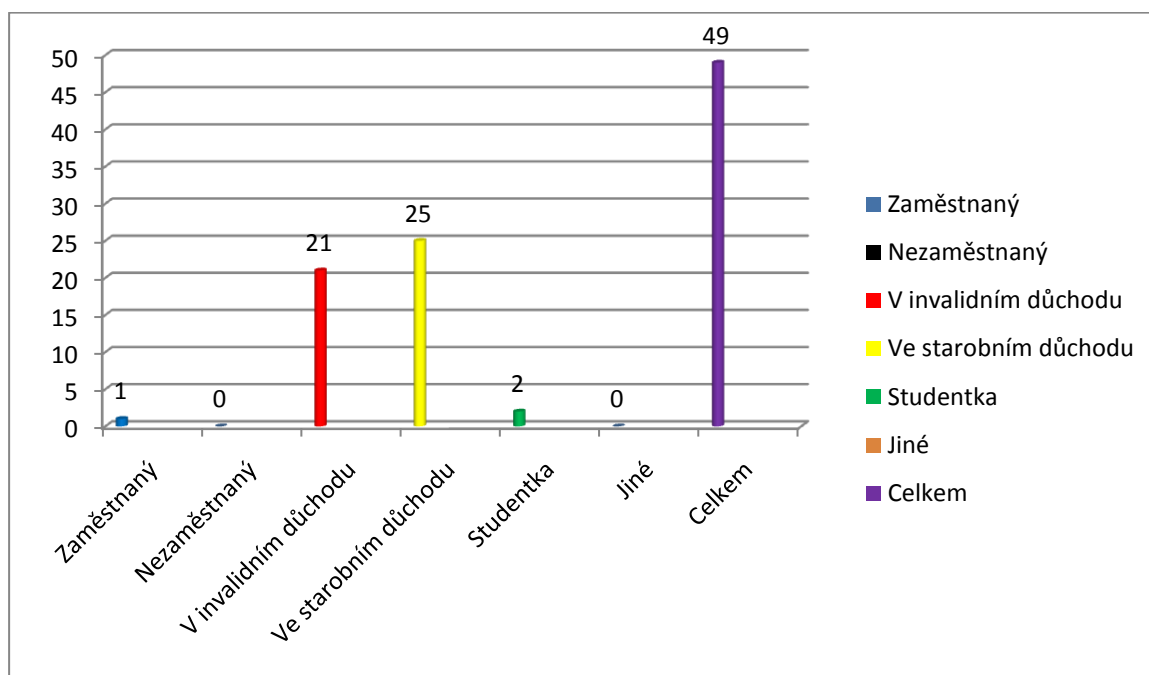
Komentář: Do skupiny 18-25 let patří 2 % respondentů.. Další skupina 26-35 let tvoří 10 % respondentů. Ve věku 36-45 let bylo 14 % respondentů. Věk 46-55 let uvedlo 21 % respondentů. Poslední skupina 56- více let zahrnovala 53 % respondentů.

Položka č. 3: V současné době jste?

Tab. č. 4: V současné době jste?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
zaměstnaný	1	2 %
nezaměstnaný	0	0 %
v invalidním důchodu	21	43 %
ve starobním důchodu	25	51 %
studentka	2	4 %
jiné	0	0 %
celkem	49	100 %

Graf č. 3: V současné době jste?



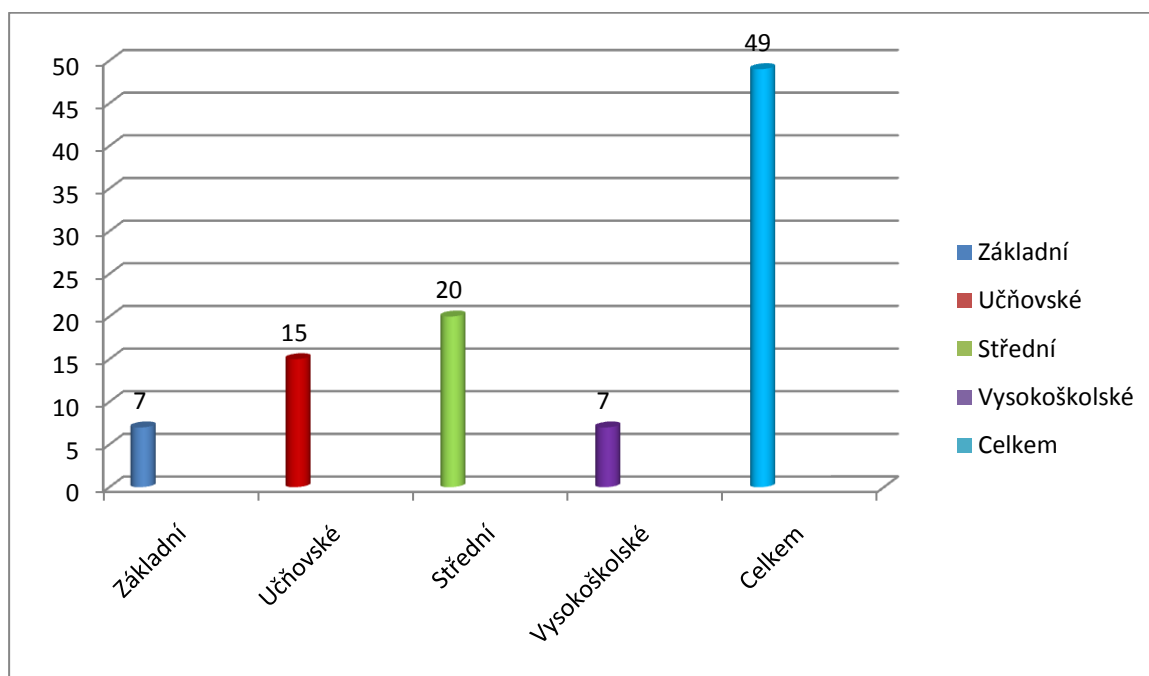
Komentář: 51 % respondentů je ve starobním důchodu, 43 % respondentů je v invalidním důchodu. 2 % respondentů je zaměstnaných a 4 % respondentů studují.

Položka č. 4: Nejvyšší ukončené vzdělání

Tab. č. 5: Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	7	14 %
Učňovské	15	31 %
Střední	20	41 %
Vysokoškolské	7	14 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 4: Vzdělání



Komentář:

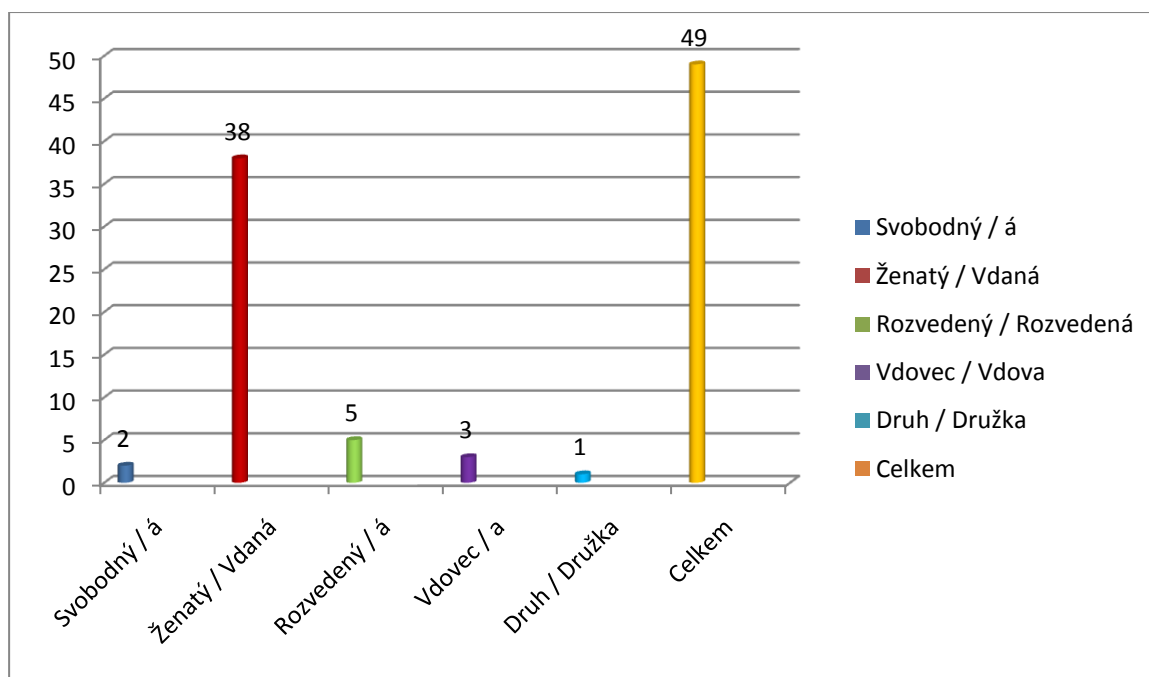
14 % respondentů má základní vzdělání. 31 % respondentů odpovědělo, že má učňovské vzdělání. 41 % respondentů je středoškolsky vzděláno a 14 % respondentů má vysokou školu.

Položka č. 5: Rodinný vztah

Tab. č. 6: Rodinný vztah

Rodinný vztah	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný / á	2	4%
Ženatý / á	38	78%
Rozvedený / á	5	10%
Vdovec / a	3	6%
Druh / Družka	1	2%
Celkem	49	100%

Graf č. 5: Rodinný vztah



Komentář:

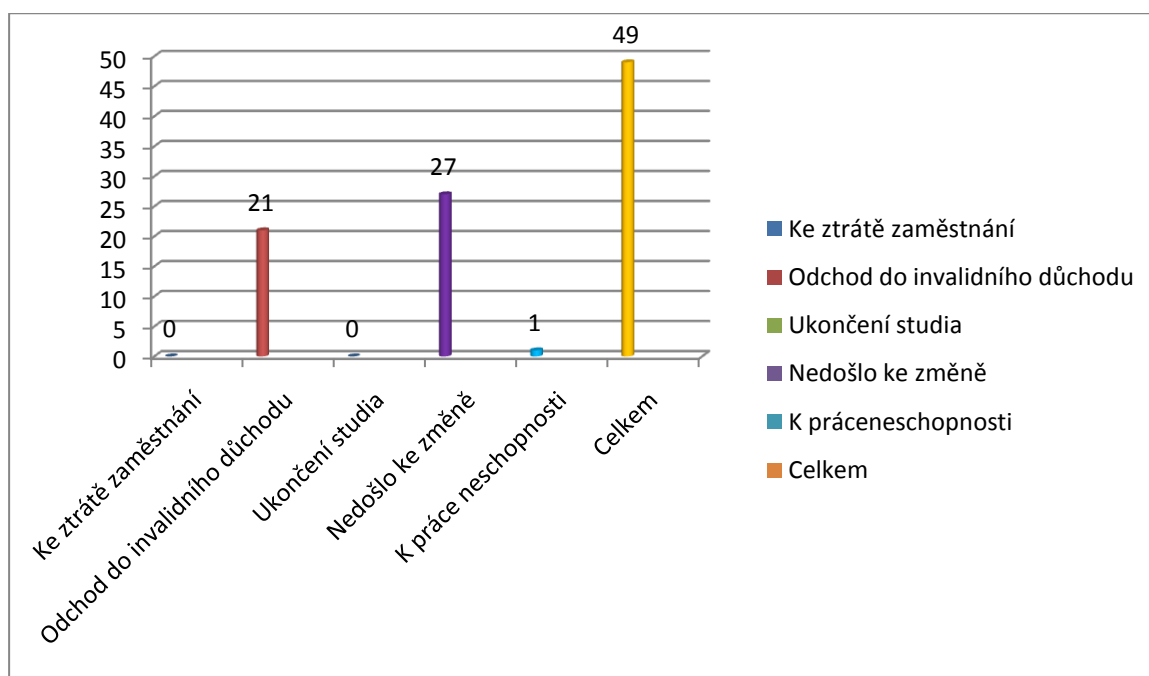
78% respondentů žije v manželském svazku. Skupina 10% respondentů je rozvedená. Celých 6% osob je ovdovělých. 4% respondentů uvedli, že jsou rozvedení a poslední respondent odpověděl, že žije s druhem / družkou.

Položka č. 6: Při zahájení dialyzační léčby u Vás došlo?

Tab. č. 7: Změny při zahájení léčby

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ke ztrátě zaměstnání	0	0 %
Odchod do invalidního důchodu	21	43 %
Ukončení studia	0	0 %
Nedošlo ke změně	27	55 %
K práce neschopnosti	1	2 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 6: Změny při zahájení léčby



Komentář:

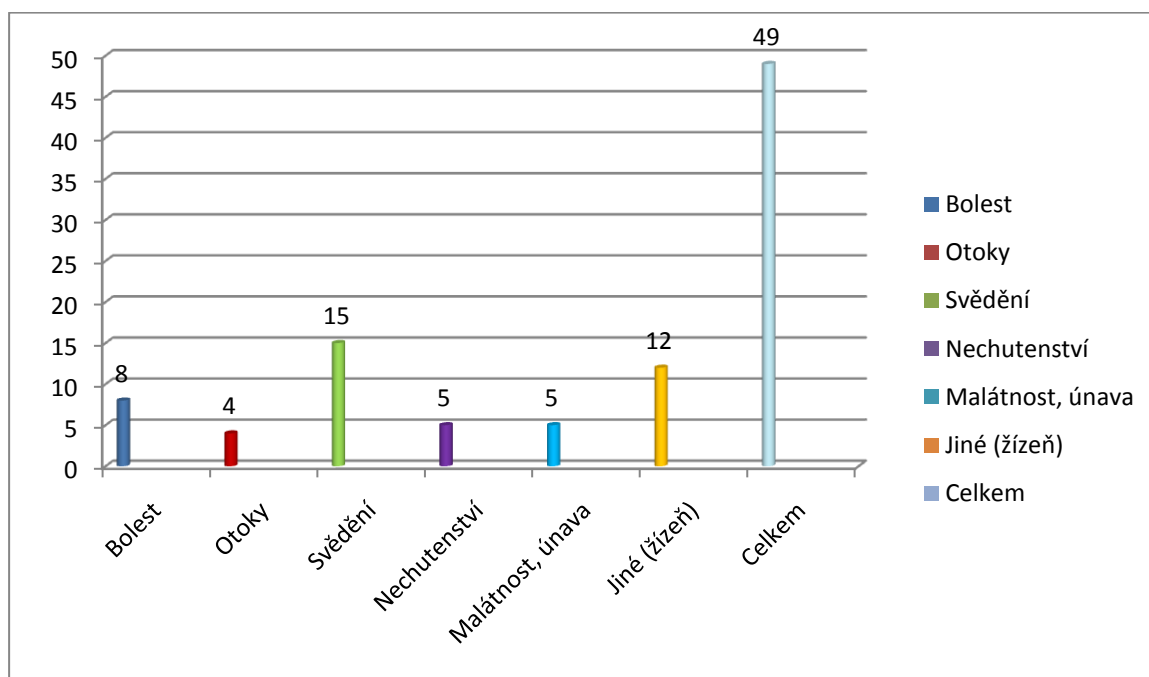
43 % respondentů odešlo do invalidního důchodu. K žádné změně nedošlo u 55 % respondentů. U 2 % respondentů došlo k práceneschopnosti.

Položka č. 7: Obtíže po dialýze

Tab. č. 8: Obtíže po dialýze

Obtíže při dialýze	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolest	8	16 %
Otoky	4	8 %
Svědění	15	31 %
Nechutenství	5	10 %
Malátnost, únava	5	10 %
Jiné (žízeň)	12	25 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 7: Obtíže po dialýze



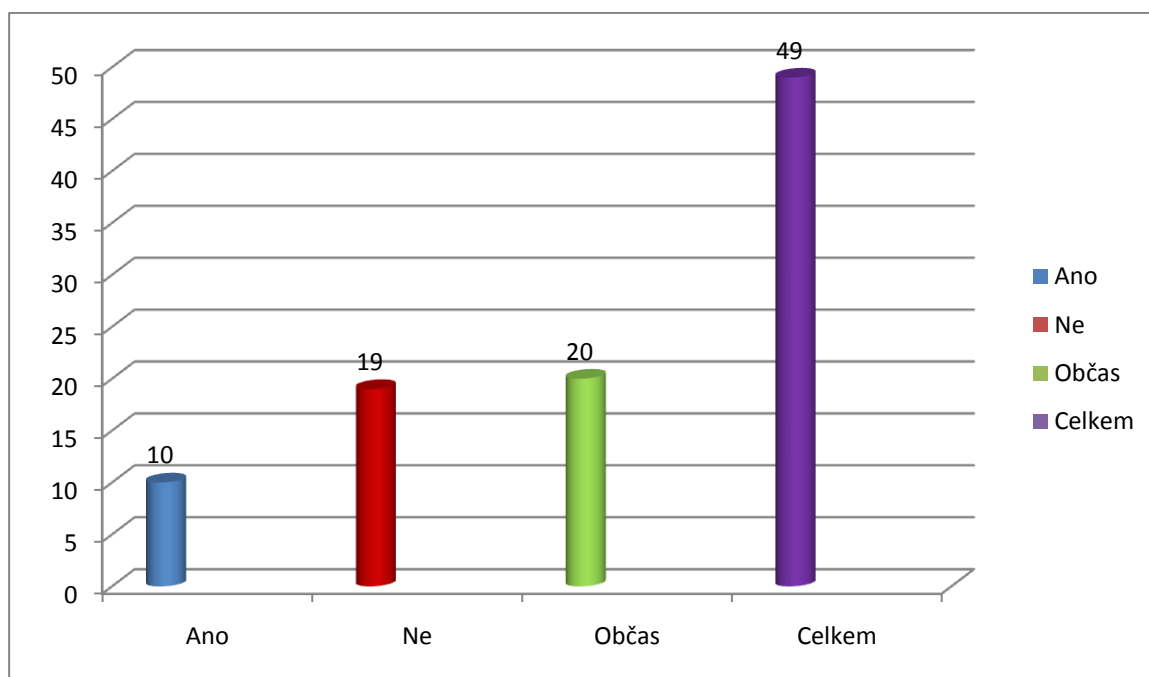
Komentář: 16 % respondentů pociťuje po dialýze bolest. 8 % respondentů uvádí otoky. 31 % respondentů pociťuje svědění. 10 % trpí nechutenstvím. Další skupina 10 % se cítí unavená a 25 % respondentů označilo jako problém pocit žízně.

Položka č. 8: Je pro Vás obtížné dodržovat dietní opatření?

Tab. č. 9: Dodržování dietních opatření

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	20 %
Ne	19	39 %
Občas	20	41 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 8: Dodržování dietních opatření



Komentář:

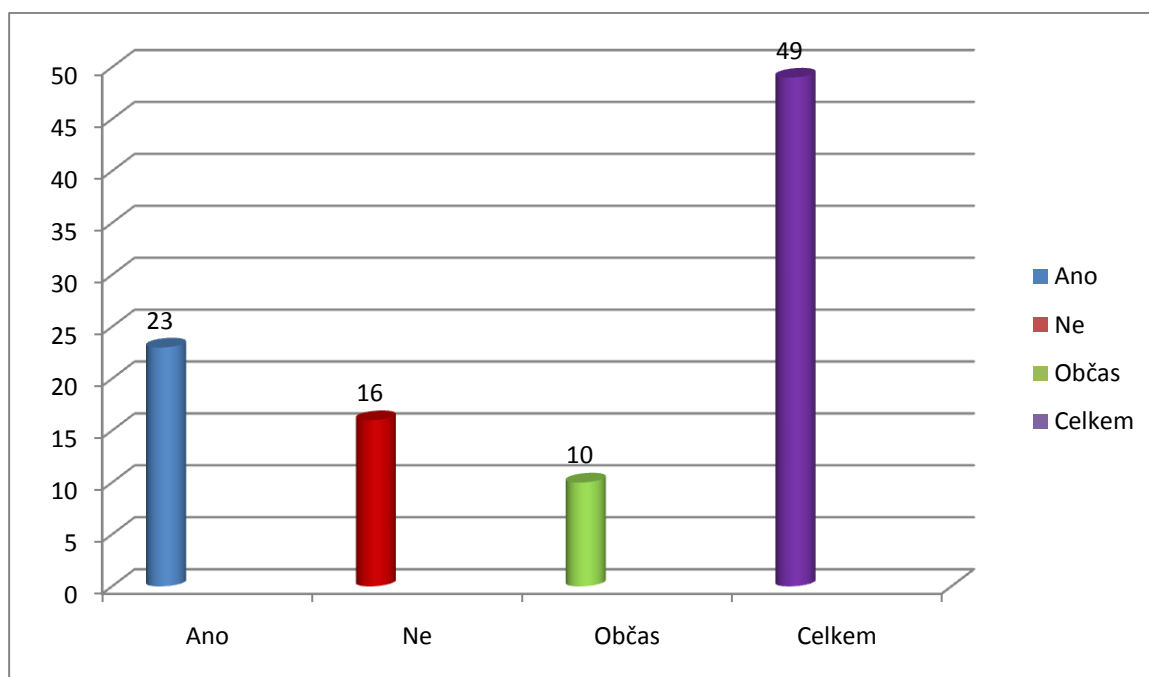
20 % respondentů uvedlo, že má obtíže s dodržováním dietních opatření. 39 % respondentů nemá potíže s dietními opatřeními a poslední skupina 41 % respondentů uvedla, že je občas obtížné dodržovat dietu.

Položka č. 9: Máte potíže s dodržováním pitného režimu?

Tab. č. 10: Pitný režim

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	47 %
Ne	16	33 %
Občas	10	20 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 9: Pitný režim



Komentář:

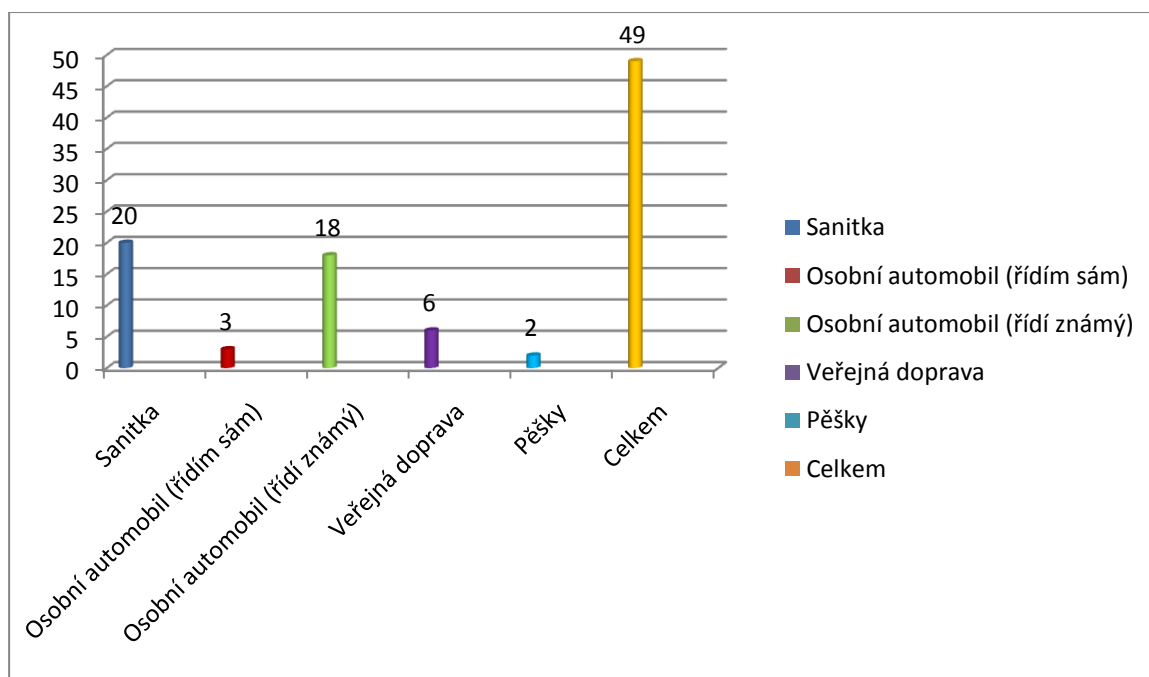
47 % respondentů uvádí potíže při dodržování pitného režimu. 33 % respondentů nemá potíže s dodržováním pitného režimu a 20 % respondentů má občas potíže dodržet pitný režim.

Položka č. 10: Jak se dopravujete na dialýzu?

Tab. č. 11: Doprava na dialýzu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sanitka	20	41 %
Osobní automobil (řídím sám)	3	6 %
Osobní automobil (řídí známý)	18	37 %
Veřejná doprava	6	12 %
Pěšky	2	4 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 10: Doprava na dialýzu



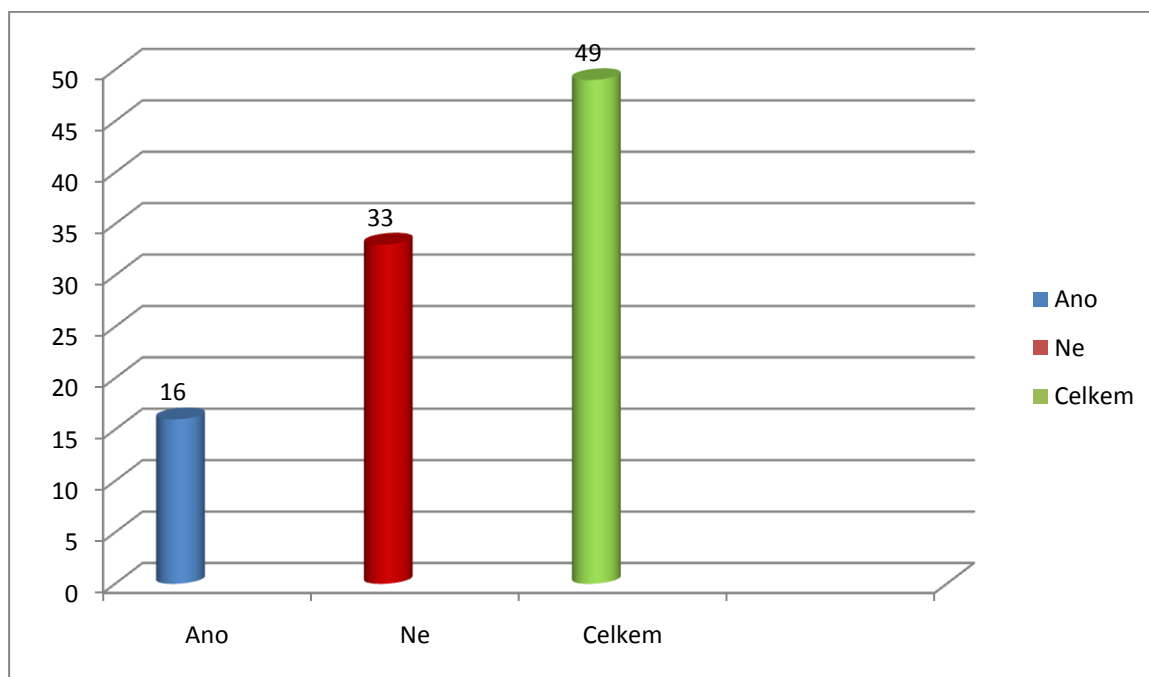
Komentář: 41 % respondentů využívá dopravu prostřednictvím sanitky. 6 % respondentů využívá osobní automobil, jež sami řídí. 37 % respondentů na dialýzu vozí známí automobilem. Veřejnou dopravu využívá 12 % respondentů a poslední skupina 4 % respondentů na dialýzu chodí pěšky.

Položka č. 11: Jste zařazen (a) do čekací listiny pro transplantaci ledviny?

Tab. č. 12: Čekací listina

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	33 %
Ne	33	67 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 11: Čekací listina



Komentář:

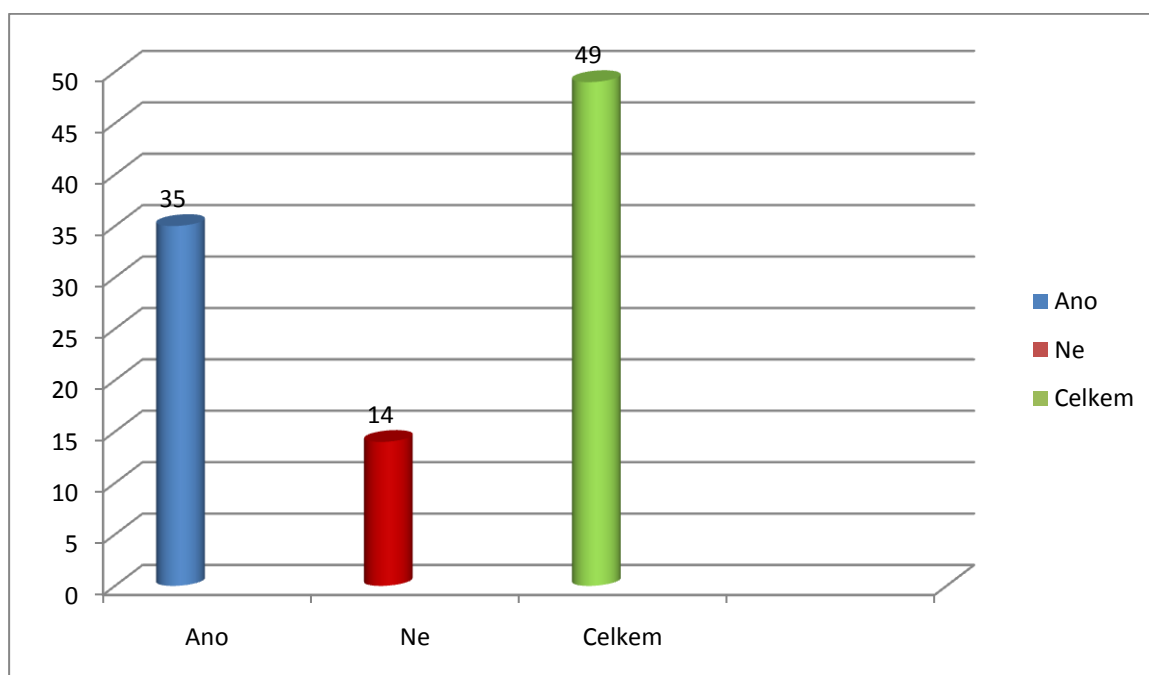
33 % respondentů je zařazeno do listiny pro transplantaci ledvin. 67 % respondentů není zařazeno do čekací listiny pro transplantaci ledvin.

Položka č. 12: Navázal(a) jste nové kontakty během dialýzy?

Tab. č. 13: Nové kontakty

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	71 %
Ne	14	29 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 12: Nové kontakty



Komentář:

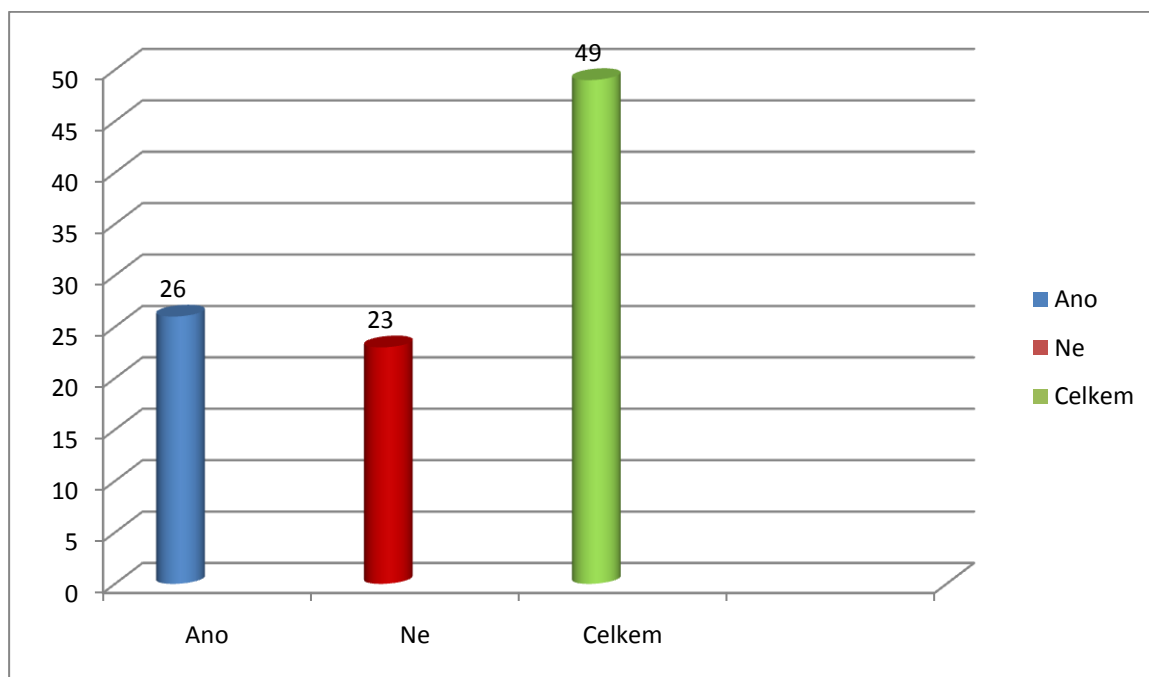
Během dialýzy navázalo nové kontakty 71 % respondentů, další skupina 29 % respondentů odpověděla negativně.

Položka č. 13: Znáte termín dialyzační prázdniny?

Tab. č. 14: Dialyzační prázdniny

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	53 %
Ne	23	47 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 13: Dialyzační prázdniny



Komentář:

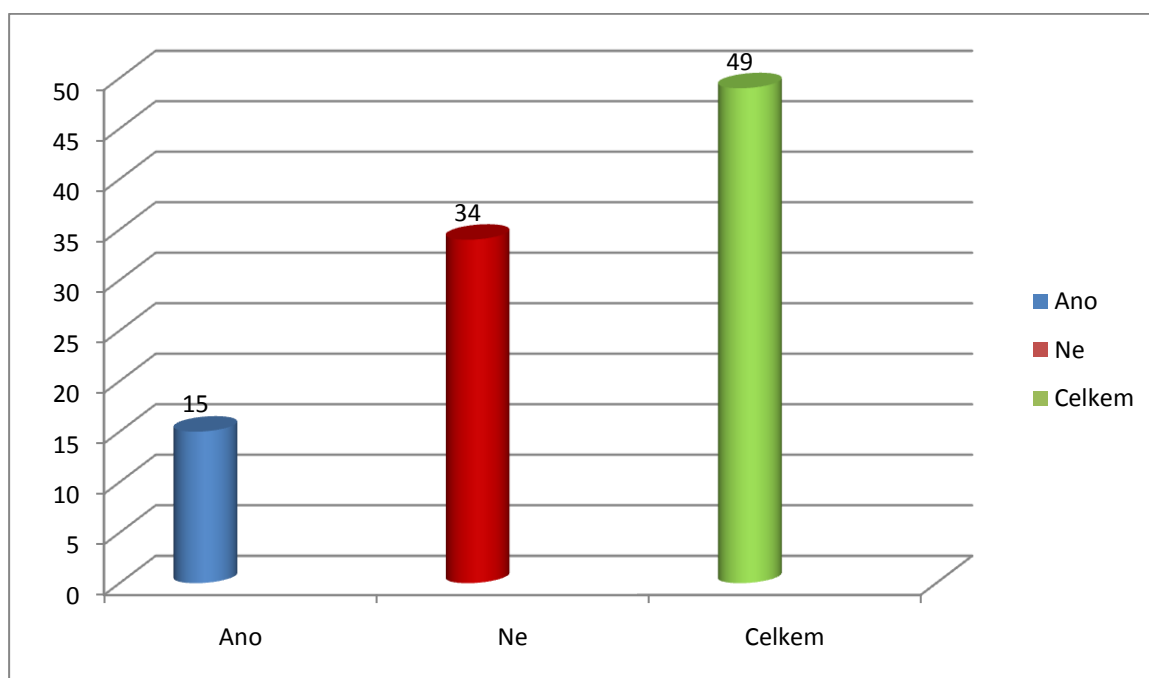
Pojem dialyzační prázdniny zná 53 % respondentů a pro celých 47 % je tento pojem neznámý.

Položka č. 14: Byla dialýza důvodem k přerušení Vašich koníčků?

Tab. č. 15: Přerušení koníčků

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano (sport)	15	31 %
Ne	34	69 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 14: Přerušení koníčků



Komentář:

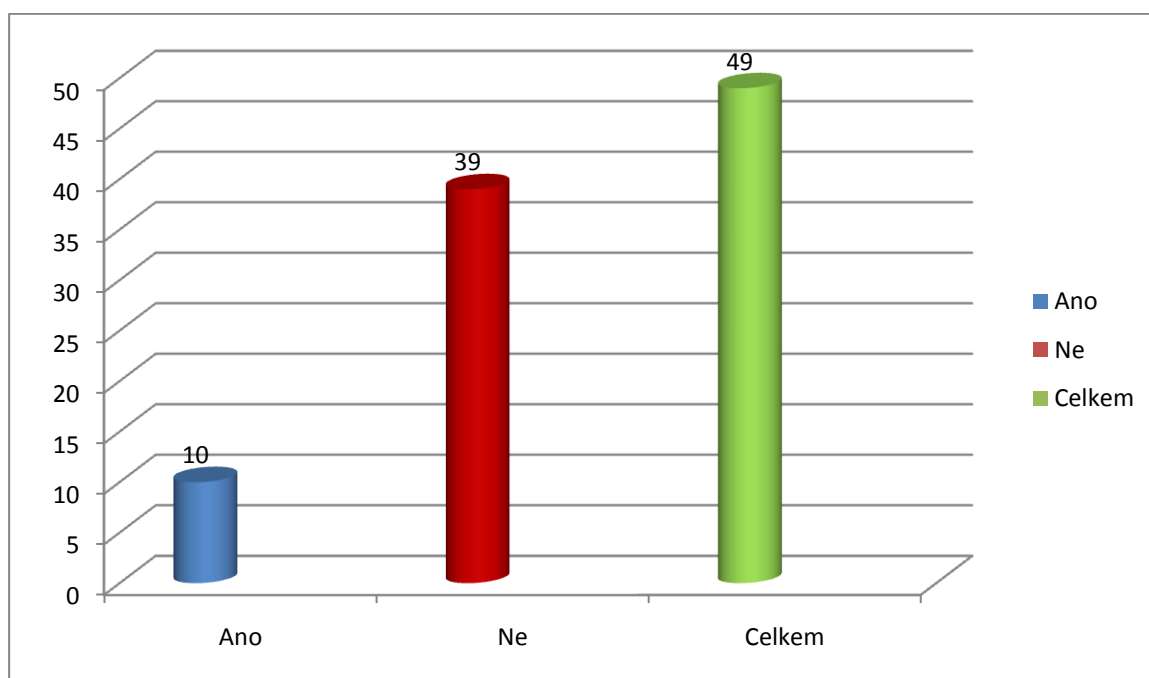
U 31 % respondentů došlo k přerušení jejich koníčků, nejčastěji sportu a u 69 % respondentů nedošlo k přerušení koníčků.

Položka č. 15: Vykonáváte pravidelně nějakou pohybovou aktivitu?

Tab. č. 16: Pohybová aktivita

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	20 %
Ne	39	80 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 15: Pohybová aktivita



Komentář:

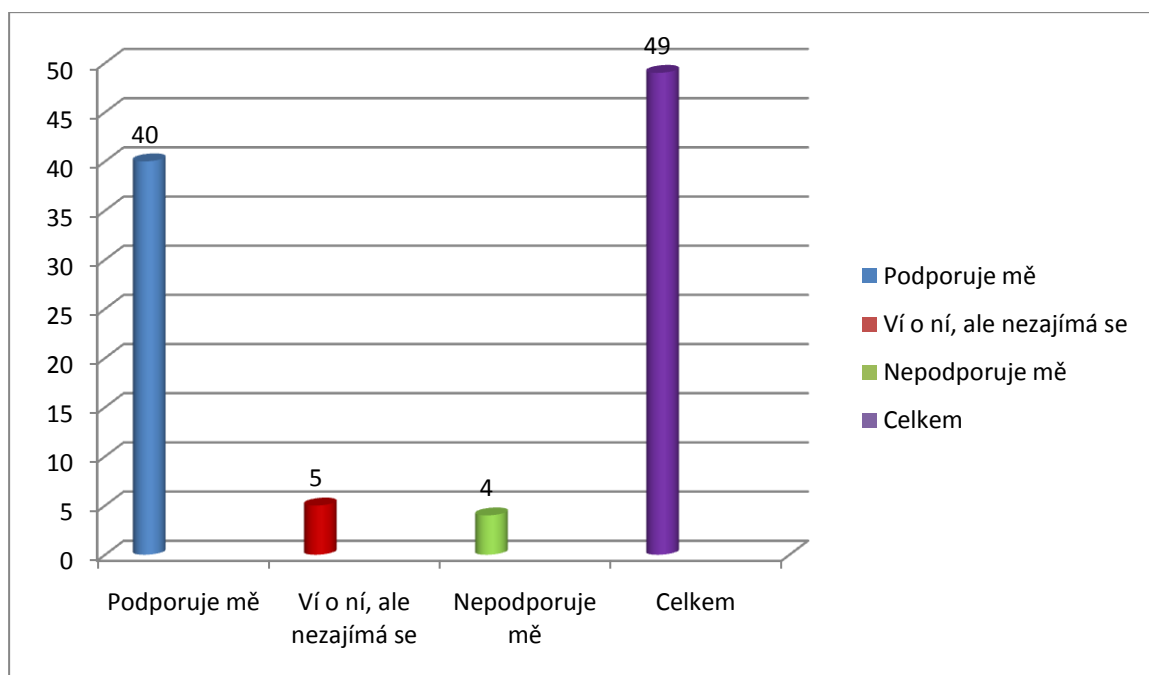
80 % respondentů neprovozuje pravidelnou pohybovou aktivitu a 20 % respondentů se pohybové aktivitě pravidelně věnuje.

Položka č. 16: Jak se rodina staví k Vaší dialyzační léčbě?

Tab. č. 17: Postoj rodiny k léčbě

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Podporuje mě	40	82 %
Ví o ní, ale nezajímá se	5	10 %
Nepodporuje mě	4	8 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 16: Postoj rodiny k léčbě



Komentář:

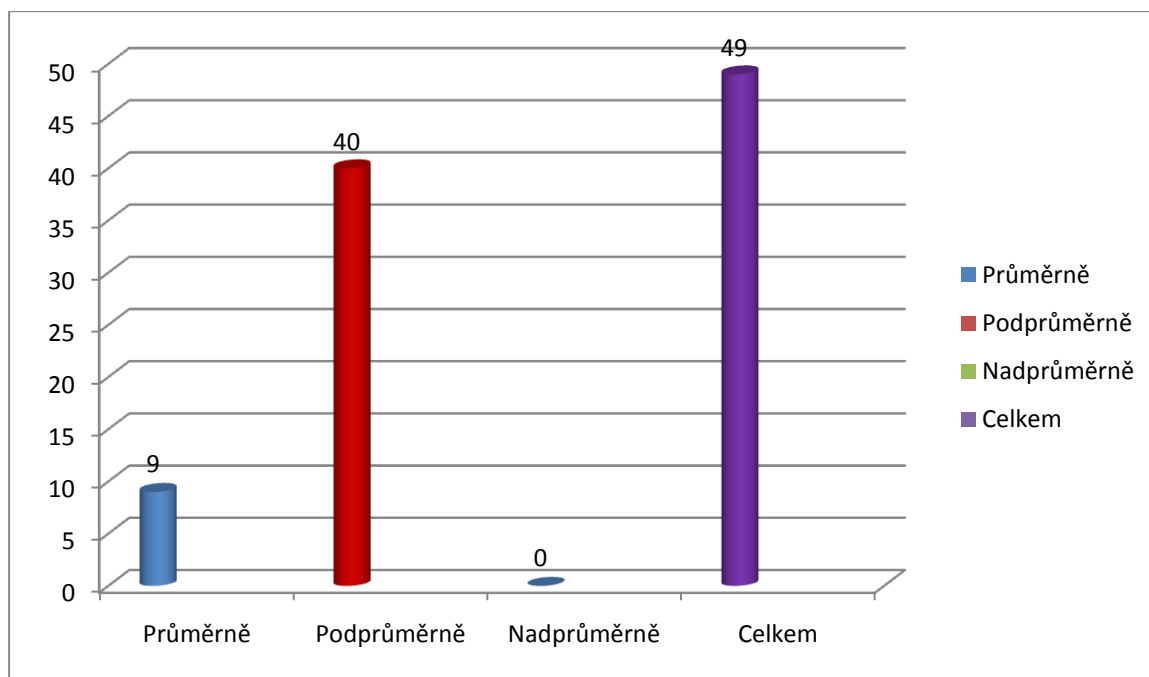
82 % respondentů plně podporuje rodina. Druhá skupina 10 % respondentů odpověděla, že rodina o jejich léčbě ví, ale nezajímá se. Poslední skupinu 8 % respondentů rodina nepodporuje při léčbě.

Položka č. 17: Můžete ohodnotit kvalitu Vašeho života?

Tab. č. 18: Kvalita života

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Průměrně	9	18 %
Podprůměrně	40	82 %
Nadprůměrně	0	0 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 17: Kvalita života



Komentář:

82 % respondentů ohodnotilo svoji kvalitu života jako podprůměrnou. 18 % respondentů hodnotí kvalitu svého života jako průměrnou.

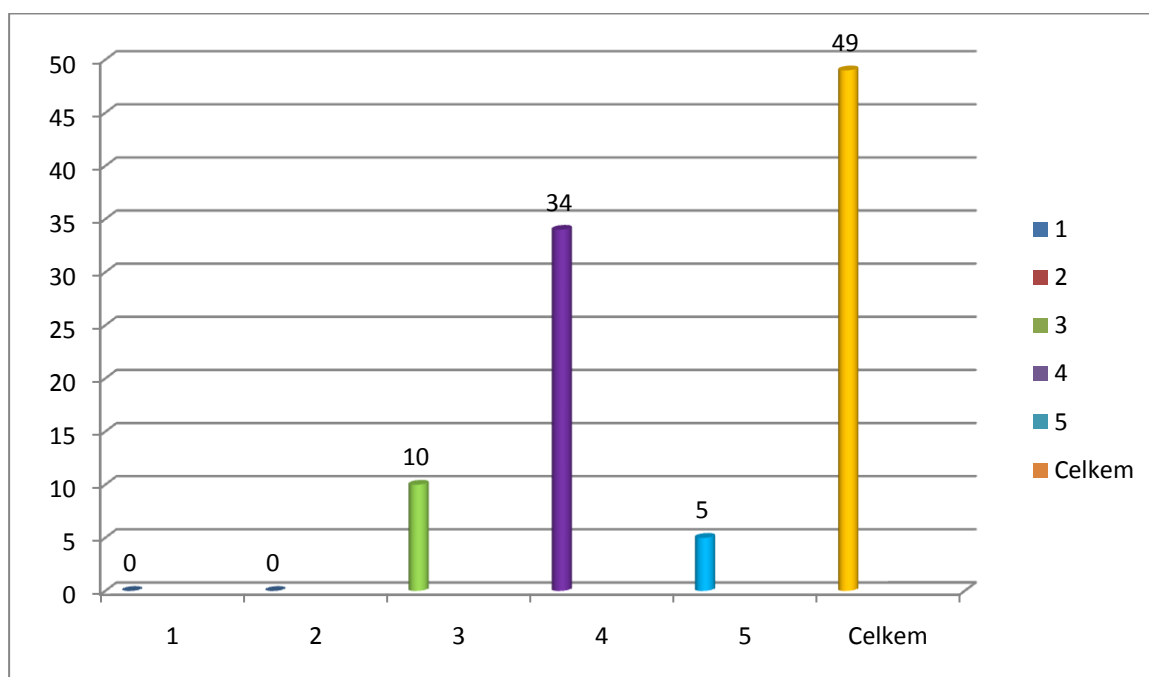
Položka č. 18: Pokud by jste měl(a) ohodnotit kvalitu života, uvedl(a) by jste: 1- výborná

5- nedostatečná

Tab. č. 19: Kvalita života

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	0	0 %
2	0	0 %
3	10	20 %
4	34	70 %
5	5	10 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 18: Kvalita života



Komentář:

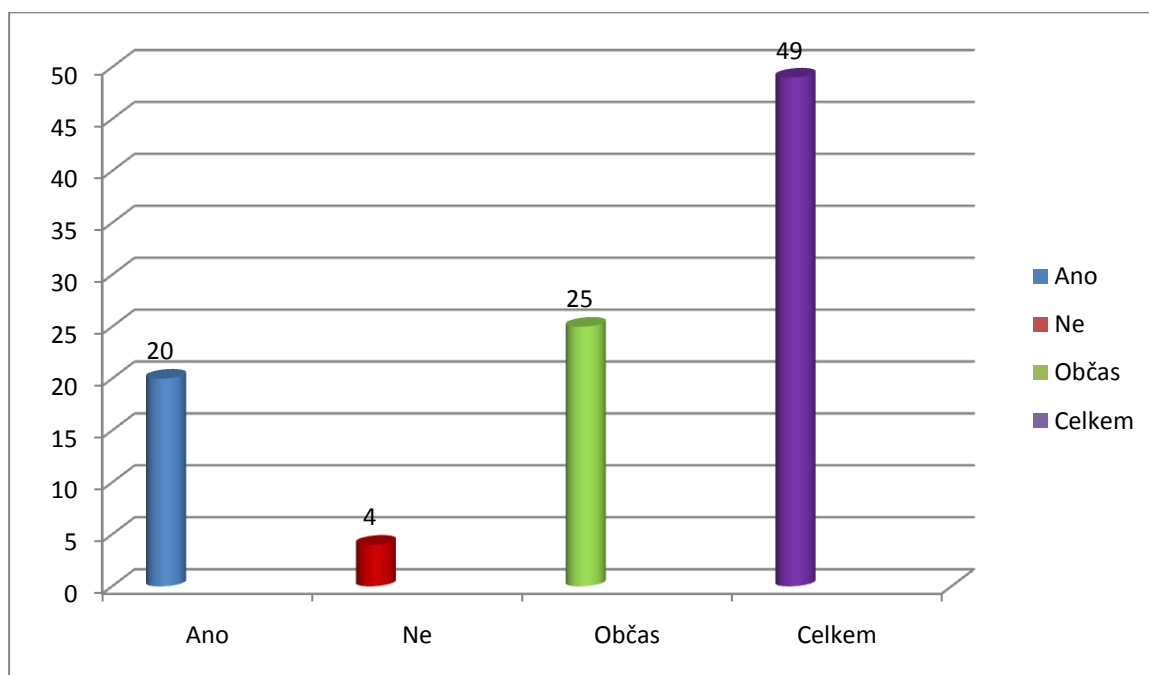
20 % respondentů ohodnotilo kvalitu života známkou 3, 70 % respondentů ji ohodnotilo známkou 4 a poslední skupina 10 % respondentů hodnotí kvalitu svého života jako nedostatečnou.

Položka č. 19: Pociťujete někdy negativní emoce?

Tab. č. 20: Negativní emoce

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	41 %
Ne	4	8 %
Občas	25	51 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 19: Negativní emoce



Komentář:

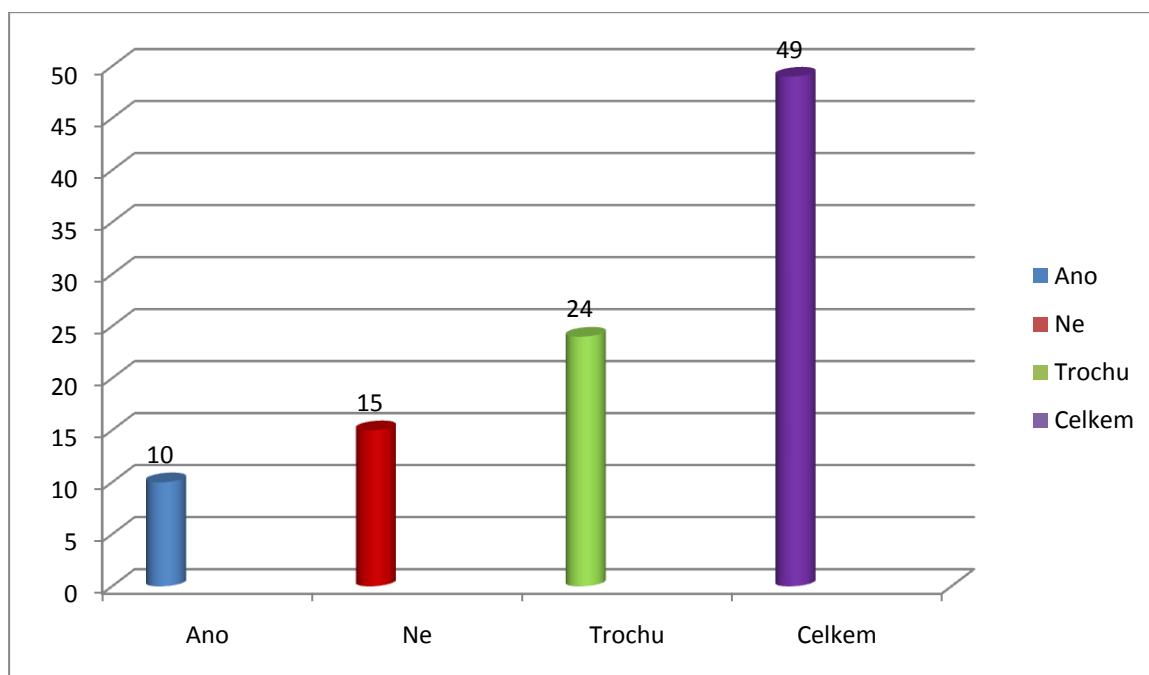
41 % respondentů pociťuje negativní emoce. 8 % respondentů negativní emoce nepociťuje a 51 % respondentů odpovědělo, že negativní emoce pociťuje občas.

Položka č. 20: Myslíte si, že dialýza ovlivnila Vaši schopnost sebepěče?

Tab. č. 21: Schopnost sebepěče

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	20 %
Ne	15	31 %
Trochu	24	49 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 20: Schopnost sebepěče



Komentář:

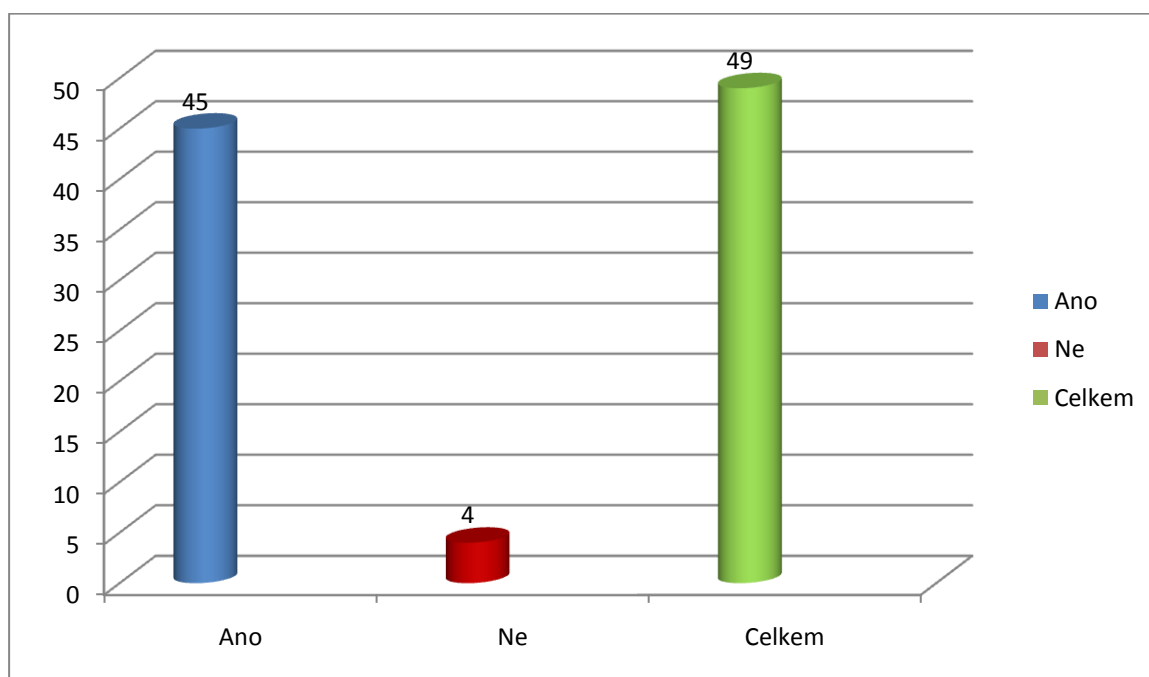
20 % respondentů uvedlo, že dialýza ovlivnila jejich schopnost sebepěče. U skupiny 31 % respondentů nedošlo k ovlivnění schopnosti sebepěče z důvodu dialýzy a 49 % respondentů uvedlo, že z důvodu dialýzy u nich došlo k mírnému ovlivnění schopnosti sebepěče.

Položka č. 21: Ví Vaše okolí, že docházíte na dialýzu?

Tab. č. 22: Vaše okolí a dialýza

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	92 %
Ne	4	8 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 21: Vaše okolí a dialýza



Komentář:

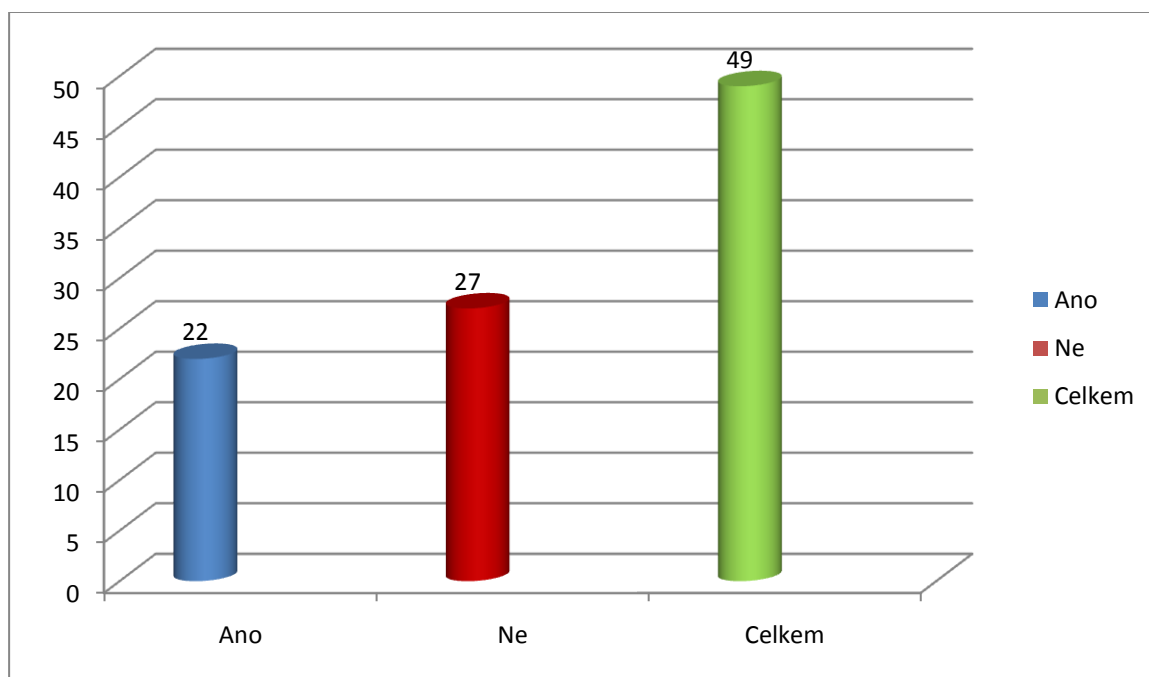
92 % respondentů uvedlo, že jejich okolí ví, že docházejí na dialýzu a 8 % respondentů odpovědělo, že jejich okolí neví, že docházejí na dialýzu.

Položka č. 22: Změnilo se chování Vaší rodiny, když jste zahájil (a) dialyzační léčbu?

Tab. č. 23: Změna chování rodiny

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	45 %
Ne	27	55 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 22: Změna chování rodiny



Komentář:

55 % respondentů uvedlo, že chování jejich rodiny se vůbec nezměnilo. U 45 % respondentů došlo ke změně chování v rodině.

7 DISKUZE

Má bakalářská práce na téma „Kvalita života u dialyzovaných pacientů byla pro mě velkým přínosem. Na začátku práce jsem si určila 4 hlavní cíle, jež byly základem pro empirickou část bakalářské práce.

K cíli č. 1, zda došlo vlivem dialyzační léčby ke změně v zaměstnání mohu konstatovat, že téměř polovina dotazovaných klientů odešla do invalidního důchodu po zahájení dialyzační léčby. U 27 osob nedošlo k žádné změně v zaměstnání, protože 25 z nich bylo již ve starobním důchodu a 2 klienti jsou studující a své studium nepřerušili.

Další ze stěžejních otázek pro mě byla položka č. 8, zda je pro dialyzované jedince obtížné dodržovat dietní opatření. Pouze 10 osob má potíže s dodržováním diety. Dalších 19 klientů uvedlo, že pro ně není vůbec obtížné přizpůsobit svoji stravu tak, aby vyhovovala dietnímu režimu. Největší skupinu tvořilo 20 jedinců, jež odpověděli, že mají občas obtíže s dodržováním dietních opatření

K cíli č. 3, jak se rodina dialyzovaného klienta staví k jeho léčbě jsem zjistila, že 82 % osob dialyzovaného klienta plně podporuje při dialýze, což jsem také předpokládala.

Cílem č. 4 bylo zjistit, jak klient sám hodnotí kvalitu svého života. 82 % klientů ohodnotilo kvalitu svého života jako podprůměrnou, což jsem také předpokládala. Zbýlých 18 % jedinců hodnotilo svůj život jako průměrný.

Mezi další významnou otázku řadím položku č. 18, kde respondenti měli samy očíslovat kvalitu svého života podle schématu: 1- výborná, 5- nedostatečná. Jako nedostatečnou ji tak ohodnotilo pouze 10%, avšak dalších 70% osob obodovalo svoji kvalitu života známkou číslo 4. Hodnocení známkou 1 a 2 neproběhlo vůbec a označení číslo 3 použilo 20 % respondentů.

Na základě mých výsledků mohu konstatovat, že kvalita života dialyzovaných klientů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření je průměrná až podprůměrná.

Počet dialyzovaných pacientů stále roste, proto je důležité poukázat na vhodnou edukaci. V době, kdy člověk zjistí, že bude odkázán na takzvanou „umělou ledvinu“ je potřeba, aby lékař a dialyzační sestra klienta seznámili s celým dialyzačním procesem. Pro praxi doporučuji zvýšit edukovanost dialyzovaných osob o spolecích a skupinách pro dialyzované klienty na internetových stránkách, kde najdou potřebné informace o možnosti seznámit se s dalšími lidmi, kteří také podstupují dialýzu. Pro jedince, kteří byli před zahájením dialýzy aktivní a cestovali nebo rádi

jezdí-li do cizích zemí, je vhodné upozornit na možnost dialyzačních prázdnin, kde mohou odcestovat aniž by se narušil jejich dialyzační proces.

ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života u dialyzovaných klientů. V teoretické části jsem shrnula základní poznatky o anatomii, onemocnění ledvin a o dialýze. Další významnou kapitolu jsem věnovala potřebám člověka, jež jsou důležitou součástí každého z nás. Každý jedinec je specifický a má své individuální potřeby, které je nutné uspokojit ve zdraví i nemoci. Dalším důvodem této kapitoly je odlišení potřeb zdravého a nemocného člověka. V poslední kapitole popisují kvalitu života jako takovou. V praktické části jsem zvolila výzkumné šetření kvality života u dialyzovaných pacientů pomocí dotazníku.

I přesto, že lékařská věda se posouvá dopředu mílovými kroky, bohužel dialyzovaní pacienti hodnotí kvalitu svého života jako průměrnou až podprůměrnou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologien nemoci*. Praha: Grada, 2002. 162 s . ISBN 80-247-0179-0.
- [2] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [3] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 175 s.
ISBN 80-247-2713-4.
- [4] TEPLAN, V. *Praktická nefrologie*. Praha: Grada, 2006. 323 s. ISBN 80-247-1122-2.
- [5] PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 628 s. ISBN 80-7254-657-0.
- [6] KLENER, P. *Vnitřní lékařství*. Praha: Informatorium, 2001. 188 s. ISBN 80-86073-76-9.
- [7] BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. 89 s.
ISBN 80-247-1197-4.
- [8] SCHUCK, O. *Nefrologie*. Praha: Scientia Medica, 1993. 141 s. ISBN 80-85526-21-2.
- [9] VYHNÁLEK, F. *Chirurgie 3*. Praha: Informatorium, 2003. 59 s. ISBN 80-7333-009-1.
- [10] PACÍK, D. *Urologie pro sestry*. Brno: NCONZO, 1996. 173 s. ISBN 80-7013-255-3.
- [11] SCHUCK, O. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada, 2006. 477 s. ISBN 80-247-0503-6.
- [12] ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 120 s. ISBN 80-246-2068-X.
- [13] JANOUŠEK, L. A KOL. *Hemodialyzační arteriovenozní přístupy*. Praha: Grada, 2008. 98 s.
ISBN 80-247-2547-9.
- [14] ELIŠKOVÁ, M. A KOL. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 190 s.
ISBN 80-246-1216-X.
- [15] LANGMEIER, M. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada, 2009. 105 s.
ISBN 80-247-2526-6.
- [16] NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. 36 s. ISBN 80-247-1777-8.

- [17] VIKLICKÝ, O. a kol. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. Praha: Grada, 2008. 20 s.
ISBN 80-247-245-53.
- [18] TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného*. Brno: NCONZO, 2006. 10 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [19] HŮSKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 11 s. ISBN 80-247-285-40.
- [20] MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 114 s.
ISBN 80-247-126-28.
- [21] BUREŠ, J. a kol. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén, 2003. 870 s.
ISBN 80-7262-208-0.
- [22] LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén, 2008. 130 s.
ISBN 978-80-7262-552-9
- [23] KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada, 2007. 101 s.
ISBN 80-247-2240-2.

Internetové zdroje:

1. *Nefrologie* [online]. 2010 [cit. 2011-03-07]. Hemodialýza. Dostupné z: WWW: <<http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=hemodialyza>>.
2. *Nefrologie* [online]. 2010 [cit. 2011-03-07]. Hemodialýza. Dostupné z: WWW: <<http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=hemodialyza>>.
3. *Stěžeň* [online]. 2005 [cit. 2011-04-08]. Dietní opatření. Dostupné z: WWW: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2005/02/2005_2_07.html>.
4. *Stěžeň* [online]. 1994 [cit. 2011-04-16]. Dieta pro dialyzované. Dostupné z: WWW: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1994/04/1994_4_04.html>.
5. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004 [cit. 2011-03-01]. Kvalita života. Dostupné z: WWW: <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf>.
6. *Stěžeň* [online]. 2004 [cit. 2011-02-01]. Kvalita života dialyzovaných. Dostupné z: WWW: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2004/03/2004_3_06.html>.
7. *Ledviny* [online]. 2011 [cit. 2011-02-24]. Pohybová aktivita. Dostupné z: WWW: <<http://www.ledviny.cz/clanky/dialyza-a-pohybove-aktivity>>.

8. *Fresenius* [online]. 2006 [cit. 2011-05-12]. Prázdninová dialýza. Dostupné z:

WWW:<<http://www.fresenius.cz/ClanekFormular.aspx?kod=PACIENTIPRDIALYZA&root=PACIENTI&sub=PACIENTIPRDIALYZA>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome

APD Automatizovaná peritoneální dialýzy

CAPD Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza

HD Hemodialýza

TPD Přílivová peritoeální dialýza

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Hierarchie potřeb dle Maslowa

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Faktory ovlivňující kvalitu života

Tab. č. 2: Pohlaví respondentů

Tab. č. 3: Věk respondentů

Tab. č. 4: V současné době jsteS

Tab. č. 5: Vzdělání

Tab. č. 6: Rodinný vztah

Tab. č. 7: Změny při zahájení léčby

Tab. č. 8: Obtíže po dialýze

Tab. č. 9: Dodržování dietních opatření

Tab. č. 10: Pitný režim

Tab. č. 11: Doprava na dialýzu

Tab. č. 12: Čekací listina

Tab. č. 13: Nové kontakty

Tab. č. 14: Dialyzační prázdniny

Tab. č. 15: Přerušení koníčků

Tab. č. 16: Pohybová aktivita

Tab. č. 17: Postoj rodiny k léčbě

Tab. č. 18: Kvalita života

Tab. č. 19: Kvalita života

Tab. č. 20: Negativní emoce

Tab. č. 21: Schopnost sebezpěče

Tab. č. 22: Vaše okolí a dialýza

Tab. č. 23: Změna chování rodiny

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: Pohlaví respondentů
- Graf č. 2: Věk respondentů
- Graf č. 3: V současné době jste?
- Graf č. 4: Vzdělání
- Graf č. 5: Rodinný vztah
- Graf č. 6: Změny při zahájení léčby
- Graf č. 7: Obtíže po dialýze
- Graf č. 8: Dodržování dietních opatření
- Graf č. 9: Pitný režim
- Graf č. 10: Doprava na dialýzu
- Graf č. 11: Čekací listina
- Graf č. 12: Nové kontakty
- Graf č. 13: Dialyzační prázdniny
- Graf č. 14: Přerušování koníčků
- Graf č. 15: Pohybová aktivita
- Graf č. 16: Postoj rodiny k léčbě
- Graf č. 17: Kvalita života
- Graf č. 18: Kvalita života
- Graf č. 19: Negativní emoce
- Graf č. 20: Schopnost se péče
- Graf č. 21: Vaše okolí a dialýza
- Graf č. 22.: Změny chování rodiny

SEZNAM PŘÍLOH

P1: Dotazník

P2: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P1.: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

chtěla bych Vás tímto požádat o spolupráci a vyplnění dotazníku, který je důležitou součástí mé závěrečné bakalářské práce. Otázky v dotazníku se týkají kvality života u dialyzovaných pacientů. Jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, studijního oboru Všeobecná sestra. Tématem mé práce je Kvalita života u dialyzovaných klientů.

Veškeré údaje slouží pouze ke studijním účelům a bude zachována naprostá anonymita.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

Petra Polednová

1. Jste:

- a) muž
- b) žena

2. Vaše věková kategorie:

- a) 18-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 55 a více let

3. V současné době jste:

- a) zaměstnaný/á
- b) nezaměstnaný/á
- c) v invalidním důchodu
- d) ve starobním důchodu
- e) student/ka
- f) jiné, uveďte.....

4. Vaše nejvyšší končené vzdělání:

- a) základní
- b) učňovské
- c) střední
- d) vysokoškolské

5. Rodinný stav:

- a) svobodný/á
- b) ženatý/ vdaná
- c) rozvedený/á
- d) vdovec/ vdova
- e) druh/družka

6. Při zahájení dialyzační léčby u Vás došlo:

- a) ke ztrátě zaměstnání
- b) k odchodu do invalidního důchodu
- c) k ukončení studia
- d) nedošlo k žádné změně
- e) ke práci neschopnosti

7. Pociťujete po dialýze některé tyto obtíže?

- a) bolest
- b) otoky
- c) svědění
- d) nechutenství
- e) malátnost, únava
- f) jiné, uveďte.....

8. Je pro Vás obtížné dodržovat dietní opatření?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

9. Máte potíže s dodržováním pitného režimu?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

10. Jakou formou se dopravujete na dialýzu?

- a) sanitkou
- b) osobním automobilem (řídím sám/a)
- c) osobním automobilem (řídí známý/á)
- d) veřejnou dopravou
- e) pěšky

11. Jste zařazen/a na čekací listinu pro transplantaci ledviny?

- a) ano
- b) ne

12. Návazal/a jste nové kontakty během dialýzy?

- a) ano
- b) ne

13. Znáte termín „dialyzační prázdniny„?

/ možnost odjet na dovolenou a podstoupit tam dialýzu /

a) ano

b) ne

14. Byla dialýza důvodem k přerušení Vašich koníčků?

a) ano, uveďte jakou.....

b) ne

15. Provozujete pravidelně nějakou pohybovou aktivitu?

a) ano

b) ne

16. Jak se rodina staví k Vaší dialyzační léčbě?

a) podporuje mne

b) ví o ní, ale nezajímá se

c) nepodporuje mne

17. Můžete ohodnotit kvalitu Vašeho života?

a) průměrná

b) podprůměrná

c) nadprůměrná

18. Pokud by jste měl/a očíslovat Vaši kvalitu života uvedl/a by jste:

1 – výborná, 5 – nedostatečná

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

e) 5

19. Pociťujete někdy negativní emoce /deprese, úzkost, beznaděj, strach a pod./ ?

a) ano

b) ne

c) občas

20. Myslíte si, že dialýza ovlivnila Vaši schopnost sebepéče?

a) ano

b) ne

c) trochu

21. Ví Vaše okolí, že docházíte na dialýzu?

a) ano

b) ne

22. Změnilo se chování Vaší rodiny, když jste začal(a) s dialýzou?

a) ano

b) ne

Děkuji Vám za spolupráci

Příloha P2. : Žádost o umožnění dotazníkového šetření



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Petra Polednová
Téma bakalářské práce	Kvalita života u dialyzovaných klientů
Skupina respondentů	Dialyzovaní klienti
Pracoviště	Dialýza

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 31.3.2011.....




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Středomoravská nemocniční a.s.
odštěpný závod Nemocnice Prostějov
hlavní sestra
Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov
IČ: 27797660, DIČ: CZ27797660


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz