

Zvládání psychosociální zátěže u pacientů zařazených do hemodialyzačního programu

Monika Loučková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Loučková**

Osobní číslo: **H11633**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Zvládání psychosociální zátěže u pacientů
zařazených do hemodialyzačního programu**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury v dané problematice.

Vymezení pojmů selhání ledvin, očišťovací metody krve, psychosociální aspekty hemodialyzační léčby.

Příprava metodiky praktické části práce.

Realizace průzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření na hemodialyzačním oddělení.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Prezentace výsledků.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-716-9121-6.

LACHMANOVÁ, Jana. Očistovací metody krve. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-716-9749-4.

LACHMANOVÁ, Jana. Vše o hemodialýze pro sestry. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-807-2625-529.

SULKOVÁ, Sylvie. Hemodialýza. Praha: Maxdorf, c2000. ISBN 80-859-1222-8.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetřovatelství. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.

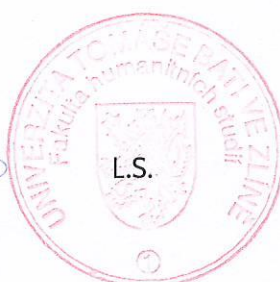
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Filová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, 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 obhajoby ¹⁾;
- 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. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 § 60 ³⁾ 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

14.5.2014



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:

(1) 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 nahlížení 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 vzdělávacího 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 jinému 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cíl: Cílem bakalářské práce bylo zjistit zvládání psychosociální zátěže u pacientů zařazených do hemodialyzačního programu.

Metodika: V praktické části byl vytvořen nestandardizovaný dotazník díky, kterému byly získány informace o vlivu hemodialyzační léčby na život dlouhodobě hemodialyzovaného pacienta a zvládání psychosociální zátěže. Výzkumný soubor byl tvořen celkem 92 pacienty hemodialyzačního střediska v KNTB Zlín, Kroměřížské nemocnice a nemocnice Znojmo.

Dotazníkové šetření probíhalo od 1. února 2014 do 17. března 2014.

Výsledky: Výsledky dotazníkového šetření prokázaly, že pacienti jsou vystaveni více stresovým situacím a každý pacient se snaží s nimi neustále vypořádávat. Zvládání psychosociální zátěže je velmi individuální a nelze jednoznačně popsat a vyhodnotit. Zajímavý výsledek byl zaznamenán v šetření stavů, kterými jsou respondenti ovlivněni, kdy největší procento dotazovaných udalo – bezmoc, naproti agresivitě a depresím jak uvádí ve své publikaci Silvie Sulková, 2000.

Závěr: I přes výsledná data, je třeba ze strany všech zdravotníků na každého pacienta nahlížet holisticky a je nutné si uvědomit, že každý jedinec vnímá a prožívá psychosociální zátěž jinak, jelikož pochází z jiného prostředí, jinak je vychován, jinak zatížen léčbou a tím pádem i jinak vnímá zátěž spojenou s hemodialyzační léčbou. Pokud tak bude sestra a nejen ona nahlížet na každého pacienta holisticky, bude přístup k léčbě ze strany pacienta přínosnější.

Klíčová slova:

Ledviny, hemodialýza, hemodialyzační program, hemodializovaný pacient, očišťovací metody, psychosociální aspekty, zátěž

ABSTRACT

Aim: The aim of the bachelor project was to find out how the hemodialysis programme patients cope with psychosocial stress.

Methodology: In the practical part a non-standard questionnaire was created on the basis of which information of the influence of hemodialysis treatment on the life of long-term hemodialysed patients as well as their coping with psychosocial stress have been gained. The investigative file contained 92 patients of the hemodialysis centre KNTB Zlín and the hospitals in Kroměříž and Znojmo.

The survey was conducted from 1st February, 2014 to 17th March, 2014.

Results: The results of the survey have shown the patients are exposed to more stressful situations and each of the patients relentlessly endeavours to cope with them. Coping with the psychosocial stress is very individual and as such is impossible to be described or assessed clearly. Examination of the states the survey participants are influenced has, however, shown a very interesting result, as the biggest number of respondents listed – helplessness, instead of aggression and depression as is stated in the publication by Silvia Sulková, 2000.

Conclusion: Despite the result data all medical staff are recommended to consider each patient holistically and it is important to realise that each individual feels and experiences psychosocial stress in a unique way as they come from different environments and backgrounds. What is more, each patient is treatment loaded in a different way and that is why they feel the hemodialysis treatment stress differently. If all the medical staff consider each of the patients holistically, the patient's approach will be more beneficial.

Keywords:

Kidneys, hemodialysis, hemodialysis programme, hemodialysed patient, clearing methods, psychosocial aspects, stress

Největší poděkování patří Mgr. Andrey Filové, za její odborné vedení a pomoc při psaní bakalářské práce, za její cenné rady a připomínky, ochotu, trpělivost a čas, který mi věnovala.

Děkuji také respondentům za spolupráci při vyplňování dotazníků, staničním a všeobecným sestřám z dialyzačních středisek, které se na distribuci dotazníků podílely.

Poděkování rovněž patří mé rodině a přátelům, kteří mi při psaní poskytli pomoc, ať už radou nebo podporou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 TEORETICKÁ ČÁST	12
1 MOČOVÝ SYSTÉM.....	13
1.1 ANATOMIE LEDVIN	13
1.2 FUNKČNÍ ANATOMIE LEDVIN	13
1.3 FUNKCE LEDVIN	14
2 NEMOCI LEDVIN INDIKUJÍCÍ HEMODIALYZAČNÍ LÉČBU.....	15
2.1 AKUTNÍ SELHÁNÍ LEDVIN.....	15
2.2 CHRONICKÉ SELHÁNÍ LEDVIN	15
3 OČIŠŤOVACÍ METODY KRVE.....	17
3.1 HEMODIALÝZA	17
3.1.1 Historie	17
3.1.2 Cévní přístupy	17
3.1.3 Typy A-V shuntů.....	18
3.1.4 Umístění A-V shuntů	19
3.1.4.1 Horní končetiny	19
3.1.4.2 Dolní končetiny.....	20
3.1.4.3 Extraanatomické fistule	20
3.1.5 Indikace a kontraindikace založení A-V shuntu.....	20
3.1.6 Komplikace hemodialýzy	21
3.2 DALŠÍ MOŽNÉ OČIŠŤOVACÍ METODY KRVE.....	22
4 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY U PACIENTŮ S HEMODIALYZAČNÍ LÉČBOU	24
4.1 OSOBNÍ PROŽÍVÁNÍ ZDRAVÍ A NEMOCI U DIALYZOVANÉHO PACIENTA	24
4.2 ZMĚNA ŽIVOTNÍCH POTŘEB A HODNOT ZPŮSOBENÁ HEMODIALÝZOU.....	25
4.3 HEMODIALÝZA A MEZILIDSKÉ VZTAHY	29
4.4 NEJČASTĚJŠÍ POCITY DIALYZOVANÉHO PACIENTA	29
4.5 ŠTRES PŘI HEMODIALÝZE.....	31
4.6 BOLEST A SPÁNEK U DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ.....	31
4.7 DIETNÍ A PITNÝ REŽIM U DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ.....	32
4.8 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U PACIENTŮ S CHRONICKOU RENÁLNÍ INSUFICIENCÍ 5. STUPNĚ	33
4.8.1 Sexuální problémy u žen	33
4.8.2 Sexuální problémy u mužů.....	34
4.9 ZVLÁDÁNÍ PRACOVNÍ ČINNOSTI DIALYZOVANÝM PACIENTEM	34
4.10 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY A CESTOVÁNÍ	35
4.10.1 Pohybové aktivity.....	35

4.10.2	Cestování.....	36
5	OŠETŘOVATELSKÁ PROBLEMATIKA U HEMODIALYZOVANÉHO PACIENTA	38
5.1	NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY (PROBLÉMY) DLE NANDA INTERNATIONAL	38
5.2	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O HEMODIALYZOVANÉHO PACIENTA	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
6	CÍLE PRŮZKUMU.....	41
7	METODIKA	43
8	VÝSLEDKY	45
9	DISKUZE	67
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	72
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	74
	SEZNAM TABULEK.....	76
	SEZNAM GRAFŮ	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

„Jak dlouho žiji, to nezávisí na mně. Ale jestli skutečně žiji, to na mně závisí.“

Seneca

Chronické onemocnění není takové, že by momentálně ohrožovalo život pacienta. Často má toto onemocnění střídavý charakter. Pacient prožívá různě dlouhá období, kdy je mu docela dobře. Poté se však v důsledku chronického onemocnění objeví změny a období, kdy mu nemoc nic nepřipomínalo, je pryč. (Křivohlavý, 2002, str. 130)

Hlavním cílem bakalářské práce je, zjistit zvládání psychosociální zátěž u pacientů zařazených do hemodialyzačního programu.

V průzkumném šetření bych se chtěla zaměřit na vnímání hemodialýzy, hospitalizace a na postoj pacienta k okolí a ke svým hodnotám. Do průzkumu byla začleněna i demografická data, jako je pohlaví respondentů, věková kategorie, rodinný stav, vzdělání, současně pracovní zařazení, délka chronického onemocnění, délka hemodialyzační léčby i s četností docházky v týdnu a také zařazení do transplantačního programu.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z toho důvodu, že s takto nemocnými pacienty spolupracuji a zajímalo mě, s čím se musí vyrovnávat a co prožívají. Dále jsem si zvolila téma proto, abych umožnila více poznat hemodialyzované pacienty zdravotnickému personálu.

Výsledná zjištění průzkumného šetření by měla přispět k holističtějšímu pohledu na pacienty, kteří jsou dlouhodobě léčeni pomocí hemodialyzačního přístroje. Je důležité, abychom dokázali alespoň my jako zdravotníci s hemodialyzovanými pacienty komunikovat a spolupracovat a také pochopit jejich stavy, pocity a problémy, kterými jsou v průběhu léčby ovlivněni a ovlivňováni.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MOČOVÝ SYSTÉM

Močový vylučovací systém slouží k odstraňování odpadních látek z organismu, a to prostřednictvím moče. Močový systém je tvořen ledvinami a močovými cestami. Při látkové přeměně vznikají neustále škodlivé zplodiny, které se musí soustavně a v potřebné míře z těla vylučovat. Vylučování zplodin se děje převážně ledvinami, dále plícemi, ale i kůží, játry a trávicí soustavou. Při poruše vylučování dochází k nahromadění zplodin, které mají za následek změnu vnitřního prostředí směřující k vážným funkčním poruchám, případně i ke smrti. (Ertlová, Mucha, 2000, s. 87)

1.1 Anatomie ledvin

Ledviny, latinsky *ren*, řecky *nephros*, jsou párovým orgánem, uloženy v retroperitoneu ve výši obratlů Th12-L2 (někdy až L3), červenohnědé barvy a mají charakteristický tvar. Nejčastěji se přirovnávají k fazolovému bobu, jemuž odpovídají tvarem obvodu i předozadním zploštěním. Na ledvinách lze rozlišit horní a dolní pól, *polus superior et inferior* a mediální a laterální okraj, *margo medialis et lateralis*, přední a zadní plochu, *facies anterior et posterior*. Na mediálním okraji se nachází hilus, kde odstupuje pánevička ledvinná a kudy vstupuje *arteria renalis* a odstupuje *vena renalis*. Hilus je z přední a zadní strany ohraničen valem, *labium anterius et vaxivovým pouzdrem*, *capsula fibrosa renis*, kterou lze z ledviny s výjimkou posterius, tento prohloubený prostor se nazývá *sinus renalis* (Čihák, 2002, s. 248).

Ledvina je dlouhá 10-12 cm, široká 5-6 cm, má tloušťku 3,5-4 cm; hmotnost ledviny je 120 gramů, často i více (ledvina přitom obsahuje asi 50 gramů krve). Velikost a hmotnost ledvin u žen je z pravidla menší než u mužů. Velikost ledviny se během života mění; maxima dosahuje ve věku 28-30 let, po 65. roce věku se zpravidla zmenšuje (Naňka, c2009, s. 195-196).

1.2 Funkční anatomie ledvin

Základní stavební a funkční jednotka ledvin je nefron a každá ledvina jich obsahuje kolem milionu. Nefron je tvořen glomerulárním a renálním tubulem. Glomerulus se skládá z Bowmanova pouzdra a proximálních tubulů, které přecházejí v Henleovu kličkou dělicí

se na sestupné a vzestupné raménko, dále pak přecházejí distální stočený tubulus, spojovací tubulus a dřeňový sběrací kanálek (Tesař, 2006, s. 25).

1.3 Funkce ledvin

Ledviny jsou orgánem, který zajišťuje několik funkcí:

- A) vylučovací – odstraňování odpadních látek. Nedostatečná funkce vede k zadržování vody, zvětšení objemu tělesných tekutin, metabolické acidóze, zvýšení koncentrace draslíku a k dalším závažným poruchám
- B) endokrinní – renin, erythropoetin, aktivace vitamínu D
- C) řízení objemu krve a krevního tlaku
- D) udržování acidobazické rovnováhy

2 NEMOCI LEDVIN INDIKUJÍCÍ HEMODIALYZAČNÍ LÉČBU

Hemodialyzační léčba je indikována v případě, kdy ledviny nejsou dostatečně schopny odstraňovat z organismu zplodiny metabolismu dusíku a kyselých katabolitů, vodu, elektrolyty a udržovat stálost vnitřního prostředí.

2.1 Akutní selhání ledvin

neboli akutní renální selhání je náhlá ztráta schopnosti ledvin odstraňovat odpadní látky a udržet stálost vnitřního prostředí. Projeví se vzestupem plazmatické koncentrace kreatininu a močoviny provázeným někdy poklesem diurézy (oligurií až anurií). Při příznivějším průběhu diuréza neklesá a hovoříme o neoligurickém akutním selhání ledvin, s tendencí k rychlejší úpravě renálních funkcí. Podle příčiny dělíme akutní renální selhání na:

- Prerenální (hemodynamické) způsobené nedostatečným průtokem okysličené krve normální tkání ledvin (asi 55 % případů), např. po velké krevní ztrátě, při průjmových onemocněních, šokových stavech, nepřiměřené léčbě diuretiky,...
- Renální parenchymatózní vyvolané morfologickým poškozením parenchymu (asi 40 % případů) např. rychle progredující glomerulonefritidy, akutní tubulární nekróza,...
- Postrenální při obstrukci močových cest nebo při poruše jejich dynamiky (asi 5 % případů) např. konkrement, hypertrofická prostata, tumor,...(Klener, c2011, s. 208).

2.2 Chronické selhání ledvin

či chronická renální insuficience je stav trvalého zhoršení exkrece i metabolicko-endokrinní funkce ledvin s výraznými změnami ve složení extracelulární tekutiny a metabolickými poruchami. Tento stav nastává až po ztrátě funkce v 75% původního parenchymu ledvin (3/4 ledvin jsou zničeny). Je zde výrazné zvýšení plazmatické koncentrace kreatininu a močoviny, metabolická acidóza a hyperfosfatemie.

Nedostatečná produkce erythropoetinu v ledvinách podmiňuje anemii. Stejně jako porucha tvorby vitamínu D přispívá k poruše kalcio-fosfátového metabolismu a k rozvoji

renální osteopatie. Narušen je i metabolismus aminokyselin, lipidů a sacharidů (Klener, c2011,s. 211).

Chronické selhání ledvin probíhá ve třech fázích:

1. Snížená funkce ledvin – příčiny jsou většinou glomerulopatie, pyelonefritidy, polycystické degenerace ledvin; dochází k zániku části nefronů, zbývající hypertrofují. Glomerulární filtrace je snížena ovšem bez zvýšení kreatininu v séru.
2. Chronické selhávání – v této fázi ledviny dokážou fungovat tak, aby udržely normální vnitřní prostředí, ale ne při zátěži. Dochází tak k postupnému zániku i zbylých hypertrofických nefronů.
3. Selhání ledvin – nyní už nejsou schopny ledviny udržet normální vnitřní prostředí i za bazálních podmínek. Nastává zánik nefronů. (Šafránková, 2006, s. 36)

Stadia (klasifikace) chronického onemocnění ledvin:

1. Stadium - poškození ledvin s normální glomerulární filtrací $\geq 1,5 \text{ ml/s/1,73m}^2$
2. Stadium - poškození ledvin s lehkým poklesem glomerulární filtrace $1,0-1,5 \text{ ml/s/1,73m}^2$ (chronická renální insuficience lehkého stupně)
3. Stadium - poškození ledvin se středním poklesem glomerulární filtrace $0,5-1,0 \text{ ml/s/1,73m}^2$ (chronická renální insuficience středního stupně)
4. Stadium - těžké poškození ledvin s poklesem glomerulární filtrace $0,25-0,5 \text{ ml/s/1,73m}^2$ (chronická renální insuficience těžkého stupně)
5. Stadium - chronické selhání ledvin $\leq 0,25 \text{ ml/s/1,73m}^2$ glomerulární filtrace (eventuelně uremický syndrom) (Teplan, 2006, s. 351).

3 OČIŠŤOVACÍ METODY KRVE

3.1 Hemodialýza

Dialýza je očišťovací metoda založená na principu oddělování látek (difuze a filtrace), která probíhá přes semipermeabilní membránu. Funkcí hemodialýzy je zbavit organismus nahromaděné vody a snížit koncentraci toxických látek.

3.1.1 Historie

Vznik hemodialýzy se datuje už od roku 1854, kdy skotský chemik Thomas Graham studoval hemodialýzu na propustnosti stěny hovězího močového měchýře, použitého k sestavení primitivního dialyzátoru. Jako první použil výraz „dialýza“. Od této doby proběhlo několik pokusů na psech a také i na člověku, ovšem neúspěšně až do roku 1943. Tehdy použil umělou ledvinu u člověka mladý holandský lékař J. W. Kolff, který nejen vedl hemodialýzu, ale podílel se i na konstrukci bubnové ledviny. O něco později, v roce 1944, napojil 15 nemocných již na přístroj pomocí skleněných kanyl, které byly zavedeny do jejich cév. Všichni nemocní zemřeli v terminální fázi selhání ledvin s těžkou uremií a umělá ledvina si vysloužila název „smrtící stroj“. V roce 1945 byla napojena pacientka s náhlým hepatorenálním syndromem a úspěšně vyléčena. Od té doby se stala hemodialýza velkým přínosem pro nemocné s akutním selháním. Koncem 70. let byla vyřešena problematika opakovaného zapojování nemocných k přístroji a umělá ledvina se začala používat i u nemocných s chronickým selháním ledvin.

V České republice (bývalém Československu) byla první dialýza provedena v prosinci 1955 na II. Interní klinice v Praze. Rozvoj dialyzační léčby byl velmi pomalý. Až se změnou politického systému dochází po roce 1990 k budování hemodialyzačních středisek a k dostupnosti této léčby nemocným, kteří ji potřebují. V České republice bylo k 31. 12. 2012 evidováno 100 hemodialyzačních středisek. (Sulková, 2000, str. 14-32)

3.1.2 Cévní přístupy

Aby mohla být provedena hemodialýza je zapotřebí zajistit cévní přístup - shunt s dostatečným krevním průtokem (200-400 ml/minutu) a snadnou technickou přístupností.

Rozlišujeme dva druhy cévních přístupů:

1. Dočasný cévní přístup

je určen k omezenému počtu hemodialýz. Používá se hlavně u akutního provedení dialýzy. Také jej můžeme použít v překlenovacím období, než se rozvine shunt, nebo při trombotickém uzávěru shuntu. Snadný přístup nám zajišťují vena subclavia, vena jugularis, vena femoralis a zavádí se do nich převážně katétr s dvojitým lumenem.

2. Trvalý cévní přístup – arteriovenózní shunt (A-V shunt)

Tento přístup je určen pro pacienty, u kterých probíhá pravidelná hemodialýza 2-3x týdně po několik měsíců a let, pro zajištění přístupu je potřeba provést vyšetření cév neboli Doppler na nedominantní ruce, které je velmi významné pro cévního chirurga. Životnost cévního přístupu je ovlivněn jak kvalitou samotné žíly, tak cévním spojením a i ovládním punkční techniky. (Lachmanová, 1999, s. 29-34)

3.1.3 Typy A-V shuntů

V dnešní době existuje několik typů A-V shuntů. Jaký typ shuntu bude u pacienta založen, rozhoduje po důkladném vyšetření pacientova cévního řečiště cévní chirurg, který jej bude u pacienta provádět.

A-V shunty můžeme rozdělit na:

- **autologní** (prosté spojení vlastní tepny a žíly pacienta, jedná se o neoptimálnější typ, kdy nejčastěji dochází ke spojení arteria radialis s vena cephalica);
- **alogenní** (zakládají se pomocí vlastního žilního štěpu pacienta po vyčerpání všech možností autologních spojek, nejčastěji se používá žilní štěp z v. saphena magna);
- **protetické** (zkrat se vytvoří použitím umělé cévní náhrady, nejčastěji z expandovaného polytetrafluoroethylenu; kanylace těchto zkratů je jednodušší a doba potřebná k vyžrání je kratší; nevýhodou je horší průchodnost a větší riziko vzniku infekcí a trombóz). (Kala, 2011, s. 98; s. 82)

3.1.4 Umístění A-V shuntů

A-V shunty nacházíme u pacientů především na nedominantních horních končetinách (u praváků je A-V shunt našit na levé horní končetině, u leváka pak na pravé horní končetině), v ojedinělých případech se však vyskytují i na končetinách dolních nebo i na hrudníku (extraanatomické fistule).

3.1.4.1 Horní končetiny

Radiocefalický shunt

Jedná se o typ, který je při zakládání A-V shuntu možností první volby. Oproti ostatním typům má radiocefalický shunt nejlepší dlouhodobou průchodnost a je tedy nejvhodnější z hlediska hemodialyzační techniky. Také se vyznačuje nejnižším výskytem komplikací. Dle místa založení lze rozlišit radiocefalický zkrat:

- na zápěstí (ve fossa tabatiere nebo distální radiocefalický shunt);
- na předloktí (proximální radiocefalický shunt) (Janoušek, 2008, s. 67-72).

Radiobazilický shunt s transpozicí

Je další alternativní možností pro vytvoření shuntu na radiální straně zápěstí a to díky takzvanému spojení end-to-side (vena basilica a arteria radialis) (Janoušek, 2008, s. 70-71).

Bazilikoulnární distální shunt

Tento typ shuntu se zakládá v případě, že nelze vytvořit shunt na radiální straně končetiny. Spojka je provedena mezi arteria ulnaris a vena basilica v pronačním postavení ruky (Janoušek, 2008, s. 72).

Brachiocefalický shunt

Tento typ shuntu je zakládán v oblasti kubyty pomocí end-to-side anastomózy arteria brachialis a vena cephalica. Nevýhodou brachiocefalického shuntu je větší riziko vzniku steal-fenoménu (Janoušek, 2008, s. 73-74).

Brachiobazilický shunt s transpozicí

Na horní končetině jde o poslední možné vytvoření autologního A – V shuntu. Spojením bazilické žíly s brachiální tepny se provádí na paži, její výhodou je dobrá kvalita bazilické žíly, která není poškozována opakovanými venepunkcemi. Nevýhodou je však náročnost, delší operační výkon a možnost vzniku steal-syndromu (Janoušek, 2008, s. 75).

3.1.4.2 Dolní končetiny

Na dolních končetinách jsou arteriovenózní píštěle vytvářeny vzácně a to pouze v případech, že už nelze provést cévní přístup na horních končetinách. Tyto shunty mají však větší riziko vzniku komplikací (infekce, trombóza) a jsou pro hemodialýzu hůře přístupné. Na dolní končetině se spojky tvoří anastomózou v. sapheny magny s arterií tibialis posterior nad vnitřním kotníkem nebo s arterií femoralis superficialis případně s arterií femoralis communis v třísle. Při každém typu je nutné žílu vypreparovat v celém průběhu bérce. Nejlepším typem zkratů je rovná fistule na stehně založená pomocí velké sapheny a plněná z distální části a. femoralis superficialis (Krajíček, 2007, s. 415.).

3.1.4.3 Extraanatomické fistule

Tyto shunty jsou velmi raritní. Vytvářejí se především z umělých cévních protéz a mezi hlavní místa uložení patří axiloaxilární cross over zkrat veden subkutánně na přední straně hrudníku, brachiojugulární zkrat, vedený subkutánně nad klavikulou a axilofemorální zkrat, jenž kvůli své délce může mít větší výskyt trombotických komplikací. Proto je vhodné před jejich založením zvážit možnou alternativu hemodialýzy a to peritoneální dialýzu. (Janoušek, 2008, s. 90-91).

3.1.5 Indikace a kontraindikace založení A-V shuntu

Hlavní indikací zahájení hemodialyzační léčby je dle amerických doporučení (K/DOQI) do jednoho roku (nejčastěji z důvodu chronického renálního selhání) hodnota kreatininu v séru nad 350 $\mu\text{mol/l}$ a pokles glomerulární filtrace pod 0,42 ml/s. (Lachmanová, 2008, s. 42.)

Ovšem indikace k založení A-V shuntu jsou velmi diskutabilní a názory na ně jsou v různých literaturách odlišné.

Dle průzkumu zaměřeného na názory nefrologů byly zjištěny značné rozdíly související s indikacemi k odeslání pacienta k založení A-V shuntu, které mohou být podmíněné

chyběním či nedostatkem jasně daných kritérií, z kterých by pro lékaře indikace jasně vyplívala, kdo má být odeslán k založení A-V shuntu. Autoři práce se rozhodli prozkoumat názory 148 amerických a kanadských nefrologů na indikace k založení A-V fistule. Ve svém průzkumu se zaměřili na faktory rozhodující o načasování založení a typu požadované A-V fistule a na data o limitech a absolutních kontraindikacích.

Průzkum ukázal, že se hlavně liší názory nefrologů v časování zakládání fistule a v uplatnění kritérií indikujících jejich založení. Kanadští nefrologové by u starších pacientů preferovali centrální žilní katétry, američtí nefrologové by více prováděli dopplerovské vyšetření cév před odesláním k A-V fistuli.

Z komentáře I. Rychlíka vyplývá, že pacienti by měli být odesíláni k založení A-V fistule, pokud glomerulární filtrace progresivně klesá pod 0,25 ml/s. Uvádí také to, že problematika včasného zakládání A-V fistulí je stále aktuální a je potřeba vytvoření podrobnějších algoritmů týkajících se této problematiky.

Američtí lékaři za absolutní kontraindikací založení A-V fistule považují věk vyšší než 90 let, pravděpodobnou dobu přežití méně než 1 rok a nepřítomnost pulzu na periférii. Zatímco kanadští nefrologové považují za absolutní kontraindikaci v založení A-V fistule předpokládanou dobu přežití kratší než 1 rok, EF levé komory < 15 % a odmítnutí výkonu pacientem. (Postgraduální nefrologie, 2010, s. 94-95.)

Názory lékařů v České republice na kontraindikace nejsou jednotné, jako relativní kontraindikaci dlouhodobé hemodialýzy je možné považovat pokročilou cirhózu jater s encefalopatií, pokročilé maligní onemocnění a polymorbiditu spojenou s krátkým nekvalitním přežíváním. (Lachmanová, 2008, s. 40.)

3.1.6 Komplikace hemodialýzy

I když je hemodialýza nejužívanější úspěšnou metodou přesto sebou přináší nejen zlepšení zdravotního stavu, ale i komplikace, které se projevují převážně v průběhu vlastního provedení. Komplikace můžeme rozdělit na dva typy:

1. Akutní komplikace při hemodialýze

Nejčastější komplikací hemodialýzy jsou: hypotenze, křeče, disekvilibrační syndrom, akutní alergická reakce, iontové poruchy (hypo-hyper kalemie, natremie, kalcemie).

Výjimečné komplikace při hemodialýze: horečka, bolest hlavy, hypertenze, vzduchová embolie, hemolýza krvácivé příhody, arytmie.

2. Chronické komplikace - orgánové a metabolické komplikace

Některé z těchto komplikací výrazně zhoršují prognózu (kardiovaskulární komplikace), jiné pacientům zhoršují kvalitu života (komplikace kloubní, kostní a psychosociální).

Kardiovaskulární komplikace tvoří u více než poloviny dialyzovaných pacientů příčinu smrti a vedou též k velké morbiditě s častými hospitalizacemi.

Infekční komplikace nejrůznějšího původu se vyskytují u dialyzovaných velmi často a jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí.

Hematologické komplikace vždy doprovází chronické selhání ledvin v podobě anémie a hemokoagulačních poruch.

Nervové komplikace, u dialyzovaných pacientů dochází k poruše centrálního nervového systému, který je převážně funkčního charakteru, anebo periferního systému, kde jsou již přítomny strukturální změny a reparace je velmi obtížná a zdoluhavá. Nejčastějšími jsou uremická encefalopatie, dialyzační demence, polyneuropatie.

Kožní komplikace nejsou sice závažné, ale nemocnými jsou velmi často nepříjemně vnímány. Objevuje se u pacientů pruritus, ekzém, bulózní dermatitida.

Kostních a kloubních komplikací s délkou léčby přibývá a značně zhoršují kvalitu života (Lachmanová, 1999, s. 54-66).

3.2 Další možné očišťovací metody krve

Peritoneální dialýza – tělu vlastní s možností provádění v domácím prostředí

Hemofiltrace – fyziologičtější než hemodialýza

Hemodiafiltrace – využívá metod peritoneální dialýzy a hemofiltrace

Plazmaferéza – dochází k odstranění plasmy s toxiny a jedy

Hemoperfuze – technicky náročná metoda

Kontinuální očišťovací metody – využívají se na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních

4 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY U PACIENTŮ S HEMODIALYZAČNÍ LÉČBOU

Podíváme-li se na člověka i z jiného pohledu než je lékařská věda, dojdeme k závěru, že člověk s chronickým renálním selháním zařazený do hemodialyzačního programu, je vystaven velkým změnám ve svém životě, a to například v pracovní činnosti, ve vykonávání všedních činností, sportu, relaxaci, v rodinném životě, sexuálních potřebách aj.

Zvládání životních těžkostí (včetně bolesti, chronické nemoci, aj.) se odráží na kvalitě života, která z pravidla vychází z Maslowovy hierarchie potřeb, která poukazuje na fyzickou, psychickou a sociální stránku potřeb člověka. Zlepšování nebo udržování kvality života se stává nedílnou součástí cílů ošetrovatelských intervencí.

4.1 Osobní prožívání zdraví a nemoci u dialyzovaného pacienta

Definice zdraví podle World Health organization (WHO) z roku 1946:

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ (Křivohlavý, 2009, s. 37)

Každý pacient je ovlivňován svým zdravotním stavem a každý jej vnímá jinak a jinak jej interpretuje světu.

Na základě postoje pacienta k vnímání a interpretaci nemoci můžeme dělit:

- **harmonický** – pacient střízlivě hodnotí stav bez přehánění a bez nedoceňování závažnosti nemoci, je ochoten spolupracovat se zdravotníky a napomáhat spěchu léčení, pacient má reálné představy o nemoci a jejich příznacích;
- **ergopatický** – útěk do nemoci nebo do pracovní činnosti- varianta workoholismu, u nemocného se projevují reakce ve formě disimulace a repudiace symptomů onemocnění;
- **anozognostický**- aktivní odmítání myšlenky na nemoc a její následky, připisování symptomů nemoci náhodným okolnostem, reakce disimulace a bagatelizace příznaků;

- **zneklidněný** – spojení úzkostného a obsesivně fobického typu, cílem snah zdravotníků je snížení pacientovy úzkosti, je nutný vlídný a zároveň pevný a rozhodný přístup;
- **hypochondrický** – soustředěný na potíže, zveličování vedlejších účinků léků, jednotlivých příznaků a symptomů;
- **neurastenický** – typ dráždivé slabosti, netrpělivost a podrážděnost;
- **melancholický** – usoužený z nemoci, nevěří v uzdravení, má depresivní myšlenky;
- **apatický** – lhostejný ke svému osudu, pasivně se podřizuje léčení a ztrácí dřívější zájmy;
- **senzitivní** – přemrštěný strach, aby se o nemoci nevědělo, nešířily se pomluvy, aby nebyl pro své blízké břemenem;
- **egocentrický** – utíkají do nemoci, vystavují na odiv své utrpení a potíže
- **paranoidní** – přesvědčení, že nemoc je trestem, podezíravost k lékům, obviňování zdravotníků ze zlých úmyslů nebo nedbalosti;
- **dysforický** – dominuje pochmurně zlostná nálada, hostilis, nenávisť tzv. zdravým lidem.

V průběhu nemoci může docházet ke změnám v postojích k nemoci a ke zdraví (Pokorná, 2007, s. 48-49).

4.2 Změna životních potřeb a hodnot způsobená hemodialýzou

Chronické onemocnění je velkou životní zátěží, může změnit nejen prožívání a reagování, ale i některé vlastnosti osobnosti. Nemoc člověka egocentruje a izoluje, stává se dominantním osobním tématem a činí vše ostatní méně významným. Pod vlivem onemocnění se mění životní potřeby i hodnoty.

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.

Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy.

Potřeby, ať už ovlivněné objektivními nebo subjektivními faktory jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života. Hlavní potřebou se tak stává zdraví.

Vědomé vnímání potřeby vzniká na základě:

- **Pocitu nedostatku naplnění té které potřeby** (biologické, materiální, duchovní nebo sociální strádání)
- **Pocitu nadbytku, té které potřeby** (např. nedostatek lásky přináší pocit nespokojenosti, nadbytek lásky může přinášet pocit spoutání druhým člověkem, pocit jakéhosi okupování)
- **Touhy něčeho dosáhnout** (A. Maslow)

Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví, věku, na kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech.

Naplnění potřeb je jiné ve zdraví a jiné v nemoci. Avšak pro naplnění a uspokojení určitých potřeb v dosažení životního optima, nás každého jedince aktivuje touha. Pocit životního optima je naprosto a bezvýhradně individuální. (Šamánková, 2011, s. 12-13)

Potřeby můžeme dělit:

- podle **obecných kritérií** (podstata člověka, počtu osob, obsahu, ekonomického pohledu, naléhavosti, času, aj.),
- **důležitosti pro zachování života**
- **pro pocit naplnění života v nemoci**

Dělení potřeb podle obecných kritérií:

- **Podle podstaty člověka**
 - **Biologické (fyziologické) potřeby** – potřeba potravy, tekutin, oděvu, spánku, aj.;

- **Psychické potřeby** – jsou odvozovány a vyjadřovány prožíváním psychických stavů a jevů, vycházející z individuálního prožívání a vnímání světa, dále z potřeby rozvíjení osobnosti;
 - **Estetické potřeby** odvíjí se od vyspělosti jedince a jeho požadavků na krásno, estetický soulad na prostředí aj.;
 - **Sociální potřeby** – společenské potřeby (závisí na společnosti, ve které jedinec žije a kam směřují jeho sociální snahy, jaké touží mít sociální zázemí a postavení);
 - **Sociální a kulturní potřeby** jsou spojeny s kulturou jako produktem lidské společnosti (potřeba vzdělání, společenského a kulturního využití);
 - **Sebe vyjádření** – touha pochopení, schopnost vyjádření a pojmenování svých přání, názorů, prezentovat se svým životem;
 - **Duchovní potřeby** – jsou spojeny s duchovním zaměřením jedince, zbožností, fyzickým, psychologickým zaměřením a cítěním.
- **Podle počtu osob, kterých se týkají**
 - **Individuální potřeby** – potřeba splnit si své plány, potřeba osobního růstu, potřeba sebeuplatnění, seberealizace;
 - **Kolektivní potřeby** – potřeba zdravotnické péče a sociální péče, aj.
 - **Podle obsahu**
 - **Materiální potřeby** – vyjadřují požadavek mít věci ve vlastnictví a užívat je (ekonomické zabezpečení, auto, byt, dům, oblečení, aj.);
 - **Nemateriální potřeby** – jsou spojeny s duševní stránkou člověka, jeho ideály, osobní hierarchií hodnot (potřeba lásky, přátelství osobní svobody, prožívání života v souladu se svým svědomím).
 - **Podle ekonomického pohledu**
 - **Ekonomické potřeby** - veškeré potřeby uspokojované různými produkty hospodářské činnosti;

- **Neekonomické potřeby** – potřeby bez vazby na produkty ekonomiky (potřeba plavat v moři, chodit na procházky, mít dítě, aj.).
- **Podle způsobu vyvolání**
 - **Hlavní potřeby** – potřeby předcházející dalším;
 - **Doplňkové potřeby** – potřeby podílející se na zlepšování uspokojování potřeb.
- **Podle naléhavosti**
 - **Nezbytné potřeby** – zajišťují existenci (potřeba jídla, pití);
 - **Zbytné potřeby** – potřeby, bez kterých je možné se obejít (vlastnit bazén, značkové oblečení aj.).
- **Podle výskytu četnosti**
 - **Trvalé potřeby** – objevují se denně (potřeba jídla, pití, odpočinku aj.);
 - **Občasné potřeby** – vznikají s jistou pravidelností, například v souvislosti s ročním obdobím;
 - **Výjimečné potřeby** – vyskytují se nepravidelně.
- **Podle času**
 - **Současné potřeby** – vztahují se k požívání současnosti (založit rodinu, pěstovat koníčky, aj.);
 - **Budoucí potřeby** – jsou spojené s očekávanou budoucností (složit zkoušky, zvládnout porod aj.).

Dělení podle důležitosti pro zachování života

- **Primární** – biologické, fyziologické, přirozené. Bez naplnění těchto základních potřeb jedince nemůže dlouho žít. Zabezpečení potřeb v nemoci nebo v nemohoucnosti je náplní základní ošetrovatelské péče.
- **Sekundární** – sociální, získané, naučené, kulturní. Základní společenské potřeby, kdy člověk potřebuje společnost druhých lidí, komunikovat s nimi, uplatnění ve společnosti.

Potřeby pro pocit naplnění života v nemoci

Při zjišťování potřeb pacienta a jejich naplnění, uplatňujeme objektivní posouzení celého ošetrovatelského týmu (sanitářky, ošetrovatelky, sestry, lékaři, aj.). Pacientovo hodnocení zdravotního stavu je vždy vnímáno jako subjektivní. A proto je důležité tolerovat a respektovat osobní hierarchii životních hodnot a potřeb. V době hospitalizace se přidává i tzv. sociální potřeba, která vychází z potřeby ochrany osobních dat. (Šamánková, 2011, s. 17-19)

4.3 Hemodialýza a mezilidské vztahy

Pro samotného pacienta i pro jeho rodinu je zařazení do hemodialyzačního programu velkou životní změnou, která sebou přináší hlavně změnu rolí v rodině, finanční jistotu hlavně v případě, kdy byl nemocný živitelem rodiny. Role postupně, které doposud pacient vykonával, přechází na jeho blízké – partnera, děti, aj. a někteří tak dostanou status „nemocného“, s výraznou závislostí na rodině. Proto je důležitá sociální opora i podpora nejen ze strany rodiny, přátel, ale i sociálního pracovníka či psychologa.

Určitou pomocí pro duševní a psychickou pohodu každého hemodialyzovaného pacienta je společenský život. Vzájemné návštěvy mezi příbuznými a známými pomohou odvrátit pozornost pacienta od vlastních problémů, motivují ho, potěší ho a povzbudí u něho chuť do života. To vše se odráží i ve spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem na léčbě. S onemocněním a dialýzou se musí vyrovnat, jak sám pacient, tak i jeho rodina. Kulturní život jakožto návštěvy divadla a koncertů, různých výstav a galerií, četba knih zůstává i nadále bez omezení. (Džumelová-Ižová, 2009, s. 28.)

4.4 Nejčastější pocity dialyzovaného pacienta

Úzkost představuje stav neurčité vnitřní tísně a projevuje se v rovině smotické, emocionální i kognitivní. Projevy úzkosti můžeme vidět jako základní charakteristiku poruchy, jako osobnostní rys nebo jako symptomy, které provázejí jiné základní poruch a onemocnění (Vymětal, 2007, s. 65).

Úzkost patří k nejčastějším pocitům dialyzovaného pacienta. U některých pacientů má úzkost projevy psychické nepohody, bolestmi hlavy, svíráním na prsou, svíráním v epigastriu, zhoršení dechu a jiné. Někteří pacienti prožívají největší úzkost před napojením jini

v průběhu hemodialýzy anebo cestou na hemodialýzu či již večer před hemodialýzou. Úzkost mění náš vztah k lidem. Buď u nich hledáme pomoc, nebo se jich stále více straníme. Ale na druhou stranu se právě díky vztahům k lidem můžeme učit své úzkosti zvládat, protože vztahy nám poskytují pocit, že máme oporu. Vztahy nás tudíž zúzkostňují, ale také nám pomáhají úzkosti zvládat (KAST, 2012, s. 11). Úzkost může postupně narůstat, až manifestovat v depresi nebo v agresivní jednání.

Deprese je nemoc podobná jiným nemocím, jako je například vysoký krevní tlak, vředová choroba nebo cukrovka. Není to špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek sebekázně nebo vůle. Deprese také není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. (Praško, 1998, s. 91)

Depresi zažil každý dialyzovaný pacient, u některých trvá měsíce i roky, aniž by byla lékaři zaznamenána. U některých je příčinou deprese špatná spolupráce pacienta s personálem, která může vést k sebepoškozování, někdy i k sebevražednému jednání. Deprese se především prožívá smutkem, beznadějí a bezmocí, který zbavuje nemocného přirozeného potěšení už tak značně okleštěného života, zbavuje jej uspokojení ze vztahů s blízkými lidmi a vede k sociální izolaci. Nerozpoznána a neléčena deprese narušuje veškeré úsilí ošetřovatelského týmu. Lehká forma deprese je zvládnutelná sociální podporou (zvýšeným zájmem, porozuměním, povzbuzením, pochvalou,...) nebo psychoterapií, těžká forma deprese vyžaduje psychofarmakologickou podporu. Pacient sám si na depresi neztěžuje, spíše mluví o nespavosti, nechutenství, váhovém úbytku a únavě, které ovšem nejsou typické pro depresi, ale pro komplikace dialýzy. Řada studií poukázala na to, že deprese má přímý vztah k vyšší úmrtnosti u dialyzovaných klientů. Deprese je tak právem označována za jeden z nejdůležitějších klinických psychologických problémů u dialyzované populace. (Sulková, 2000, s. 510)

Agresivita patří k přirozené pudové výbavě člověka a projevuje se při překonávání překážek. Život s dialýzou vyvolává spoustu agresivních pocitů, ale společenské normy nedovolí nemocným je volně ventilovat. Ovšem provedené studie u dlouhodobě přežívajících s dialýzou poukazují na to, že přiměřená míra agresivního jednání faktorem vedoucím k delšímu přežívání (Sulková, 2000, str. 511).

4.5 Stres při hemodialýze

Dialyzovaný nemocný, stejně jako nemocní jinými chronickými chorobami, je vystaven stresu, který plyne z těžké, nevyléčitelné a tudíž doživotní choroby. Navíc zažívá stres zcela specifický, vyvolávaný jednak původními příznaky onemocnění (úbytek energie, malá síla, svědění kůže, bolesti svalů a kloubů, úporná žízeň, sucho v ústech, pocit vyprahlosti, potíže se spánkem aj.), a jednak neobyčejně náročným způsobem léčení (Sulková, 2000, str. 505).

Většina autorů, kteří se tomuto tématu věnovali a věnují, se shodují v tom, že hlavním stresem u dialyzovaných je závislost na přístroji, středisku a personálu. Tento stres je daleko větší psychickou zátěží pro pacienty než trvalé ohrožení života. Silně stresující je vlastní dialyzační procedura, ke které patří strach z napojení, bolesti a z případných komplikací při napojení, nepředvídatelných událostí během dialýzy apod.

Udává se, že z celé dialyzované populace žijí pod největším psychickým tlakem mladí muži, protože od nich je nejvíce očekáváno ve sféře pracovní, společenské, partnerské a sexuální. Role ženy, která je léčena dialýzou, pobírá invalidní důchod, stará se o děti a domácnost a je zajištěna manželem, je vnímána pacientkou i společností přeci jen jako uspokojivější než role muže, který se stará o domácnost a je finančně závislý na své ženě (Sulková, 2000, s. 507).

4.6 Bolest a spánek u dialyzovaných pacientů

Vnímání bolesti u dialyzovaných pacientů se zabývají nečetné studie, ovšem nikde není známo o důsledcích bolesti u těchto pacientů. Stejně tak je to i se studiem spánku a jeho porušenou kvalitou. Přitom podle Kimmla a kol. (2003) jedna pětina dialyzovaných pacientů vnímá bolest jako závažnou komplikaci svého života. Dále si ve své studii položili otázku, zda je ovlivněna i prognóza těchto pacientů. Bylo statisticky zjištěno, že přežívání pacientů, kteří uváděli bolest i v mimo dialyzační dny je významně horší (do roku 2003 nebylo v literatuře uvedeno). V případě poruch spánku byl však zjištěn rozdíl v návaznosti na kvalitu života i stavy depresí.

Z komentáře Prof. MUDr. Sylvie Dusilové Sulkové, DrSc.: *Kvalita dialyzačního léčení je v současné době posuzována zejména z hlediska účinnosti jednotlivé hemodialyzační (eliminací) procedury. Zřejmě ukazuje kvalitu péče, avšak nikoli kvalitu výsledku, tj. kvalitu*

života dialyzovaných pacientů a jejich dlouhodobý osud. Je zásluhou autorů komentované práce (kterou přidružený editoral označuje jako průkopnickou) (Unruh, 2012), že obracejí naši pozornost ke zcela běžným, až banálním problémům pacientů, jako je bolest a porucha spánku. V řadě medicínských oborů je již desetiletí doloženo, že podmiňují nejen kvalitu života, ale i prognózu. V dialyzační nefrologii si až v posledních letech našly cestu i práce sledující běžné denní aktivity a vnímání běžné denní zátěže. Bylo například dokumentováno, že pokud je pacientům v dialyzačním programu poskytnuta kvalitní sociální podpora, jejich prognóza se zlepšuje (Platinga, 2010). Dále bylo dokumentováno, že kvalita života dialyzovaných pacientů se v čase nezlepšuje, ba spíše zhoršuje, minimálně v některých komponentách, např. fyzické aktivitě a vnímání bolesti (Gabbay, 2010). Nyní Harris a spol. dokumentují, že vnímání bolesti a nedostatečný či nekvalitní spánek jsou pro dialyzované pacienty nepříznivé, resp. prognosticky rizikové. Přitom v obou dimenzích jde o řešitelný problém – existují ověřené postupy, jak kvalitu spánku zlepšit, o léčbě bolesti to platí samozřejmě také. (Postgraduální neurologie, 2012, s. 61-62)

4.7 Dietní a pitný režim u dialyzovaných pacientů

Aby se dialyzovaní pacienti vyvarovaly zhoršení zdravotního stavu, v důsledku dietních chyb, měli by dodržovat určitá dietní opatření, která jsou pro každého pacienta individuální. Rozhodující jsou výsledky krevních testů a aktuální hmotnost.

Nutričním centrem v Turínu byla provedena studie nízkobílkovinné diety, eventuálně doplněné ketoanalogy aminokyselin na zdravotní stav pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Realizace vyžadovala zkušený nutriční tým, motivaci a spolupráci nemocných. Dietní schéma vycházelo z italské modifikace diety dle Barsottiho a Giovanenetiho s restrikcí fosforu a sodíku. Ke zvýšení compliance byla třikrát týdně dieta doplněna jedním standardním jídlem dle společného výběru nemocného a nutriční terapeutky. Laboratorní a klinická data byla stanovena na začátku, po jednom měsíci (adaptace) a dále vždy v měsíčních intervalech. Glomerulární filtrace byla kalkulována dle Cockcrofta a Gaulta, MDRD a CKD-EPI. Většina pacientů během roku přešla na standardní nízkobílkovinnou nevegetariánskou dietu s příjmem proteinů v rozmezí 0,6–0,8 g/kg/den. Z hlediska laboratorního byla pozoruhodná vyrovnaná acidobazická rovnováha u všech nemocných s minimální substituací bikarbonátu, normokalémie a nízké hodnoty fosforu.

Z komentáře Prof. MUDr. Vladimíra Teplana, DrSc.: *Užití nízkobílkovinné diety (NBD) jako terapeutické možnosti u nemocných s chronickým onemocněním ledvin (CKD) má dlouhou historii. Užití kombinace nízkobílkovinné diety s KA umožňuje dlouhodobou metabolickou kompenzaci a může významně přispět ke zpomalení progresu renálního onemocnění. Opakovaně byly potvrzeny pozitivní výsledky u nemocných nediabetiků i diabetiků. Modifikovaná dieta významně pozitivně ovlivňuje kalcio-fosfátový metabolismus a většina pacientů má normální či pouze lehce zvýšené hodnoty parathormonu. Je ovlivněna periferní inzulinorezistence, hyperlipidémie, hypertenze a acidobazická rovnováha. Normalizace metabolické acidózy umožňuje dlouhodobě vyrovnaný proteinový metabolismus, a tedy i optimální metabolické využití sníženého množství bílkovin v dietě. Dieta má nižší obsah sodíku, draslíku a fosforu, je normoenergetická a specificko-dynamický (termický) účinek přijímaných proteinů je minimální. Zpočátku je nezbytné většinou jednou za měsíc zkontrolovat nemocného, zda je ochoten a schopen po náležité instrukci a při pravidelných laboratorních kontrolách tento režim dlouhodobě dodržovat. K pozitivní motivaci přispívá možnost oddálit zahájení dialyzační léčby, snížení jejích komplikací (Postgraduální nefrologie, 2013, s. 57-58).*

4.8 Sexuální dysfunkce u pacientů s chronickou renální insuficiencí 5. stupně

Sexuální dysfunkce je komplikace spojená s chronickou renální insuficiencí. Pacienti obou pohlaví uvádějí vysoký výskyt sexuálních problémů různého charakteru. Může k nim docházet v predialyzačním období, v chronickém dialyzačním programu a dokonce i po transplantaci.

Sexualita je nedílnou součástí každého života a podílí se na sebedůvěře, na pocitech i na sebehodnocení a odráží se to na kladném oceňování okolí. V raném stádiu selhání ledvin se ale řada pacientů cítí zranitelnými, mají obavy, co bude, a zdá se jim, že ztrácejí kontrolu nad svým životem.

4.8.1 Sexuální problémy u žen

Ženy postihují sexuální dysfunkce, ale dat o jejich výskytu je jen málo. Ví se, že k nim přispívá věk a snížená hladina estrogenu. Ženy se selháním ledvin si mohou stěžovat na změny v menstruačním cyklu, výpadky ovulace, snížení libida, nedostatek poševní se-

krece, nedosahování orgasmu, neplodnost a psychologické problémy spojené se změněným tělovým obrazem.

Podobně jako u mužů dochází ke snížení libida i u žen z psychologických důvodů. V takové situaci se může měnit nazírání ženy na sebe samu a psychologické dopady chronické choroby pak mohou interferovat s normálními partnerskými vztahy (Mahonová in Dingwall, 2004, str. 78).

Otěhotnění a následné těhotenství je během dialyzační léčby vzácné a rizikové jak pro matku, tak i pro plod. Avšak existuje několik žen, mezi dialyzovanými ženami, kterým se i přesto podařilo otěhotnět, úspěšně donosit dítě a porodit jej. Po úspěšné transplantaci ledviny většinou dochází k úpravě menstruačního cyklu, a je tedy možné otěhotnět snáze.

4.8.2 Sexuální problémy u mužů

Sexuální dysfunkce jsou u mužů se selháním ledvin běžnou záležitostí, určitý stupeň erektilní dysfunkce uvádí až 82 % dialyzovaných a 43 % transplantovaných mužských pacientů. Příčiny jsou spojeny s urémií a dalšími komorbiditami (současný výskyt více nemocí) jako je diabetes, postižení periferních cév a anémie. Projevit se takto mohou i vedlejší účinky některých léků, deficit zinku a psychologické dopady chronické choroby. Mužští pacienti mohou také trpět ztrátou libida, gynekomastií, změnou tělesného obrazu a neplodností. Hormonální změny zahrnují sníženou hladinu testosteronu, která ovlivňuje libido a spermatogenezi.

Psychosociálních aspektů spojených s erektilní dysfunkcí je celá řada a jsou vázány na změněný tělový obraz, pocity ztráty a viny, závislost na přístroji, hněv a na obrácení rolí v rodině. Někteří pacienti mohou na diagnózu reagovat postavením do role „nemocného“ a i to může vést ke změnám v sexuální oblasti (Mahonová in Dingwall 2004, s. 77).

4.9 Zvládání pracovní činnosti dialyzovaným pacientem

Každý nově hemodialyzovaný pacient v produktivním věku se musí vyrovnat s obavami souvisejícími se změnami v pracovní činnosti, kterou doposud vykonával a také s oznámením svému zaměstnavateli.

Pokud už se dialyzovaní pacienti rozhodnou, i nadále vykonávat pracovní činnost, nemají to v zaměstnání jednoduché. Vzhledem ke zdravotnímu stavu je velkou výhodou

zaměstnavatel, který jim vyjde vstříc. A to ve zkrácení pracovní činnosti na poloviční úvazek, flexibilní pracovní doby, ale i prostředí, ve které mohou pracovat (suché, teplé s minimální fyzickou zátěží).

Pacienti vykonávající těžkou tělesnou práci jsou nuceni změnit zaměstnání nebo odejít do invalidního důchodu. Fyzicky namáhavá práce je pro ně dosti únavná a mohla by vést ke zhoršení zdravotního stavu. Nevhodné je též práce na směny a noční práce.

Větší možnosti mají pacienti samostatně výdělečně činní, kteří si mohou upravit pracovní dobu tak, jak jim nejlépe vyhovuje (Džumelová - Ižová. 2009, s. 28).

4.10 Volnočasové aktivity a cestování

4.10.1 Pohybové aktivity

Pohybová aktivita rozvíjí fyzickou i psychickou stránku pacientovy osobnosti a vrací ho zpět do aktivního života. Zároveň upevňuje i sociální stránku kvality života a hodnot, jako jsou zdatnost, soběstačnost, odhodlanost.

Cvičení a sportovní aktivity závisí u hemodialyzovaných pacientů vždy na momentálním zdravotním stavu, na druhu sportu, který před zahájením hemodialyzační léčby vykonávali a také s ohledem na A-V shunt. Proto by se měl pacient o vhodném typu a úrovni zátěže poradit s ošetřujícím lékařem, který zná jeho zdravotní stav. Všeobecně se mohou věnovat například plavání, běhání, jízdě na kole, turistice, pétanque, golfu, stolnímu tenisu doporučována je i jóga, ruční práce aj. Pacienti by si měli vybrat, takový druh sportu nebo aktivitu, která je příliš nezatíží, ale naopak, zvýší jejich tělesnou zdatnost. Zejména u starších jedinců je nezbytně nutné cvičit pohybovou koordinaci a rovnováhu. Nejčastějšími formami pro hemodialyzované pacienty jsou:

- *Kondiční* s cílem udržet či zlepšit celkovou kondici se zaměřením na rozvoj základních motorických schopností. Patří sem vývoj kloubní pohyblivosti, svalové síly a vytrvalosti, pohybové koordinace a fyzické kondice.
- *Kondičně - vytrvalostní* s cílem upravit či zlepšit kardiorespirační fyzickou zdatnost a ovlivnit komplikace související se selháním ledvin a dialyzační léčbou (snížení TK, zlepšení metabolismu sacharidů a lipidů apod.). Zařazujeme sem vytrvalostní

aktivity cyklického charakteru (chůze, běh, jízda na kole) a řídíme se doporučenými intenzivitami zátěže pro jednotlivé pacienty.

- *Silové* s cílem ovlivnit jak lokální, tak celkovou svalovou sílu, zvětšit svalový objem, podpořit mineralizaci kostní tkáně a korigovat svalové dysbalance. Zařazujeme sem cvičení proti odporu s využitím náčiní.
- *Koordinačně - balanční* s cílem korigovat poruchy pohybové koordinace a rovnováhy spojené s periferními a centrálními poruchami nervového systému. Zařazujeme sem jak skupinová, tak herní cvičení s využitím balančních pomůcek, gymnastického nářadí a náčiní. Součástí pohybové aktivity jsou také dechová cvičení, která pomáhají uvolnit celkové tělesné napětí a optimalizovat psychické funkce.
- *Relaxační*, které zařazujeme většinou na konec fyzické aktivity s cílem zklidnit a uvolnit svalové napětí v přetížených svalových skupinách a stabilizovat i psychické funkce (Tentory, 2010, s. 96-97)

Na základě snahy o zlepšení kvality života dialyzovaných i transplantovaných vznikl **Sportovní klub dialyzovaných a transplantovaných (SK DaT)**. Činnost tohoto klubu je zaměřena na tvorbu a následnou realizaci rehabilitačních programů. Také se podílí na organizaci sportovních her, organizuje léčebné přímořské pobyty, apod. Působnost klubu je celorepubliková. (Svoboda, 2007, s. 43-45)

4.10.2 Cestování

Cestovat za zážitky, relaxací, ale i poznáním do zahraničí mohou v dnešní době i hemodialyzovaní pacienti. Cestování pacientů závislých na dialyzační léčbě je komplikováno pouze nutností zajistit pokračování v zavedené léčbě v některých přílehlých hemodialyzačních střediscích v místě pobytu. Máme dva druhy dialýz, které umožňují pacientům cestovat:

Rekreační - vzhledem k poměrně velkému a dobrému pokrytí hemodialyzačními středisky v České i Slovenské republice je využívána klienty v době rekreace poblíž místa pobytu.

Prázdninová dialýza- je zajišťována řadou zdravotnických zařízení (např. B. Braun Avitum) všem dialyzovaným pacientům. Klienti se tak mohou oddávat poznávání cizích krajů či strávit nezapomenutelné chvíle se svými blízkými, aniž by museli být vázáni přímo na

své domovské dialyzační centrum. Bez obav se mohou pacienti vypravit například do Chorvatska, Maďarska nebo Francie (ledviny.cz, © 2014).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PROBLEMATIKA U HEMODIALYZOVANÉHO PACIENTA

5.1 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy (problémy) dle NANDA International

Nejčastějšími ošetřovatelskými diagnózami, se kterými se může zdravotnický personál u hemodialyzovaných pacientů setkat a zároveň aplikovat do ošetřovatelského procesu jsou:

- chronická bolest - 00132
- chronická zmatenost - 00129
- úzkost - 00146
- strach - 00148
- riziko krvácení - 00206
- riziko infekce - 00004
- narušená integrita kůže - 00046
- únava - 00093
- intolerance aktivity – 00092
- neefektivní zvládnání zátěže - 00069
- narušený vzorec spánku - 00198
- zvýšený objem tekutin v organismu - 00026
- zhoršená tělesná pohyblivost - 00085
- nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu - 00002
- snížený srdeční výdej - 00029
- beznaděj - 00124
- neefektivní plnění role - 00055
- narušený obraz těla - 00118

- nauzea - 00134 (Herdman, 2010)

5.2 Ošetrovatelská péče o hemodialyzovaného pacienta

Pacienti s chronickou renální insuficiencí jsou obvykle přijímáni na standardní nefrologické oddělení, odkud docházejí na pravidelné hemodialýzy. Jelikož pacienti s tímto onemocněním jsou více hospitalizováni a tráví zde více času nežli doma, je o to složitější poskytování vlastní ošetrovatelské péče ve všech potřebách. Takový pacient je v mnohém náročnější, zná svá práva, onemocnění, harmonogram chodu oddělení a je také ovlivňován svými stavy nálad a toxickými látkami, které se v organismu hromadí.

Cílem ošetrovatelské péče je zajištění biologických a psychosociálních potřeb každého pacienta. K tomu, abychom mohli tyto potřeby zajistit, nám pomáhají rozhovory. Na základě rozhovorů můžeme hodnotit například zaujímání polohy, pohybu a jeho omezení díky dialyzační kanyle či A-V shuntu. Dále pak omezení v hygienické péči, výživě, vyprazdňování, spánku a odpočinku. Nedílnou součástí jsou také psychosociální potřeby, které jsou ovlivněny vlastním léčebným režimem (je „závislý“ na přístroji, onemocnění ovlivňuje jeho každodenní aktivity).

Jelikož hemodialyzovaní pacienti vnímají každou změnu v jejich léčebném režimu spíše negativně, je důležité dodržovat určité intervence v ošetrovatelském procesu jako je např.:

- podávání ordinovaných léků – pokud možno bez nahrazujících léků
- monitorování základních fyziologických funkcí – pro některé pacienty je důležité, že si personál pamatuje, na které horní končetině má A-V shunt
- pečlivě sledovat a zapisovat příjem a výdej tekutin, tělesnou hmotnost
- dodržovat zásady odběru biologického materiálu a snažit se je směřovat na dobu hemodialýzy a minimalizovat tím i počet bolestivých vpichů
- minimalizovat riziko vzniku infekce
- psychická podpora nemocného – pokud o to pacient stojí
- zajištění uspokojení základních potřeb nemocného

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRŮZKUMU

Hlavní cíl:

Zjistit, jak vnímají a zvládají psychosociální zátěž pacienti zařazení do hemodialyzačního programu.

Dílčí cíle:

Cíl 1:

Zjistit, co prožívá a jak reaguje hemodialyzovaný pacient, po proběhlé hemodialyzační léčbě na náhle vzniklou hospitalizaci.

Cíl 2:

Zjistit, jaký mají pacienti pohled na hemodialýzu

Cíl 3:

Zjistit, jaký mají pohled hemodialyzovaní pacienti na hospitalizaci

Cíl 4:

Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insuficiencí změny v životních potřebách a hodnotách.

Cíl 5:

Zjistit, zda se změnil přístup a vztah hemodialyzovaného pacienta ke svému okolí.

Cíl 6:

Zjistit, zda se změnil přístup a vztah okolí z pohledu hemodialyzovaného pacienta.

Cíl 7:

Zjistit, jak vnímá hemodialyzovaný pacient postoj dnešní společnosti k nemocným závislých na hemodialyzační léčbě.

Cíl 8:

Zjistit, vnímání kvality života hemodialyzovanými pacienty.

Cíl 9:

Zjistit, jak hemodialyzovaní pacienti zvládají zátěž, kterou sebou nese hemodialyzační léčba.

7 METODIKA

Formulace problému

Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí ten, kdo je touto nemocí postižen, vyrovnávat. Za těchto okolností je možné pozorovat mnoho problémů – nejen fyzických, ale i psychických a sociálních – jak u toho, kdo chronickým onemocněním trpí, tak u lidí kolem něho (Křivohlavý, 2002, str. 130).

Charakteristika souboru

Do průzkumného souboru šetření byli vybráni pacienti, kteří museli splňovat následující kritéria:

- věk 18 a více let, bez rozdílu pohlaví;
- založený A-V shunt s minimální délkou založení 6měsíců nebo
- zavedená hemodialyzační kanyla za účelem pravidelné dlouhodobé léčby CHRI 5. stupně;
- zařazení do pravidelného hemodialyzačního programu;
- u osob nad 60 let a více zachované kognitivní funkce;
- ochota podílet se a spolupracovat na dotazníkovém šetření.

Do každého hemodialyzačního střediska bylo rozdáno 50 dotazníků, celkem tedy bylo rozdáno 150 dotazníků, vráceno bylo 92 dotazníků. Zjištěná návratnost činila 61 %, celkově se na výzkumném šetření podílelo 36 % žen průměrného věku 58,6 let a 64 % mužů průměrného věku 61,91 let.

KNTB a.s. vráceno 15 dotazníků – muži 53,3 % a ženy 46,7 %.

Kroměřížská nemocnice a.s. vráceno 42 dotazníků – muži 69,1 % a ženy 30,9 %.

Nemocnice Znojmo vráceno 35 dotazníků – muži 44 % a ženy 26 %.

Metoda sběru dat

Byla zvolena kvantitativní metoda průzkumu. Prostřednictvím nestandardizovaného dotazníkového šetření byly získány informace o zvládnutí psychosociální zátěže u hemodialyzovaných pacientů s diagnózou chronická renální insuficience 5. stupně ve třech hemodialyzačních střediscích.

Dotazník obsahoval celkem 28 položek, tvořený osmi otevřenými a dvaceti uzavřenými otázkami. U otevřených otázek mohli respondenti odpovídat vlastními slovy a u uza-

vřených otázek si dle zadání mohli vybírat jednu a v některých případech i více možností. Dotazník byl rozdělen do čtyř částí. První část dotazníku obsahovala demografické údaje. Druhá část se věnovala posouzení reakce a prožívání na náhle vzniklou hospitalizaci po léčbě dialýzou. Třetí část se zabývala změnami v životních potřebách a hodnotách u nemocných s CHRI 5. stupně. A poslední čtvrtá část byla zaměřena na vnímání postoje dnešní společnosti k tomuto onemocnění samotným nemocným.

Organizace průzkumu

Vlastní dotazníkové šetření probíhalo od 1. února 2014 do 17. března 2014.

Výzkumný soubor byl tvořen pacienty s diagnózou chronická renální insuficience 5. stupně, sběr dat probíhal při právě probíhající hemodialyzační léčbě ve třech hemodialyzačních střediscích – KNTB Zlín a.s., Kroměřížské nemocnice a.s. a Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace.

Dotazník pro dialyzované byl rozdán po souhlasu staniční sestry každého hemodialyzačního střediska daného pracoviště. Dotazníkové šetření bylo zcela anonymní a dobrovolné.

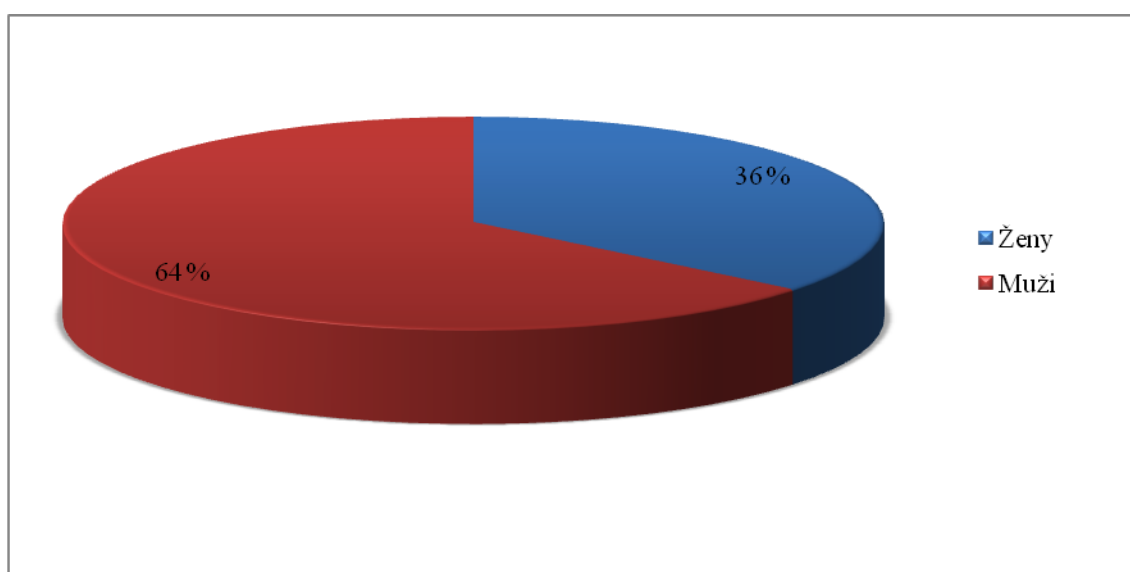
Zpracování dat

Po návratu dotazníků byla zkontrolována úplnost jejich vyplnění a jejich použitelnost pro průzkumné šetření. Získané údaje byly vyhodnoceny a zpracovány v podobě tabulek a grafů. K vytvoření jednotlivých tabulek a grafů byl použit program Microsoft Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

8 VÝSLEDKY

Tabulka 1 Četnost pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	59	64 %
Ženy	33	36 %
Celkem respondentů	92	100 %



Graf 1 Četnost pohlaví respondentů.

Demografické údaje

Demografická data byla získána na základě prvních otázek v dotazníku pod čísly 1. - 9. Na dotazníkovém šetření se podílelo celkem 92 respondentů z toho 33 (36 %) žen a 59 (64 %) mužů. Věkový průměr u respondentů dle pohlaví byl u 36 % žen 58,6let a u 64 % mužů 61,9let. Nejčastější věková kategorie u hemodialyzovaných pacientů se pohybovala v rozmezí 56-70 rokem věku života 33 (35,86 %). S přibývajícimi roky se počty dialyzovaných klientů snižují.

Průzkumného šetření se zúčastnilo 12 (13 %) svobodných, 33 (35,86 %) ženatých, 7 (7,6 %) rozvedených a 7 (7,6 %) mužů vdovců. Naproti tomu se ženy v průzkumném šetření účastnily v procentuálním zastoupení takto: 4 (4,34 %) svobodné, 14 (15,21 %) vdaných,

7 (7,6 %) rozvedených a 7 (7,6 %) vdov. Nejvyšší hodnoty byly dosaženy u obou pohlaví ve stavu vdaná/ženatý. Což svědčí o tom, že i když je tato léčba náročná na čas i rodinný život, partneři jsou jim oporou.

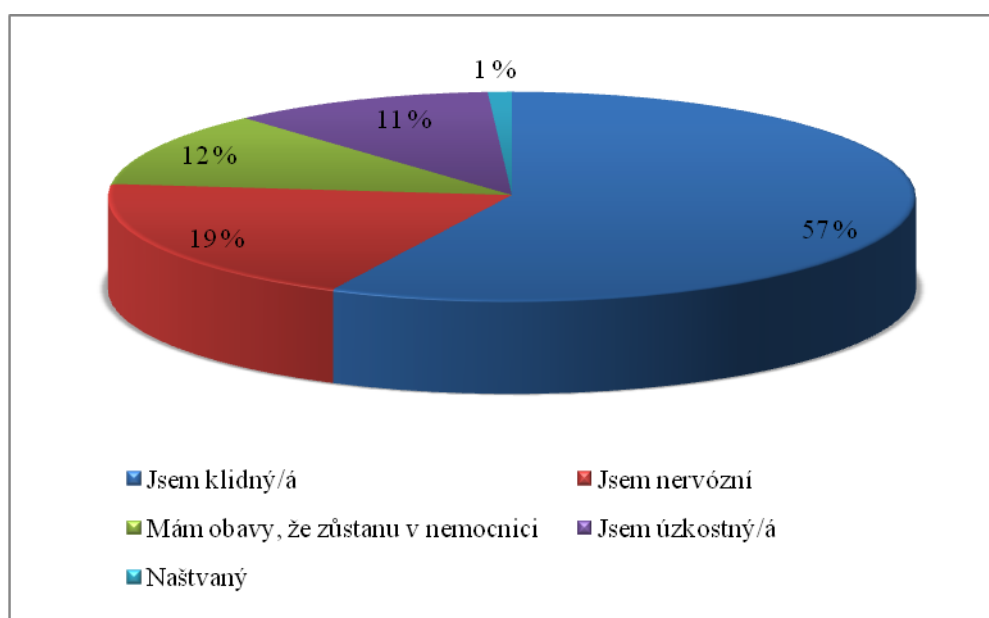
Další otázkou v dotazníku bylo nejvyšší dosažené vzdělání v návaznosti na pohlaví. V dotazníkovém šetření se mužů zúčastnilo se základním vzděláním 11 (11,93 %), SŠ bez maturity/vyučen 23 (24,94 %), SŠ s maturitou 15 (16,27 %) a VŠ vzdělání 10 (10,84 %) zastoupení. Ženy se základní vzdělání v počtu 9 (9,81 %), u 10 (10,90 %) - SŠ bez maturity/ vyučena stejně tak 10 (10,90 %) SŠ s maturitou a 4 (4,36 %) s vysokoškolským vzděláním. Hlavně u mužů je vysoké procento respondentů se vzděláním SŠ bez maturity/vyučen. Naproti tomu u žen jsou hodnoty na výsledcích ve vzdělání relativně rovnoměrné. Můžeme tak s největší pravděpodobností konstatovat, že muži ve věkové hranici 56-70let v počtu 23 (23 %) dosahovali nejčastějšího vzdělání SŠ bez maturity či byli vyučeni.

Nejvyšší počet v pracovním zařazení je tvořen ženami v počtu 15 (16,36 %) a u mužů 33 (35,79 %) u položky starobní důchod, následuje invalidní důchod u žen v počtu 13 (14,18 %) a u mužů 21 (22,77 %) pouze 5 (5,45 %) žen a 5 (5,42 %) mužů je zaměstnáno. Další možnosti zaměstnání či studium nebyli žádným s respondentů udány.

Největší procento respondentů 44 (47 %) trpí chronickou renální do 5let od diagnostikování. 19 (20 %) respondentů se zařadilo do kategorie, kdy diagnostika jejich onemocnění proběhla do 10let, do 20let je to 17 (18 %), do 30let 7 (8 %) a 31let a více udává 6 (7 %) respondentů v průzkumném šetření. Dále pak délku zařazení do hemodialyzačního programu udává 18 (20 %) všech dotazovaných do 1roku, 53 (60 %) respondentů do 5let, 10 (11 %) do 10let, 5 (6 %) navštěvuje hemodialyzační léčbu do 15let a pouze 3 (3 %) hemodialyzovaných pacientů chodí na léčbu hemodialýzou 15 a více let. Může usuzovat, že úmrtnost po pěti letech závislosti na hemodialyzačním přístroji je vysoká. Na otázku jak často chodíte na hemodialýzu, odpovědělo 45 (49 %) respondentů 2x týdně, 46 (50 %) 3x týdně a 1 (1 %) 4x týdně. A na otázku, zda jsou zařazení do transplantačního programu, odpovědělo 73 (78 %) dotazovaných ne, 4 (4 %) neví a pouze 17 (18 %) ano. Ze 17 (18 %) respondentů, kteří odpověděli ano, dále pak uvedlo délku zařazení do transplantačního programu a to do 1/2roku 7 (8 %), 5 (5 %) do 1roku a stejný počet respondentů 5 (5 %) do 3let.

Tabulka 2 Nejčastější pocity při hemodialýze

	Jsem klidný/á	Jsem nervózní	Mám obavy, že zůstanu v nemocnici	Jsem úzkostný/á	Jsem našťvaný
Relativní četnost	57 %	19 %	12 %	11 %	1 %
Absolutní četnost	59	20	12	11	1



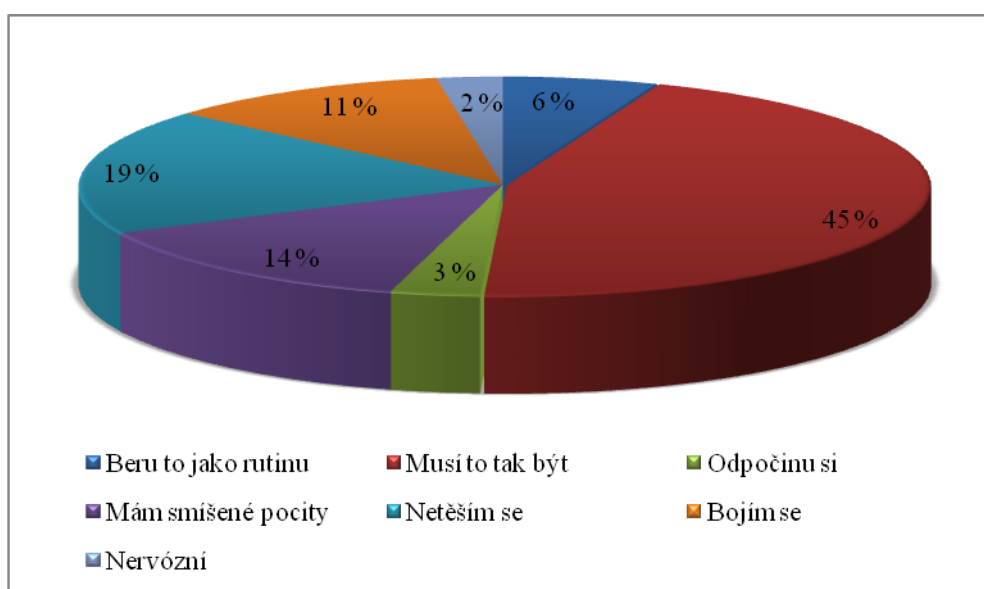
Graf 2 Nejčastější pocity při hemodialýze

K dílčímu cíli číslo 1 *Zjistit, co prožívá a jak reaguje hemodialyzovaný pacient, na náhle vzniklou hospitalizaci, po právě proběhlé hemodialyzační léčbě* se vztahovala položka v dotazníku č. 10, která vyhodnocuje pocity, s kterými pacient absolvuje hemodialýzu.

Z grafu 2 i tabulky 2 lze vyčíst, že 59 (57 %) respondentů je při probíhání léčby hemodialýzou klidnými, dále 20 (19 %) je nervózních, 12 (12 %) pacientů má v průběhu hemodialýzy obavy, že zůstane v nemocnici hospitalizováno, 11 (11 %) odpovědělo, že je úzkostných a pouze 1 (1 %) respondentů využilo odpovědět dle vlastních pocitů, že pociťují našťvanost. Bohužel tito respondenti nevedli na oho je takzvaná našťvanost směřována zda na sebe, na léčbu aj.

Tabulka 3 Nejčastější reakce na přijetí k hospitalizaci

	Beru to jako rutinu	Musí to tak být	Odpočinu si	Mám smíšené pocity	Netěším se	Bojím se	Jsem nervózní
Relativní četnost	6 %	45 %	3 %	14 %	19 %	11 %	2 %
Absolutní četnost	7	53	4	16	22	13	3



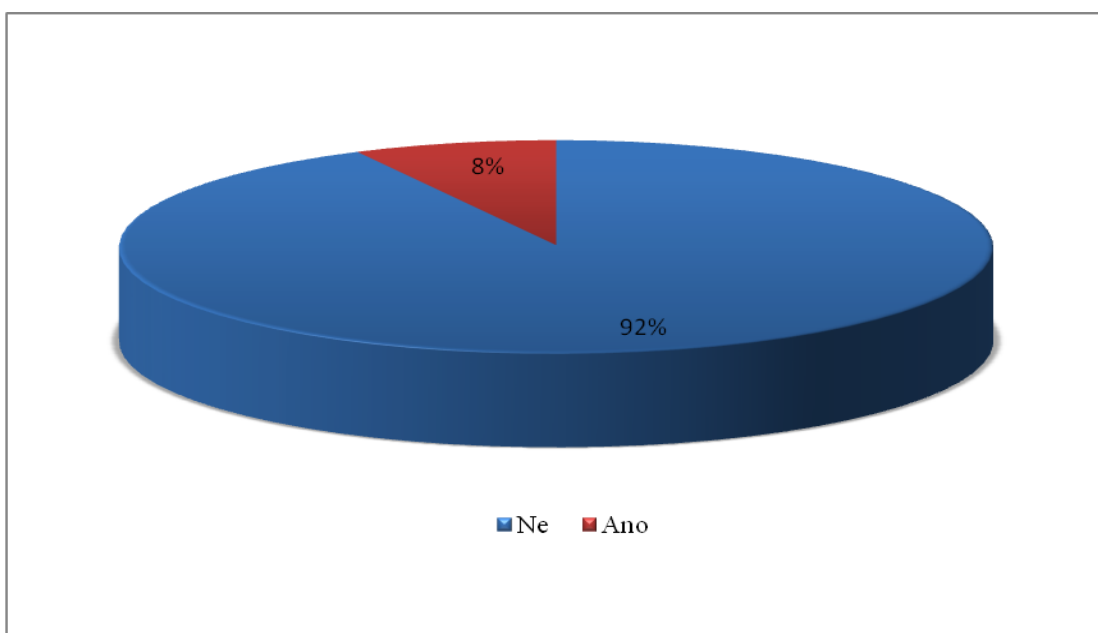
Graf 3 Nejčastější reakce na přijetí k hospitalizaci

K dílčímu cíli číslo 1 Zjistit, co prožívá a jak reaguje hemodialyzovaný pacient, na náhle vzniklou hospitalizaci, po právě proběhlé hemodialyzační léčbě se vztahovala položka v dotazníku č. 11, která zjišťovala reakce respondentů na hospitalizaci při přijetí.

Jak znázorňuje tabulka 3 a graf 3, z výsledku vyplynulo, že 7 (6 %) dotazovaných bere tuto situaci s následnou hospitalizací jako rutinu, 53 (45 %) respondentů odpovědělo, že to tak musí být, 4 (3 %) odpočinu si, 16 (14 %) mám smíšené pocity, 22 (19 %) netěším se, 13 (11 %) se bojí a 3 (2 %) uvedla, že jsou v takovéto situaci nervózní.

Tabulka 4 Vnímání rozdílu v přístupu zdravotnického personálu, k pacientům s a bez hemodialyzační léčby, z pohledu hemodialyzovaného pacienta.

	Ne	Ano
Relativní četnost	92 %	8 %
Absolutní četnost	85	7



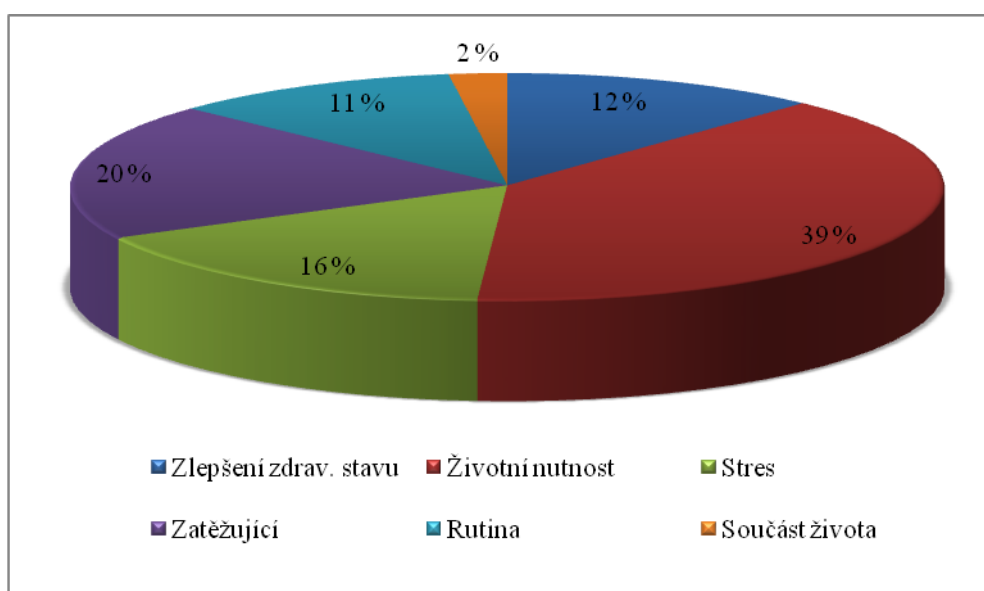
Graf 4 Vnímání rozdílu v přístupu zdravotnického personálu, k pacientům s a bez hemodialyzační léčby z pohledu hemodialyzovaného pacienta.

K dílčímu cíli číslo 1 *Zjistit, co prožívá a jak reaguje hemodialyzovaný pacient, na náhle vzniklou hospitalizaci, po právě proběhlé hemodialyzační léčbě* se vztahovala položka v dotazníku č. 14, která zjišťuje zda hemodialyzovaní pacienti vnímání rozdílný přístup zdravotnického personálu k nim a k pacientům, kteří nejsou hemodialyzováni.

Jak uvádí tabulka 4 i graf 4 85 (92 %) dotazovaných respondentů udává, že nevnímá žádný rozdíl mezi péčí o pacienta s nebo bez hemodialyzační léčby, naproti tomu 7 (8 %) označilo možnost „ano“. Projevuje se to neznalostí problematiky a požadavky hemodialyzovaných pacientů, dále udávají, že zdravotnický personál je více nepříjemný. Oproti tomu je zde i hodnocen přístup personálu, který pracuje s hemodialyzovanými pacienty a to kladně – příjemnější, vstřícnější.

Tabulka 5 Význam dialýzy pro pacienty s CHRIS.stupně

	Zlepšení zdravotního stavu	Životní nutnost	Stres	Zatěž	Rutina	Součást života
Relativní četnost	12 %	39 %	16 %	20 %	11 %	2 %
Absolutní četnost	11	36	15	18	10	2



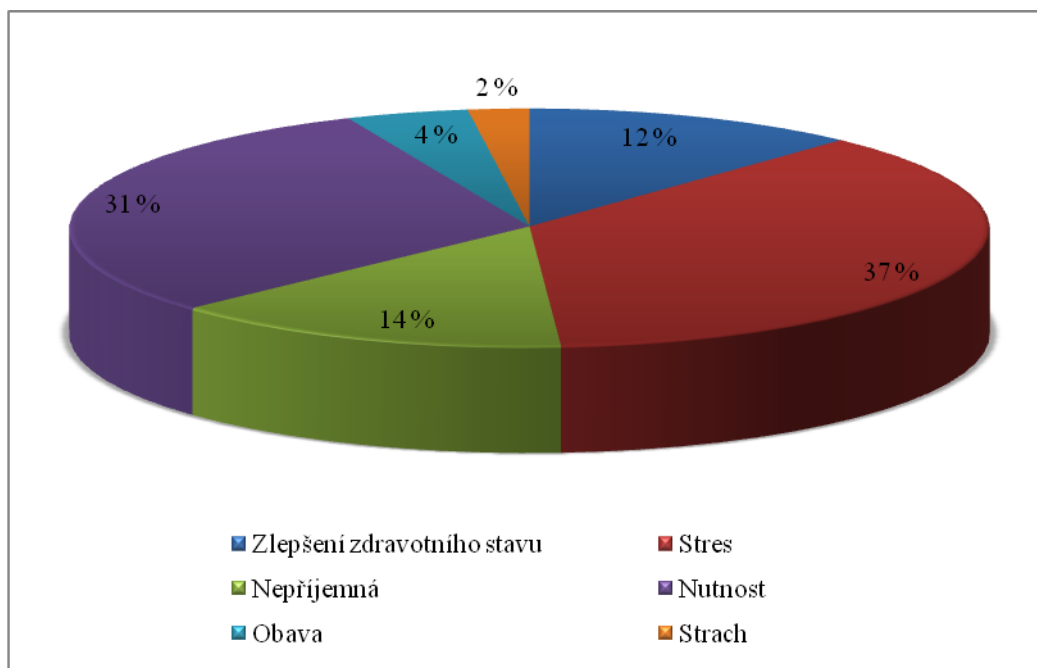
Graf 5 Význam dialýzy pro pacienty s CHRIS.stupně

K dílčímu cíli 2 *Zjistit, jaký mají pacienti pohled na hemodialýzu*, se vztahuje položka v dotazníku č. 12, která zjišťovala, co znamená pro hemodialyzované pacienty každá další hemodialýza.

Jak znázorňuje tabulka 5 a graf 5, z výsledku vyplynulo, že 11 (12 %) pacientů nejčastěji vnímá hemodialýzu jako zlepšení svého zdravotního stavu, dále pak 36 (39 %) pacientů vnímá hemodialýzu jako životní nutnost, pro 15 (16%) pacientů je další hemodialýza stres, zatěžující je pro 18 (20 %) pacientů, 10 (11 %) udává další dialýzu jako rutinu a 2 (2 %) berou každou další dialýzu jako součást svého života. Nejčastěji tedy další hemodialýzu vnímají jako životní nutnost pro to, aby mohli žít. Někteří respondenti k tomuto bodu připsali, že hemodialýza se rovná pro ně v tomto případě život.

Tabulka 6 Nejčastější pocitové vnímání hospitalizace pacienty s CHRI5.stupně

	Zlepšení zdravotního stavu	Stres	Nepříjemnost	Nutnost	Obava	Strach
Relativní četnost	12 %	37 %	14 %	31 %	4 %	2 %
Absolutní četnost	11	34	13	28	4	2



Graf 6 Nejčastější pocitové vnímání hospitalizace pacienty s CHRI5.stupně

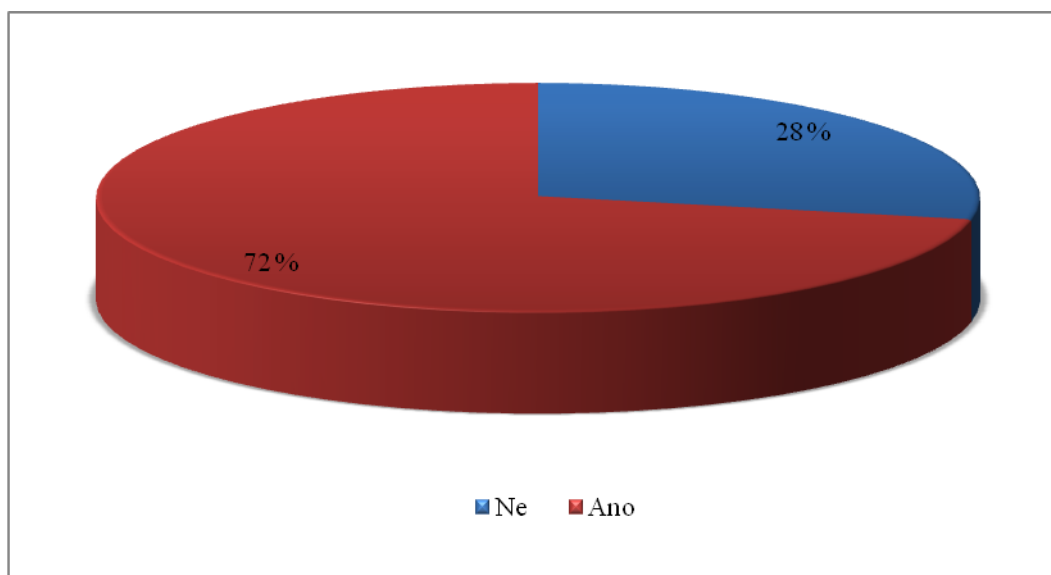
K dílčímu cíli 3 *Zjistit, jaký mají pohled hemodialyzovaní pacienti na hospitalizaci*, se vázala položka v dotazníku č 13, která zjišťovala, co představuje další hospitalizace pro hemodialyzované pacienty.

Z tabulky 6 a grafu 6 můžeme vyčíst, pro 11 (12 %) hemodialyzovaných pacientů, kteří se zúčastnili průzkumného šetření je každá další hospitalizace zlepšením zdravotního stavu, 34 (37 %) dotázaných uvádí, že je hospitalizace pro ně stresující, 13 (14 %) napsala,

že je nepříjemná, 28 (31 %) hospitalizaci bere jako nutnost, 4 (4 %) má obavy z hospitalizace a 2 (2 %) udávají, že je každá další hospitalizace pro ně představuje strach.

Tabulka 7 Omezení hemodialýzou

	Ne	Ano
Relativní četnost	28 %	72 %
Absolutní četnost	26	66



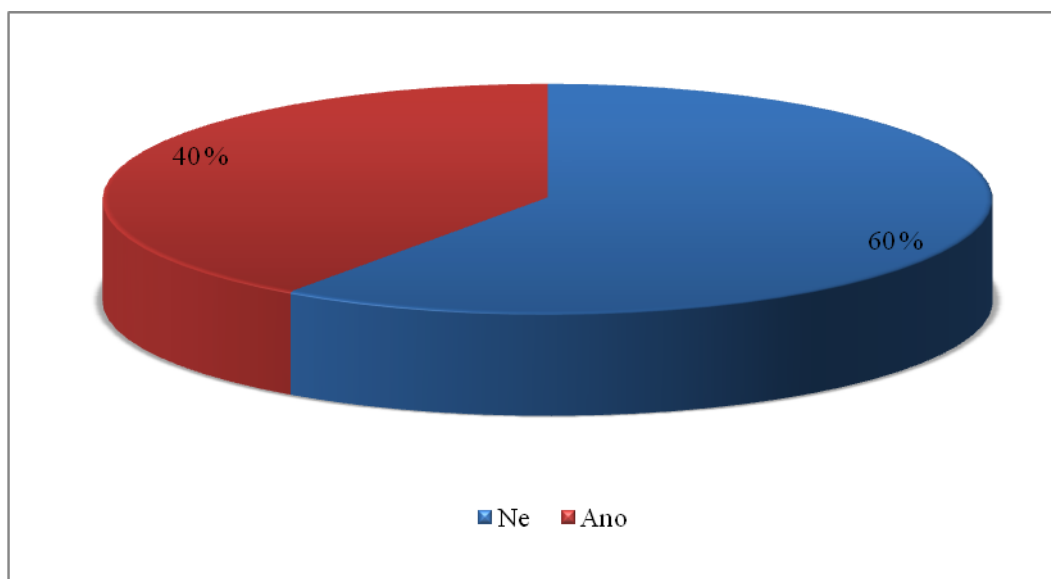
Graf 7 Omezení hemodialýzou

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insuficiencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku č. 15, která zjišťuje, zda hemodialyzovaní pacienti vnímají hemodialýzu jako omezení.

Z tabulky 7 a grafu 7 lze vyčíst, že 26 (28 %) hemodialýzu nevnímá jako omezení, ale 66 (72 %) respondentů udává hemodialýzu jako omezení a to hlavně v: dietním, pitném, časovém, pohybovém omezení, omezení v pracovní činnosti, cestování a ztrátě volnosti (svobody).

Tabulka 8 Hemodialýza jako výhoda

	Ne	Ano
Relativní četnost	60 %	40 %
Absolutní četnost	55	37



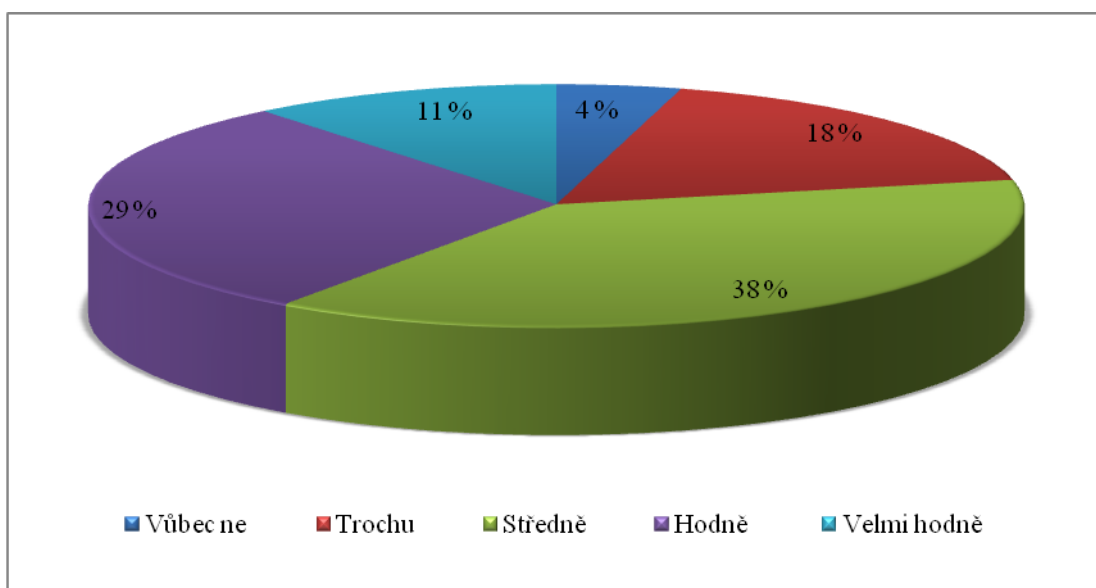
Graf 8 Hemodialýza jako výhoda

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insuficiencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku č. 16, která zjišťovala, zda hemodialyzovaní pacienti vnímají hemodialýzu jako výhodu.

Jak uvádí tabulka 8 i graf 8 lze vyčíst, že 55 (60 %) všech dotazovaných hemodialýzu nevnímá jako výhodu, naproti tomu 37 (40 %) respondentů hemodialýzu vnímá jako výhodu a uvádí to v podobě: hemodialýza = život, zlepšení zdravotního stavu a možnost stálého kontaktu s lékařem a ostatním zdravotnickým personálem.

Tabulka 9 Míra ovlivnění hemodialýzou

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Velmi hodně
Relativní četnost	4 %	18 %	38 %	29 %	11 %
Absolutní četnost	4	16	35	27	10



Graf 9 Míra ovlivnění hemodialýzou.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insufi-ciencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku č. 17, která zjišťovala, do jaké míry ovlivňuje pacienty hemodialýza.

Jak znázorňuje tabulka 9 a graf 9, z výsledku vyplynulo, že nejvíce 35 (38 %) respondentů označilo možnost středního ovlivnění, 27 (29 %) zvolilo, že jejich život je ovlivněn hodně, 16 (18 %) je ovlivněno trochu, velmi hodně je 10 (11 %) a pouze 4 (4 %) respondentů volilo možnost – vůbec ne.

Tabulka 10 Míra ovlivnění vybraných oblastí hemodialýzou – celkové pořadí

	Celkové pořadí
Pitný režim	1.-2.
Čas	1.-2.
Stravování	3.
Finance	4.
Rodina	5.
Koníčky	6.
Pracovní činnost	7.
Kulturní život	8.
Sport	9.
Sexuální život	10.
Partnerký vztah	11.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insuficiencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku č. 18, která vyhodnocovala ovlivnění různých oblastí hemodialýzou.

Jak uvádí tabulka 10 respondenty nejvíce ovlivňuje hemodialýza v pitném režimu a čase celkové 1. - 2. pořadí. Na 3. pořadí uvedli stravování, 4. pořadí přiřadily financím, středně ovlivňuje hemodialýza na 5. pořadí rodinu. Na 6. pořadí uvedli koníčky, na celkovém 7. pořadí je ovlivňována u respondentů pracovní činnost, 8. pořadí kulturní činnost, 9. v pořadí je sport, 10. pořadí sexuální život a partnerský vztah uvedli respondenti na 11. místě, pro které nepředstavuje žádné omezení hemodialyzační léčbou.

Tabulka 11 Míra důležitosti ve vybraných životních oblastech

	Celkové pořadí
Být zdravý	1.
Mít stabilní vztah	2.
Mít dostatečný spánek	3.
Být finančně zajištěn	4.
Dělat, co chci	5.
Znát nové informace	6.
Plnit své povinnosti	7.
Být milován	8.
Být nezávislý, volný	9.
Mít zajímavou práci	10.
Být krásný/á	11.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insuficiencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku č. 19, která vyhodnocovala, jak důležité jsou různé oblasti života pro hemodialyzované pacienty.

Jak uvádí tabulka 11, respondenti nejčastěji podle důležitosti na 1. místě označili položku být zdravý, na druhém celkovém pořadí je důležité pro respondenty mít stabilní vztah, na 3. pořadí mít dostatečný spánek, na 4. být finančně zajištěn, na 5. dělat si co chci, na 6. pořadí označili položku znát nové informace, na 7. pořadí plnit si své povinnosti, na 8. pořadí dle důležitosti označili být milován, na 9. Pořadí být nezávislý, volný, na 10. Pořadí nejčastěji uvedli mít zajímavou práci a na celkovém jedenáctém pořadí nečastěji uvedli podle důležitosti být krásný.

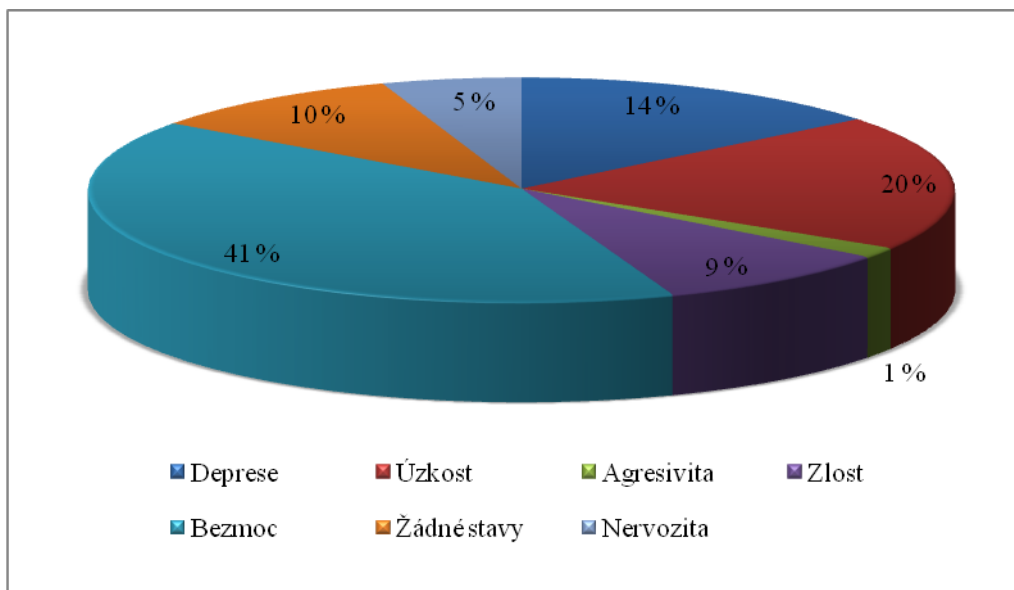
Tabulka 12 Potřeby dle vlastního žebříčku hodnot - celkové pořadí

	Celkové pořadí
Být zdravý	1.
Mít stabilní vztah, harmonickou rodinu	2.
Být finančně zajištěn	3.
Dělat, co chci	4.
Být nezávislý, volný	7.
Mít dostatečný spánek	5 – 6.
Být milován	5 – 6.
Plnit své povinnosti	8 – 9.
Znát nové informace	8 – 9.
Mít zajímavou práci	10.
Být krásný/á	11.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insuficiencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku č. 20, která se zabývala výsledky lidských potřeb seřazených podle vlastního žebříčku hodnot každého respondenta.

Jak uvádí tabulka 10 je pro všechny pacienty nejméně podstatné být krásný 11. celkové pořadí. Mít zajímavou práci je nejméně důležité pro znojemské a kroměřížské pacienty oproti zlínským pacientům v celkovém pořadí zaujímá 10. místo. 8-9. místo označily potřebami plnit si své povinnosti pro zlínské pacienty je nejméně důležité než pro znojemské a kroměřížské pacienty a naopak je tomu u položky znát nové informace. 7. pořadí zaujímá být nezávislý, volný. 5-6. místo bylo označeno mít dostatečným spánkem tato položka je pro zlínské pacienty nejméně důležitou, ale pro znojemské a kroměřížské je jednou z nejvíce důležitých a být milován je skoro stejně důležitá pro všechny pacienty. 4. pořadí v důležitosti má položka dělat co chci, nejméně důležitá je pro znojemské pacienty. Na 3. místě v pořadí zaujímá položka být finančně zajištěn v tomto případě je nejméně důležité

pro pacienty z kroměřížského dialyzačního střediska. Druhé místo v celkovém pořadí má položka mít stabilní vztah, harmonickou rodinu, která je nejvíce důležitá pro znojenské pacienty. Na první místo umístili položku být zdraví, která má pro pacienty největší hodnotu.



Graf 10 Nejčastější stavy u hemodialyzovaných pacientů

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insuficiencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku, číslo 21 Jakými stavy jste nyní ovlivňován/a, než před léčbou.

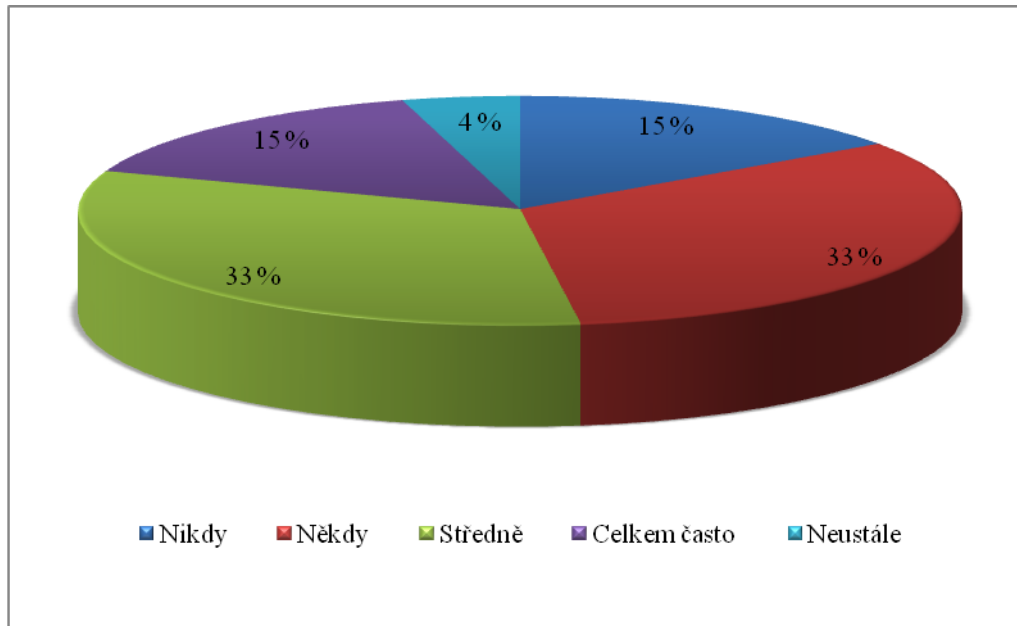
Z grafu 12 můžeme vyčíst, že nejvíce jsou ovlivňováni hemodialyzovaní pacienti bezmocí tuto položku označilo 54 (41 %), u 26 (20 %) pacientů stavy ovlivňuje úzkost, depresivní stavy 19 (14 %), zlostí jsou ovlivňováni více než před léčbou 12 (9 %), žádné stavy udává 13 (10 %), nervozitou je ovlivňováno 7 (5 %) a agresivitou 2 (1 %).

Tabulka 13 Nejčastější životní situace ovlivněné hemodialýzou

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Postoj k léčbě	15	16,3 %
Partnerský život	7	7,6 %
Život jako takový	41	44,56 %
Každodenní činnosti	20	21,73 %
Žádné	7	7,6 %
Kulturní činnost	2	2,17 %

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insufi-
ciencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku, číslo
22 Jakou životní situaci vám nejvíce ovlivňují stavy, které jste označil/a v otázce číslo 21.

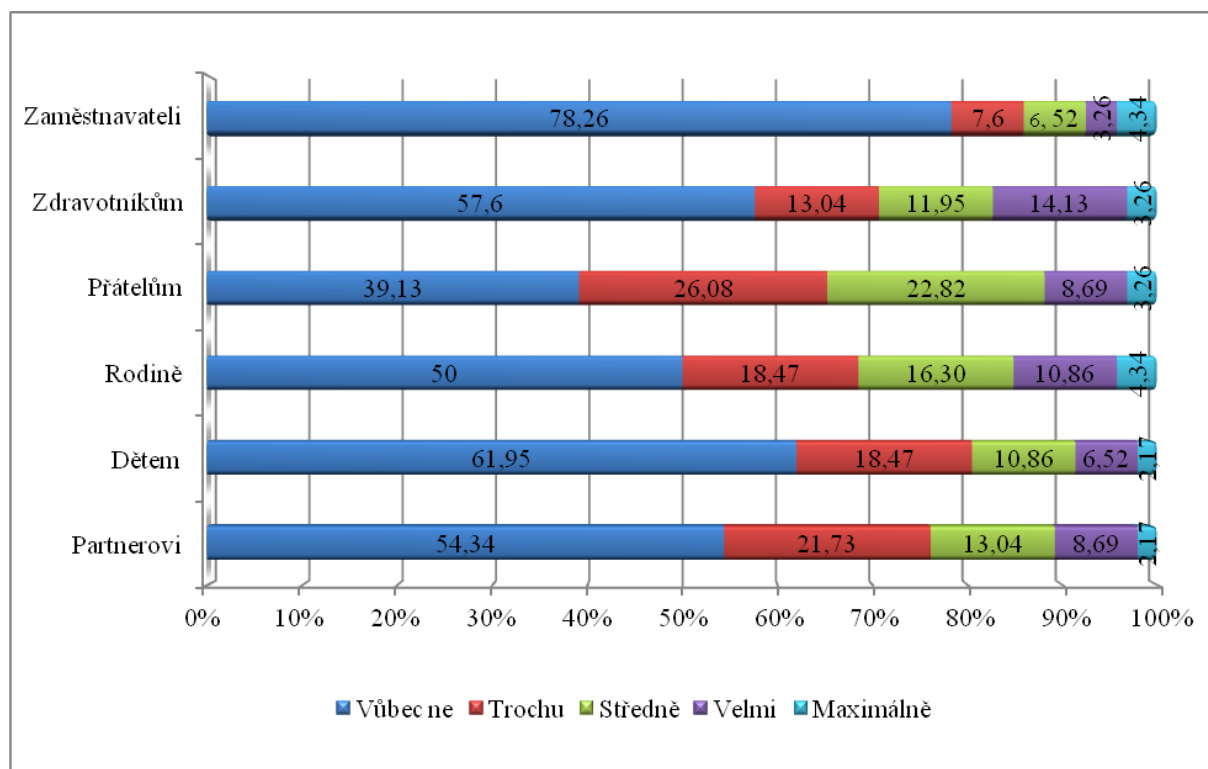
Jak uvádí tabulka 11, lze vyčíst, že tyto stavy ovlivňují nejčastěji pacientům život
jako takový tuto možnost uvedlo 41 (44,56 %) respondentů, dále pak každodenní činnosti
20 (21,73 %) respondentů, postoj k léčbě označilo 15 (16,3 %) respondentů, partnerský
život a žádné situace shodně 7 (7,6 %) respondentů a kulturní činnost uvedli 2 (2,17 %) respondenti.



Graf 11 Četnost prožívání negativních pocitů

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda hemodialýza přinesla nemocným s chronickou renální insuficiencí změny v životních potřebách a hodnotách, se vztahovala položka v dotazníku, číslo 23, která se věnovala četnosti negativních pocitů, které pacienti prožívají.

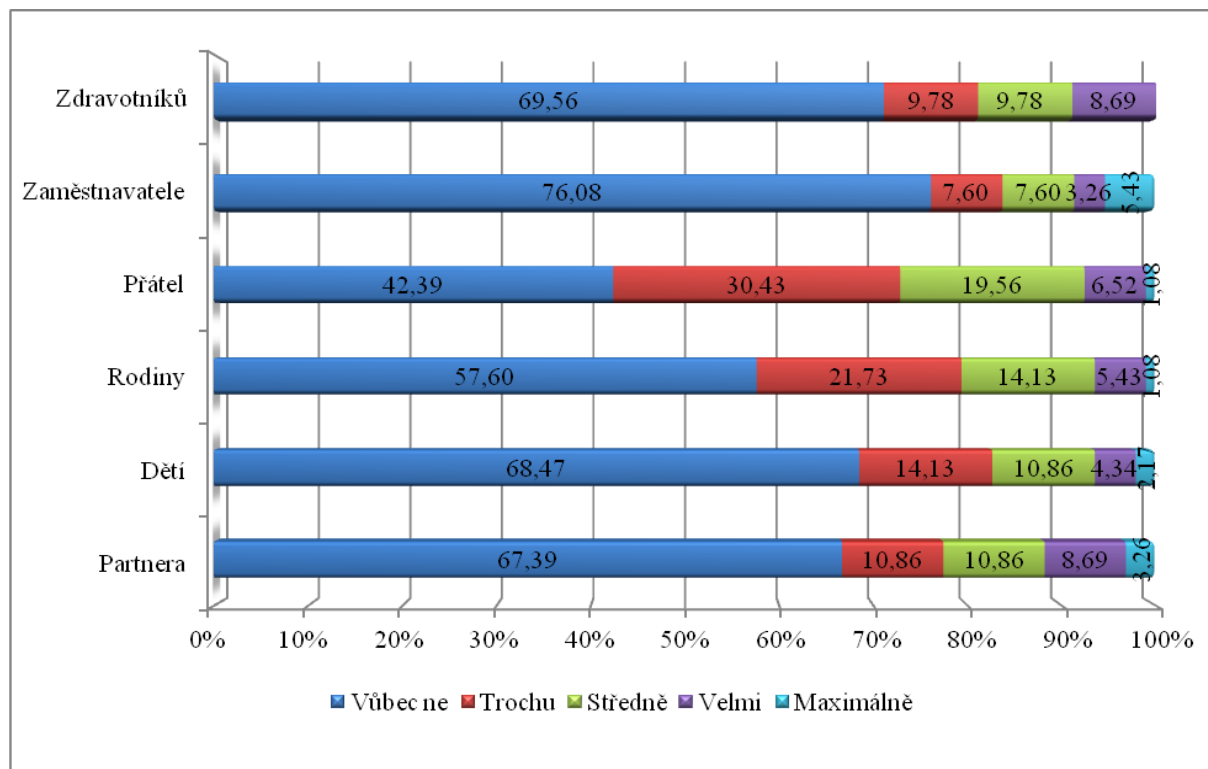
Z grafu 13 lze zjistit, že negativními pocity jako jsou beznaděj, úzkost, agresivita, deprese a jiné trpí neustále 4 (4 %) hemodialyzovaných pacientů, celkem často je prožívá 14 (15 %), středně často 30 (33 %) a stejně tak 30 (33 %) označilo možnost někdy, pouze 14 (15 %) pacientů tyto negativní pocity nikdy neprožívá.



Graf 12 Nejčastější změna v přístupu a vztahu ze strany pacienta ke svému okolí

K dílčímu cíli 5 Zjistit, zda se změnil přístup a vztah hemodialyzovaného pacienta ke svému okolí se vztahuje položka v dotazníku č. 24, která zjišťovala změnu přístupu ze strany pacienta k partnerovi, dětem rodině, přátelům, zdravotníkům a zaměstnavateli.,

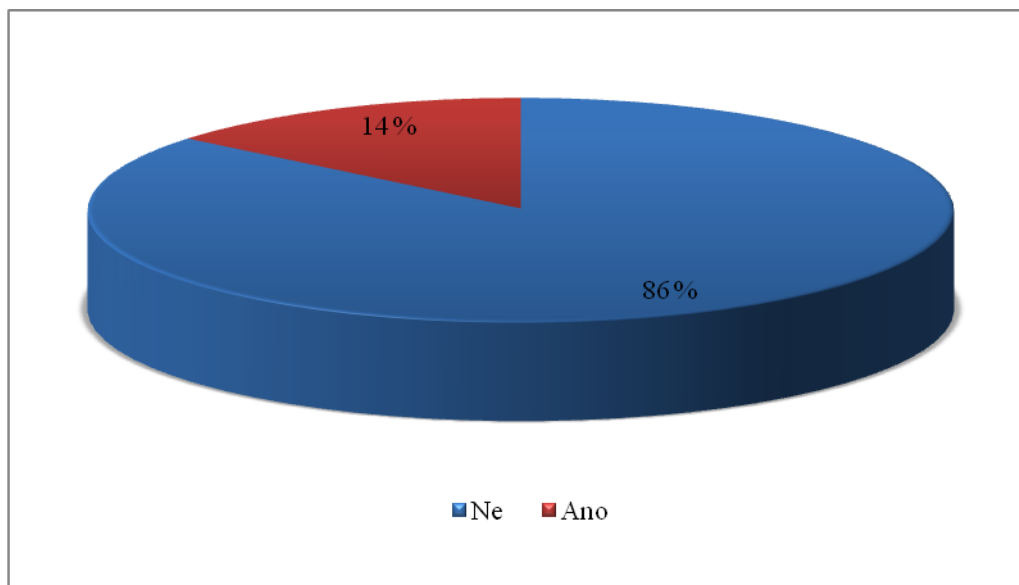
Z grafu 16 vyčteme, že se k partnerovi nezměnil přístup vůbec u 50 (54,34 %), u dětí 57 (61,95 %), k rodině u 46 (50 %), k přátelům 36 (39,13 %), ke zdravotníkům 53 (57,6 %) a k zaměstnavateli se nezměnil přístup vůbec u 72 (78,26 %). Trochu u přátel 24 (26,08 %), dále pak k partnerovi 20 (21,73 %), shodně k dětem a rodině 17 (18,47%) a k zaměstnavateli 7 (7,6 %). U hodnoty středně se nejvíce změnil přístup k přátelům 21 (22,82 %), k rodině 15 (16,3 %), partnerovi 12 (13,04 %), zdravotníkům 11 (11,95 %), dětem 10 (10,86%) a nejméně v této kategorii k zaměstnavateli uvedlo 6 (6,52 %). Velmi ke zdravotníkům 13 (14,13 %), rodině 10 (10,86 %), shodně k partnerovi a přátelům 8 (8,69 %) a k zaměstnavateli 3 (3,26 %). Maximálně se změnil přístup a vztah shodně k rodině a zaměstnavateli 4 (4,34 %), k přátelům a zdravotníkům 3 (3,26 %), partnerovi a dětem 2 (2,17 %).



Graf 13 Nejčastější změna přístupu a vztahu k pacientovi ze svého okolí

K dílčímu cíli 6 Zjistit, zda se změnil přístup a vztah okolí z pohledu hemodialyzovaného pacienta se vztahuje v dotazníku položka č. 25, která se zabývala možnou změnou v přístupu a vztahu k pacientovi ze strany partnera, dětí, rodiny, přátel, zaměstnavatele a zdravotníků.

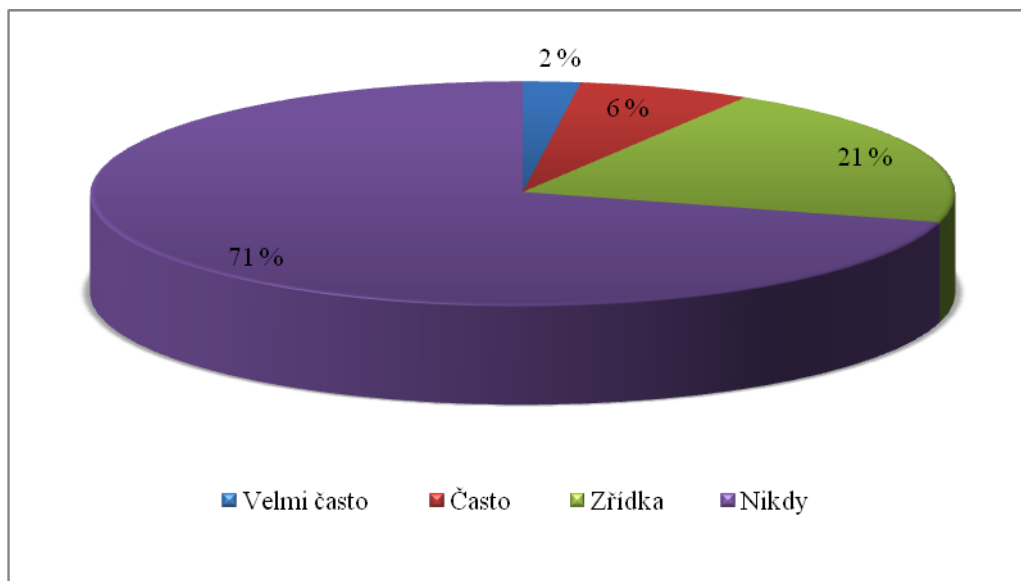
Jak znázorňuje graf 15, z výsledku vyplynulo, že 70 (76,08 %) pacientů nepociťuje žádnou změnu ze strany zaměstnavatel, dále pak 64 (69,56 %) u zdravotníků, 63 (68,47 %) pacientů od dětí, 62 (67,39 %) u partnera, 53 (57,60 %) u rodiny, 39 (42,39 %) od přátel. Trochu změny pociťují pacienti ze strany přátel 28 (30,43 %), rodiny 20 (21,73 %), dětí 13 (14,13 %), partnera 10 (10,86 %), zdravotníků 9 (9,78 %) a zaměstnavatele 7 (7,60 %). Střední změnu pacienti udávají u 18 (19,56 %) od přátel, 13 (14,13 %) u rodiny, 10 (10,86 %) shodně od partnera a dětí, 9 (9,78 %) od zdravotníků a 7 (7,60 %) od zaměstnavatele. Velmi pociťuje změnu 8 (8,69 %) a to shodně od partnera a zdravotníků, 6 (6,52 %) od přátel, 5 (5,43 %) od rodiny, 4 (4,34 %) od dětí, 3 (3,26 %) od zaměstnavatele. Maximální změnu pacienti pociťují nejvíce od zaměstnavatele 5 (5,43 %), dále pak 3 (3,26 %) od partnera, 2 (2,17 %) od dětí a shodně 1 (1,08 %) od rodiny a přátel. Položka zdravotník nebyla v tomto případě označena čínní 0 (0 %).



Graf 14 *Vnímání společenské diskriminace hemodialyzovaným pacientem*

K dílčímu cíli 7 Zjistit, *jak vnímá hemodialyzovaný pacient postoj dnešní společnosti k nemocným závislých na hemodialyzačním přístroji*, se vážala položka v dotazníku č. 26, která zjišťovala možnou diskriminaci ze strany společnosti k hemodialyzovaným pacientům.

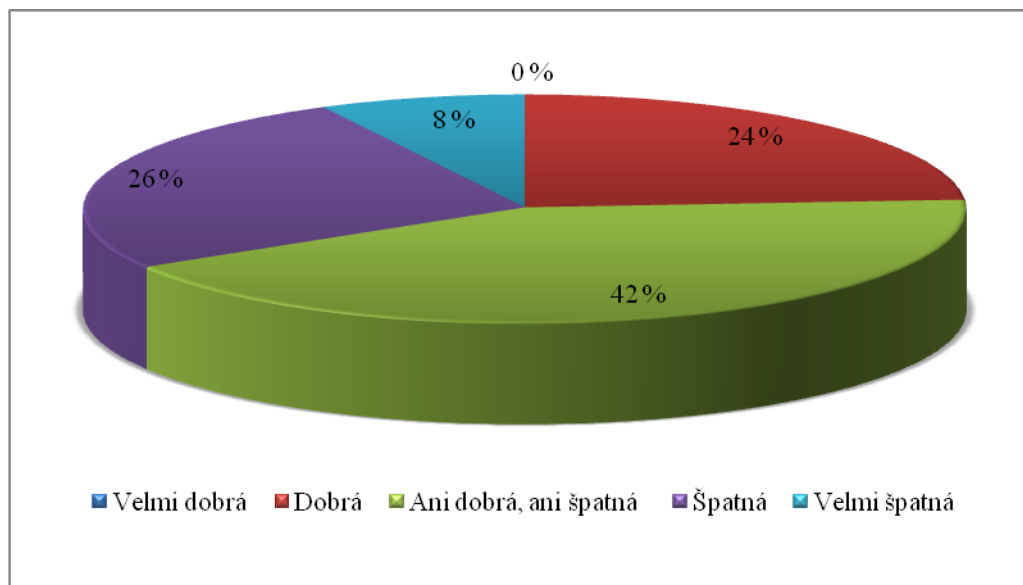
Z grafu 16 můžeme vyčíst, že 79 (86 %) pacientů si nemyslí, že by byli diskriminováni společností. Naproti tomu 13 (14 %) pacientů si myslí, že jsou společností diskriminováni. V dotazníku měli možnost napsat, jak jsou diskriminováni a uvedli toto: drahé léky, odebrání průkazu pro osoby zvláště těžce postižené z důvodu, že jsou zdravými lidmi, lékaři odmítají napsat hemodialyzovaným pacientům sanitku, jsou bez práce, bez finanční jistoty a společnost jim dává najevo, že jsou méně cenní.



Graf 15 Setkání se s nepochopením ze strany zdravotní pojišťovny

K dílčímu cíli 7 Zjistit, jak vnímá hemodialyzovaný pacient postoj dnešní společnosti k nemocným závislých na hemodialyzačním přístroji, se vážala položka v dotazníku, číslo 27, která se zabývala přístupem zdravotních pojišťoven.

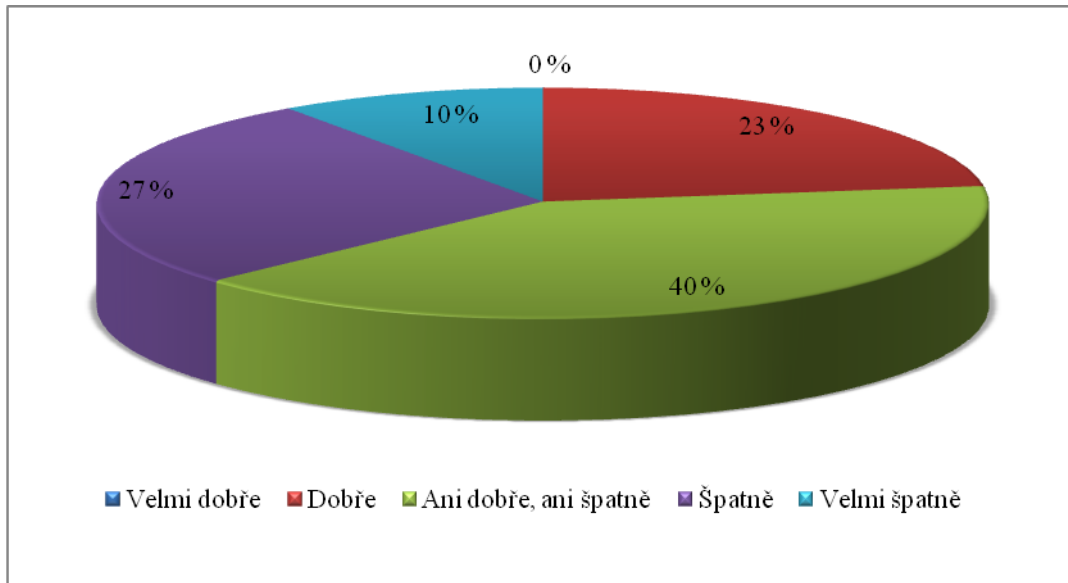
Z grafu 17 lze vyčíst, že 65 (71 %) pacientů ne nesečkala s nepochopením své zdravotní pojišťovny, dále pak 19 (21 %) uvádí, že zřídka dojde k nepochopení ze strany zdravotní pojišťovny, 6 (6%) pacientů udává, že se setkává často ze strany zdravotní pojišťovny často s nepochopením a 2 (2 %) pacientů označilo možnost, že se setkává velmi často s nepochopením ze strany své zdravotní pojišťovny.



Graf 16 Kvalita života z pohledu hemodialyzovaného pacienta

K dílčímu cíli 8 *Zjistit, vnímání kvality života hemodialyzovanými pacienty*, se vztahuje položka v dotazníku číslo 29, která určuje, jak cítí hemodialyzovaní pacienti kvalitu svého života.

Z grafu 16 můžeme zjistit, že 39 (42 %) pacientů závislých na hemodialyzační léčbě vnímá kvalitu svého života tak, že není ani dobrá, ani špatná, 22 (24 %) pacientů vnímá kvalitu svého života jako dobrou, 24 (26 %) pacientů vnímá jako špatnou, 7 (8 %) pacientů vnímá kvalitu svého života jako velmi špatnou. Žádný pacient neoznačil možnost velmi dobrou ta tedy činí 0 (0 %).



Graf 17 Zvládnutí zátěže z pohledu hemodialyzovaného pacienta

K dílčímu cíli 9 *Zjistit, jak hemodialyzovaní pacienti zvládají zátěž, kterou sebou nese hemodialyzační léčba*, se vztahuje položka v dotazníku číslo 28, která určuje, jak zvládá pacient zátěž, která je spojena s léčbou CHRI.

Z grafu můžeme zjistit, že z pohledu 37 (40 %) respondentů nezvládají ani dobře, ani špatně zátěž, která je spojena s onemocněním, 21 (23 %) respondentů označilo, že tuto zátěž zvládají dobře, 25 (27 %) označili možnost špatně, 9 (10 %) respondentů zvládá zátěž velmi špatně. Žádný respondent neoznačil možnost velmi dobrou, ta tedy činí 0 (0 %).

9 DISKUZE

Dotazníkové šetření prokázalo, že pacienti zařazení do hemodialyzačního programu jsou vystavení psychosociální zátěži.

Analýza otázek k dílčímu cíli číslo 1, která se zabývala tím, co prožívají a jak reagují hemodialyzovaní pacienti na náhle vzniklou hospitalizaci po provedené hemodialyzační léčbě, prokázala, že větší procento pacientů při hemodialýze jsou klidní a na hospitalizaci reagují, tak že to musí být. Jestliže zhodnotíme ostatní procento pacientů, tak zde vidíme, že jsou nervózní, mají obavy z hospitalizace v průběhu hemodialýzy. V případě hospitalizace se netěší, mají smíšené pocity a také se bojí. Zajímavý výsledek byl zaznamenán v šetření stavů, kterými jsou respondenti ovlivněni, kdy největší procento dotazovaných uvedlo – bezmoc, naproti agresivitě a depresím jak uvádí Sylvie Sulková v publikaci Hemodialýza, 2000.

Analýza otázek k dílčím cílům číslo 2 a 3, které se zabývaly pohledem pacienta na hemodialýzu a hospitalizaci, prokázaly, že pro pacienty jsou hemodialýza a hospitalizace v nepatrných rozdílech stresující, nutností a vnímají to i jako zlepšení svého zdravotního stavu. Pacienti uvádějí, že je to dáno i neznalostí problematiky a požadavků hemodialyzovaného pacienta zdravotnickým personálem, kromě zdravotníků, kteří s nimi spolupracují.

Analýza otázek k dílčímu cíli číslo 4, která zjišťovala, zda hemodialýza přinesla změny v životních potřebách a hodnotách nemocným s CHRI, bylo dokázáno, že hemodialýza podle dotazovaných vůbec neovlivňuje partnerský vztah, sexuální život a sport. Naproti tomu výsledky průzkumu ukázaly, že jsou pacienti nejvíce ovlivněni v pitném, stravovacím režimu a v pracovní činnosti. Nejdůležitější hodnotou v životě je podle výsledku průzkumu být zdravý, mít stabilní vztah. Být krásný a mít zajímavou práci není pro pacienty důležité ve všech třech hemodialyzačních střediscích, kde probíhalo výzkumné šetření.

Bakalářská práce Ivety Snášelové s názvem „Kvalita života jedinců s A-V shuntem“ byla sepsána v roce 2013. Údaje o výše uvedené problematice získala pomocí dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici U sv. Anny a v Hemodialyzačním centru Mendlovy nadace INNEF a.s. Hlavním cílem bylo zmapovat úroveň vnímání kvality života jedinců s A-V shuntem ve vybraných oblastech biologické a psychické dimenze, v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí (Snášelová, 2013).

Iveta Snášelová ve svém průzkumném šetření zjistila, že nejvýrazněji ovlivněnou dimenzí je spánek. (Snášelová, 2013).

Analýza dílčích cílů číslo 5 a 6, které zjišťovaly, zda se změnil přístup a vztah hemodialyzovaného pacienta k okolí a obráceně, bylo zjištěno, že velké procento dotazovaných nezměnil přístup a nepocítuje změnu přístupu ze strany zaměstnavatele, trochu a středně změněný přístup z obou stran pocítují od přátel. Velmi se změnil přístup dotazovaných ke zdravotníkům a maximálně k zaměstnavateli, naproti tomu změněný přístup a to velmi pocítovali dotazovaní od partnera shodně se zdravotníky a maximálně od zaměstnavatele.

Analýza dílčího cíle číslo 7, jež zjišťovala, jak vnímá dnešní společnost hemodialyzovaný pacient vůči jeho onemocnění a prokázala, že více jak $\frac{3}{4}$ pacientů nemá negativní zkušenost s dnešní společností, zbytek dotazovaných pacientů uvádí negativum se zdravotní pojišťovnou, lékaři, ale i sociální podporou.

Analýza dílčího cíle číslo 8, která se zabývala, zjištěním kvality života hemodialyzované pacienta a prokázala, že pacienti nevnímají svou kvalitu života ani dobře ani špatně a spíše se více přiklánějí ke špatné až velmi špatné kvalitě.

Snášelová rovněž uvádí, že většina jedinců hodnotí kvalitu svého života spíše pozitivně. (Snášelová, 2013)

Analýza dílčího cíle číslo 9, která se zabývala, jak zvládají hemodialyzovaní pacienti zátěž, která je při této léčbě a prokázala, že pacienti nejčastěji nezvládají ani dobře, ani špatně a dále se spíše přiklánějí k možnosti, že tuto zátěž při svém onemocnění zvládají špatně až velmi špatně.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou psychosociální zátěže z pohledu hemodialyzovaného pacienta. Zvládání psychosociální zátěže u pacientů zařazených do hemodialyzačního programu je problém, který by se neměl podceňovat. Zátěž, kterou pacienti podstupují, se projevuje nejčastěji úzkostí, depresemi a agresivitou. Psychosociální zátěž ovlivňuje nejen partnera a děti, kteří se o hemodialyzovaného starají a sdílejí s ním domácnost, ale také přátele, zdravotníky a i v některých případech zaměstnavatele.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak zvládají psychosociální zátěž pacienti zařazení do hemodialyzačního programu. Cíl byl splněn s využitím metody dotazníkového šetření. Pro větší objektivitu bylo průzkumné šetření provedeno ve třech hemodialyzačních střediscích s pomocí pacientů dlouhodobě zařazených do hemodialyzačního programu se založeným A-V shuntem či hemodialyzační kanylou. Analýza výsledků dotazníkového šetření prokázala, že pacienti jsou vystaveni více stresovým situacím a každý pacient se snaží s nimi neustále během své léčby vypořádat. Zvládání psychosociální zátěže je velmi individuální a nelze ji jednoznačně popsat a vyhodnotit, jelikož je ovlivňována hodně faktory např. úzkostmi, bezmocí, sexuálním životem, rodinným životem, aj.

Závěrem bych chtěla napsat, že výsledná data sice mohou být zajímavá, ale i přesto je potřeba myslet na to, že každý člověk je osobnost se svými potřebami a touhami, které ovlivňují psychosociální zátěž a nejde jej tedy porovnávat. A proto si my zdravotníci musíme uvědomit, že na každého pacienta bychom měli nahlížet holisticky, protože každý pacient prožívá a vnímá psychosociální zátěž spojenou s hemodialyzační léčbou jinak.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DŽUMELOVÁ - IŽOVÁ, Marcela a Simona ĐURČOVÁ, 2009. Florence: časopis moderního ošetrovatelství. *Dialyzovaný pacient a trávenie voľného času*. V, č. 1. DOI: 1801 – 464X.

ČIHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 470 s. ISBN 80-247-0143-X.

HERDMAN, 2010. Editor T. Heather a [překlad Pavla KUDLOVÁ]. *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-231.

JANOUSŠEK, Libor a Peter BALÁŽ, 2008. *Hemodialyzační arteriovenózní přístupy*. 1. vydání. Praha: Grada, 153 s. ISBN 978-802-4725-475.

KALA, Zdeněk, 2011. *Perioperační péče o pacienta v cévní chirurgii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 162 s. ISBN 978-807-0135-365.

KAST, Verena, 2012. *Úzkost a její smysl*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 235 s. Spektrum (Portál), 80. ISBN 978-802-6201-601.

KLENER, Pavel, 2011. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a doplň. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2627-059

KRAJÍČEK, Milan, Jan H. PEREGRIN, Miloslav ROČEK a Pavel ŠEBESTA. A KOL, 2007. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.

LACHMANOVÁ, Jana, 1999. *Očist'ovací metody krve*. 1. vyd. Praha: Grada, 125 s. ISBN 80-716-9749-4.

MAHONOVÁ, 2004. *Pro lepší porozumění: příručka pro psychosociální práci*. 1. vyd. Editor Richard R Dingwall. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 95 s. ISBN 80-701-3406-2.)

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA, 2009. *Přehled anatomie. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, xi, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.

POKORNÁ, Andrea, 2007. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 2.* přepr. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 100 s. ISBN 978-807-0134-665.

PRAŠKO, Ján, Beáta PAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ, 1998. *Bolestně smutná nálada, aneb, Co je to deprese a jak se léčí.* Praha: Psychiatrické centrum, 83 s. ISBN 80-851-2107-7.

SVOBODA, Lukáš, 2007. Ledviny a jejich onemocnění. *Sestra*. roč. 17, č. 4. DOI: 1210-0404.

SULKOVÁ, Sylvie, c2000. *Hemodialýza.* Praha: Maxdorf, 693 s. ISBN 80-859-1222-8.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu.* 1. vyd. Praha: Grada, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.

TEPLAN, Vladimír, 2006. *Praktická nefrologie. 2.*, zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, xxviii, 496 s., 12 s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1122-2.

TESAŘ, Vladimír a Otto SCHÜCK, 2006. *Klinická nefrologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 650 s. ISBN 80-247-0503-6.

VYMĚTAL, Jan, 2007. *Speciální psychoterapie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd., V nakl. Grada vyd. 1. Praha: Grada, 396 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4713-151.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Cestování s dialýzou. *Ledviny.cz* [online]. © 2014 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://www.ledviny.cz/cestovani-s-dialyzou>

HARRIS, TJ, R NAZIR, R KHETPAL, et al, 2012. Kvalitní spánek a zejména léčba bolesti jsou klíčové komponenty kvality péče o hemodialyzované pacienty. *Postgraduální nefrologie: Výběr ze světové literatury s klinickými komentáři* [online]. roč. 10, č. 4, s. 61-62 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/postgradualni-nefrologie/x-4-kvalitni-spanek-a-zejmena-lecba-bolesti-jsou-klicove-komponenty-kvality-pece-o-hemodialyzovane-pacienty/>

PICCOLI, GP, M FERRARESI a MC DEAGOSTINI, 2013. Vegetariánská nízkobílkovinná dieta suplementovaná ketoanalogy: léčebná varianta pro vybrané, nebo možnost pro všechny?. *Postgraduální nefrologie: Výběr ze světové literatury s klinickými komentáři* [online]. roč. 8, č. 6, s. 57-58 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/postgradualni-nefrologie/xi-4-vegetarianska-nizkobilkovinna-dieta-suplementovana-ketoanalogy-lecebna-varianta-pro-vybrane-nebo-moznost-pro-vsechny/>

SNÁŠELOVÁ, Iveta, 2013. *Kvalita života jedinců s A-V shuntem* [online]. Brno, [cit. 2014-04-20]. 103 l. Dostupné z: http://www.theses.cz/vyhledavani/?search=Kvalita_zivota_jedincu_s_A-V_shuntem. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová.

TENTORI, F., SJ ELDER a J THUMMA. Tělesné cvičení účastníků studie DOPPS: interpretace výsledků. *Postgraduální nefrologie: Výběr ze světové literatury s klinickými komentáři* [online]. 2010, roč. 8, č. 6, s. 96-97 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/postgradualni-nefrologie/v-iii-6-telesne-cviceni-ucastniku-studie-dopps-interpretace-vysledku/>

XI, W, J MACNAB, CE LOK, TC LEE, ID MAYA, MH MOKRZYCKI a LM MOIST, 2010. Který pacient by měl být odeslán k založení fistule? Průzkum názorů nefrologů. *Postgraduální nefrologie: Výběr ze světové literatury s klinickými komentáři* [online]. roč. 8, č. 6, s. 94-96 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/postgradualni->

nefrologie/v-iii-6-ktery-pacient-by-mel-byt-odeslan-k-zalozeni-fistule-pruzkum-nazoru-
nefrologu/

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Např.	například
A-V	atrio-ventrikulární
v.	vena
EF	ejekční frakce
aj.	a jiné
apod.	a podobně
kol.	kolektiv
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease
CKD-EPI	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
CHRI	chronická renální insuficience
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
a.s.	akciová společnost
%	procento
č.	číslo
IgG	imunoglobulin M
IgM	imunoglobulin G
LDL	low density lipoprotein (nízkodenzitní lipoprotein)
JIP	jednotka intenzivní péče
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
IPD	intermitentní peritoneální dialýza, manuální ()
PD	peritoneální dialýza
DPD/DIPD	denní peritoneální dialýza
TPD	noční peritoneální dialýza
NPD/NIPD	přivalová peritoneální dialýza

CAPD	kontinuální peritoneální dialýza
CCPD	kontinuální cyklická peritoneální dialýza
CAVH	kontinuální arteriovenózní hemofiltrace
CVVH	kontinuální venovenózní hemofiltrace
CAVHD	kontinuální arteriovenózní hemodialýza
CVVHD	kontinuální arteriovenózní hemodialýza
SCUF	pomalá kontinuální ultrafiltrace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Četnost pohlaví respondentů.....	45
Tabulka 2 Nejčastější pocity při hemodialýze	47
Tabulka 3 Nejčastější reakce na přijetí k hospitalizaci	48
Tabulka 4 Vnímání rozdílu v přístupu zdravotnického personálu, k pacientům s a bez hemodialyzační léčby, z pohledu hemodialyzovaného pacienta.	49
Tabulka 5 Význam dialýzy pro pacienty s CHRI5.stupně	50
Tabulka 6 Nejčastější pocitové vnímání hospitalizace pacienty s CHRI5.stupně	51
Tabulka 7 Omezení hemodialýzou	52
Tabulka 8 Hemodialýza jako výhoda.....	53
Tabulka 9 Míra ovlivnění hemodialýzou	54
Tabulka 10 Míra ovlivnění vybraných oblastí hemodialýzou – celkové pořadí	55
Tabulka 11 Míra důležitosti ve vybraných životních oblastech.....	56
Tabulka 12 Potřeby dle vlastního žebříčku hodnot - celkové pořadí.....	57
Tabulka 13 Nejčastější životní situace ovlivněné hemodialýzou	59

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Četnost pohlaví respondentů.	45
Graf 2 Nejčastější pocity při hemodialýze	47
Graf 3 Nejčastější reakce na přijetí k hospitalizaci.....	48
Graf 4 Vnímání rozdílu v přístupu zdravotnického personálu, k pacientům s a bez hemodialyzační léčby z pohledu hemodialyzovaného pacienta.	49
Graf 5 Význam dialýzy pro pacienty s CHRI5.stupně.....	50
Graf 6 Nejčastější pocitové vnímání hospitalizace pacienty s CHRI5.stupně.....	51
Graf 7 Omezení hemodialýzou	52
Graf 8 Hemodialýza jako výhoda	53
Graf 9 Míra ovlivnění hemodialýzou.....	54
Graf 11 Nejčastější stavy u hemodialyzovaných pacientů.....	58
Graf 12 Četnost prožívání negativních pocitů	60
Graf 13 Nejčastější změna v přístupu a vztahu ze strany pacienta ke svému okolí.....	61
Graf 14 Nejčastější změna přístupu a vztahu k pacientovi ze svého okolí.....	62
Graf 15 Vnímání společenské diskriminace hemodialyzovaným pacientem.....	63
Graf 16 Setkání se s nepochopením ze strany zdravotní pojišťovny	64
Graf 17 Kvalita života z pohledu hemodialyzovaného pacienta.....	65
Graf 18 Zvládnutí zátěže z pohledu hemodialyzovaného pacienta	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Další metody očištění krve

Příloha P II: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DALŠÍ METODY OČIŠTĚNÍ KRVE

Peritoneální dialýza (PD)

Je metoda léčby selhání ledvin, která byla použita již v roce 1923. Při tomto typu je čistící funkce ledvin nahrazena filtrací krve přes tenkou blánu vystýlající dutinu břišní, tzv. pobřišnice neboli peritoneum, která je tělu vlastní.

Typy peritoneálních dialýz:

- 1) **Intermitentní typy** – jsou méně užívány
 - a) IPD (intermitentní peritoneální dialýza), manuální PD (peritoneální dialýza)
 - b) DPD = DIPD (denní peritoneální dialýza)
 - c) NPD = NIPD (noční peritoneální dialýza)
 - d) TPD (přívalová peritoneální dialýza)
- 2) **Kontinuální typy** – častěji využívány
 - a) CAPD (kontinuální peritoneální dialýza)
 - b) CCPD (kontinuální cyklická peritoneální dialýza) (Lachmanová, 1999, s. 83-89).

Hemofiltrace

Tato metoda je fyziologičtější než hemodialýza, přesto není tak užívána. Princip této metody spočívá v odstranění nahromaděných toxických látek přes membránu výhradně filtrací. Do hemofiltračního programu jsou zařazeni tito pacienti:

- 1) S oběhovou nestabilitou, zvláště pacienti, kteří špatně tolerují při hemodialýze ultrafiltraci.
- 2) Hypertonicí na hemodialýze.
- 3) Diabetici – významnější lepší přežití na této metodě.
- 4) Prevence amyloidózy neboli ukládání hmot bílkovinné povahy a předcházení tak nefrotickému syndromu (50 % pacientů na hemodialýze po 6 letech trpí artralgiemi a při hemofiltraci jen 30 %).
- 5) Mladší pacienti bez vyhlídky na transplantaci ledviny.

- 6) Hemodialyzovaní pacienti, kteří pro závažné (přechodné) komplikace mají hyperkatabolický stav spojený i s acidózou či hyperfosfatemií.

Při intoxikaci hliníkem - k tomuto docházelo v minulosti, v důsledku neupravené vody s vysokým obsahem hliníku v dialyzačním roztoku (Lachmanová, 1999, s. 97, s. 101).

Hemodiafiltrace

Alternativní metoda léčby selhání ledvin, která využívá výhod peritoneální dialýzy a hemofiltrace (difuze a filtrace)(Lachmanová, 1999, s. 103).

Plazmaferéza

Je metodou, při níž dochází k odstranění plasmy spolu s látkami, které se mohou uplatňovat při vzniku některých nemocí. Uremický toxin; exogenní a endogenní jedy; autoprotilátky IgG, IgM; cirkulující imunokomplexy; LDL u hyperlipidemie; paraproteiny jsou látky, které lze pomocí plazmaferézy odstranit.

Plazmaferézu můžeme dělit:

- a) Centrifugační – centrifugace erytrocytů, odsátí plasmy a resuspendování erytrocytů v substitučním roztoku zpět do organismu;
- b) Membránová – využívá membrány, která je propustná pouze pro plasmu, nikoliv pro krevní elementy, tím dojde k očištění krve (Lachmanová, 1999, s. 107-108).

Hemoperfuze

Je technicky nenáročnou metodou, která využívá vhodného adsorpčního materiálu, který je uložen v kapsli v tzv. koloně, přes kterou dochází k samotnému procesu, tedy očištění krve od toxických látek (Lachmanová, 1999, s. 115).

Kontinuální očišťovací metody

Jsou prováděny hemodialyzačním přístrojem tzv. „**pojízdnou ledvinou**“. A to tehdy, pokud zdravotní stav pacienta nedovoluje, aby se dostavil na hemodialyzační středisko. Používá se na jednotkách intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačních odděleních při akutním renálním selhání, kdy je přístroj dopraven k lůžku nemocného.

Kontinuální metody nebo také „**program ledvinné intenzivní péče**“ je souhrn všech metod, které lze provádět na JIP a ARO a patří sem:

- 1) CAVH = kontinuální arteriovenózní hemofiltrace
- 2) CVVH = kontinuální venovenózní hemofiltrace
- 3) CAVHD = kontinuální arteriovenózní hemodialýza
- 4) CVVHD = kontinuální arteriovenózní hemodialýza
- 5) SCUF = pomalá kontinuální ultrafiltrace (Lachmanová, 1999, s. 119)

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Vážený pane, Vážená paní,

jmenuji se Monika Loučková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia na Fakultě humanitních studií University Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra.

Chtěla bych Vás požádat o spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku, který je nedílnou součástí mé závěrečné bakalářské práce. Otázky v dotazníku se týkají psychosociální zátěže u pacientů zařazených do hemodialyzačního programu – vaše odpovědi jsou pro mou bakalářskou práci velmi cenné. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný.

Na otázky prosím odpovídejte zaškrtnutím pouze jedné odpovědi – **X**, která nejlépe odpovídá Vašemu názoru. U některých otázek máte možnost, zaškrtnout i více odpovědí nebo doplnit svoji vlastní odpověď.

Děkuji za Vaši pomoc

Demografické údaje:

1. Pohlaví

- Žena
- Muž

2. Prosím označte, do které věkové kategorie se řadíte:

- Do 30 let
- 31-40let
- 41-55 let
- 56-70 let
- 71 a více let

3. Rodinný stav

- Svobodný/á
- Ženatá/Vdaná
- Rozvedený/á
- Vdovec/Vdova

4. Dosažené vzdělání:

- ZŠ
- SŠ bez maturity/ vyučen
- SŠ s maturitou
- VŠ

5. Vaše současné pracovní zařazení

- Zaměstnán/a
- Nezaměstnán/a
- Invalidní důchodce
- Starobní důchodce
- Student/ka
- Jiné (doplňte).....

6. Jak dlouho trpíte chronickou renální insuficiencí (chronická ledvinná nedostatečnost)

7. Jak dlouho jste zařazen/a do dialyzačního programu?

8. Jak často docházíte na dialyzační středisko?

- 1x týdně
- 2xtýdně
- 3x týdně
- 4x a více za týden

9. Jste zařazen/a do transplantačního programu? Pokud ano jak dlouho.

- NEVÍM
- NE
- ANO

10. S jakými pocity absolvujete hemodialýzu? (možnost více odpovědí)

- Jsem klidný/á
- Jsem nervózní
- Mám obavy, že zůstanu v nemocnici
- Jsem úzkostný/á
- Jiné (uveďte jaké).....

11. Pokud jste přijat/a k hospitalizaci jak reagujete na vzniklou situaci (můžete označit i více odpovědí):

- Beru to jako rutinu
- Musí to tak být
- Odpočínám si
- Mám smíšené pocity
- Netěším se
- Bojím se
- Jiné (uveďte prosím jaké).....

12. Každá další dialýza je pro mě.....(prosím, dokončete větu)

13. Každá další hospitalizace je pro mě.....(prosím, dokončete větu)

14. Máte pocit, že má k vám personál jiný přístup, než k ostatním pacientům, kteří nejsou hemodialyzováni? Pokud ano, jak se to projevuje.

- Ne
- Ano

15. Vnímáte hemodialýzu jako omezení?

- Ne
- Ano - prosím napište v čem

16. Vnímáte hemodialýzu jako výhodu?

- Ne
- Ano – prosím napište v čem

17. Do jaké míry vás ovlivňuje hemodialýza

- Vůbec ne
- Trochu
- Středně
- Hodně
- Velmi hodně

18. Prosím, označte čísla 1 - 11, jak moc vás ovlivňuje hemodialýza v oblastech. Kdy platí 1 = nejvíce až 11 = nejméně

	Pořadí 1 - 11
Pitný režim	
Stravování	
Rodina	
Partnerský vztah	
Sexuální život	
Pracovní činnost	
Finance	
Čas	
Koníčky	
Sport	
Kulturní život	

19. V následující otázce prosím seřadíte podle **důležitosti** od 1 do 11 pro Vás různé oblasti života. Kdy platí: 1 = nejdůležitější až 11 = nedůležité

	Pořadí 1 - 11
Být krásný/á	
Mít stabilní vztah, harmonickou rodinu	
Mít dostatečný spánek	
Být zdravý	
Dělat, co chci	
Být milován	
Být finančně zajištěn	
Mít zajímavou práci	
Být nezávislý, volný	
Plnit své povinnosti	
Znát nové informace	

20. Seřad'te, prosím následující lidské potřeby **podle svého** žebříčku od 1 do 11 (1= nejvyšší hodnota, 11 = nejnižší hodnota)

	Pořadí 1 - 11
Být krásný/á	
Mít stabilní vztah, harmonickou rodinu	
Mít dostatečný spánek	
Být zdravý	
Dělat, co chci	
Být milován	
Být finančně zajištěn	
Mít zajímavou práci	
Být nezávislý, volný	
Plnit své povinnosti	
Znát nové informace	

21. Jakými stavy jste nyní více ovlivňován/a, než před léčbou? (můžete označit i více odpovědi)

- Depresemi
- Úzkostmi
- Agresivitou
- Zlostí
- Bezmocí,
- Jiné (prosím uveďte jaké).....

22. Jakou životní situaci vám nejvíce ovlivňují stavy, které jste označil/a v otázce č.21:

- Postoj k léčbě
- Partnerský život
- Život jako takový
- Každodenní činnosti
- Jiné (prosím uveďte jaké)

23. Jak často prožíváte negativní pocity (beznaděj, úzkost, agresivitu, deprese,...)?

- Nikdy
- Někdy
- Středně
- Celkem často
- Neustále

24. Jak moc se změnil váš přístup a vztah po zahájení hemodialyzační léčby k : (prosím u každé položky značte **X**)

	Vůbec ne	trochu	středně	velmi	maximálně
Partnerovi					
Dětem					
Rodině					
Přátelům					
Zdravotníkům					
Zaměstnavateli					

25. Jak moc se změnil přístup a vztah k vám po zahájení hemodialyzační léčby ze strany: (prosím u každé položky označte **X**)

	Vůbec ne	trochu	středně	velmi	Maximálně
Partnera					
Děti					
Rodiny					
Přátel					
Zaměstnavatele					
Zdravotníků					

26. Myslíte si, že jste společností diskriminováni (pokud ano, uveďte prosím jak)

- Ne
- Ano

27. Setkal/a jste se někdy s nepochopením ze strany zdravotní pojišťovny?

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Nikdy

28. Zvládáte zátěž, která je spojena s Vaší léčbou chronické renální insuficienci (chronické ledvinné nedostatečnosti)?

- Velmi dobře
- Dobře
- Ani dobře, ani špatně
- Špatně
- Velmi špatně

29. Jak byste nyní ohodnotil/a kvalitu svého života:

- Velmi dobrá
- Dobrá
- Ani dobrá, ani špatná
- Špatná
- Velmi špatná