

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života u pacientů dlouhodobě dialyzovaných

Bc. Petra Linhartová

Diplomová práce

2009

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 18.3. 2009

Bc. Petra Linhartová

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala MUDr. Štěpánce Dejdarové za odborné vedení, čas a cenné připomínky při vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat dialyzačnímu středisku Fresenius Medical Care v Chrudimi a v Pardubicích za pomoc při rozdávání dotazníků. A v neposlední řadě respondentům za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníků.

SOUHRN

Tématem mé diplomové práce je „Kvalita života dlouhodobě dialyzovaných“. Práci jsme se snažila zaměřit na uspokojování každodenních potřeb dialyzovaného klienta. První část teorie je zaměřena na problematiku onemocnění ledvin. Druhá část na kvalitu života u pacientů léčených hemodialýzou. Třetí část pojednává o psychosociální problematice dialyzovaných. Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdělen do pěti okruhů zaměřených na životosprávu, komplikace při hemodialýze, rodinu a volnočasové aktivity.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života; hemodialýza; potřeby člověka;

TITLE

The quality of life of long-term dialyzed patients.

ANNOTATION

The topic of my thesis is "The quality of life of long-term dialyzed patients.". The thesis is focused on meeting the everyday needs of dialysed client. The first part of the theory is focused on the issue of kidney diseases. The second part is occupied by the life quality of patients treated with hemodialysis. The third part deals with the psychosocial problems of dialysed people. Research was conducted through questionnaire survey. The questionnaire was divided into five areas focused on lifestyle, complications during hemodialysis, family and leisure activities.

KEYWORDS

The quality of life, dialysis, human needs

Obsah:

Úvod.....	9
Současný stav.....	10
1.1 Anatomie a fyziologie ledvin a vývodných cest močových.....	10
1.1.1 Ledviny a vývodné cesty močové.....	10
1.1.2 Nefron.....	11
1.2 Chronické selhání ledvin.....	12
1.2.1 Příčina a příznaky onemocnění.....	12
1.2.2 Diagnostika a léčba.....	12
1.3 Dialýza.....	14
1.3.1 Historie dialýzy.....	14
1.3.2 Hemodialýza.....	15
1.3.3 Peritoneální dialýza.....	15
1.3.4 Transplantace ledvin.....	15
1.4 Hemodialýza.....	16
1.4.1 Princip dialýzy.....	16
1.4.2 Hemodialyzační přístroj.....	17
1.4.3 Dialyzační roztok.....	18
1.4.4 Cévní přístupy.....	18
1.4.5 Hemodialyzační procedura.....	20
1.4.6 Komplikace dialýzy.....	21
1.5 Kvalita života.....	22
1.5.1 Pojem kvalita života.....	22
1.5.2 Rozsah pojetí kvality života.....	23
1.5.3 Kvalita života dialyzovaných.....	24
1.6 Potřeby člověka.....	24
1.6.1 Stravování a výživa.....	25
1.6.2 Pohybové aktivity, zaměstnání, sexualita a využití volného času.....	26
1.6.3 Vliv chronického onemocnění na pacienta.....	27
1.6.3.1 Psychosociální aspekty chronického onemocnění.....	28
1.6.3.2 Strategie zvládání chronického onemocnění.....	28
1.6.3.3 Sociální aspekty chronického onemocnění.....	29
2. Praktická část.....	30
2.1 Cíl práce.....	30

2.2 Domněnky práce.....	30
3. Metodika.....	31
3.1 Použitá metodika.....	31
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	31
4. Výsledky.....	32
5. Diskuse.....	61
6. Závěr.....	65
7. Soupis bibliografických citací.....	66
8. Seznam zkratk.....	69
9. Přílohy.....	70
9.1 Seznam příloh.....	70

Úvod

Klientů s chronickým selháním ledvin přibývá a pro řadu z nich se hemodialýza stává metodou jediné volby.

V České republice bylo v roce 2007 celkem 92 dialyzačních středisek, ve kterých bylo k 31.12.2007 léčeno celkem 5190 pacientů, tj. 500 pacientů (na 1 milion obyvatel). Z tohoto počtu bylo 4788 pacientů hemodialyzováno(20). Hemodialýza je metoda očišťování krve, při které se používá hemodialyzačního přístroje tzv. umělá ledvina. Během hemodialýzy se odstraňují nahromaděné zplodiny látkové přeměny a nadbytečná voda. Pro zabezpečení dostatečného očištění organismu od odpadních látek se tato výměna obvykle provádí po dobu 4-5 hodin a opakuje se 3krát za týden. Od počátku léčby umělou ledvinou dochází stále k jejímu zdokonalování. Používají se kvalitnější a dokonalejší přístroje, dialyzační membrány se vyrábějí z kvalitnějších materiálů, takže jsou účinnější, zdokonalují se metody léčby. Zkracuje se i doba jednotlivých výkonů. Je snaha vyrobit přístroje menší, které by byly přenosné, nemocný by je nosil neustále u sebe a přístroj by „čistil“ organismus celý den.

Pacienti s chronickým ledvinným selháním jsou často polymorbidní. Polymorbidity často přibývá zejména u vyšších věkových skupin, vyskytuje se u nich řada komplikací, které jsou spojeny jak s dialyzační léčbou, tak s vlastní chorobou. Změny v životě dialyzovaného pacienta se také dotknou všech mezilidských vztahů - partnerského, rodinného, vztahu s přáteli, v zaměstnání, vztahu s lékaři, sestrami i spolupacienty. Objevují se psychosomatické potíže, také únava, poruchy spánku, slabost, stavy deprese. Jedinec ztrácí své přátele, zájmy a koníčky, protože na ně nemá dostatek času a sil. Pacienti musí dodržovat přísnou dietu s restrikcí tekutin, pravidelně užívat celou řadu léků, trpí vysokou nemocností, objevují se u nich komplikace při hemodialýze i komplikace dialyzačního léčení vůbec, často ztrácí zaměstnání, mnohdy i partnera. Zejména starší pacienti jsou často nesoběstační, odkázáni na pomoc rodiny a přátel. Všichni také vědí, že jejich život je časově limitován. Zároveň je snižena finanční a sociální situace, pacienti jsou omezováni v plánování dovolené, ve sportovních aktivitách a jiných činnostech, které jsou pro zdravé lidi zcela samozřejmé.

Teoretická část práce je zaměřena na problematiku onemocnění ledvin, psychosociální problematiku a kvalitu života dialyzovaných. Výzkumná část je zaměřena na zjišťování kvality života pacientů, léčených hemodialýzou. Důvodem proč jsem si toto téma zvolila, je zjistit jako kvalitu života mají lidé s tak těžkým onemocněním.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie ledvin a vývodných cest močových

1.1.1 Ledviny a vývodné cesty močové

Ledviny jsou párový orgán fazolovitého tvaru, mají červenohnědou barvu. Jejich konzistence je elastická, rozměry jsou obvykle 12x6x3 cm. Hmotnost je asi 120 g. 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 pánvička ledvinná a kudy prochází cévy ledvin. Hilus je z přední a zadní strany ohraničen valem.

Ledviny leží ve výši obratlů Th12 až L2. Hilus ledviny odpovídá úrovni obratle L1. Levá ledvina je uložena výš než pravá. Mediální okraj ledvin naléhá na musculus psoas major, zadní plocha pak ještě naléhá na musculus quadratus lumborum a musculus transversus abdominis: nervus subcostalis, nervus iliohypogastricus a nervus ilioinguinalis.

Zepředu naléhá na pravou ledvinu nadledvina, játra, flexura coli dextra, kličky jejunu, u hilu pars descendens duodeni. Na levou ledvinu nadledvina, žaludek, pankreas. flexura coli sinistra, kličky jejunu, laterokraniálně ještě slezina.

Ledviny jsou ve své poloze fixovány díky tuku, který je kolem nich, dále prostřednictvím fascia renalis a úponem mesocolon transversum. který jde přes dolní pól, a nitrobřišním tlakem.

Na řezu ledvinou můžeme bez dalších zvětšení rozlišit světlejší kůru ledviny cortex renalis, a tmavší dřev ledviny, medulla renalis. Kůra vytváří asi 0,5 cm tlustou zónu. Dřev je uspořádána do pyramid, pyramides renales, což jsou kuželovité útvary vrcholem přivrácené k hilu. Zaoblený vrcholak pyramidy se nazývá papilla renalis. Papily jsou dírkované, protože zde ústí vývodné kanálky ledvin. Vrcholky papil jsou obemknuty kalichy ledvin, calices renales.

Ledviny jsou nejdůležitějším vylučovacím orgánem. Odstraňují z těla odpadové látky, jejichž nahromadění by bylo pro organismus škodlivé. Základní funkce jsou exkreační, homeostatická a metabolicko-endokrinní. Exkreační funkce zajišťuje vylučování látek tělu cizí. Mezi vylučované látky patří kyselina močová, močovina, kreatinin, voda, nadbytek natria, vápenaté soli, kalium, fosfáty a další zplodiny metabolismu. Podílí se na hospodaření organismu s vodou a ionty a udržují tak homeostázu vnitřního prostředí. Homeostatická funkce ledvin napomáhá udržet stálé pH, osmolalitu, složení a objem elektrolytů. Metabolicko -endokrinní funkce je zastoupena produkcí reninu, který se spolu s aldosteronem podílí na regulaci krevního tlaku. Dále produkují hormon, který stimuluje

tvorbu erytrocytů v kostní dřeni. tento hormon se nazývá erythropoetin. Ledviny také zajišťují aktivaci vitamínu D, který zde podstupuje přeměnu na kalcitriol. Tento vitamin podporuje vstřebávání kalcia, fosfátů. Také se podílí na řízení metabolismu vápníku v kostech.

S ledvinami úzce souvisí vývodné cesty močové. Vývodné cesty močové začínají v ledvinných kališích, kde se zachycuje moč ze sběracích kanálků. Odtud je moč transportována do močovodu a dále do močového měchýře, kde se hromadí. Moč se vylučuje ven z těla močovou trubicí.(5,6,25,26)

1.1.2 Nefron

Nefron je základní morfologickou a funkční jednotkou ledviny. Počet nefronů u dospělého zdravého člověka je 1 až 1,25 miliónů. Každý nefron je schopný vytvářet moč. Obecně se nefron skládá z těchto částí : corpusculum renale (Melpighiho tělísko), proximální tubulus, Henleova klička, distální tubulus a sběrací kanálek.

Malpighiho tělísko se skládá z klubíčka kapilár-glomerulu, které má přívodnou a odvodnou cévu, vas afferens a vas efferens, a z dvoulistu Bowmanova pouzdra. Vnitřní list pokrývá kapiláry a vnější list obepíná celé ledvinné tělísko. Do toho prostoru je z krve filtrována primární moč, které je za 24 hodin asi 150-180 litrů. V proximálním tubulu je resorbováno větší část glomerulárního filtrátu a snižuje se tak jeho celkový objem. Zpětně se zde vstřebávají aminokyseliny, glukóza a další nízkomolekulární látky.

Na tento úsek navazuje Henleova klička, na které se rozeznává sestupné a vzestupné raménko. Úprava Henleovy kličky a její vztah k okolním cévám tvoří morfologický podklad protiproudového systému ledviny, které zajišťuje zpětné vstřebávání vody a sodíku, což vede k výslednému objemu definitivní moči přibližně 1500 mililitrů za den (závisí na pitném režimu).

Distální tubulus má přímý úsek, který navazuje na vzestupnou část Henleovy kličky a úsek stočený, který ústí do sběracích kanálků. Dochází zde k další resorpci vody. Probíhá aktivní resorpce sodíku a výměna sodíku za draslík a vodík, tak dochází k acidifikaci moči. Sběrací kanálek vstupuje do dřene, na každý sběrací kanálek se napojuje 5-10 nefronů. Jednotlivé sběrací kanálky se opět vzájemně spojují a vytvářejí široký ductus papillaris, jdoucí k vrcholu dřeňové pyramidy. Zde, v area cribrosa, ústí do dutiny ledvinového kalichu.(5,6)

1.2 Chronické selhání ledvin

Chronické selhání ledvin (dále jen CHSL) nebo-li chronická renální insuficience. CHSL je důsledkem progresivní ireverzibilní ztráty funkčních nefronů. Selhání ledvin je definováno tehdy nejsou-li ledviny schopny vyloučit zplodiny přeměny bílkovin, udržet rovnováhu vnitřního prostředí, regulovat krvetvorbu a dalších systémy. Výsledkem je akumulace urey, kreatininu, rozvrat acidózy a minerálů.

CHSL lze léčit hemodialýzou (respektivě mimotělními eliminačními metodami), peritoneální dialýzou a transplantací. Všechny tyto postupy označované společným termínem „náhrada funkce ledvin“, jsou cíleny k tomu, aby co nejučinněji nahradily funkci vlastních ledvin.(9,15,22)

1.2.1 Příčina a příznaky onemocnění

Chronické selhání ledvin může být způsobeno celou řadou chorob. Příčina může být v samotném postižení ledvin (chronická nebo subakutní glomerulonefritidy, kongenitální anomálie vývodných cest, polycystická degenerace ledvin, chronická intersticiální nefritis pyelonefritidy) nebo v systémovém onemocnění organismu (diabetická nefropatie, hypertenzní nefroskleróza).(1,22)

Příznaky CHLS se rozvíjí pozvolna(měsíce, roky) a nenápadně. Existují pacienti, kteří o chorobě ledvin nevědí, nikde se neléčí a přicházejí k lékaři pro nejrůznější obtíže, jež záhy vysvětlí laboratorní nálezy. Mezi příznaky CHSL patří únava, otoky, nechutenství, zvracení, průjemy, slabost, dušnost (důsledek hromadění tekutin v těle), bolesti hlavy, oligurie až anurie, svědění kůže, křeče. V organismu jsou výrazné změny metabolismu a vnitřního prostředí. Tyto příznaky mohou vyústit v uremický syndrom projevující se prohloubeným Kussmaulovým dýcháním, srdeční arytmií, krvavými průjemy, perikarditidou, anémií, poruchami srážení krve, hematomy, špinavě žlutou kůží, kostními změnami, polyneuropatie, dezorientací, apatií až uremickým kómatem a smrt klienta. (1,9,25,26)

1.2.2 Diagnostika a léčba

Podezření na selhání ledvin může lékař vyslovit na základě zjištěné anamnézy a na základě klinického vyšetření. K potvrzení diagnózy selhání ledvin je nutno provést kromě vyšetření moči i odběr krve. Důkazem snížené glomerulární filtrace je vysoká hladina odpadních látek v krvi - močoviny a kreatininu. Neméně důležité je vyšetření dalších látek jako jsou minerály sodík, draslík, chloridy, fosfor, vápník a vyšetření acidobazické rovnováhy (ASTRUP)^b a krevního obrazu. Mezi nejdůležitější vyšetření moče patří clearenc kreatinin

(poukazuje hodnoty glomerulární filtrace), Hamburgerův sediment (určuje množství buněčných elementů- erytrocyty, leukocyty, hyalinní válce, sběr za 3 hodiny), bilanční sběr moče na odpady iontů, kyseliny močové, bílkoviny, glykosurie (sběr za 24 hodin) a specifická hustota moče. Důležité je, aby sestra znala postupy vyšetření a uměla edukovat klienta před odběrem, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. K fyzikálním vyšetření patří poslech , měření krevního tlaku, tělesné hmotnosti a stavu hydratace. Mezi další vyšetření patří vyšetření plic(pomůže odhalit známky srdečního selhávání, převodnění plic), sonografické vyšetření, cystoskopie, biopsie ledvin (pomůže v některých případech určit typ postižení), angiografické vyšetření ledvin (posoudí stav ledvinných tepen k vyloučení jejich zúžení), echografické vyšetření srdce (posoudí stav a přítomnost poškození srdce), počítačová tomografické, magnetická rezonance.

Při diagnostikovaném počínajícím selhání ledvin, musí klient docházet na pravidelné kontroly k lékaři do nefrologické poradny. Tyto kontroly probíhají dle ordinace lékaře. V léčbě se nejdříve pokud je možno, volí konzervativní terapie. CHSL je onemocnění trvajícím po celý zbytek života a v naprosté většině případů dochází k jeho progresi. Doporučení pro klienty, u kterých je příčina CHSL v systémovém onemocnění (diabetes mellitus, hypertenze), je také kompenzace tohoto základního onemocnění.

Konzervativní léčba zahrnuje dietní opatření a farmakologickou léčbu. Dietní režim CHSL spočívá především v omezení solí, bílkovin. Příjem těchto látek zcela závisí na zbytkových funkcích ledvin a metabolickém stavu klienta. Z farmakologické léčby klient užívá léky snižující hladinu fosforu v krvi, léky snižující krevní tlak, preparáty pro lepší metabolismus vápníku, preparáty pro náhradu vitamínu D, případné podání erytropoetinu při výskytu anemie a dalších vitamínů.

Pokud konzervativní terapie je již nedostačující , pro pokračující progresi CHSL musí být funkce ledvin nahrazena buď hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou. Nejlepší možností léčby je v tomto stádiu transplantace ledvin. O náhradě léčby musí být ale rozhodnuto včas, aby mohl být klient systematicky připravován a měl dostatek informací, na jejichž základě se rozhodne o vhodné metodě léčby. (10,19,1)

1.3 Dialýza

Dialýza je léčebná metoda nahrazující základní funkci ledvin. Mezi její základní funkce patří očišťování krve od zplodin látkové přeměny (urea, kreatinin), minerálů, vody a upravuje vnitřní prostředí. (25)

1.1.3 Historie dialýzy

Dějiny dialýzy se datují již od roku 1854, kdy skotský chemik Thomas Graham první studoval dialýzu na prostupnosti stěny hovězího močového měchýře, použitého k sestavení prvního primitivního dialyzátoru. Výraz „dialýza“ použil jako první právě tento skotský chemik. V roce 1855 pokračoval německý fyziolog Adolph Fick ve studiu difúze s různými koloidovými membránami. Tento princip v laboratorních podmínkách ověřil W. Schumacher v roce 1860. Díky tomuto vědci byly vytvořeny podmínky pro baltimorské fyziology Johna J. Abela, L. G. Rowntree a B. B. Turnera, kteří v roce 1912 sestrojili první dialyzátor podobný současným kapilárám. Tento přístroj použili u psa. Přístroj nazvali“ aparát pro membránovou vividifuzi“. Místo glomerulů používali koloidové trubice, nechali jimi proudit tepennou krev. Srážení zabraňovali předáním hirudinu, antikolagulancia připraveného z pijavek.

Na bazi těchto pokusů hemodialyzoval německý lékař Gerge Haas v Giessenu v roce 1928 neúspěšně prvního člověka s požitím heparinu, objeveného v roce 1919. V roce 1943 holandský lékař Williem J. Kolff poprvé napojil na svou bubnovou ledvinu několik chronicky nemocných v terminálním stádiu se selháním ledvin. Ale bohužel všichni tito nemocní zemřeli. Až v roce 1945 napojil tentýž lékař na umělou ledvinu pacientku s akutním selháním ledvin, která přežila a stala se tak živým důkazem, že je možné zachránit život nemocným se selháním ledvin.

V České republice byla první umělá ledvina nainstalována v Praze na II. interní klinice a první dialýza byla provedena 10. prosince v roce 1955 Chytilém, Daumanem a Hornychem u nemocného s náhlým selháním ledvin po otravě sublimátem a skončila též úspěšně. V tuto dobu patřila Praha mezi pět evropských měst, které vlastnilo umělou ledvinu. V orce 1965 zahájili pravidelnou dialyzační léčbu nemocných s vleklým selháním ledvin. V roce 1971 vzniklo na Strahově velké dialyzační středisko. Druhé pracoviště umělé ledviny u nás vzniklo v roce 1957 v Hradci Králové na I. interní klinice.

Rozvoj peritoneální dialýzy má začátky v roce 1962 v IKEMU. V roce 1978 byl zahájen na Strahově chronický peritoneální dialyzační program. (4,14,15,22)

1.1.4 Hemodialýza

Hemodialýza (dále HD) je metoda očištění krve, při které se používá hemodialyzačního přístroje tzv. umělá ledvina. Během hemodialýzy se odstraňují nahromaděné zplodiny látkové přeměny a nadbytečná voda. Současně se upravuje i porucha elektrolytové a acidobazické rovnováhy. HD bude více rozebrána v další kapitole. (22)

1.2.3 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza(dále PD) podobně jako hemodialýza dokáže nahradit funkci ledvin. K filtrování krve slouží při peritoneální dialýze vlastní peritoneální membrána (peritoneum). Princip PD spočívá v napuštění dialyzačního roztoku (pomocí katétru) přes stěnu břišní . Dialyzační roztok v dutině břišní zůstává 4-6 hodin, kdy probíhá samotný proces dialýzy. Dialyzační roztok odvádí vodu a odpadní produkty přes peritoneální membránu. Dialyzační roztok se poté odčerpá z těla a nahrazuje se čerstvou tekutinou a proces odstraňování odpadních látek a vody může začít znovu. Tento proces plnění a odvádění dialyzačního roztoku se uskutečňuje během dne několikrát. Počet procesů závisí na potřebách klienta.(7,8)

1.2.4 Transplantace ledvin

Transplantace ledviny je nejúčinnější léčbou chronického selhání ledvin. Transplantovaná ledvina nevydrží klientovi po jeho zbytek života. Od žijících dárců je průměrná doba funkce ledviny až 20 let, u transplantací od zemřelého dárce je 8 – 12 let. V porovnání s dialyzační léčbou zdvojnásobuje předpokládanou dobu přežití. V České republice se Transplantace ledvin provádí v transplantačních centrech v krajských městech dle „transplantačního zákona“ (zákon 285/2002 Sb). Kombinované transplantace ledviny a slinivky se provádějí pouze v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze, transplantace dětí ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Před zařazením klienta do transplantačního programu musí klient podstoupit podrobná vyšetření na jejichž základě je zařazen na čekací listinu (anglický název waiting list). Předtransplantační vyšetření se ale většinou provádí v místě, kde je nemocný dialyzován nebo ošetřován se svým onemocněním ledvin.

Rozlišujeme dva hlavní typy transplantace ledvin – ze živého nebo zemřelého dárce. Transplantace ledviny ze živého dárce vede k významně lepším výsledkům než transplantace ze zemřelého dárce. Optimální je provést transplantaci ještě před zahájením chronické dialyzační léčby (tzv. preemptivní transplantace), protože se dá nejlépe načasovat, má nejméně

komplikací a ledvina většinou pracuje lépe než ledvina ze zemřelého dárce. Dárce nemusí být s pacientem pokrevně příbuzný (může to tedy být partner, nevlastní sourozenec apod.). Nejdůležitějším kritériem pro transplantaci od živého dárce je shodnost krevní skupiny a HLA systému (tkáňové charakteristiky podobné krevním skupinám, avšak s mnohem větším počtem kombinací, maximální počet shod je 6). Transplantace ledviny ze zemřelého dárce je vhodnou možností pro ty nemocné, kteří nemají vhodného dárce nebo si nepřejí, aby jim někdo z okolí ledvinu daroval. Odebraná ledvina se transplantuje do pravé, výjimečně levé jámy kyčelní (vpravo nebo vlevo od pupku). Před transplantací a v průběhu dalšího života s transplantovanou ledvinou, musí klient užívat imunosupresiva. Tyto léky brání či zpomalují akutní a chronické rejekci ledviny. Pokud ledvina funguje dobře, není potřeba žádného jiného mimořádného léčebného režimu. V případě selhání transplantované ledviny se musí klient vrátit do pravidelné dialyzační léčby.(7,8,19)

1.4. Hemodialýza

1.4.1 Princip hemodialýzy

Hemodialýza je fyzikální jev, který spočívá v oddělování látek z roztoků o různé molekulové hmotnosti pomocí semipermeabilní membrány (dále SM) dvěma transportními mechanismy- difúzí a filtrací (konvekcí). SM odděluje v dialyzátoru krev od dialyzačního roztoku. Pro klinickou praxi znamená dialýza očišťovací metodu krve, která sníží u pacienta koncentraci nahromaděných toxických látek a zbaví je nadbytečné vody.

Difúze je definována jako spontánní pasivní transport látek přes SM dle koncentračního gradientu, tedy z prostředí s vyšší koncentrací látek do prostředí s nižší koncentrací. Rychlost prostupu látek závisí na rozdílu koncentrací mezi dvěma roztoky, čím větší rozdíl koncentrací látek, tím rychlejší a větší přesun látky z míst s vyšší koncentrací do míst s koncentrací nižší. Z toho plyne, že oddialyzování urey z krve pacienta je v první hodině hemodialýzy rychlejší než v hodinách dalších. Dále rychlost závisí na velikosti molekul roztoku a póru membrány (například membrána tenká a s velkými póry klade malý odpor při průniku látek), ale i na elektrickém náboji membrány. Propustnost membrány se může měnit vlivem adsorpce proteinů na membránu během procedury, neboť tím se mění i charakter pórů. Pojem zpětná difúze charakterizuje přechod látek v opačném směru, tj. z dialyzačního roztoku do krve. Tento proces se uplatňuje například při korekci acidobazické rovnováhy (

přechod látky do krve z dialyzačního roztoku). Během hemodialýzy jsou krev i dialyzační roztok neustále v pohybu, čímž se stále udržuje koncentrační spád.

Druhým transportním mechanismem je konvekce nebo-li filtrace. Ta představuje proces splavování rozpuštěných látek spolu s rozpouštědlem, které přestupuje přes membránu. Množství takto odstraněné tekutiny závisí na membránovém tlakovém gradientu a množství odstraněné látky je dáno součinem množství filtrátu a koncentrací látky v něm. Během filtrace tedy probíhá souběžný transport rozpouštědla (vody) a rozpuštěné látky přes membránu. Filtrace stejně jako difúze, může probíhat v obou směrech, z krve do dialyzačního roztoku či obráceně.

Ke dvěma základním fyzikálním jevům jako je difúze a filtrace přistupuje přes dialyzační membránu u membrán s hydrofobními vlastnostmi adsorpce některých proteinů (albumin, fragmenty aktivovaného komplementu, fibrin, některé vytokány, beta-2-mikroglobuliny a další). Je dána zejména hydrofobními vlastnostmi dané membrány. V některých případech adsorpce významně přispívá k odstranění některých látek během procedury. (14,15,22)

1.4.2 Hemodialyzátor

Dnes se používají dialyzátory jen kapilární. Na trhu je velká nabídka dialyzátorů od mnoha firem, které uvádějí své výrobky podle typu membrány, velikosti plochy, způsobu sterilizace a řady dalších ukazatelů. Díky propracování technických norem a zavedení povinných certifikačních procedur bylo současně dosaženo vysoké míry vzájemné kompatibility přístrojové techniky a spotřebního materiálu, i jisté unifikace pravidel zacházení s dialyzačními přístroji různých výrobců.

Dialyzátor se skládá s pouzdra, které má vstup a výstup krve, a dialyzačního roztoku, uvnitř proudí krev v kapilárách (Příloha 4). Počet kapilár a jejich délka určují velikost plochy. V dialyzátoru rozlišujeme dvě cesty: krevní cestu, ve které krev proudí jednotlivými kapilárami, a dialyzační cestu, kterou proudí dialyzační roztok v protisměru mezi kapilárami. Mezi nejdůležitější součásti dialyzačního přístroje patří krevní pumpa, která je konstruována jako rotační peristaltické čerpadlo. Krevní pumpa zajišťuje průtok krve z cévního přístupu do dialyzátoru, obvykle rychlostí 250-300 mililitrů za minutu, ale rychlost je individuálně volitelná. Další integrální součástí dialyzačního přístroje je heparinová pumpa. Na rozdíl od pumpy krevní se však jedná o lineární infúzní dávkovač, uzpůsobený zpravidla pro použití

více typů injekčních stříkaček. Sestra musí vždy zkontrolovat objem stříkačky a dle toho nakalibrovat pumpu. Rychlost infúze se na většině přístrojů nastavuje v mililitrech za hodinu, je proto rovněž třeba na tento údaj správně přepočítat rychlost infúze v mezinárodních jednotkách za hodinu. Heparinová pumpa je umístěna za krevní pumpou. Při alarmových stavech se zastavuje jak krevní tak heparinová pumpa. V krevní cestě je důležité také hlídat tlaky krve. K tomu slouží monitor tlaku před krevní pumpou (arteriální), který hlídá dostatečný průtok krve do dialyzátoru, a za dialyzátorem (venózní), který alarmuje při zvýšeném odporu ve venózní lince (například srážení krve v dialyzátoru). Dále tu jsou monitory na hlídání úniku krve do dialyzačního roztoku, monitor teploty dialyzátu (měří teplotu kontinuálně), monitor konduktivity (hlídá složení dialyzačního roztoku), monitor k automatickému neinvazivnímu měření krevního tlaku, monitor k měření recirkulace krve. Dialyzační systém připravuje dialyzační roztok kyselého a bikarbonátového koncentrátu a vody, ohřívá jej na tělesnou teplotu. Pomocí dialyzační pumpy roztok protéká dialyzační cestou dialyzátorem a vytváří tlak, který je potřebný pro požadovanou ultrafiltraci. V neposlední řadě má dialyzační přístroj program na automatickou dezinfekci přístroje (chemickou a tepelnou). Správnost všech funkcí se ukazuje na monitoru každého dialyzačního přístroje. (15,22)

1.4.3 Dialyzační roztok

Dialyzační roztok (dále DR) je roztok elektrolytů, který vzniká smícháním vody a firemních koncentrátů (kyselého a bikarbonátového) zhruba v poměru 30:1 v dialyzačním monitoru. Hlavními složkami dialyzačního roztoku jsou kationty, mezi které patří sodík (koncentrace v DR v rozmezí 135-145 mmol/l), draslík (koncentrace v DR v rozmezí 0-4 mmol/l), vápník (koncentrace v DR 1,25-1,75 mmol/l), hořčík (koncentrace v DR 0,25-0,75 mmol/l). Hlavním aniontem je chloridový iont (koncentrace v DR 105-120 mmol/l) a bikarbonátový aniont (koncentrace v DR 32-36 mmol/l). Glukóza není nezbytnou složkou dialyzačního roztoku, a pokud je přidávána, její koncentrace je 5,5 mmol/l. (15,22)

1.4.4 Cévní přístupy

Cévním přístupem rozumíme vstup jehlou nebo katétrem do krevního řečiště. Ve 40.-50. letech 20. století byl poprvé proveden cévní přístup pro hemodialýzu. Byl proveden chirurgickou preparací tepny a žíly, do nichž se vkládaly nejprve skleněné, později kovové a

plastové kanyly. V roce 1960 zhotovili Scribner, Quinton a Dillard první zevní arteriovenózní zkrat. V roce 1961 Angličan Shaldon poprvé provedl kanylaci femorální žíly a zavedl do ní jednocestný katétre. Koncem 20. století začínají přibývat nové typy katétrů používaných i jako trvalé cévní přístupy takzvané permanentní katétr.

Do hemodialyzačního programu přicházejí pacienti takzvaně „z ulice“ bez hemodialyzační přípravy, to jest bez trvalého cévního přístupu. U těchto pacientů se musí zavést takzvaný dočasný cévní přístup jako předkolo trvalého cévního přístupu, pro nějž se lékař rozhodne záhy dle stavu pacienta. Tento typ používáme u pacientů s náhlým selháním ledvin, intoxikovaných, u pacientů již chronicky dialyzovaných u nichž trvalý přístup nelze použít, nebo u pacientů z peritoneálního programu, kdy tento typ léčby musí být akutně přerušeno. Pro tento způsob cévního vstupu volíme jednu ze tří snadno přístupných žil s dostatečným průtokem krve : vena jugularis interna, vena subclavia nebo vena femoralis. Dnes využíváme dvoucestný katétre, které jsou předem připraveny v setech od výrobce. Sestra při manipulaci s katetrem musí dodržovat přísné aseptické postupy.

Permanentním katétr volíme u pacientů dlouhodobě dialyzovaných, zejména u klientů vyšších věkových kategorií, bez kvalitního periferního žilního systému, často s projevy kardiálního selhávání (Příloha 6) . Katétr se zavádí do jugulární žíly a jsou vyvedeny přes klíček podkožním tunelem. Permanentní katétre je možno zavést jak v celkové tak i v lokální anestezii.

Jestliže má pacient kvalitní periferní cévní zásobení, zakládá se arteriovenózní fistule (dále AVF) (Příloha 7). Typ a lokalizaci arteriovenózní fistule si volí cévní chirurg- vyšetří žilní systém na horních končetinách. Zjistí-li nefrolog v ambulanci nebo během hospitalizace, že bude nutné provést AVF, musí pacienta poučit. Důležité je poučit pacienta, aby nezatěžoval nedominantní horní končetinu, to jest nepoužívat žíly k odběrům a nezavádět žádné periferní kanyly na žilách AVF. Nejčastější typy cévních přístupů je radiocefalická AVF (spojení arteria radialis a vena cephalica), brachiocefalická AVF (anastomóza mezi arteria brachialis a vena cephalica) a umělohmotná protéza, která je volena v případě, že nelze vytvořit žádný z předchozích dvou uvedených typů fistule. Časový odstup mezi chirurgickým založením permanentního cévního přístupu a jeho použití pro hemodialýzu je volena dle typu AVF a pooperačního stavu. Důležitá je péče o AVF ze strany pacienta. Pacient nesmí nosit nic co by na fistuli tlačilo(těsné oblečení, těžké nákupní tašky), na paži kde je fistule si nesmí nechat odebírat krev, měřit krevní tlak. Musí dávat pozor, aby se nezranili na paži, kde je fistule, udržovali AVF v teple. Při obtížích,

bolestivosti, zarudnutí, otoku nebo krvácení musí tyto změny hlásit personálu dialyzačního střediska. Pacient si může i sám kontrolovat zda pohmatem na AVF cítí vír. Při každé nefrologické kontrole musí lékař kontrolovat stav AVF- pohmatem (hmatný vír), poslechem (kontinuální šelest slábne se vzdáleností od spojky) a pohledem (rozšíření zkratové žíly). Při obavě ze stenózy je nutné pacienta odeslat na vyšetření ultrazvukem, na fistulografii (konzultace s cévním chirurgem) či se poradit s intervenčním radiologem..

Jehly do AVF se zavádí za přísných aseptických postupů. Končetina musí být čistá a řádně umytá. Účinnou dezinfekcí se postříká nebo potře oblast AVF. Punkční místa se vyznačí sterilní rouškou, takže zůstane odkrytá jen oblast „zkratové“ žíly (Příloha 5). Do ní se zavádějí dvě jehly- arteriální (z té se krev odebírá do přístroje). Druhá jehla, venózní, kterou se vrací očištěná krev z přístroje, se zavede stejnou technikou, ale raději co nejdále od první jehly, aby se zabránilo recirkulaci krve. Obě jehly se nechají propláchnout krví a fixují se náplastí, která se zabrání vyklouznutí jehly. Při punkci AVF je důležité aby sestra byla oblečena, tak aby se chránila před případnou infekcí (ústenka, rukavice, čepice, zástěra, brýle či ochranný štít).(8,9,15,22)

1.4.5 Hemodialyzační procedura

V 60. letech, kdy byla chronická hemodialýza v začátcích, dialyzační přístroj připravoval lékař, který zahajoval, sledoval a sám ukončoval hemodialyzační proces. V dnešní době hemodialyzační přístroj a pacienta obstarává střední zdravotnický personál. Hlavním úkolem lékaře je péče o pacienta v dlouhodobém dialyzačním programu.

Hemodialyzační proceduru lze rozdělit do několika oblastí, které jsou nutné pro dobrý průběh dialyzačního procesu. Do první oblasti můžeme zařadit dialyzační rozvrh (časové schéma), které se řídí ordinací lékaře, stejně jako většina technických parametrů (dialyzátor, roztok, způsob napojení) a parametrů účinnosti, se současným zajištěním bezpečnosti (průtok krve, vodivost a teplota dialyzačního roztoku, antikoagulance mimotělního oběhu, rychlost filtrace). Kvalifikovaná sestra sestaví krátce před zahájením hemodialýzy mimotělní okruh. Pacient se před každou hemodialýzou zváží a od hmotnosti se stanoví optimální „tzv. suchá“ hmotnost. Tato hmotnost představuje tělesnou hmotnost pacienta, při níž je dosaženo normální hydratace. Stanovená „suchá“ hmotnost představuje cílovou hmotnost pacienta na konci hemodialýzy. Lze ji také definovat jako nejnižší hmotnost, kterou pacient toleruje, aniž by měl při hemodialýze anebo po ní hypotenzi a křeče.

Do druhé oblasti lze zařadit zahájení a průběh hemodialýzy. K vlastnímu zahájení přistupujeme poté, co byl dialyzační přístroj s mimotělním okruhem zkontrolován a rovněž pacient je na dialýzu připraven. U každého dialyzačního procesu se vyplňuje dialyzační protokol. Vždy obsahuje jméno pacienta, datum dialýzy, jeho hmotnost, krevní tlak a tepovou frekvenci před a po hemodialýze, způsob napojení (katetr, cévní spojka, typ jehel), parametry dialýzy (délka procedury, typ dialyzátoru, dialyzačního roztoku, průtok krve, dávka heparinu, požadovaná ultrafiltrace). Vývojem moderní technologií existují dnes dialyzátory, kam se vkládá čipová karta s údaji o pacientovi a sestra nastaví parametry pro ten daný dialyzační proces dle potřeb pacienta. Tato čipová karta z části nahrazuje dialyzační protokol. Poté sestra kanylkuje spojky a napojí pacienta na dialyzační set v dialyzátoru. Tento postup musí být za přísných aseptických podmínek. Je-li ordinována kontinuální heparinizace, spustí se současně se zahájením dialýzy i chod heparinové pumpy. Po spuštění chodu mimotělního okruhu je nutné sledovat průběh hemodialýzy, stav pacienta, chod přístroje. Během dialýzy je nemocný kontrolován i lékařem (stav cévních spojek, stav hydratace, uremické příznaky, psychickou pohodu). Během dialýzy je možno podat krevní převody, transfúzní sety se napojují na arteriální set. Do dialyzačního setu lze přímo aplikovat léky, čehož se mimo jiné využívá k aplikaci erytropoetinu a dalších ordinovaných léků (antibiotika, analgetika, preparáty železa). Heparin k zajištění antikoagulace mimotělního oběhu se podává zásadně do arteriálního setu. Možno je provést nejen podávání léků ale také odběr krve na laboratorní zpracování. Před ukončením je potřeba si připravit všechny potřebné pomůcky. Stejně jako zahájení tak i ukončení probíhá za přísných aseptických podmínek. Při návratu krve do tělního oběhu sledujeme ukazatel venózního tlaku. Obě jehly je možno odstranit současně i postupně. V okamžiku vynětí přikládáme na místo vpichu sterilní čtverce, náplasti s polštářkem či použijeme obinadlo na menší kompresi při krvácení z místa vpichů (dle potřeb pacienta). Potřebná doba komprese je přibližně 10 minut (individuální). Po skončení hemodialýzy se přístroj dezinfikuje a připraví se napojením nového dialyzačního setu (Příloha 3) (a popřípadě vložením čipové karty) pro další směnu. (7,8,14,15,22)

1.4.6

Komplikace během hemodialýzy

Během hemodialýzy se můžeme setkat s nejrůznějšími komplikacemi. Mezi časté komplikace patří pokles krevního tlaku, křeče, nauzea, vomitus, bolesti hlavy, na hrudi a v zádech. Vzácněji se vyskytují arytmie, srdeční tamponáda, intrakraniální krvácení, poruchy

vědomí, horečka, hemolýza a vzduchová embolie. Zřídka se pak vyskytují závažné stavy jako dysekvilibrační syndrom (soubor systémových a neurologických příznaků spojených s patologickým nálezem na EEG, které vznikají krátce po zahájení HD-edém mozku) a syndrom prvního užití (soubor příznaků během hemodialýzy při prvním užití nového dialyzátoru). (15,22)

1.5 Kvalita života

„Báseň i život se nehodnotí podle délky, ale podle kvality.“

L.A. Seneca (13)

V současné době, pro kterou je charakteristické prodlužování délky života a převaha chronických, dlouhotrvajících nemocí nad nemocemi infekčními, se za hlavní cíl nepovažuje prodloužení života samo o sobě, ale zachování nebo zlepšení kvality života. V medicíně se ujal pojem „kvalita života“ jako protiklad ke „kvantitě života“, to jest délce přežití. Mluvímeli o kvantitě -délce života, ta se uvádí velice jednoduše, počtem let. V současné medicíně se na pojem kvalita života vyjadřuje názor, že zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů. Hodnotí se poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy. Nejlépe vyjadřuje pojem kvalitu života všechny oblasti co by měla pojímat Maslowova pyramida potřeb. (Příloha 8) (2,12,18)

1.5.1 Pojem kvalita života

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V 70. letech se objevil tento pojem v oblasti sociologie. V současné době znamená kvalita života hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí. Pokud mluvíme o kvalitě života, zajímá nás jaký dopad má onemocnění na psychický stav člověka, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. (3,18)

1.5.2 Rozsah pojetí kvality života

Hovoříme-li o kvalitě života jednotlivého člověka, vybíráme z problematiky kvality života jen její dílčí oblast. Celou tuto problematiku můžeme mapovat ve třech hierarchicky odlišných sférách:

- V makro rovině – týká se otázky kvality života velkých společenských celků. Jde o zamyšlení nad problematikou smyslu života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah.
- V mezirovině - jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách. Zde se jedná nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb, existence sociální opory, sdílených hodnot atp.
- V osobní rovině je definice nejjednoznačnější. Je jí život jednotlivce. Týká se každého z nás jednotlivě. Jde o osobní - subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí. Do hry tak vstupují individuální hodnoty –pacientovy představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení, atp. Zaměříme-li se na aplikaci aspektů kvality života na osobnost individua, můžeme na problém pohlížet z několika hledisek. Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha faktorů: sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, které kumulativně a často neznámým způsobem reagují a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.

Z širšího hlediska můžeme kvalitu života členit na:

- subjektivní – týká se lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem
- objektivní – týká se splnění požadavků, týkajících se sociálních a materiálních požadavků, sociálního statusu a fyzického zdraví

Nejužšímu sepětí kvality života s osobností individua odpovídají následující základní domény:

- Bytí (being – who is one), čili souhrn podstatných charakteristik daného člověka, který má tři subdomény: fyzické bytí(fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled), psychologické bytí

(psychologické zdraví, kognice, cítění, sebeúcta a sebekontrola), a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra)

▪ Přílnutí (belonging – napojení na vlastní prostředí), jež má rovněž tři subdomény: fyzické přílnutí (k domovu, pracovišti/škole, sousedství, komunitě), užší sociální přílnutí (k rodině, přátelům, spolupracovníkům, sousedům) a přílnutí k širšímu prostředí - komunitě (prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátních finančních příjmů, zdravotní péče, vzdělávacích a rekreačních možností). (12,18)

1.5.3 Kvalita života dialyzovaných

Každý pacient, který je dlouhodobě dialyzovaný si určuje svoji kvalitu života sám. S čím se v literatuře téměř nesetkáme, to jsou ucelené informace o kvalitě života dialyzovaných. Kvalitou života dialyzovaných se zabývá psycholožka Marcela Znojová, která pracuje přes deset let na dialyzačním středisku v nemocnici na Strahově. Dospěla ke dvěma zdánlivě rozporuplným poznatkům. První poznání je, že život s chronickým selháním ledvin a s dialýzou je pro pacienta velice těžkým břemenem. Nemocným přináší řadu nepříjemných příznaků, je spojena s celou řadou komplikací, nároky léčby jsou mimořádné a zasahují do života nemocného člověka dramatickým způsobem. Druhé poznání to první zdánlivě vyvrací: přes všechny výše uvedené těžkosti žije velký počet dialyzovaných pacientů poměrně spokojený život, řadu z nich je možno obdivovat za každodenní boj s nemocí, úsilí o soběstačnost a snahu být užitečný. (28)

1.6 Potřeby člověka

„Nemocný někdy touží jenom po tom,
aby se u něj zastavil, třeba jen na okamžik, nějaký člověk.

Chtěl by mu položit třeba jen jedinou otázku...
Kolem něj se však točí tucet lidí, aby se o něho starali:
zajímají se o tep jeho srdce, o jeho elektrokardiogram,
o činnost jeho plic, o jeho výměšky a výkaly-jen o
něho samotného se nikdo nestará,
o něho jako osobnost.“

Elizabeth Kubler –Rossová(13)

1.6.1 Stravování a výživa

Dieta u dialyzovaných pacientů se výrazně odlišuje od diety v předdialyzačním období. Dobře vyvážená dieta je základ všeho. Pacient nesmí být malnutriční, ale ani nesmí mít v potravě nadbytek některých složek. Dieta pro nemocné v dialyzačním programu musí splňovat dva základní požadavky. Dieta musí zajistit dostatek energie a látek potřebných pro organismus hlavně aminokyseliny (potřebné pro tvorbu bílkovin, vápník, vitamíny, železo), omezit některé látky, které při hromadění v organismu působí škodlivě (omezení tekutin, nadbytek bílkovin ze kterých vzniká močovina, nadbytek fosforu, který urychluje vápenatění cév, nadbytek draslíku, který při vysoké hladině v krvi může způsobit poruchy srdečního rytmu).

Obsah bílkovin v potravě by měl činit 1,2-1,4 g/kg tělesné hmotnosti/den u zdravého člověka u nemocného s CHSL se denní dávka přibližně snižuje na 0,8-0,6 g/kg. Ve stravě by měly převažovat bílkoviny živočišného původu (maso, vejce, mléko), které jsou pro organismus potřebné až nezbytné. Naopak bílkoviny rostlinného původu (luštěniny, zelenina, mouka, ovoce) by měli být ve stravě zastoupeny v menšině pro obsah velkého množství draslíku a fosforu. Důležité je, aby nemocný přijímal kvalitní bílkoviny alespoň třikrát denně vždy doplněny dostatečným množstvím energie (ve formě sacharidů a tuků). Organismus využívá adekvátně bílkovin jen tehdy, má-li k dispozici současně dostatek energie (150 kJ=35Kcal na 1 kg optimální tělesné hmotnosti). Jinak dochází k použití bílkovin jako energetického zdroje, zvyšuje se katabolismus a tím stoupá hladina močoviny, kyseliny močové a eventuelně kreatininu.

Příjem sodíku se řídí aktuálním stavem pacienta (otoky, hypertenze), bývá většinou snížen až na polovinu ve srovnání se zdravým člověkem (kolem 5g NaCl).

U pacienta se selháním ledvin je omezená schopnost také vylučovat draslík. Většina draslíku v těle je umístěna uvnitř buněk a je důležitý pro jejich funkci. Optimální denní dávka draslíku činí 1,2-1,8 g/den. Velmi vysoká hladina v krvi (tzv. hyperkalemie) může však vést k zástavě srdce. Proto je nutné znát obsah draslíku v jednotlivých potravinách, aby se pacient vyvaroval jejich konzumaci. Vysoký obsah draslíku mají například meruňky, houby, sušené mléko, luštěniny, třešně, hrozny, banány, pomeranče, rajčata, brambory. Zeleninu lze použít po předchozím rozkrájení, vyluhování a povaření.

Při poškození ledvin se v těle také hromadí fosfor, který při jeho nevyhloučení z organismu vede u dialyzovaných nemocných k rozvoji kostní choroby. Denní dávka fosforu činí 0,8-

1,5g/den. vysoký podíl fosforu obsahují sýry, kakao, čokoláda, vláknina, žloutky, mléčné výrobky, prášek do pečiva, zeleninové extrakty.

Běžná dieta při dialýze obsahuje dostatečné množství vitamínů kromě vitamínu B6 (pyridoxin) a kyseliny listové (acidum folicum), které je třeba doplňovat. Převážně v zimních měsících či u pacientů kteří kvůli draslíku nemohou přijímat větší množství ovoce a zeleniny je třeba doplňovat též vitamin C v dávce 100 mg denně. Nadměrné množství vitamínu C může být též škodlivé - oxaláty, které z vitamínu C vznikají se mohou usazovat v různých orgánech a poškozovat je.

Příjem tekutin závisí na zbytkové diuréze. Je nutné usilovat o takový dietní režim, který by nevedl k větším váhovým přírůstkům v mezidialyzačním údobí přibližně okolo dvou kilogramů.

U každého pacienta se v dietním systému postupuje individuálně dle jeho potřeb a přidružených onemocněních. Každý pacient by měl svůj dietní režim konzultovat s lékařem a popřípadě s nutričním terapeutem.(16,17,22)

1.6.2 Pohybové aktivity, zaměstnání, sexualita a využití volného času

Dialyzační léčbou se snažíme dosáhnout toho, aby měl pacient stejnou fyzickou kondici a mohl tak vyvíjet stejnou fyzickou aktivitu jako před onemocněním. Protože ale víme, že většina dialyzovaných pacientů je pokročilého věku se sníženou mobilitou, pak reálnější cíl vidíme v tom, aby byl pacient maximálně soběstačný. U těch pacientů, kteří nemají sníženou mobilitu ale toto neplatí. Pacient se může snažit být stále aktivní a fit. O míře pohybových aktivit je vhodné poradit se s lékařem. Pohybové aktivity, které pacient může dělat musí být také s ohledem na A-V shunt. Obecně je však známo, že i mezi odbornou veřejností je rehabilitační potenciál pacientů podceňován a že těch, kterým by pohybová aktivita mohla uškodit je jen velice málo. „Společnost dialyzovaných a transplantovaných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy“ pořádají pro dialyzované pravidelné rekondiční pobyty, pomáhají organizovat sportovní hry, provozují vlastní rekondiční a rehabilitační středisko Penzion Pastviny v Orlických horách. Pacient se také může přihlásit do „Sportovního klubu dialyzovaných a transplantovaných“, který pořádá a účastní se letních a zimních sportovních her doma i v zahraničí (Příloha 9,10). (21,23)

V zaměstnání to dialyzovaní pacienti nemají jednoduché. Pokud se do zaměstnání vrátí, pak jen za předpokladu, že pracovní prostředí je suché, teplé a fyzická zátěž je minimální. Výhodou je i zaměstnavatel, který vyjde vstříc svému zaměstnanci. Zaměstnání nejlépe na

poloviční úvazek se doporučuje zejména dobře dialyzovaným pacientům v produktivním věku. Větší možnosti mají pacienti samostatně výdělečně činní, kteří si mohou upravit pracovní dobu tak, jak jim nejlépe vyhovuje. Rozhodování o pracovní způsobilosti vyžaduje kvalitní spolupráci dialyzačního a praktického lékaře, stejně tak rodiny klienta. Sociální politika umožňuje dialyzovaným trvalou pracovní neschopnost, ale s možností ponechání pracovního poměru, pokud je pro nemocného vhodná pracovní příležitost.

Pro pacienty, kteří chtějí cestovat existuje prázdninová dialýza. Síť dialyzačních středisek, které poskytují prázdninovou dialýzu je velká a kontakty je možno sehnat v jakémkoli dialyzačním středisku. V dnešní době je možno se i dialyzovat při pobytu v zahraničí po domluvě s mateřským střediskem. Pacient je vybaven pro tuto dialýzu lékařskou zprávou mateřského střediska. (29)

U většiny pacientů není sexuální život nijak narušen, spíše ztrácí zájem o sex. Velmi zřídka mohou vznikat u mužů poruchy erekce spojené s užíváním některých léků. Ovšem při kvalitní dialýze a podpůrné léčbě vedou mnozí uspokojivý sexuální život. Hormonální odchylky u žen snižují možnost otěhotnění. Těhotenství je však u dialyzovaných žen velké riziko, jak pro ženu samotnou tak i pro samotný plod. Těhotenství se doporučuje až po úspěšné transplantaci ledviny. Jsou známy případy dialyzovaných pacientek, které otěhotněly a také pacientů, kteří se stali otci.(29)

1.6.3. Vliv chronického onemocnění na pacienta a jeho rodinu

Změna celkového stavu chronicky nemocného se netýká jen jeho samotného, ale dotýká se i jeho celé rodiny, jejíž dynamiku a vztahy mění. Nemoc sebou přináší změnu životního stylu života rodiny, která se na situaci postupně adaptuje. Postižení má za následek změnu rolí v rodině. Mění se role jak pacienta, tak i role partnera, zvláště pokud došlo k onemocnění dominantního člena manželské dvojice, kdy submisivní partner má převzít dominantní roli. Ukázalo se, že za takových okolností je schopnost měnit postoje (tzv. flexibilita) velkým kladem. V řadě případů se manželé shodují v tom, že jejich vzájemný vztah se zlepšil, když jeden z nich onemocněl.

Hlubší psychologické sondy však ukázaly, že situace je složitější. Bylo zjištěno, že manželé jsou si skutečně bližší, avšak míra jejich spokojenosti v manželství se nezvýšila – právě naopak. Navzdory výpovědím manželů, že se jejich vztah vrátil po určité době k normálu, vnější příznaky jejich jednání tomu nenasvědčují.

Dopad chronického onemocnění není jen na partnera ale také na děti, které se mohou cítit viní tím, co se stalo někomu z rodičů, a mohou upadat do deprese a sebeobviňování.(11,12,13,24)

1.6.3.1 Psychologické aspekty chronického onemocnění

Chronické, těžké a nevléčitelné onemocnění, obdobně jako umírání, představují pro člověka velkou zátěž a zkoušku jeho osobnosti. Má-li pacient více chronických onemocnění, problémy se nesčítají, ale násobí. Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí nemocný vyrovnávat, chronická nemoc jej dostává do stresu, který musí nemocný zvládat.

U chronicky nemocných lidí byly pozorovány určité odchylky chování od chování zdravých lidí. Týkaly se jak jejich vnitřního prožívání, tak jejich sociálního života - jejich vztahu a jednání s druhými lidmi.

Byla věnována řada studií tomu, co chronicky nemocný prožívá. Ty ukázaly, že je třeba brát v úvahu fyzické a psychické stavy. Pacienti často mívají bolesti, pohybové potíže, zažívací potíže, těžkosti s dýcháním a řadu dalších. Pestrá je však i paleta psychických těžkostí. Jedná se o kognitivní (myšlenkové) a negativní emocionální zážitky. V kognitivní oblasti má chronické onemocnění největší dopad na sebepojetí pacienta - na to jak pacient sám sebe vidí a hodnotí. Jeho identita (představa toho "kdo jsem já") je chronickým onemocněním postižena, dochází k odcizování se druhým lidem, ale i sama sobě a může dojít tak daleko, že se chronický pacient přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Ztrácí nejen pocit schopnosti něco řešit, ale dokonce i vědomí osobní úcty a ceny. Odborně se tento stav charakterizuje jako nonperson- nebytí osobnosti. Tato změna je pocíťována pacientem jako mimořádně těžká. Často vede pacienty k revizi a přehodnocení mnohého. V emocionální oblasti jsou to například obavy, strach, zlost, agresivita. (12,13,24)

1.6.3.2 Strategie zvládání chronického onemocnění

Podobají se strategiím zvládání stresu. Často byla zjištěna strategie distancování se od chronické nemoci – pokus „nemyslet“ na to, co se změnilo. Strategie emocionálního a kognitivního vyhýbání se skutečnosti, která pacienta ohrožuje, byla zjištěna u zvláště těžších případů. Vedle těchto strategií je i řada strategií „zkratového“ řešení situace – například uchýlení se k drogám, alkoholu, přejídání. Jsou však i strategie jiné, nadějnější. Někteří pacienti s chronickým onemocněním se snažili hledat kladné věci na změněné

situaci. Snažili se uvědomit si, co je za této změněné situace možné, zatímco dříve možné nebylo – například mít víc času na rodinu, koníčky. (12,24,27)

1.6.3.3 Sociální aspekty chronického onemocnění

Pacient, u něhož se objeví chronické onemocnění, nezůstává sociálně izolován. Je v kontaktu se zdravotníky s rodinou, přáteli, spolupracovníky a dalšími lidmi. Všechny tyto sociální vztahy jsou chronickou nemocí ovlivněny. Často dochází k celé řadě neshod mezi pacientem a jeho okolím. Když se jeho očekávání neplní, je zklamán a ztrácí důvěru. Dochází k omezení kontaktů pracovních, přátelských i ostatních (přátel v nemoci ubývá, pacient se stydí za svůj vzhled, ztrátu zaměstnání, pozice ve společnosti).

Pod vlivem onemocnění se rovněž mění základní psychické potřeby a hodnoty, které s nimi souvisejí. Mění se jejich hierarchie. Potřebuje stimulace a nových zkušeností se v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti snižuje. Nemocný jedinec má potřebu se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav vědět, co jej čeká a proč je to nutné. Pacient má potřebu citové jistoty, bezpečí, sociálního kontaktu, seberealizace, otevřené budoucnosti. (24,27)

2. Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zmapovat kvalitu života u dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Cíle jsem stanovila na základě vlastních zkušeností z praxe a studií odborné literatury. Pro dosažení stanovených domněnek byly stanoveny následující hypotézy Zaměřovala jsem se hlavně na stravování, společenský život, pracovní možnosti a psychosociální zázemí v rodině.

2.2 Domněnky

H1: Klient dlouhodobě dialyzovaný je omezen ve společenském životě.

H2: Klient dlouhodobě dialyzovaný je informován o dietním režimu.

H3: U klienta dlouhodobě dialyzovaného došlo vlivem onemocnění ledvin k negativním změnám v pracovní oblasti.

H4: Klient dlouhodobě dialyzován nachází oporu ve své rodině.

H5: U klienta dlouhodobě dialyzovaného došlo vlivem onemocnění ledvin ke změně koníčků, zálib a trávení volného času.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

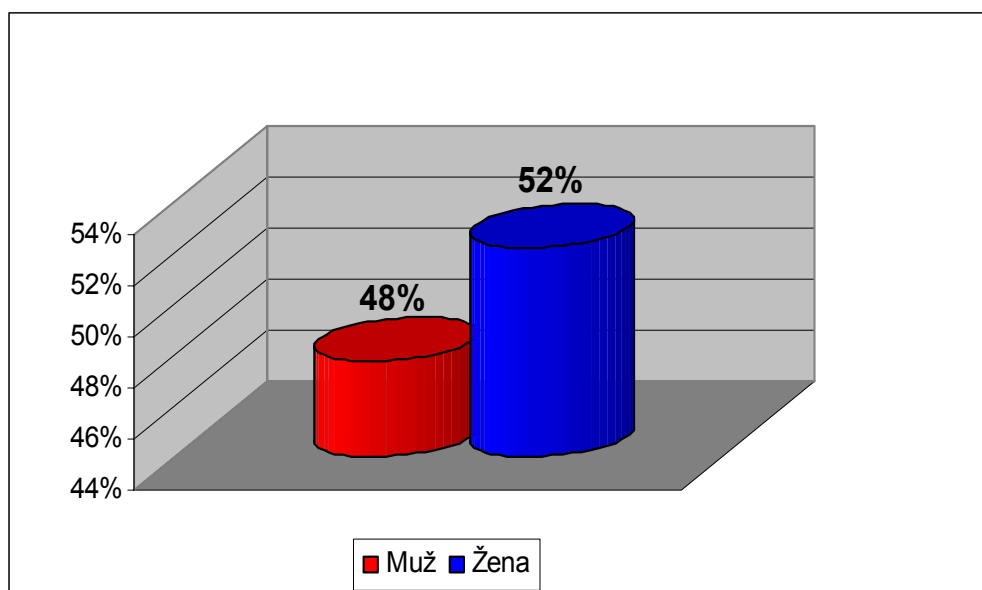
Pro získání potřebných údajů a k dosažení vytýčených cílů a analýze dat bylo užito techniky dotazníku. Byl vytvořen jeden dotazník (Příloha 1), který byl anonymní a obsahoval celkem dvacet sedm otázek, z toho dvacet šest uzavřených a jednu otevřenou otázku. Otázky byly rozděleny do pěti oblastí. První oblast se týkala charakteristiky výzkumného souboru. Druhá se zaměřila na informovanost klienta o životosprávě a zdravotním stavu. Třetí oblast tvořily otázky orientované na průběh dialýzy. Čtvrtá oblast se zaměřila na volnočasovou činnost klienta. Pátou oblastí byly otázky, které se vztahovaly k rodině klienta. Poslední otázka byla zcela otevřená, zde měli klienti možnost vyjádřit nějaký svůj poznatek související s hemodialýzou. Výzkumné šetření bylo provedeno během měsíce února a března 2009 ve vybraných střediscích hemodialýzou.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníky byly rozdány pacientům na dialyzačním středisku Fresenius Medical Care v Pardubicích a v Chrudimi. Dotazníků bylo rozdáno 100. Návratnost byla 75%. 8 dotazníků musely být pro neúplné vyplnění vyřazeny. Výzkumný soubor tedy tvořilo 67 respondentů. Respondenti vyplňovali dotazník dobrovolně při návštěvě hemodialýzy.

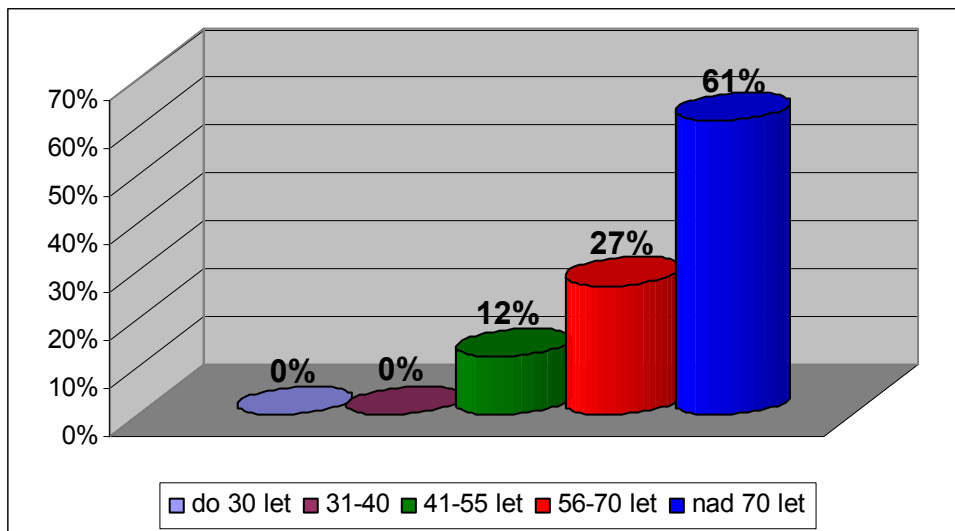
4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů



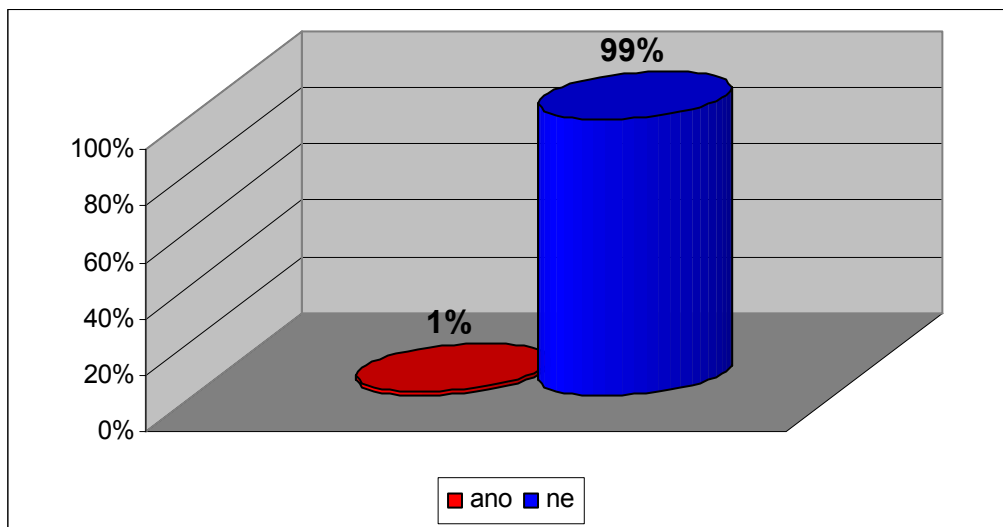
Graf 1 zobrazuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 67 (100%) respondentů odpovídalo 32 (48%) mužů a 35 (52%) žen.

Graf 2 Věková skupina respondentů



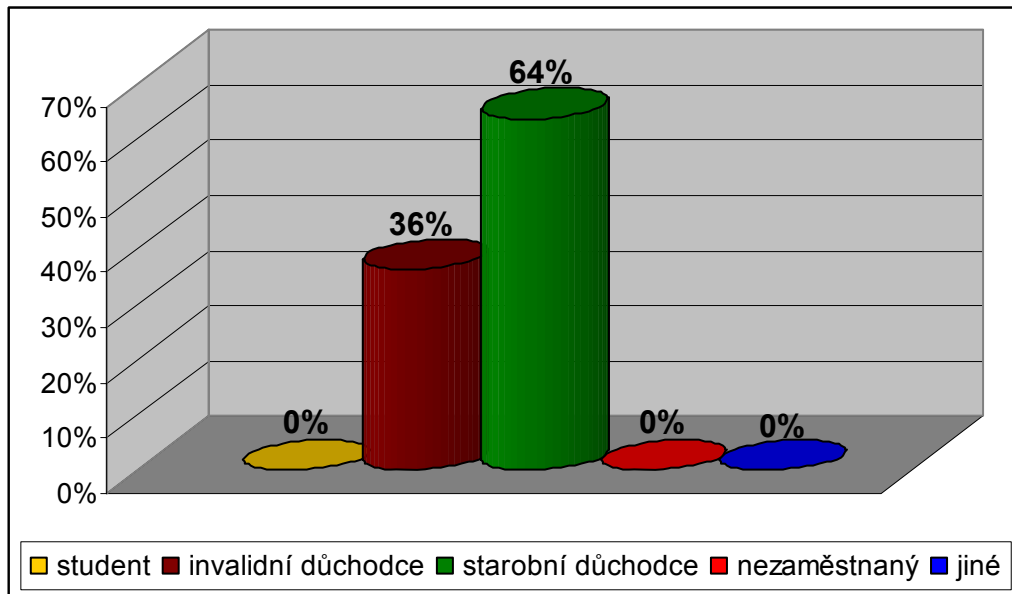
Graf 2 znázorňuje věkovou kategorii respondentů. Z celkového počtu 67 (100%) respondentů byla nejčetněji zastoupena věková skupina nad 70 let, zde odpovídalo 41 (61%) respondentů. Věkovou skupinu 56-70 let tvořilo 18 (27%) respondentů, věkovou skupinu 41-55 let tvořilo 8 (12%) respondentů. Ve věkové skupině do 30 let a mezi 31-40 lety neodpověděl žádný respondent.

Graf 3 Zaměstnání respondentů



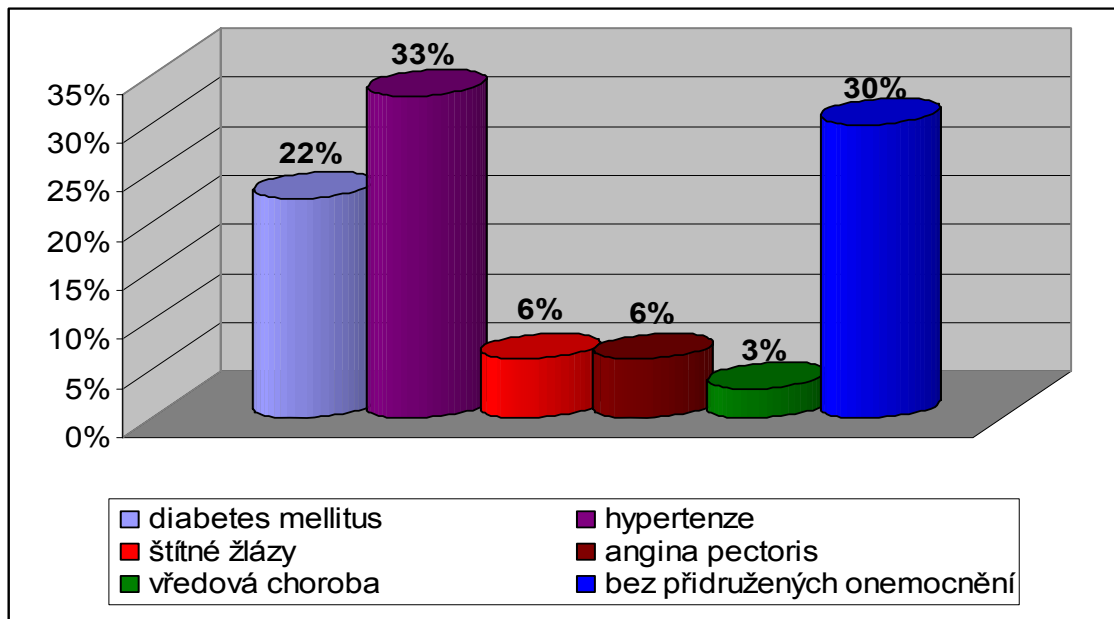
Graf 3 znázorňuje, jaký má vliv hemodialýza na zaměstnanost klientů. Z celkového počtu 67 (100%) respondentů 1 (1%) dochází nadále do zaměstnání a 66 (99%) respondentů ne.

Graf 4 Důvod nezaměstnanosti



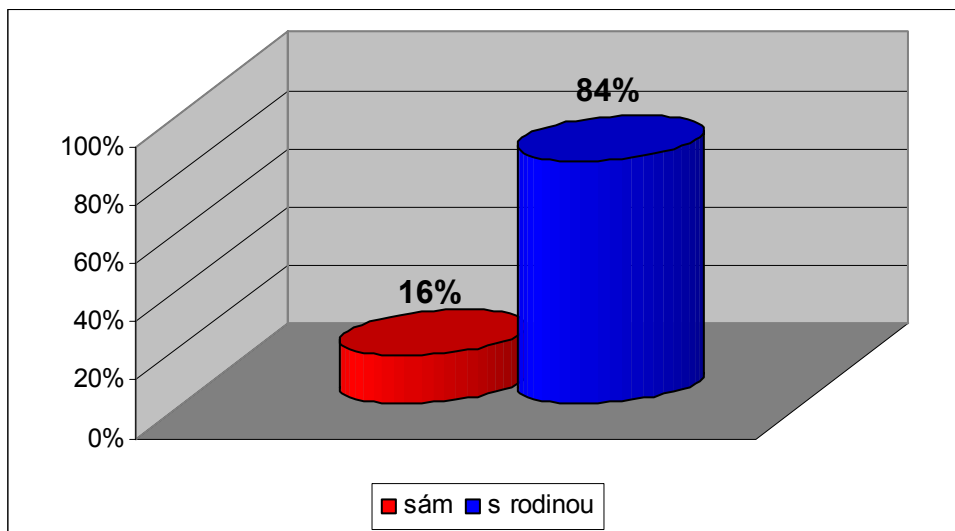
Graf 4 navazuje na předchozí. Zde jsou zobrazeny důvody, proč klienti nepracují. Z celkového počtu 66 (100%) respondentů nikdo není nezaměstnaný, student. 26 (36%) respondentů jsou invalidní důchodci a 42 (64%) respondentů jsou ve starobním důchodu.

Graf 5 Přidružená onemocnění



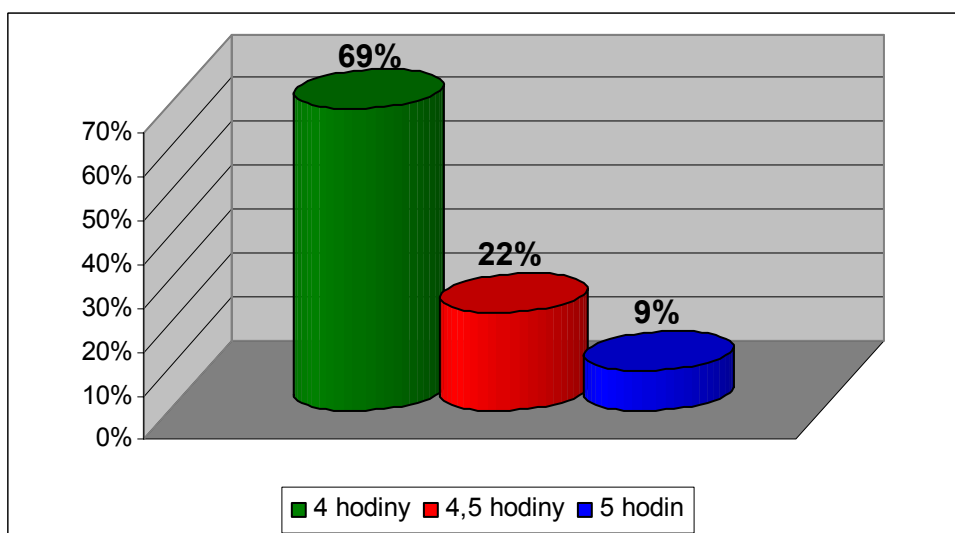
Graf 5 nám ukazuje jaká přidružená onemocnění mají klienti. 15 (22%) klientů mají diabetes mellitus, 22 (33%) respondentů mají hypertenzi, 4 (6%) respondentů má onemocnění štítné žlázy, 4 (6%) má anginu pectoris a 20 (30%) nemá žádnou přidruženou chorobu.

Graf 6 Bytová situace



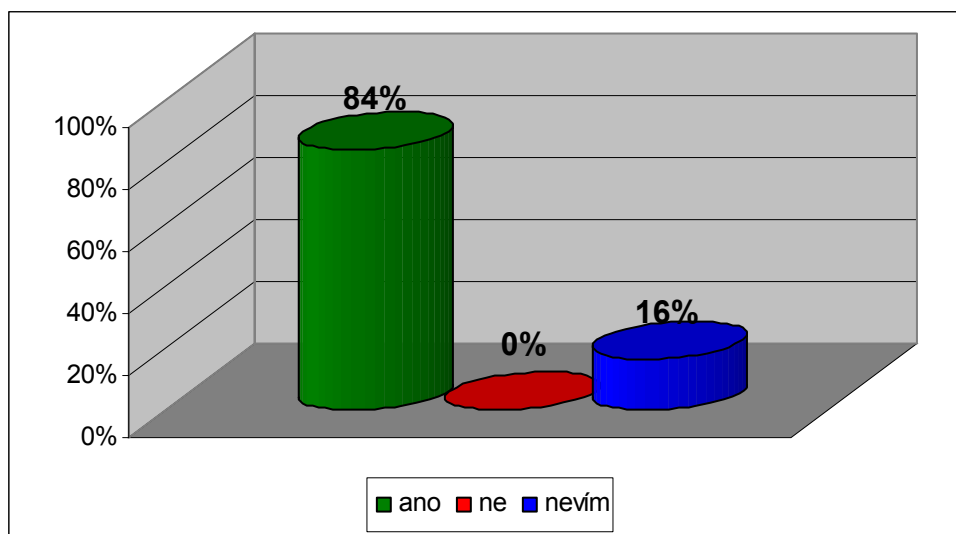
Graf 6 nás informuje zda klient bydlí sám či s rodinou. 11(16%) respondentů bydlí sami v bytě a 56 (84%) respondentů bydlí s rodinou.

Graf 7 Délka dialyzačního procesu



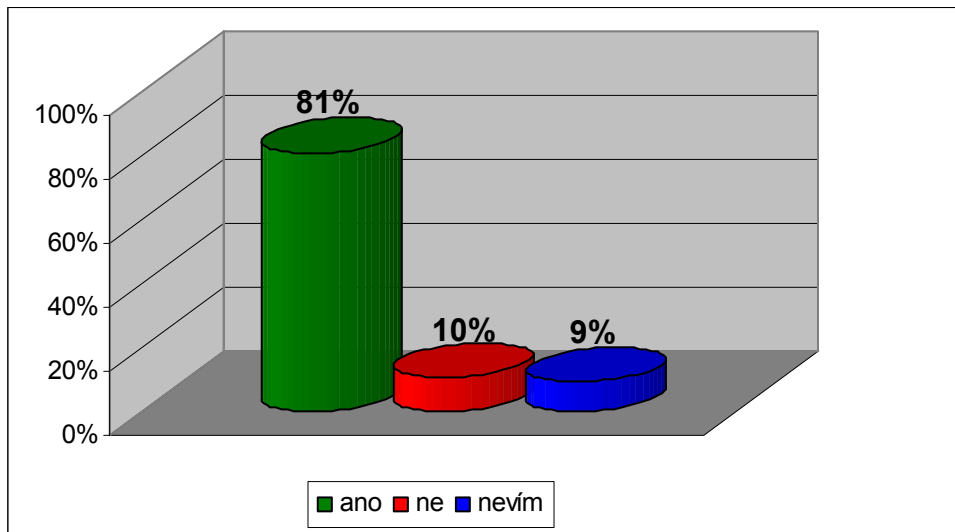
Graf 7 nás informuje jak dlouho trvá u pacientů dialyzační proces. 46 (69%) respondentům trvá dialyzační proces 4 hodiny. 15 (22%) respondentům trvá dialyzační proces 4,5 hodiny a 6 (9%) respondentů 5 hodin.

Graf 8 Informovanost o zdravotním stavu



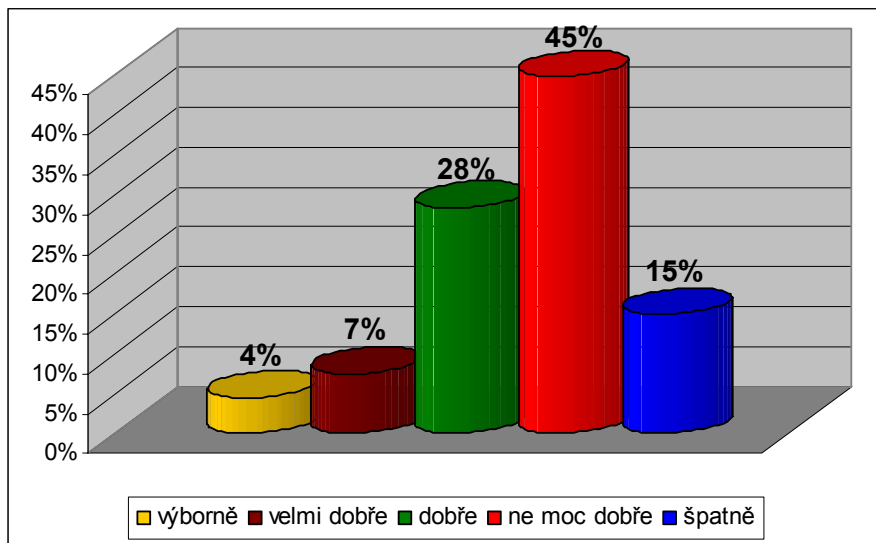
Graf 8 zobrazuje informovanost o zdravotním stavu respondentů. 56 (84%) respondentů si myslí, že mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, 11 (16%) neví zda má dostatek informací. Žádný z respondentů nezvolil možnost ne.

Graf 9 Informovanost o životosprávě



Graf 9 se vztahuje ke grafu 8 a byl součástí této otázky. Poukazuje na informovanost respondenta o životosprávě. 54 (84%) se cítí být dostatečně informována o životosprávě, 7 (10%) se necítí být dostatečně informováno o svém zdravotním stavu a 6 (9%) neví.

Graf 10 Pocity v uplynulých měsících



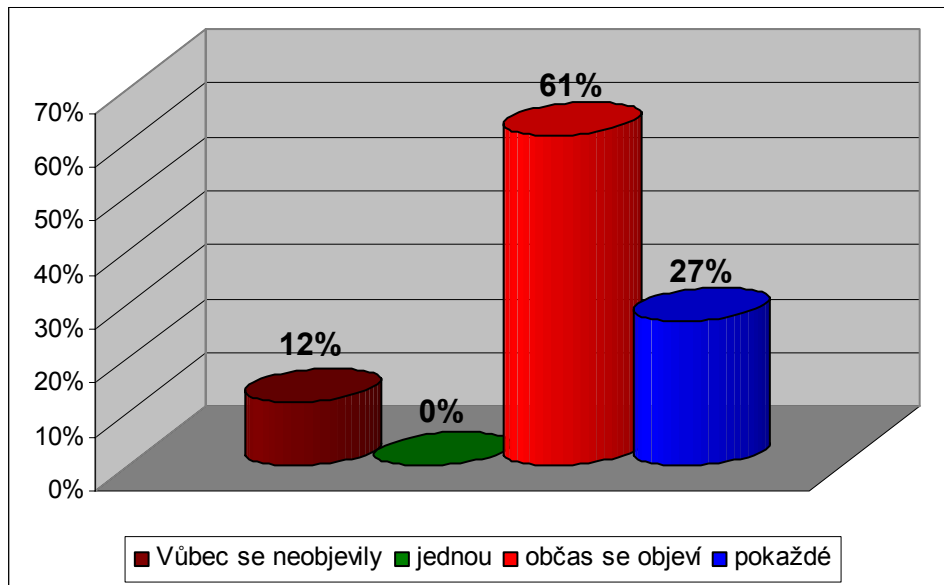
Graf 10 nás informuje o tom, jak se respondenti cítili v uplynulém měsíci. 3 (4%) respondentů se cítilo výborně, 5 (7%) respondentů se cítilo velmi dobře, 19 (28%) respondentů se cítilo dobře, 30 (45%) respondentů se cítilo ne moc dobře a 10 (15%) se cítilo špatně.

Tabulka 1

příznaky	vůbec	trochu	velmi
bolesti	10 odpovědí	39 odpovědí	18 odpovědí
křeče	10 odpovědí	42 odpovědí	15 odpovědí
svědění kůže	47 odpovědí	8 odpovědí	12 odpovědí
nedostatek energie	6 odpovědí	4 odpovědi	57 odpovědí
nechutenství	50 odpovědí	12 odpovědí	5 odpovědí
dušnost	47 odpovědí	13 odpovědí	7 odpovědí
jiné	0 odpovědí	0 odpovědí	0 odpovědí

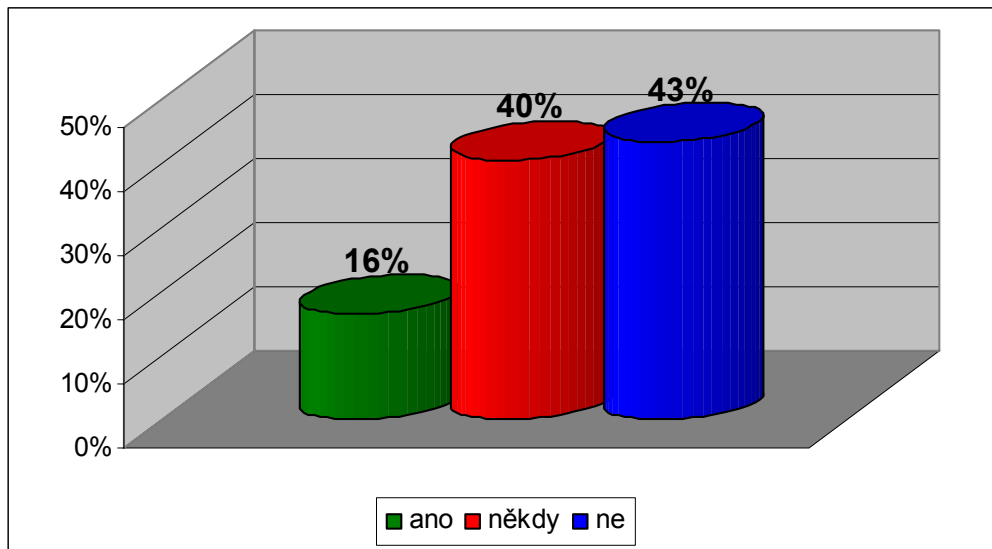
Tabulka 1 nám ukazuje jaké potíže pociťovali pacienti během dialýzy. 10 respondentů uvedlo že nemají vůbec bolesti, 39 trochu a 18, že nemají bolesti vůbec. 10 respondentů uvedlo, že v uplynulých měsících je netrápili křeče, 42 trochu a 15 respondentů trápili křeče velmi. 47 respondentů uvedlo, že je nesvědila kůže, 8 trochu a 12 respondentů uvedlo že je velmi svědila kůže. 6 respondentů uvedlo, že se měli dostek energie, 4 odpověděli, že trochu cítili nedostatek energie a 57 respondentů uvedlo že se cítili byli bez energie. 50 respondentů uvedlo, že neměli problémy s nechutenstvím, 12 pociťovalo trochu nechutenství a 5 velmi. 47 respondentů nepociťovala dušnost, 13 trochu a 7 velmi. Na odpověď jiné, žádný respondent nenapsal jiný příznak.

Graf 11 Obtíže při dialýze



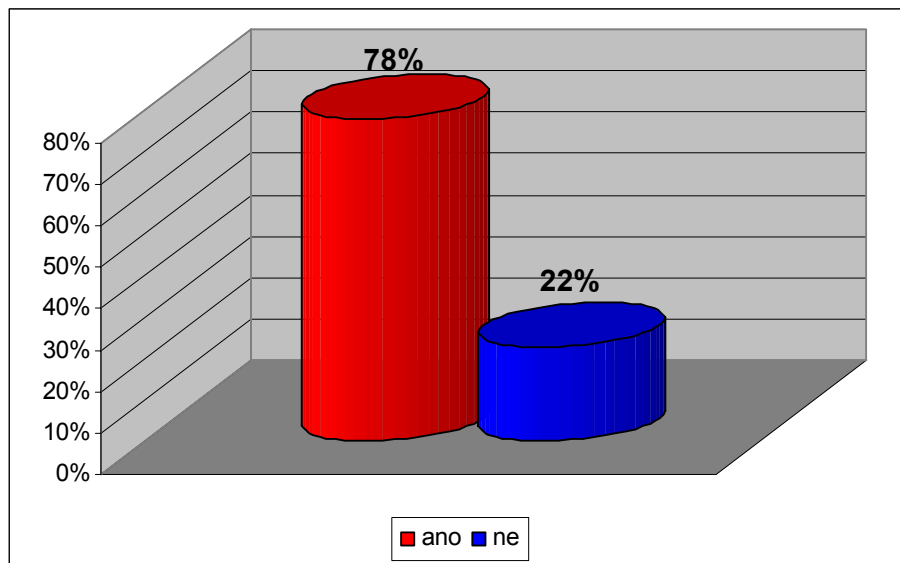
Graf 11 nám navazuje na tabulku 1, kdy respondenti měli odpovídat, jak často v posledních uplynulých měsících se objevují příznaky uvedené v tabulce 1. 8 (12%) respondentů uvedlo, že se příznaky neobjevily vůbec, 41 (61%) respondentů uvedlo že se objevují občas a 18 (27%) respondentů uvedlo že se příznaky objevují po každé hemodialýze. Nikdo neodpověděl, že by se příznak objevil jednou.

Graf 12 Problémy s mimodialyzačním přírůstkem



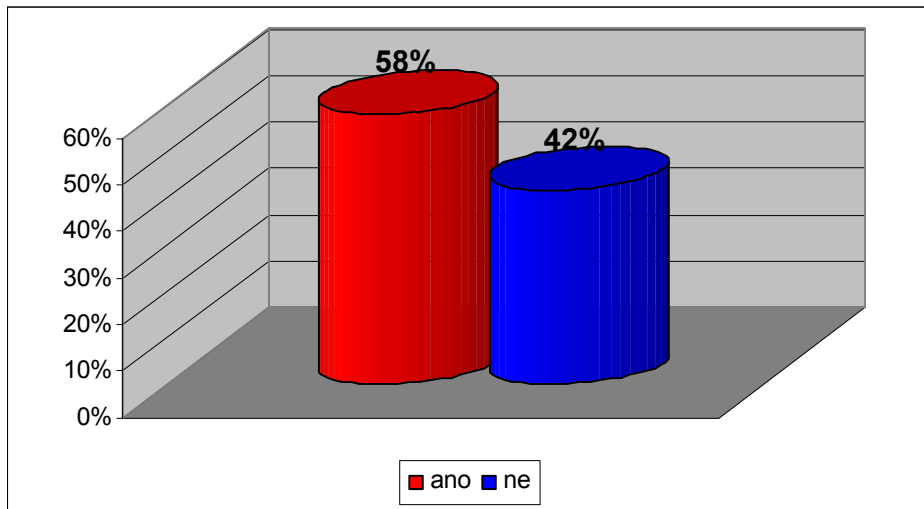
Graf 12 nás informuje o problému s udržení mimodialyzačního přírůtku. 11 (16%) má problémy s jeho udržení, 27 (40%) má problémy někdy a 29(43%) nemá problémy s udržení mimodialyzačního přírůtku.

Graf 13 Životospráva



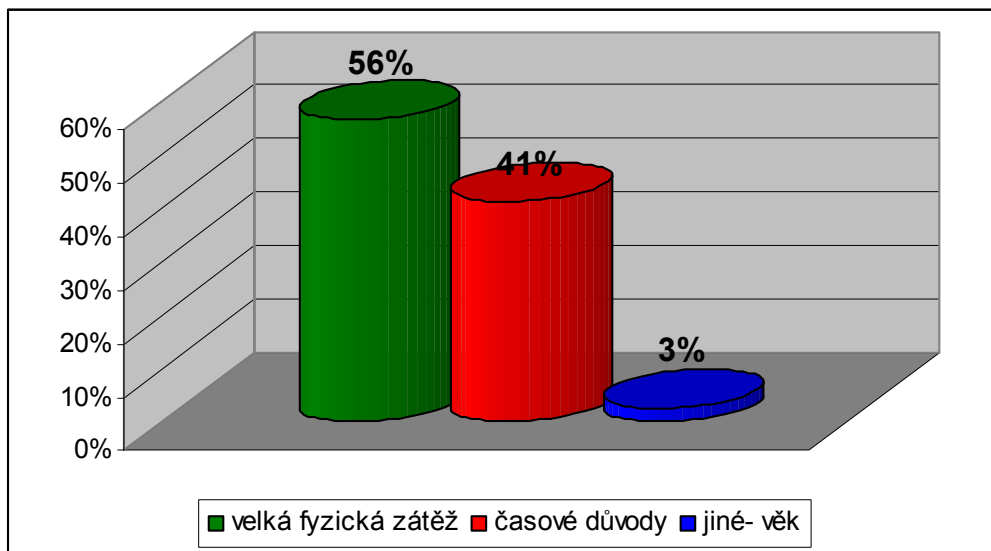
Graf 13 nás informuje zda pacient/ka dodrzuje životosprávu. 52(78%) respondentů odpovědělo, že dodrží danou životosprávu a 15(22%) odpovědělo, že danou životosprávu nedodrží.

Graf 14 Koníčky



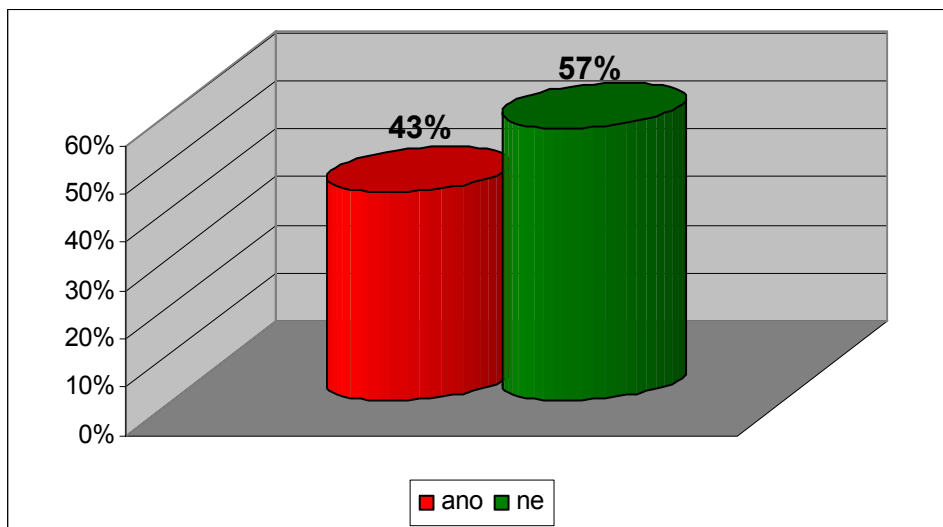
Graf 14 nás informuje zda musel respondent pro dialýzu přestat se svými koníčky. 39(58%) muselo přestat se svými koníčky a 28 (42%) nepřestalo se svými koníčky.

Graf 15 Důvody pro ukončení zálib



Graf 15 navazuje na graf 14 a informuje nás o důvodech, proč respondenti museli zanechat svých koníčků. 22 (56%) respondentů uvedlo jako důvod velkou fyzickou zátěž, 16 (41%) respondentů uvedlo jako důvod časové důvody a 1 (3%) věk.

Graf 16 Pravidelná pohybová aktivita



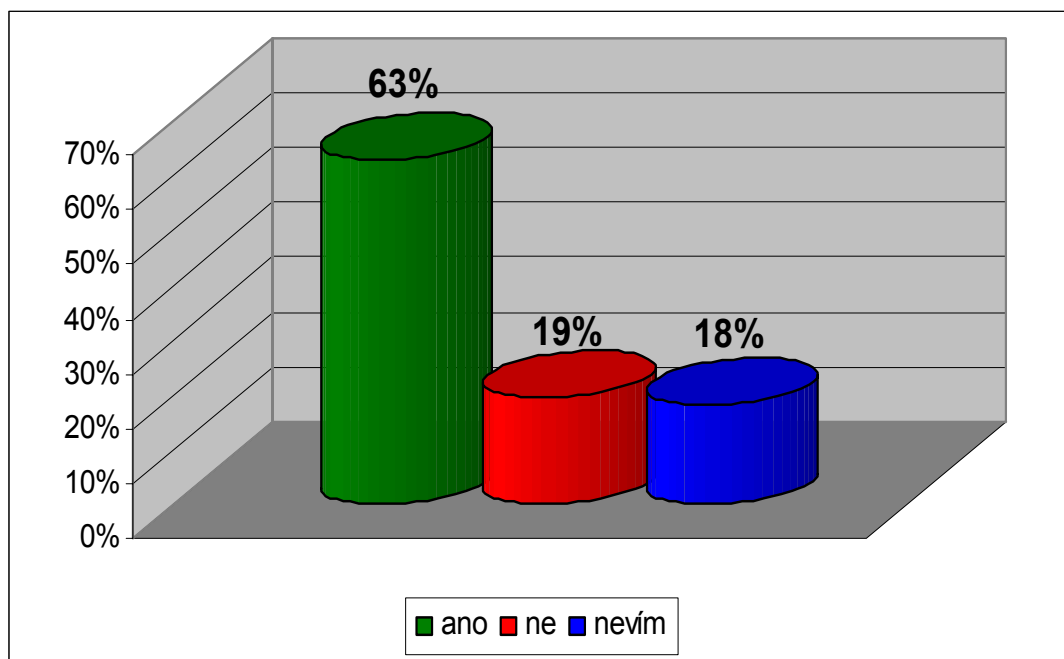
Graf 16 nás informuje zda respondent má pravidelnou pohybovou aktivitu. 29 (43%) respondentů uvádí, že má pravidelnou pohybovou aktivitu a 38 (57%) respondentů uvádí, že ji nemají.

Tabulka 2 Pravidelnost pohybové aktivity (za týden)

počet týdně	počet respondentů
1x týdně	10
2x týdně	11
3x týdně	8

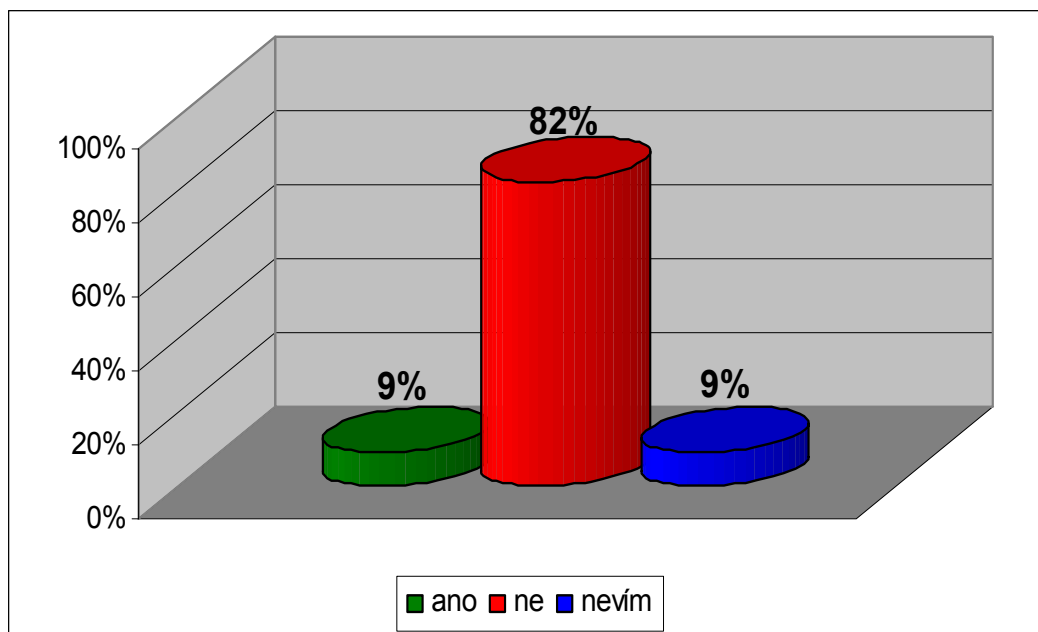
Tabulka 2 se vztahuje na graf 16 a informuje nás kolikrát za týden mají respondenti pohybovou aktivitu. Z 29 respondentů má 10 respondentů pohyb jednou týdně, 11 respondentů dvakrát týdně a 8 respondentů třikrát týdně.

Graf 17 Omezení ve společenském životě



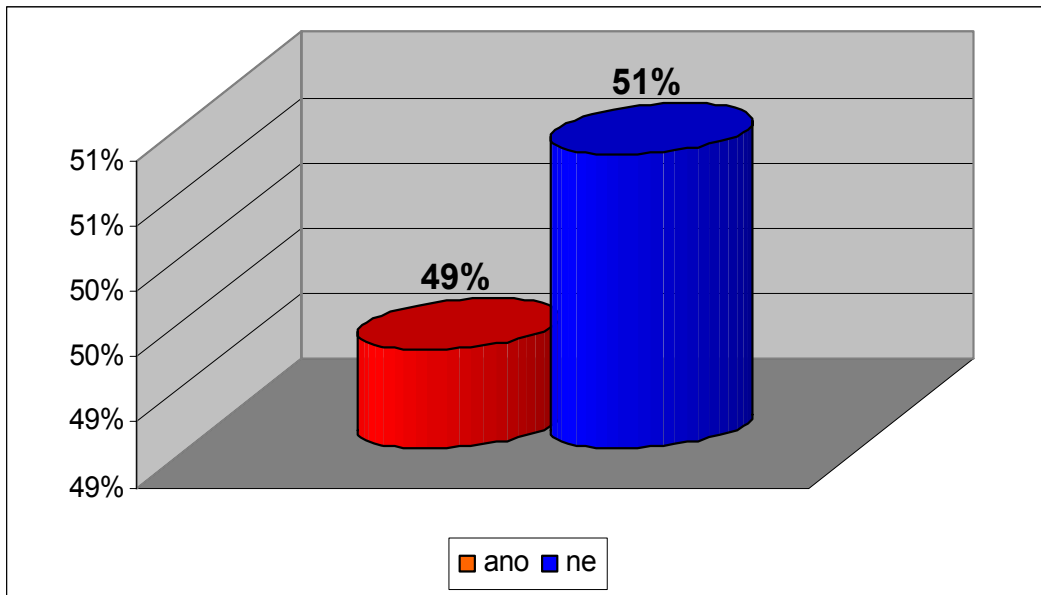
Graf 17 nás informuje zda si respondenti myslí, že jsou omezení ve společenském životě. Z 67 (100%) respondentů si myslí 42 (63%), že jsou omezení, 13 (19%) nejsou a 12 (18%) neví zda jsou omezení ve společenském životě.

Graf 18 Změna chování ze strany okolí vůči dialyzovanému.



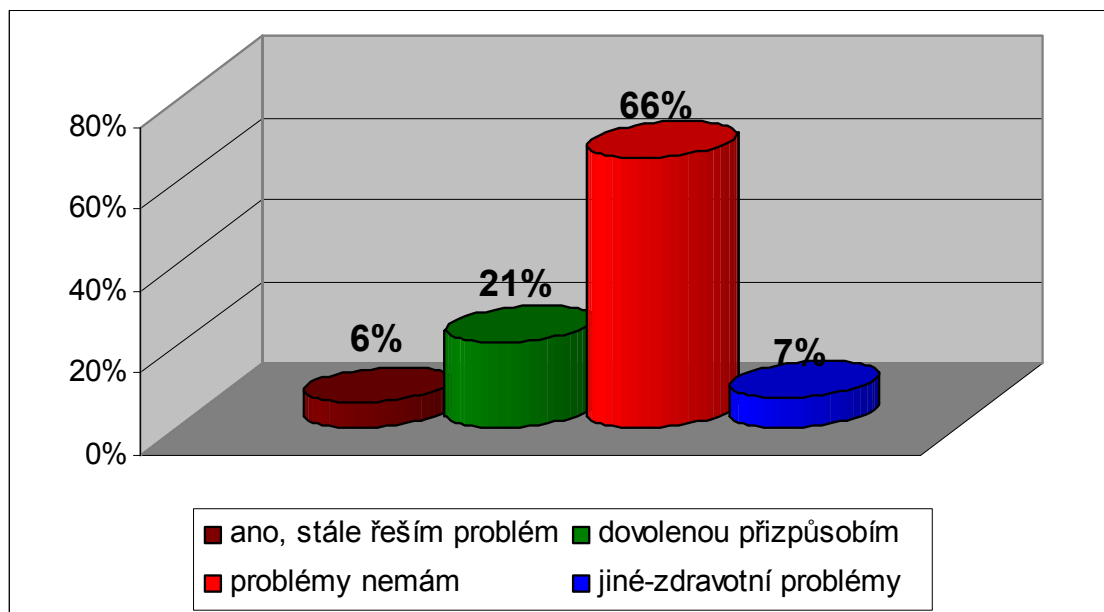
Graf 18 nás informuje, zda si respondent myslí, že se chování lidí kolem něj vůči němu změnilo. Z 67 (100%) respondentů si myslí 6 (9%), že se změnilo. 55 (82%), že se nezměnilo. 6 (9%), neví zda se změnilo chování lidí okolo něj.

Graf 19 Přátelé



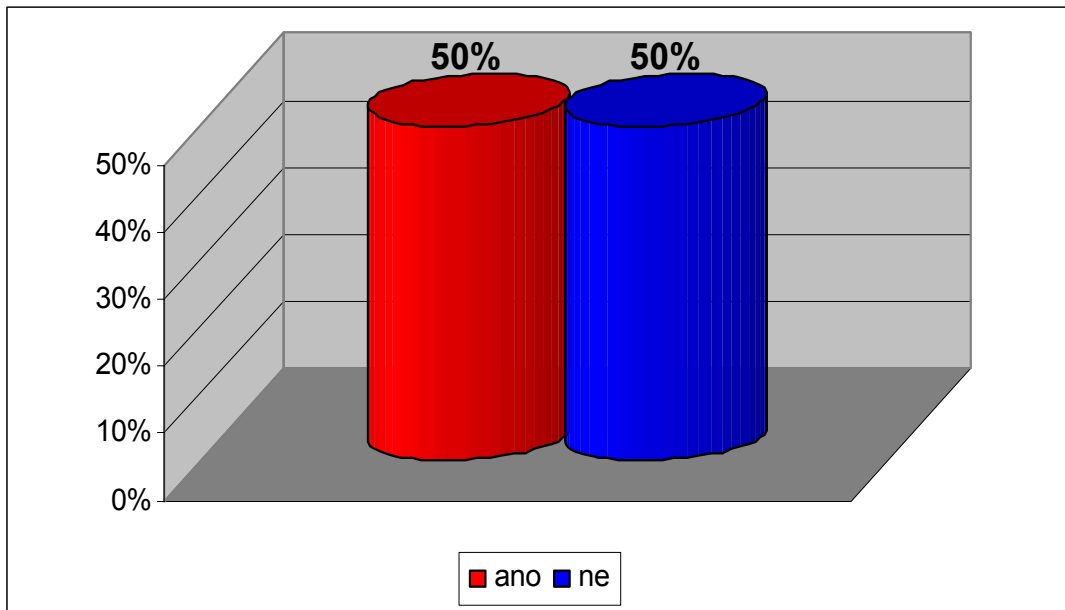
Graf 19 nás informuje zda respondent získal během dialýzy nové přátele. 33 (49%) respondentů uvedlo, že získali nové přátele a 34 (51%) respondentů uvedlo, že pomocí dialýzy nezískali nové přátele.

Graf 20 Problémy s plánováním dovolené, cestováním.



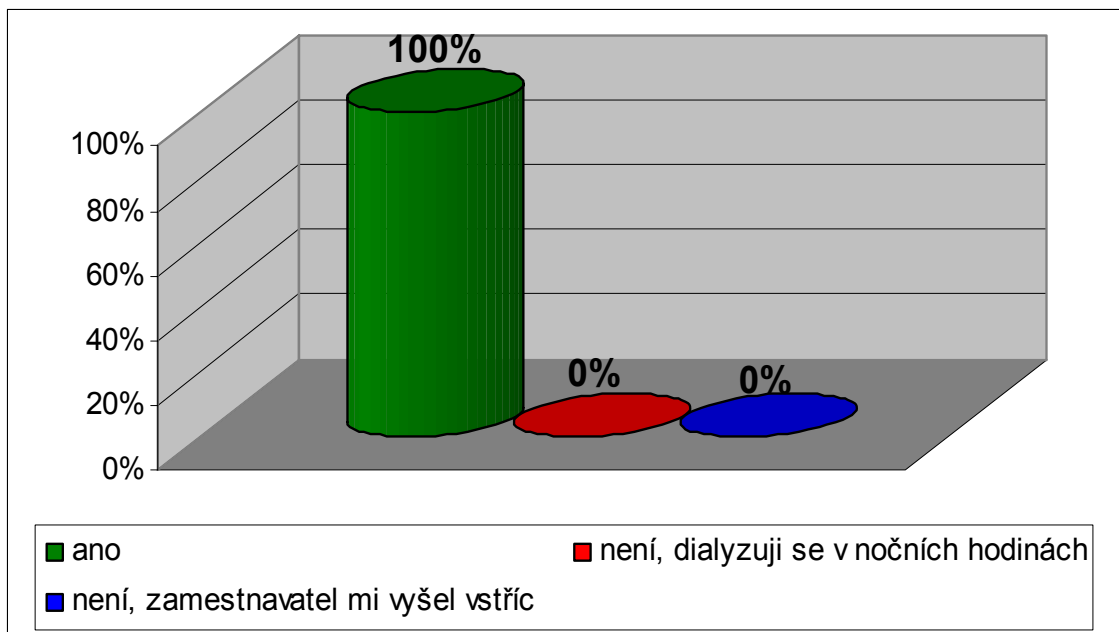
Graf 20 nás informuje zda klienti mají problémy s plánováním dovolené. Z 67 (100%) respondentů uvedli 4 (6%) stále řeší problém, kde se při dovolené dialyzovat, 14 (21%) uvedlo že si volí místo podle místa dialyzačního střediska, 44 (66%) respondentů nemá problém s cestováním, protože nikam necestují a 5 (7%) respondentů nikam necestuje z důvodu zdravotních problémů.

Graf 21Změny v zaměstnání



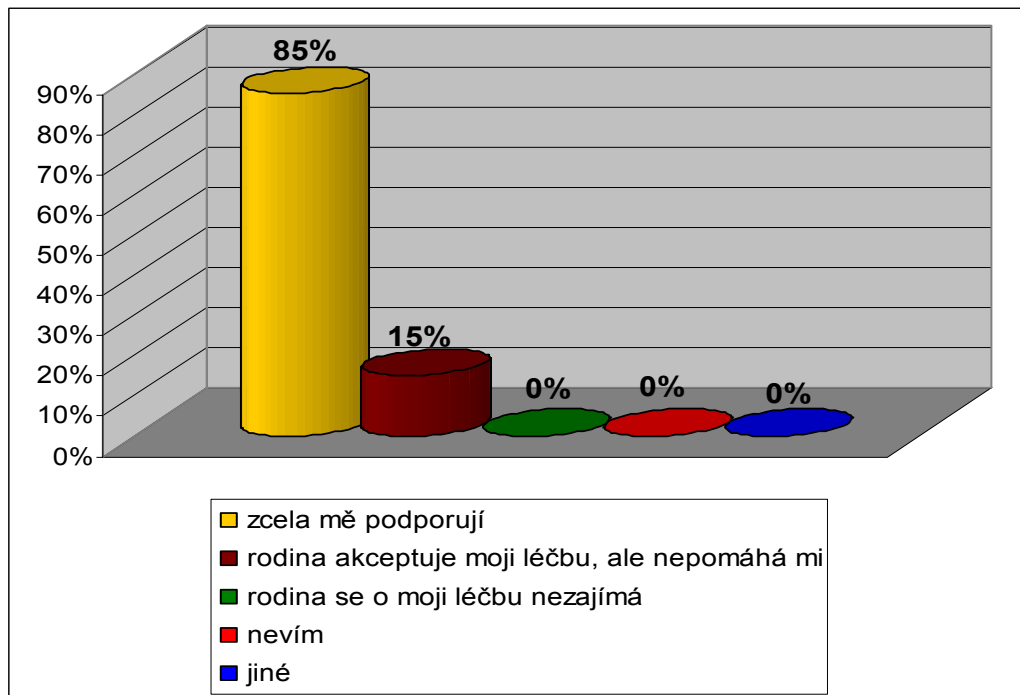
Graf 21 nás informuje zda v důsledku dialýzy se vyskytli problémy v zaměstnání. Na tuto otázku odpovídali 2 (100%) respondenti Z toho 1(50%) odpověděl že nastala změna a to ta, že začal pracovat na nižší úvazek a 1 (50%) uvedl že žádná změna nenastala.

Graf 22 Zásah do pracovní doby



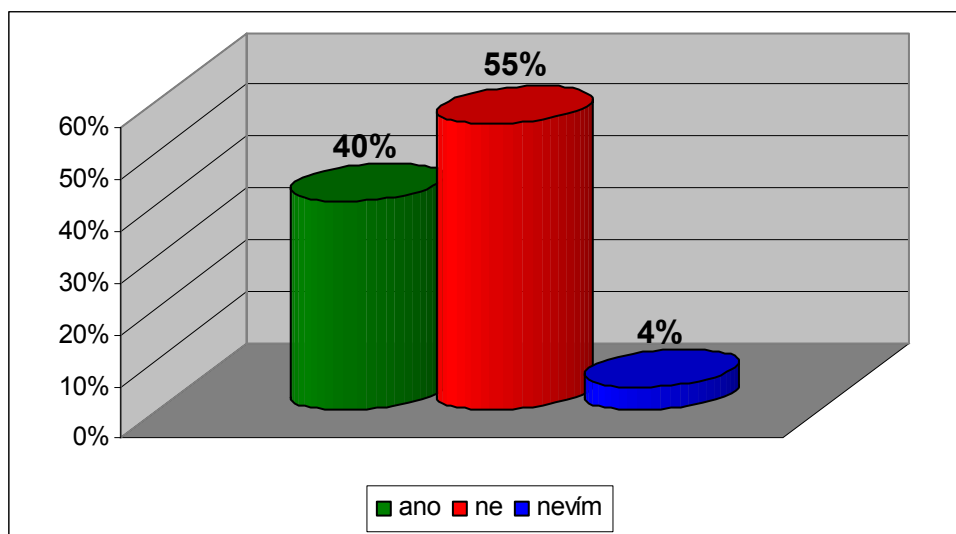
Graf 22 navazuje na graf21. Tento graf nás informuje zda dialýza byla zásahem do jeho pracovní doby. Ze dvou (100%) respondentů odpověděli 2 (100%) že dialýza byla zásahem do jejich pracovní doby. Ani jeden z respondentů neodpověděl na možnost že mu zaměstnavatel vyšel vstříc a ani že se dialyzuje v nočních hodinách.

Graf 23 Přístup rodiny respondenta k léčbě



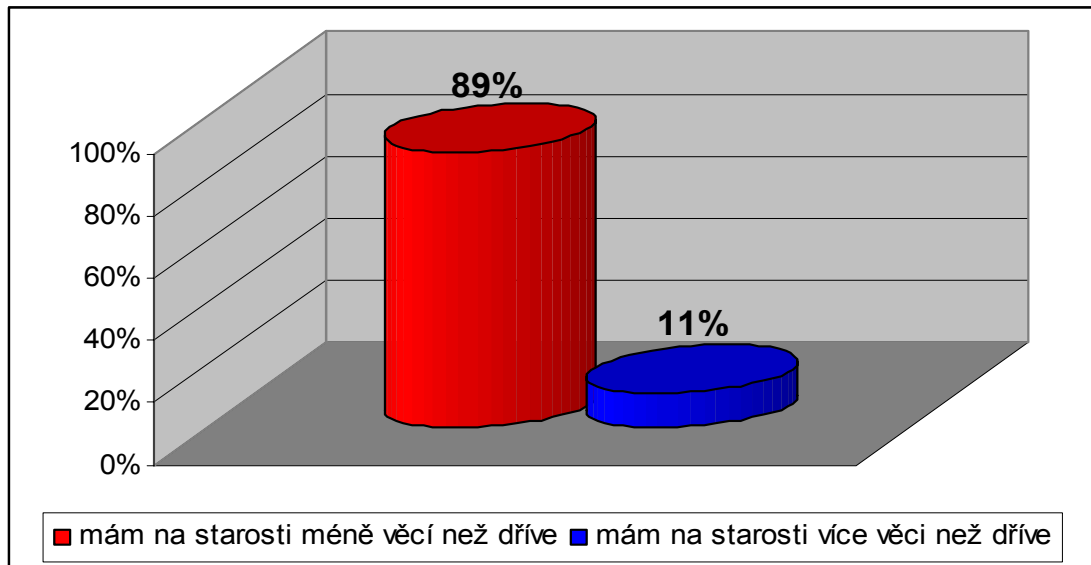
Graf 23 nás informuje jak rodina podporuje respondenta v léčbě. Ze 67 (100%) rodina zcela podporuje 57 (85%) respondentů a 10 (15%) rodina akceptuje respondentovu léčbu, ale nepomáhá jim. Žádný z respondentů neoznačil odpověď rodina se o moji léčbu nezajímá, nevím a jiné.

Graf 24 Postavení dialyzovaného v rodině



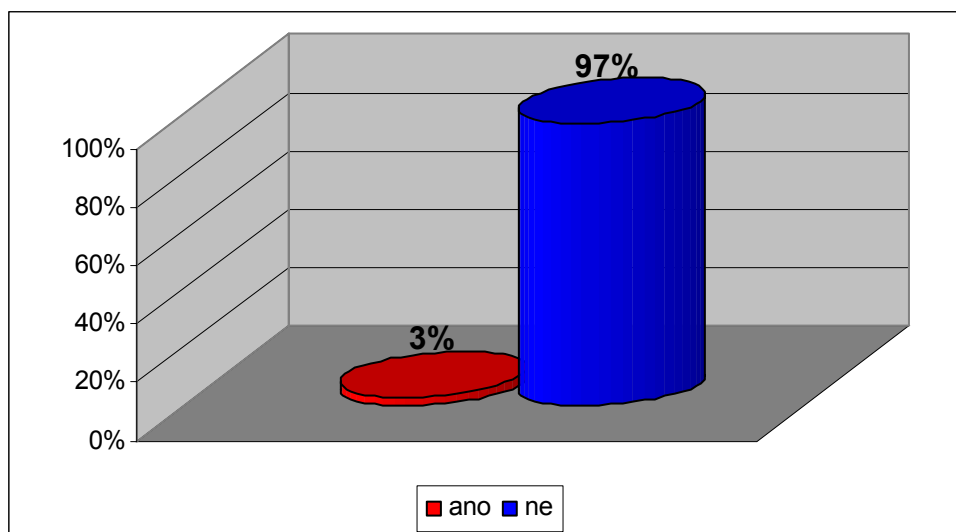
Graf 24 zjišťuje jak se vlivem dialýzy změnilo postavení pacienta v rodině. 27 (40%) respondentů odpovědělo, že jim změnila role v domácnosti, 37 (55%) odpovědělo že zauímají stejnou roli v domácnosti jako před dialýzou a 3 (4%) respondenti neví, zda se nějak změnila jejich role.

Graf 25 Změna rolí v rodině



Graf 25 se vztahuje na graf 24, kdy na otázku „Zda se změnila role ve vaší rodině“ odpověděl respondent ano musel ještě označit jednu ze dvou možností. Z 27 (100%) odpovědělo 24 (89%) respondentů, že mají na starosti méně věcí než před dialýzou a 3(11%) respondentů, že se starají o věci více, protože jsou doma.

Graf 26 Změna ve víře



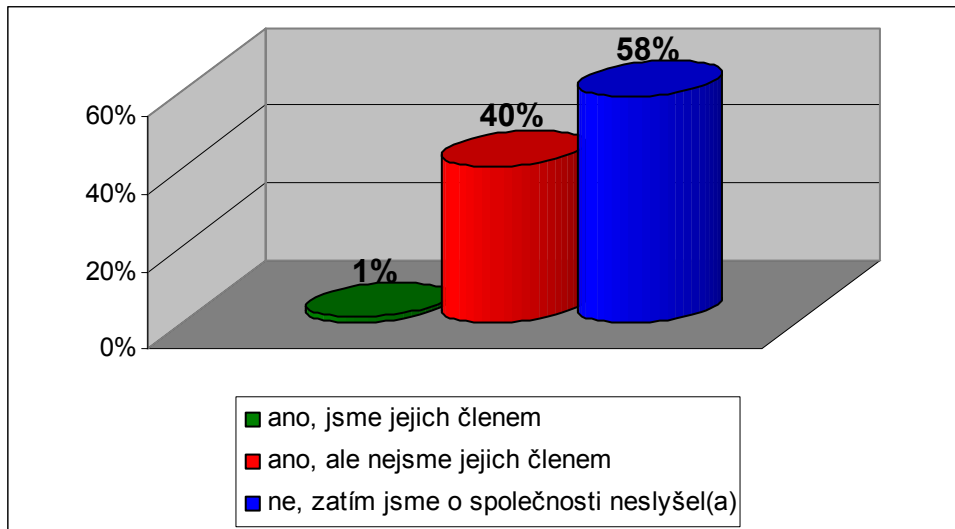
Graf 26 nás informuje, zda klient změnil názor na vyznání víry ve spojení s dialýzou. Z 67 (100%) respondentů odpověděly dva (3%) že se jejich názor změnil a 65 (97%) respondentů odpovědělo, že vše zůstalo jako před tím.

Tabulka 3 Změna víry

jsem nyní věřící	2
vystoupil jsme z víry	0

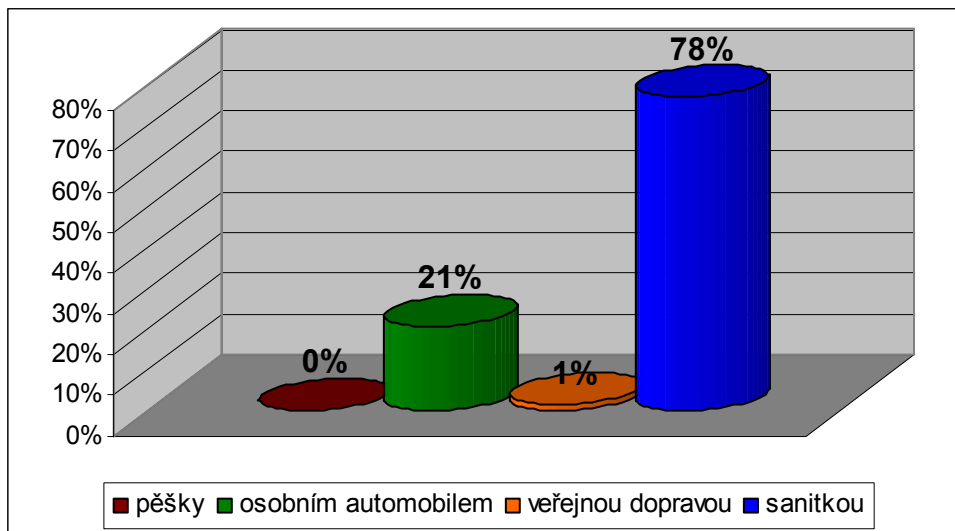
Tabulka 3 se vztahuje k grafu 26 kdy při kladné odpovědi na otázku „Změnil se ve spojení s dialýzou Váš názor na vyznání víry?“ musel klient označit jednu ze dvou možností.

Graf 27 Povědomí o existenci „Společnosti dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy“



Graf 27 nás informuje zda respondent zná „Společnosti dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy“. Z 67 (100%) odpověděl 1 (1%) respondent že je jejich členem, 27 (40%) respondentů odpovědělo, že o této společnosti slyšeli, ale nejsou jejich členy. 52 (58%) respondentů zatím o této společnosti neslyšelo.

Graf 28 Doprava na dialýzu



Graf 28 poukazuje na to, jak se respondent dopravuje na dialýzu. Z 67 (100%) respondentů odpovědělo 6 (21%) respondentů, že se dopravují na dialýzu osobním automobilem. 1 (1%) respondent jezdí veřejnou dopravou a 52 (78%) respondentů se dopravuje sanitkou. Žádný respondent nechodí pěšky.

Tabulka 4 Spokojenost s přepravou v sanitním voze

obtíže	počet respondentů
dlouhé čekání na odvoz	37
nepříjemný přístup ze strany řidičů	0
prodlužování cesty domů zajižďkami	15
nepohodlnost, diskomfort	8
nevnímám problém s přepravou	14

Tabulka 4 nás informuje na spokojenost respondentů s přepravováním v sanitním voze. Respondenti mohly zvolit více možností. 37 respondentů uvedlo že jsou nespokojeni s dlouhým čekáním na odvoz, žádný respondent si nestěžoval na hrubý přístup od řidičů sanitky. 15 respondentů je nespokojeno s prodlužováním cesty domů či na dialýzu různými zajižďkami k bydlišti ostatních spolucestujících a 8 respondentů je nespokojeno s pohodlím a diskomfortem v sanitce. 14 respondentů nevnímá problémy spojené s přepravou v sanitním voze.

Tabulka 5 Osobní poznatek spojený s dialýzou

postřeh spojený s dialýzou	počet respondentů
výborná atmosféra	12
komplikace s ukončením dialýzy	2
komplikace s AVF	1
jiný žebříček hodnot	2
nesmíření se s dialýzou	1

Tabulka 5 zobrazuje různé názory klientů s dialýzou. Tato otázka byla otevřená a klienti zde měli možnost vyjádřit své osobní poznatky související s dialýzou. Tuto možnost využilo 18 (26,5%) respondentů. 12 respondentů na dialýze cítí výbornou atmosféru, 2 respondenti mají problém s ukončením dialýzy, 1 respondent má komplikace s AVF, 2 respondentům se změnil žebříček hodnot a 1 respondent se ještě nesmířil s dialyzačním procesem.

5. Diskuze

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit kvalitu života u dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Výzkum se zaměřil na informovanost o životosprávě, na oblast rodiny, zaměstnání, volnočasové aktivity a psychosociální problematiku.

Ve výzkumné práci jsou zahrnuty výsledky od 67 klientů v hemodialyzačním procesu, kteří spadají pod firmu Fresenius Medical Care.

Z celkového počtu 67 respondentů odpovídalo na otázky 32 (48%) mužů a 35 (52%) žen (Graf 1). Nejčastěji byla zastoupena věková skupina nad 70 let (61%), Ve věkové skupině do 30 let neodpovídal žádný respondent (Graf 2). Domnívám se, že příčinou této skutečnosti, že tuto skupinu nezastává žádný klient, je větší úspěšnost v léčbě pomocí transplantované ledviny. Otázka 3 se zaměřila na pracovní poměr hemodialyzovaných klientů. Nejvíce zastoupen skupina jsou starobní důchodci v počtu 42 (64%). Nezaměstnaný a student mezi respondenty nebyl (Graf 3 a 4). Otázka 4 je zaměřena na další onemocnění, kterými trpí klient (Graf 5). Nejvíce zastoupeny jsou klienti s arteriální hypertenzí (33%) a diabetes mellitus (22%). (6%) respondentů má onemocnění štítné žlázy má anginu pectoris a 30% nemá žádnou přidruženou chorobu. Na otázku 5 (Graf 6), zda klient bydlí sám či s rodinou odpovědělo 84%, že bydlí s rodinou. Vágnerová (24) pojednává o tom, že už jen blízkost a podpora klienta od své rodiny má nejlepší vliv na pacienta a nejvíce ovlivňuje jeho kvalitu života. Na otázku jak dlouho má klient nastaven dialyzační proces, odpověděli respondenti v 69%, že jsou připojeni na dialyzační proces 4 hodiny. 22% respondentům trvá dialyzační proces 4,5 hodiny a 9% respondentů 5 hodin. Tuto otázku jsme zařadila do svého dotazníku, protože jsme se setkala s pacienty, kteří si velice hlídali čas dialýzy. Zaujalo mě, že na otázku 7 (Graf 8 a 9) respondenti odpověděli v 84%, že si myslí, že jsou informováni o svém zdravotním stavu a v 81%, že jsou informováni o životosprávě. Tento výsledek svědčí o tom, že lékaři a zdravotnický personál velmi dobře edukují pacienta v těchto dvou oblastech. K této skutečnosti bych chtěla poukázat na velmi málo edukačního materiálu (brožury, příručky, návody, letáky), které by zdravotnickému personálu pomohli k edukaci pacienta. *Hypotéza 2: Klient dlouhodobě dialyzovaný je informován o dietním režimu se potvrdila.* Otázka 8 (Graf 10) nás informují o pocitech v posledních měsících. Ve 45% se cítili n moc dobře. To jak se cítil pacient po dialýze, ovlivňuje nejvíce kvalitu života a ovlivňuje další „fungování“ pacienta v běžném životě. Otázka 9 (tabulka 1) nás informuje o příznacích a potížích, které měl klient v uplynulých měsících. respondenti mohly zvolit více možností. Otázka 10 (Graf 11) se vztahuje k předešlému Grafu 10 a informuje nás o tom, jak často se tyto obtíže vyskytují. Nejvíce zastoupena byla odpověď „občas se objeví“ a to v 61%. Co se

týče otázky 11 (Graf 12), zda klienti mají problém s mimodialyzačním přírůstkem, 43% respondentů odpovědělo, že nemají problém a 40% respondentů, že mají někdy problém s udržením mimodialyzačního přírůstkem. Co se týče dodržování životosprávy, většina klientů 78% dodržuje doporučenou životosprávu. Pro klienta je velmi těžké dodržovat stanovený režim. Nejdůležitější a nejtěžší je dodržování dietního omezení a omezování pitného režimu(zvláště když do příjmu tekutin se započítávají polévky, ovoce a další potraviny s vysokým obsahem vody).

Další okruh otázek měl za úkol zjistit jak se změnila kvalita života po stránce společenského života. Otázka 13 (Graf 14 a 15) nás informují o tom, zda klient musel přestat se svými koníčky a zda má pravidelnou fyzickou aktivitu. 58% respondentů zanechalo svých koníčků pro velkou fyzickou zátěž. Myslím si, že tito respondenti by si mohli zvolit jiné koníčky, fyzicky pro ně méně náročné. Vágnerová (24), Křivohlavý (12), Sportovní klub dialyzovaných a transplantovaných (23) uvádí, že zachování koníčků a zálib klienta ho odreagovává od nemoci. Pacient se nesoustředí jen na sebe samotného a na svoji chorobu. 57% respondentů nemá již žádnou pohybovou aktivitu. Domnívám se, že příčinou dané skutečnosti je vysoký věk respondentů. Sportovní klub dialyzovaných a transplantovaných (23) doporučuje pro zlepšení fyzické kondice a udržení dobré kvality zdraví časté a krátké cvičení, které je uzpůsobeno pacientovi a jeho přidruženým chorobám. *Hypotéza 5: U klienta dlouhodobě dialyzovaného došlo vlivem onemocnění ledvin ke změně koníčků, zálib a trávení volného času* se potvrdila. 63% pacientů se cítí omezena ve společenském životě (Graf 17). Myslím si, že tento fakt je ovlivněn věkem respondentů a fyzickým stavem po dialýze. S vlastní zkušenosti z praxe vím, že pro mnohé pacienty je jediný kontakt s ostatními lidmi jen na dialýze. Vágnerová (24) a Křivohlavý (12,13) uvádějí, že změna ve společenském životě, mění pacienta hlavně po psychické stránce, pacient myslí jen na sebe, je zahořklý a často upadá do depresí. Tuto skutečnost si vysvětluji tím, že klientům nejsou poskytovány dostatečné informace o možnostech využití různých klubů a společností (Příloha 9,10) a další. Pacient se stává se sociálně izolován. I přes to 19% si myslí, že nejsou nijak omezeni ve společenském životě. *Hypotéza 1: Klient dlouhodobě dialyzovaný je omezen ve společenském životě* byla potvrzena Graf 18 nám poukazuje zda si klient myslí, že se chování lidí kolem něj změnilo. 88% respondentů si myslí, že se chování nezměnilo. Tento výsledek je výborný s hlediska pozitivního myšlení pacienta a pozitivního přístupu k jiným lidem. Klienti si také v 51% myslí, že díky dialýze našli nové přátele. Na otázku 18, kdy zadání otázky znělo: „Nastávají u vás v souvislosti s pravidelným dialyzačním programem problémy při plánování dovolené, cestování?“ V 66% respondenti odpověděli, že nemají

problémy, protože necestují. Tato otázka nebyl rozvedena o důvody, ale myslím si, že respondenti necestují z důvodu vyššího věku. Zajímavé je, že 6% respondentů uvedlo, že stále řeší problém, kde se dialyzovat, i přesto, že dnes existuje program prázdninová dialýza (29). Mezi možností prázdninové dialýzy patří i dialýza v zahraničí, kdy mateřské dialyzační centrum domluví dialýzu s tamním centrem pacient odjíždí na dovolenou se zprávou o zdravotním stavu.

Třetí oblast byla zaměřena na zaměstnání a na rodinu klienta. Na otázky 19 a 20 (Graf 21 a 22) odpovídali dva respondenti (z toho jeden zaměstnaný na plný úvazek a druhý si přivydělává k invalidnímu důchodu). *Hypotéza 3: U klienta dlouhodobě dialyzovaného došlo vlivem onemocnění ledvin k negativním změnám v pracovní oblasti se nepotvrdila.*

Otázky týkající se rodiny odpovídalo všech 67 (100%) respondentů . Otázka 21 (Graf 23) nás informuje o přístupu rodiny ke klientovi a jeho nemoci. V 85% respondenti vypověděli, že je rodina zcela podporuje a jen v 15% rodina akceptuje pacientovu léčbu, ale výrazně klientovi nepomáhá. Dle Vymětala (27) a Vágnerové (24) je rodina pro pacienta klíčová a chronické onemocnění zcela ovlivňuje vztahy v této rodině. Rodina se zcela nevědomky podřizuje pacientovy. *Hypotéza 4: Klient dlouhodobě dialyzován nachází oporu ve své rodině.potvrdila se potvrdila.* V otázce 22 (Graf 24 a 25) o změn rolí v rodině je v rozporu s textem od Křivohlavého (13), který popisuje změny rolí v rodině a mezi partnery, kdy dominanci přebírá druhý partner. V 55% respondenti vypověděli, že jim zůstala stejná role jak před dialýzou. Zcela v rozporu je 1 respondent, který odpověděl, že se stará o domácnost o daleko víc než před dialýzou. 40% pacientů se role v rodině změnila a zastávají daleko méně povinností. Otázka 23 měl za úkol zjistit, zda v souvislosti s dialýzou a chronickým onemocněním došlo ke změně vyznání. Otázka 23 měla za úkol zjistit, zda v souvislosti s chronickým těžkým onemocněním a dialýzou došlo ke změně vyznání. V 97 % vše zůstalo jako před tím. Dva respondenti začali být věřící až v době, kdy začali být dialyzováni.

Poslední část dotazníku se vztahuje ke Společnosti dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodiny a přátel dialýzy, přepravy na dialýzu. O společnosti dialyzovaných a transplantovaných nemocných slyšelo 58% (Graf 27) , jejich členem je jen jeden respondent. Celých 58 % respondentů uvedlo, že nikdy neslyšely o této společnosti. Tento fakt si vysvětlují, že respondenti, kteří volili tuto odpověď byli vyššího věku a nemají přístup na internet. A na dialyzačních střediscích chybí písemné informace o této společnosti. Myslím, si, že je to pro mnohé pacienty velká škoda, protože přichází i o možnost cestování s touto společností. Předposlední otázka se zabývá dopravou na dialýzu (Tabulka 4). Respondenti mohly zvolit více možností. 37 respondentů uvedlo že jsou nespokojeni s

dlouhým čekáním na odvoz, žádný respondent si nestěžoval na hrubý přístup od řidičů sanitky. 15 respondentů je nespokojeno s prodlužováním cesty domů či na dialýzu různými zajiždkami k bydlišti ostatních spolucestujících a 8 respondentů je nespokojeno s pohodlím a diskomfortem v sanitce. 14 respondentů nevnímá problémy spojené s přepravou v sanitním voze. Ač se na první pohled nezdá, tak na dopravě na dialýzu velmi záleží. Doprava je jedním z faktorů, které mohou ovlivnit náladu klienta.

Na závěr byla položena otevřená otázka a zde měli respondenti možnost vyjádřit svůj poznatek či postřeh, který by souvisle s dialýzou. Tuto možnost využilo 18 (26,5%) respondentů. Převažovaly pozitivní reakce. 12 respondentů na dialýze cítí výbornou atmosféru, 2 respondenti mají problém s ukončením dialýzy, 1 respondent má komplikace s AVF, 2 respondentům se změnil žebříček hodnot a 1 respondent se ještě nesmířil s dialyzačním procesem.

6. Závěr

Závěrem bych ráda shrnula zjištěné poznatky, které se týkají dialýzy a jejího vlivu na kvalitu života člověka v dialyzačním programu.

Je nezbytné říci, že současné době, dochází k neustálému zvyšování počtu klientů, kteří jsou odkázáni na tzv. umělou ledvinu. Proto je důležité, aby docházelo k edukaci sester o potřebách klienta a sestry aktivně nabízely brožury či příručky o společnostech, klubech, asociacích atd.

Za cíl jsme si stanovila zmapovat kvalitu života u dlouhodobě dialyzovaných klientů. K tomuto cílu se vztahovalo 5 hypotéz. Hypotéza 1 *„Klient dlouhodobě dialyzovaný je omezen ve společenském životě“* Tato hypotéza se potvrdila. Stanovená hypotéza 2, která se taktéž potvrdila, byla *„Klient dlouhodobě dialyzovaný je informován o dietním režimu.“* Potvrzením této hypotézy je velmi potěšující a svědčí o tom, že edukace zdravotníků je v tomto případě velice kvalitní. Hypotéza 3 *„U klienta dlouhodobě dialyzovaného došlo vlivem onemocnění ledvin k negativním změnám v pracovní oblasti.“* se nepotvrdila. Hypotéza 4 *„Klient dlouhodobě dialyzován nachází oporu ve své rodině.“* Tato hypotéza se taktéž potvrdila. Hypotéza 5 *„ U klienta dlouhodobě dialyzovaného došlo vlivem onemocnění ledvin ke změně koníčků, zálib a trávení volného času.“* se potvrdila Toto zjištění svědčí o tom, že zdravotnický personál v této oblasti dostatečně needukuje své pacienty o existenci spolků a asociacích, které pořádají rekreační akce ale i akce pro pobavení. Mezi další výhodu těchto spolků patří i, že se zde setkávají lidé se stejným onemocněním. Nacházejí zde nové přátele a mohou si spolu popovídat o svých společných problémech.

7. Soupis bibliografie

1. BUREŠ, J. HORÁČEK, J. *Základy vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha: Galén. 2003. 870 s. ISBN 80-7262-208-0
2. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry.2, Zajišťování kvality ošetrovatelské péče.Etický kodex sester.Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2001. 47 s. ISBN 80-7013-263-9
3. DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: *World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum. 2006. 88 s. ISBN 80-85121-82-4 brožura
4. DUINOVÁ, N. SUTCLIFFOVÁ, J.Přel. HRADÍLEK, A. *Historie medicíny: Od pravěku do roku 2020*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Slovart. 1997. 256 s. ISBN 80- 85871-04-1
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2.vyd. Olomouc: EPAVA. 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
6. ELIŠKOVÁ, M. NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Nakladatelství Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
7. FRESENIUS MEDICAL CARE. *Funkce ledvin, tak jak ji neznáte*. Praha. 18 s. Brožura
8. FRESENIUS MEDICAL CARE *Dialýza ledvin- možnosti léčby*. Praha 15 s. Příručka
9. HÁNA, J. *Léčba umělou ledvinou*. 1. vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví a Společnost dialyzovaných a transplantovaných. 1993. 15 s. ISSN 1210-0153
10. KANTOR, R. - společnost B. BRAUN AVITUM. *Chronická nedostatečnost ledvin* [online]. 13.2. 2002, [cit.2009- 03-02]. Dostupné z WWW: <http://www.ledviny.cz/chsl.html>

11. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s r. o., 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi – rady nemocným*. 1.vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, n. p. 1989. 107 s. ISBN 08-065-89
14. LACHMANOVÁ, J. *Očistovací metody krve*. vyd. není uvedeno. Praha: Grada Publishing. 1999. 125 s. ISBN nevedeno
15. LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén. 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9
16. MEGNEROVÁ, O. *Dialýza info*.Dietní doporučení pro hemodialyzované [online]. 9.4.2007, [cit.2009 -03-14]. Dostupné WWW: <http://www.dialyza.info/pacienti.php?clanek=dieta>
17. PAVLÍČKOVÁ, J. *Výživa při onemocnění ledvin*.1. vyd. Praha: Státní zdravotní Ústav. 2007. Brožura
18. PAYNE, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton. 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
19. REISHING, T. *Transplantace ledvin*. Česká transplantáční společnost . [online]. 9. června 2006 ,[cit. 2009-03-02]. Dostupné z WWW: <http://www.transplant.cz/transplant/postupy.php?t=1>
20. RYCHLÍK, I. LOPOT, F. Česká nefrologická společnost. *Statistická ročenka 2007*, [online] není uvedeno [cit.2009-03-16]. Dostupné WWW. <http://www.nefrol.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=393>

21. STABLOVÁ, A. SVOBODA, L. Stěžeň. *Cvičení v průběhu dialýzy*. [online].01.02.2004 [cit. 2009 -03-16]. Dostupné WWW.
http://www.stezen.xf.cz/html/stezen/stezen.php?year=rocnik_menu/2004.html#
22. SULKOVÁ, S. a kolektiv. *Hemodialýza*. 1. vyd. Praha : Maxdorf s. r. o., 2000. 632 s. ISBN 80-85912-22-8.
23. SVOBODA, L.Sportovní klub dialyzovaných a transplantovaných. *Proč sportovat*. [online] neuvédno [cit.2009-03-16] . Dostupné WWW.
<http://www.skdat.cz/stranka/proc-sportovat>
24. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
25. VOKURKA, M. HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6.vyd. Praha:MAXDORF. 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4
26. VOKURKA, M. HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 7. vyd. Praha: MAXDORF. 2007. 1096 s. ISBN 987-80-7345-130-1
27. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
28. ZNOJOVÁ, M., Stěžeň. *Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa*,[online] 1.3.2004 [cit.2009-03-16].Dostupné WWW.
http://www.stezen.xf.cz/html/stezen/stezen.php?year=rocnik_menu/2004.html#
- 29 .Autor neuvédno. *Stěžeň: časopis dialyzovaných a transplantovaných*. Brožury.[online] neuvédno [cit.2009-03-16]. Dostupné WWW.
http://www.stezen.cz/html/brozury/index_brozury.php

8. Seznam zkratk

AVF.....	arteriovenósní fistule
DR.....	dialyzační roztok
GF.....	glomerulární filtrace
HD.....	hemodialýza
CHSL.....	chronické selhání ledvin
PD.....	peritoneální dialýza
SM.....	semipermeabilní membrány

9. Přílohy

9.1 Seznam přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Punkční jehly do AVF

Příloha 3: Dialyzační set

Příloha 4: Dialyzační kapilára

Příloha 5: Set na přípravu k napojení centrálního vstupu na dialyzační přístroj

Příloha 6: Centrální vstup

Příloha 7: Arteriovenosní fistule

Příloha 8: Hierarchie potřeb podle Maslowa

příloha 9 : Klub dialyzovaných a transplantovaných sportovců

Příloha 1: Dotazník

Vážený(á) pane(i),

Jmenuji se Petra Linhartová a jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia na fakultě Zdravotnických studií v Pardubicích. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci a vyplnění dotazníku, který je nedílnou součástí mé závěrečné diplomové práce. Otázky v dotazníku se týkají kvality života u dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Na otázky prosím odpovídejte zaškrtnutím pouze jedné odpovědi, která nejlépe odpovídá Vašemu názoru. U některých otázek máte možnost doplnit svoji vlastní odpověď.

Děkuji za Vaši pomoc

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Kolik Vám je let?

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

3. Chodíte do práce?

- Ano
- Ne – proč
 - Jsem student
 - Jsme invalidní důchodce
 - Jsme starobní důchodce
 - Jsme nezaměstnaný
 - Jiné:.....

4. Jaká jiná onemocnění máte (cukrovku, onemocnění štítné žlázy, anginu pectoris, hypertensi)?.....

11. Máte problém s udržением mimodialyzačního přírůstku?

- Ano
- Někdy
- Ne

12. Dodržujete doporučenou životosprávu?

- Ano
- Ne

13. Musela jste z důvodu dialýzy přestat s nějakým svým koníčkem?

- Ano- proč - pro velkou fyzickou zátěž
- z časových důvodů
- jiné.....
- Ne

14. Máte pravidelnou pohybovou aktivitu?

- Ano- jakou, kolikrát týdně.....
- Ne

15. Myslíte si, že jste omezen/a ve společenském životě?

- Ano
- Ne
- Nevím

16. Myslíte si, že se chování lidí kolem Vás vůči Vám změnilo pote co jste začal/a chodit na dialýzu?

- Ano
- Ne
- Nevím

17. Získal/a jste pomocí dialýzy nové přátele?

- Ano
- Ne

18. Nastávají u Vás v souvislosti s pravidelným dialyzačním programem problémy při plánování dovolené, cestování?

- Ano, stále řeším problém, kde se dialyzovat
- Dovolenu přizpůsobím, volím si místa, kde je možno se nechat dialyzovat
- Problémy nemám, nikam necestuji
- Jiné.....

Pokud nejste zaměstnání pokračujte na otázku číslo 21.

19. Nastaly v důsledku dialýzy nějaké změny v zaměstnání?

- Ano
 - pracuji na nižší úvazek
 - byl(a) jsem přeřazen(a) na jiné pracoviště
 - byla mi dána výpověď
 - musel(a) jsme do invalidního důchodu
- Ne
 - žádné změny nenastaly

20. V případě že jste zaměstnán, je dialýza zásahem do Vaší pracovní doby?

- Ano
- Ne, dialyzuji se v nočních hodinách
- Ne, zaměstnavatel mi vyšel vstříc

21. Jaký je přístup Vaší rodiny k léčbě?

- Zcela mě podporují
- Rodina akceptuje moji léčbu, ale nepomáhá mi
- Rodina se o moji léčbu nezajímá
- Nevím
- Jiné.....

22. Vaše postavení v rodině se vlivem dialýzy změnilo?

- Ano- jak- mám na starosti méně věcí než dříve
 - starám se o věci více, protože jsme doma
- Ne
- Nevím

23. Změnil se ve spojení s dialýzou Váš názor na vyznání víry?

- Ano - jsem nyní věřící
- vystoupil jsme z víry
- Ne, vše zůstalo jako před tím

24. Víte o existenci „Společnosti dialýzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy“?

- Ano, jsem jejich členem
- Ano, ale nejsme jejich členem
- Ne, zatím jsem o společnosti neslyšel(a)

25. Do nemocnice se na dialýzu dopravujete?

- Pěšky
- Osobním automobilem
- Veřejnou dopravou
- Sanitkou

26. Případě přepravy sanitním vozem, vnímáte některé tyto obtíže spojené s přepravou?(možno zaškrtnout více odpovědí)

- Dlouhé čekání na odvoz
- Nepříjemný přístup ze strany řidičů sanitky
- Prodlužování cesty domů zajižděkami k bydlišti ostatních spolucestujících
- Nepohodlnost, diskomfort, neúměrné přeplnění sanitky
- Nevnímám problémy s přepravou

27. Máte nějaký svůj osobní zážitek nebo postřeh s dialýzou?

.....

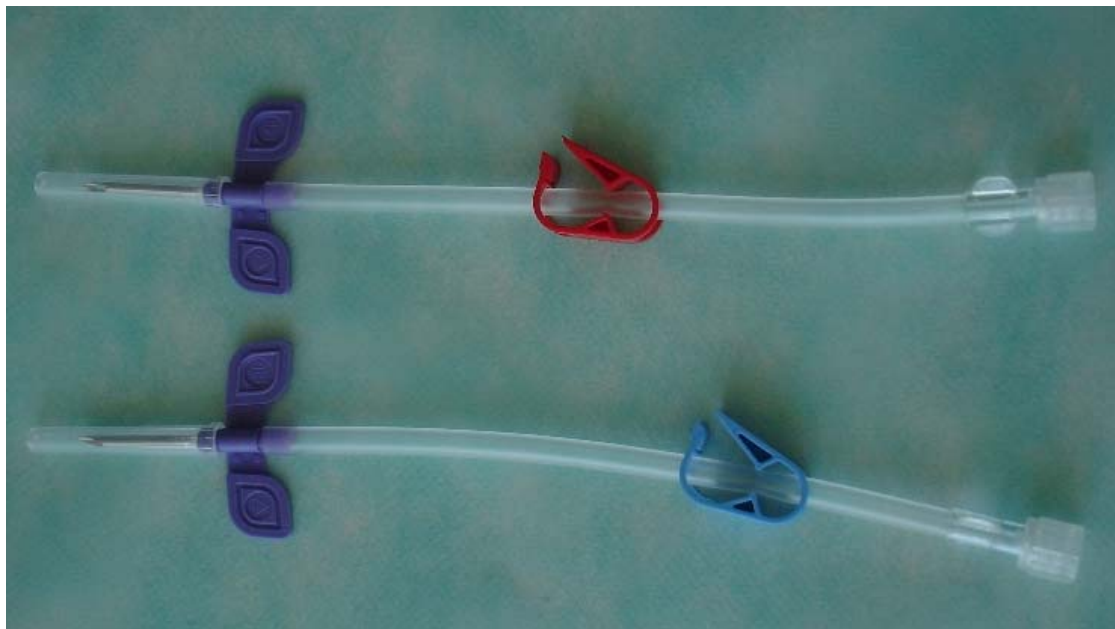
.....

.....

.....

Zdroj:vlastní

Příloha 2: Punkční jehly do AVF



Punkční jehly, které se zavádí do arteriovenosní fistule

Zdroj : Dialyzační středisko Fresenius Medicare v Pardubicích

Příloha 3: Dialyzační set



Dialyzační set do dialyzačního přístroje

Příloha 4: Dialyzační kapilára



Zdroj: Dialyzační středisko Fresenius Medicare v Pardubicích

Příloha 5: Set na přípravu k napojení centrálního vstupu na dialyzační přístroj

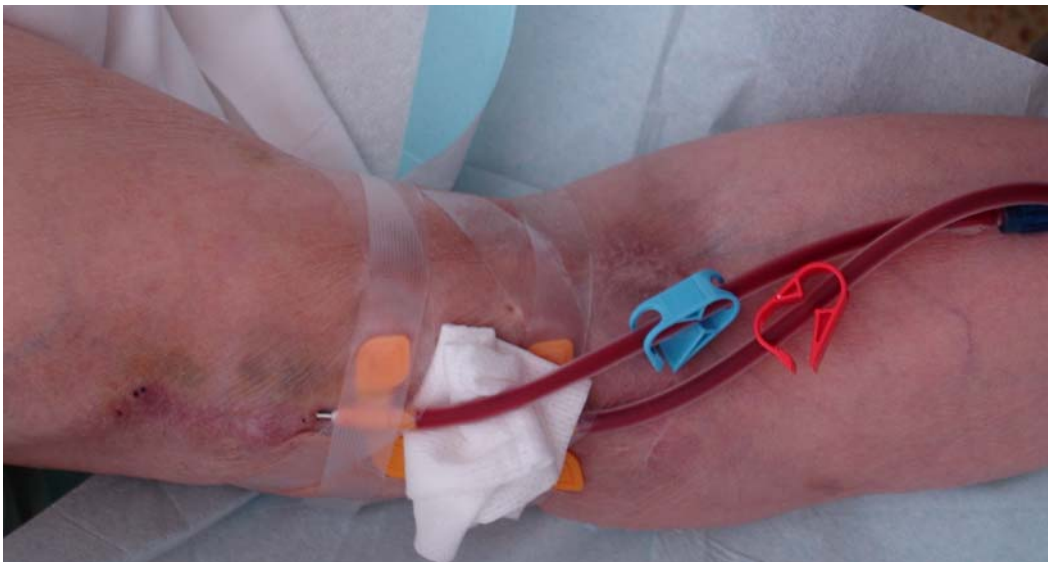


Příloha 6: Centrální vstup



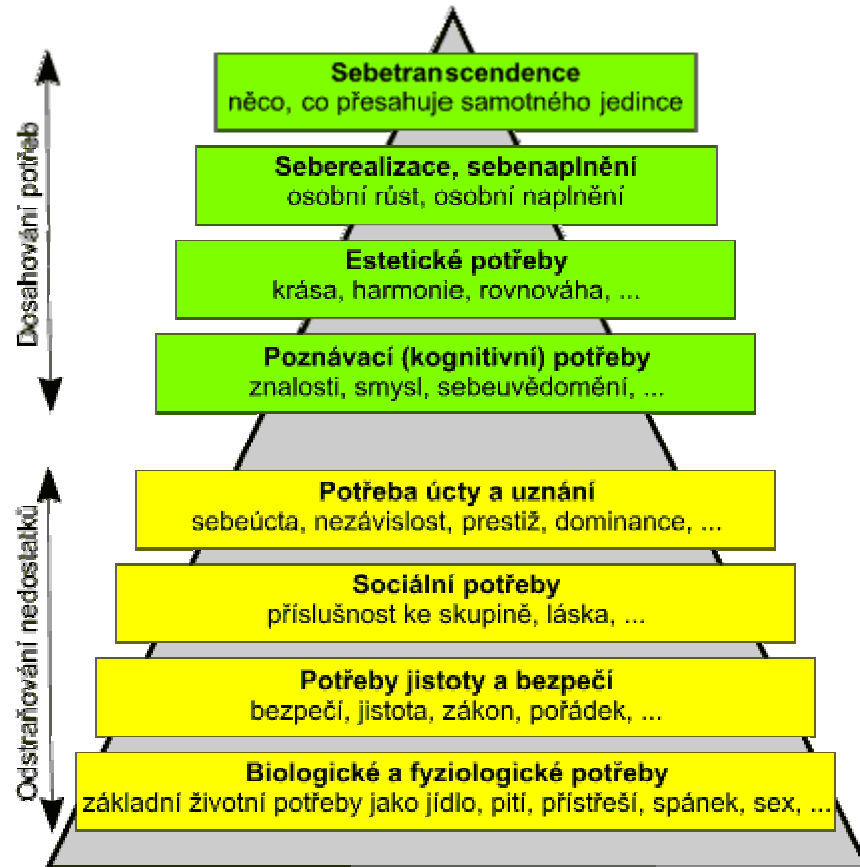
Zdroj: Dialyzační středisko Fresenius Medicare v Pardubicích

Příloha 7: Arteriovenosní fistule



Zdroj: Dialyzační středisko Fresenius Medicare v Pardubicích

Příloha 8 : Hierarchická klasifikace potřeb podle Maslowa



Zdroj:

http://www.vedeme.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid=69

Příloha 9: Klub dialyzovaných a transplantovaných

Klub dialyzovaných a transplantovaných sportovců vznikl při Dialyzačním centru Nemocnice Na Homolce v roce 1995. Je členem Svazu vnitřně postižených sportovců ČR a členem mezinárodních federací WTGF a ETDSF.

Jeho činnost se soustřeďuje na tvorbu a propagaci rehabilitačního programu pro osoby léčené umělou ledvinou či žijící s transplantovanou ledvinou (výukové programy, přednášky) a na organizaci letních a zimních sportovních her pro dialyzované a transplantované z České republiky i zahraničí. Sportovci Klubu se pravidelně zúčastňují i celoevropských a mezinárodních sportovních her, kde byly jejich výkony v minulých letech odměněny řadou medailí.

Kontakty:

Sportovní klub dialyzovaných a transplantovaných ČSTV

Nemocnice Na Homolce

Roentgenova 2,

150 30 Praha 5

Tel.: 2 5727 2225, 603 440 005

Fax: 2 5727 2978

E-mail: lukas.svoboda@homolka.

Zdroj: <http://www.skdat.cz/clanky/o-nas/kontakty>

Příloha 10: Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy

Společnost dialyzovaných a transplantovaných vznikla již v roce 1989, aby hájila zájmy občanů postižených chronickým selháním ledvin, a to jak lidí zařazených do pravidelné dialyzační léčby, tak lidí s transplantovanou ledvinou. V poslední době se pak k nám připojili i lidé s transplantovanými játry.

Současné aktivity se dají shrnout do následujícího přehledu :

- pravidelné organizování rekondičních pobytů
- sociální poradenství (formou placených sociálních pracovníků)
- vydávání časopisu Stěžeň
- vydávání příležitostných informačních tiskovin
- provozování vlastního rekondičního a rehabilitačního střediska Penzión Pastviny v Orlických horách. Provoje zajišťován společností Dialcorp.sro.
- pomoc při organizování sportovních her dialyzovaných a transplantovaných v ČR

Společnost dialyzovaných přitom poskytuje své služby nejen svým členům, ale všem dialyzovaným, jakož i lidem po transplantaci ledvin, jater a jiných orgánů.

Společnost sídlí na této adrese: Společnost DaT

140 00, Praha 4 - Michle, Ohradní 1368

telefon: 261 215 616

Zdroj: <http://www.znovu.cz/sdat/>