

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Komplikovaný život pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu

2006/2007

Martina Paclíková

Vedoucí práce: Mgr. Dita Seifertová

Děkuji za trpělivost a cenné rady při zpracování diplomové práce vedoucí diplomové práce Mgr. Ditě Seifertové.

Obhajoba diplomové práce dne:

Jméno oponenta:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při jejím zpracování pouze těch pramenů literatury, které jsou uvedeny v seznamu pramenů literatury.

30. 4. 2007

Obsah:

| | |
|--|----|
| Obsah..... | 5 |
| Anotace..... | 7 |
| Úvod..... | 11 |
| 1. Komplikace..... | 14 |
| 1.1 Charakteristika pojmu komplikace..... | 14 |
| 1.1.1 Komplikace ze sociologického hlediska..... | 14 |
| 1.1.2 Komplikace při ošetřování nemocných..... | 14 |
| 1.1.3 Komplikace při léčbě nemocných..... | 16 |
| 1.2 Překonávání životních komplikací..... | 16 |
| 1.2.1 Agresivní reakce..... | 17 |
| 1.2.2 Únikové reakce..... | 20 |
| 1.3 Vyrovnávání se s komplikacemi..... | 23 |
| 2. Chronicky nemocní pacienti..... | 26 |
| 2.1 Chronické onemocnění..... | 26 |
| 2.2 Fáze, kterými chronicky nemocný člověk prochází..... | 27 |
| 2.3 Požadavky na chronicky nemocného člověka..... | 31 |
| 2.4 Vliv nemoci na biologickou stránku člověka..... | 31 |
| 2.5 Vliv nemoci na psychickou stránku člověka..... | 32 |
| 2.6 Vliv nemoci na sociální stránku člověka a na jeho rodinu..... | 33 |
| 2.7 Cíl péče o chronicky nemocného člověka..... | 34 |
| 3. Dialyzovaní pacienti..... | 36 |
| 3.1 Selhání ledvin..... | 36 |
| 3.1.1 Akutní selhání ledvin..... | 36 |
| 3.1.2 Chronické selhání ledvin..... | 36 |
| 3.2. Druhy léčby při selhání ledvin..... | 39 |
| 3.2.1 Konzervativní léčba při selhání ledvin..... | 39 |
| 3.2.2 Farmakoterapie při selhání ledvin..... | 42 |
| 3.2.3 Náhrada funkce ledvin..... | 42 |
| 3.2.3.1 Hemodialýza..... | 42 |
| 3.2.3.2 Peritoneální dialýza..... | 47 |
| 3.2.3.3 Transplantace ledviny..... | 51 |
| 3.3 Volba metody léčby při selhání ledvin..... | 51 |
| 3.4 Příprava a edukace pacienta před hemodialýzou a peritoneální dialýzou..... | 52 |
| 3.4.1 Seznámení pacienta s problematikou hemodialýzy a peritoneální dialýzy..... | 53 |
| 3.4.2 Očkování proti hepatitidě typu B..... | 54 |
| 3.4.3 Odlišnosti přípravy pacienta na hemodialyzační léčbu..... | 54 |
| 3.4.4 Odlišnosti přípravy pacienta na léčbu peritoneální dialýzou..... | 56 |
| 4. Komplikace života pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu..... | 57 |
| 4.1 Biologické projevy dialyzačního léčení..... | 57 |
| 4.1.2 Potřeba hydratace..... | 59 |
| 4.1.3 Potřeba výživy..... | 60 |
| 4.1.4 Potřeba vyprazdňování moči a stolice..... | 61 |
| 4.1.5 Potřeba fyzické a duševní aktivity..... | 61 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 4.1.6 | Potřeba spánku..... | 62 |
| 4.1.7 | Potřeba tepla a pohodlí..... | 63 |
| 4.1.8 | Potřeba být bez bolesti..... | 64 |
| 4.1.9 | Potřeba hygieny..... | 65 |
| 4.1.10 | Sexuální potřeby..... | 65 |
| 4.2 | Psychologické aspekty dialyzačního léčení..... | 66 |
| 4.2.1 | Stres..... | 66 |
| 4.2.2 | Úzkost..... | 67 |
| 4.2.3 | Deprese..... | 68 |
| 4.2.4 | Agresivita..... | 68 |
| 4.2.5 | Význam komunikace pro dialyzované pacienty..... | 69 |
| 4.2.6 | Psycholog na dialyzačním středisku..... | 70 |
| 4.3 | Sociální aspekty dialyzačního léčení..... | 70 |
| 4.3.1 | Rodina dialyzovaných pacientů..... | 70 |
| 4.3.2 | Pracovní schopnost dialyzovaných pacientů..... | 72 |
| 4.3.3 | Možnosti rekreace u dialyzovaných pacientů..... | 73 |
| 4.3.4 | Sociálně právní otázky spojené s chronickým selháním ledvin..... | 73 |
| 4.3.5 | Doprava..... | 74 |
| 4.3.6 | Sociální pracovník na dialyzačním středisku..... | 74 |
| 4.3.7 | Činnost spolků pro dialyzované a transplantované pacienty..... | 74 |
| 5. | Empirický výzkum..... | 78 |
| 5.1 | Cíle a hypotézy výzkumu..... | 78 |
| 5.1.1 | Cíle empirického výzkumu..... | 78 |
| 5.1.2 | Hypotézy empirického výzkumu..... | 78 |
| 5.2 | Metoda výzkumu..... | 79 |
| 5.2.1 | Dotazník a řízený rozhovor..... | 79 |
| 5.2.2 | Předvýzkum..... | 81 |
| 5.2.3 | Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření..... | 81 |
| 5.3 | Charakteristika výzkumného vzorku..... | 82 |
| 5.4 | Organizace výzkumu..... | 83 |
| 5.4.1 | Lokace a sběr dat..... | 84 |
| 5.5 | Časový harmonogram výzkumu..... | 85 |
| 6. | Výsledky výzkumu a jejich interpretace..... | 85 |
| 7. | Diskuse..... | 144 |
| 7.1 | Ověření cílů a hypotéz výzkumu..... | 144 |
| 8. | Závěr..... | 152 |
| | Seznam pramenů a literatury..... | 154 |
| | Seznam tabulek..... | 157 |
| | Seznam grafů..... | 160 |
| | Přílohy..... | 163 |

Anotace

| | |
|-----------------------|---|
| Titul a jméno autora: | Bc. Martina Paclíková |
| Instituce: | Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 12100 Praha 2 |
| Obor: | Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy |
| Název práce: | Komplikovaný život pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu |
| Vedoucí práce: | Mgr. Dita Seifertová |
| Počet stran: | 167 |
| Počet příloh: | 1 |
| Rok obhajoby: | 2007 |
| Klíčová slova: | hemodialýza, peritoneální dialýza, pacient, komplikace, život s dialýzou, chronický dialyzační program |

Tato práce si klade za cíl popsat komplikace, které zatěžují život pacientům zařazeným do chronického dialyzačního programu. Cílem bylo zjistit, jaké komplikace a kdy tyto pacienty nejvíce zatěžují. A pomocí čeho chronicky nemocní lidé své problémy překonávají. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se nejprve zabývám pojmem komplikace z více pohledů. Druhou kapitolu jsem věnovala obecné problematice chronicky nemocných pacientů a ve třetí

a čtvrté kapitole jsem se podrobněji zabývala problematikou hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů. Teoretická část práce se stala podkladem pro empirickou část. V empirické části jsem na základě sestaveného dotazníku oslovila 100 dialyzovaných pacientů (50 hemodialyzovaných a 50 peritoneálně dialyzovaných) a pokusila se zjistit jaké komplikace jsou pro ně nejvíce ztěžující. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na oblast fyzickou, psychickou a sociální. V empirické části práce jsem se snažila odhalit, ve kterých oblastech mají hemodialyzovaní a peritoneálně dialyzovaní pacienti nejvíce problémů a jak tyto problémy překonávají.

Výzkum umožňuje hlubší poznání života jak pacientů hemodialyzovaných tak pacientů na peritoneální dialýze a navázat vylepšením kvality života těchto pacientů.

Abstrakt

Autor's name: Martina Paclíková

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institut of Theory and Practice of Nursing
Studničkova 5, 12100 Prague

Program: Health Care Administration

Title: Intricate life patient include in chronic dialysis programme

Consultant: Dita Seifertová, Mgr.

Number of pages: 167

Number of attachments: 1

Year: 2007

Key words: dialysis, peritoneal dialysis, patient, complication, life with dialysis, chronic dialysis programme

The objective of the thesis is to describe the complications that the patients undertaking the chronic dialysis programme face. The purpose of the work is to identify the most frequent complications such patients have, the possible causes of these complications and the ways that help the patients overcome their problems. The thesis is divided into a theoretical and an empirical part. At the beginning of the theoretical part I am discussing the concept of the complications from various angles and points of view.

In the second chapter I am concentrating on the description of general problems of the chronically ill patients and in the third and fourth chapter I am investigating the common problems of hem dialysed and peritoneal dialysed patients. The theoretical part serves as the basis for the following empirical part. Using a questionnaire I have addressed 100 patients (50 hem dialysed and 50 peritoneal dialysed patients) with the aim to find out the most burdening problems the patients have to deal with. The questions in the questionnaire concerned the physical, psychical and social side of their problems.

The research enables to understand the life of both, hem dialysed and peritoneal dialysed patients better and hence may suggest the ways of how to improve the quality of life of these patients.

Úvod

„Nemoc vždycky přijde „nevhod“, vždycky „předčasně“, vždycky vadí; vždycky znamená předzvěst velkých životních změn.“¹

Cílem diplomové práce *Komplikovaný život pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu* bude zodpovězení otázek spojených s problematikou a identifikací komplikací života pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu, a to jak hemodialyzovaných tak na peritoneální dialýze. V jejím rámci bude třeba zjistit, co dialyzované pacienty nejvíce sužuje, kdy jim tyto komplikace způsobují největší problémy a jak se s nimi vypořádávají. Tito pacienti totiž tvoří velmi specifickou skupinu chronicky nemocných lidí, kteří jsou nuceni žít s velkými omezeními jak v osobním, tak v rodinném i společenském životě.

Diplomová práce bude složena z teoretické a empirické části. V teoretické části diplomové práce bude nejprve vysvětlen pojem komplikace z více pohledů. Bude zde popsáno, jakými způsoby chronicky nemocní lidé tyto komplikace překonávají či jak se s nimi vyrovnávají. Druhá kapitola bude pojednávat o obecné problematice chronicky nemocných pacientů. Zde budou popsány fáze, kterými chronicky nemocný člověk prochází a jak nemoc ovlivňuje biologickou, psychickou a sociální stránku pacientů. Třetí a čtvrtá kapitola se bude podrobněji zabývat problematikou hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů. Nejprve bude obecně popsáno selhání ledvin a možné způsoby léčby při jejich selhání. Dále bude podrobněji pojednáno o principu hemodialýzy a peritoneální dialýzy, a to včetně přípravy pacientů na tuto léčbu a o možných komplikacích těchto dvou způsobů léčby. Poslední kapitola bude věnována jednotlivým komplikacím, které negativně ovlivňují život dialyzovaných pacientů. V oblasti biologických potřeb bude využito modelu „domu životních potřeb“ PhDr. H. Chloubové, která vychází z teorie A. H. Maslowa a následně bude tento model vztažen na dialyzované pacienty. V oblasti psychologické bude zmíněno několik nejvýznamnějších problémů, které mohou ovlivňovat život dialyzovaných pacientů, jako

¹ Válek, A.; Haškovcová, H. Život s umělou ledvinou. Praha : Avicenum, 1982. ISBN 08-075-82. s. 147.

jsou agresivita, stres, úzkost a deprese z dialyzačního léčení. V sociální oblasti budou zmíněny problémy v rodině dialyzovaných pacientů, pracovní možnosti, možnosti rekreace a činnosti spolků pro dialyzované pacienty.

Teoretická část práce se stane podkladem pro část empirickou. Ta bude zaměřena na rozbor shromážděných informací o komplikacích, se kterými se dialyzovaní pacienti nejčastěji setkávají. Budou v ní popsány čtyři cíle práce včetně pěti k nim vztažených hypotéz, které tvořily podklad pro samotný výzkum.

Tyto informace budou získány řízenými rozhovory, které budou s pacienty vedeny na základě sestaveného originálního dotazníku. Vlastní výzkum bude realizován na několika dialyzačních střediscích.

Je známo, že dialyzovaní pacienti trpí mnoha komplikacemi, které je v jejich životě omezují, například poruchami spánku, bolestmi, komplikacemi vlastní léčby, stresem, depresemi, úzkostí.... Je proto nutné, abychom se dialyzovaným pacientům věnovali, aktivně jejich problémy vyhledávali a pomáhali jim s jejich řešením.

Život dialyzovaných pacientů je závislý na přístroji. Pacienti si často uvědomují, že bez něj by jejich život dávno skončil, ale na druhé straně je život s ním velmi omezuje. Dialyzační léčba představuje pro pacienta i jeho blízké velkou zátěž. Výzkum by tak měl přispět k lepší orientaci v této problematice pro pacienta, jeho rodinu, ale zároveň i pro zdravotnický personál, který takto nemocné pacienty ošetřuje.

Teoretická část

1. Komplikace

1.1 Charakteristika pojmu komplikace

Komplikace v obecně teoretické rovině znamenají konkrétní nepříjemnou zkušenost či zážitek, o kterém bychom si přáli, aby se již nikdy neopakoval. Jedná se o nepříjemné, negativní okolnosti, kterým musíme čelit při cestě za vytyčeným cílem, či zvraty situací, které se vyskytují zpravidla v tu nejneočekávanější chvíli. Někdo se s nimi vyrovnává snáze, jinému působí jejich překonávání značné problémy.

[...] Celý lidský život je běžně plný nejrůznějších změn oproti tomu co člověk očekává. Vyskytující se komplikace a překážky nám brání v uspokojování obvyklých přání a potřeb. Schopnost přizpůsobení se změnám a vyrovnávání se s nimi je jednou ze základních charakteristik dynamiky lidské existence a konec konců i hnací silou duchovního růstu. Ne vše, co zprvu pocítíme jako nepříjemné, těžké nebo ohrožující, je takového rázu, že bychom to nakonec nedokázali obstojně rozřešit či zdárně přestát.²

1.1.1 Komplikace ze sociologického hlediska

Samotná orientace v sociálním prostoru může být složitá. Situace, které jsou pro nás nejasné a nepřehledné, vyvolávají psychickou zátěž, stejně jako situace, které nemůžeme zvládnout vlastními silami z důvodů objektivních. Pojem komplikace vyjadřuje do značné míry subjektivní stránku vztahu člověka k okolí, kdy může docházet ke konfliktu jednotlivých sociálních rolí. Na druhé straně, některé životní situace jsou pro člověka náročné především vlivem vnějších okolností. Mám na mysli například ztrátu zaměstnání i ztrátu dosavadních sociálních kontaktů a ocitnutí se v izolaci. Situace, kterou popisují, následně může vyvolat řadu nežádoucích komplikací, které život lidí radikálně mění.

1.1.2 Komplikace při ošetřování nemocných

Pro ujasnění charakteristiky pojmu komplikace bych se ráda zastavila v oboru ošetřovatelství. V oblasti ošetřovatelství se častěji setkáváme s výrazem ošetřovatelský problém, než ošetřovatelská komplikace:

² Jedlička, R.; Klíma, P.; Koťa, J.; Němec, J.; Pilař, J. Děti a mládež v obtížných životních situacích: Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí. Praha : Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0. s. 159.

[...] S reakcí na nemoc úzce souvisí vznik problémů. Pacient své problémy konstruuje z komplexní reality nemoci. Úkolem ošetrovatelské diagnostiky je problémy identifikovat ve všech souvislostech, zdaleka nejde pouze o problémy zdravotní, a zjistit jak pacient sám svůj problém vnímá a v jaké souvislosti s nemocí vznikají otázky jeho lidské existence.³

Ošetrovatelský problém je tedy: „*Problém nemocného, který může být řešen vhodnou ošetrovatelskou péčí. Může být vyjádřen i jako nedostatečné uspokojení některé potřeby nebo jako ošetrovatelská diagnóza.*“⁴

Při poskytování ošetrovatelské péče se může vyskytnout mnoho problémů. Při příjmu do nemocnice pacienta osloví několik zdravotnických pracovníků a každý z nich po něm žádá něco jiného, přičemž se může stát, že mu význam těchto procedur řádně nevysvětlí. První ze sester potřebuje vstupní odběry, druhá jde uložit jeho šaty (často pacientovi neznámo kam), třetí sepisovat ošetrovatelskou anamnézu a podobně. Z této nepřehledné situace začíná být nemocný zmaten a mnohdy dochází k emočním reakcím na obou stranách, které se následně projevují různě. Agresí, křikem, vztekem nebo pláčem (viz kap. č. 1.2.1 Agresivní reakce).

Další problémy se mohou objevit během pobytu pacienta v nemocnici. Například v případě, že sestry za pacientem vidí pouze diagnózu, která mu byla lékařem určena. Starají se o něj „biologicky“ správně, ale po psychické stránce mu mohou ubližovat svou nedostupností a nepřívětivostí. Mnohdy nemají o své pacienty zájem vůbec. Pacient je jim lhostejný. Snad nejhorší variantou je, když si na něm vylévají své emoce, mezi které nejčastěji patří vztek a zlost.

Pacient z jejich chování vycítí, že něco není v pořádku a často se stahuje do izolace a začíná začarovaný kruh, ze kterého se obtížně vychází. Z tohoto vyplývá, že bychom se měli svým pacientům maximálně věnovat a pomáhat jim se adaptovat na nepříjemnou situaci vyvolanou pobytem v nemocnici.

³ Pacovský, V. Klinická propedeutika pro : magisterské a bakalářské studium ošetrovatelství. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 807184-934-x. s. 32.

⁴ České ošetrovatelství : Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Ediční řada - Praktická příručka pro sestry. Brno : IDVPZ, 1998. ISBN 57-856-98. s. 37.

1.1.3 Komplikace při léčbě nemocných

Medicína používá pojem komplikace pro pojmenování a ujasnění onemocnění přidružujícímu se k nemoci již vzniklé v předešlé době. Například komplikací onemocnění diabetu mellitu může být diabetická gangréna, nefropatie, retinopatie, neuropatie a mnoho dalších nepříjemností přidružujících se k původní nemoci:

[...] Komplikace zhoršují zdravotní stav nemocného a přinášejí mu nové problémy. Zpravidla mění dosavadní klinický obraz choroby. Příznaky komplikací mohou být někdy nenápadné, jindy však tak bouřlivé, že zcela vytlačí původní symptomatologii. Komplikace vyžadují často změnu terapie i péče.⁵

Tímto slovem se dají pojmenovat i problémy, vzniklé během provádění náročnějšího lékařského zákroku či vyšetření. Každý pacient musí⁶ být o možných komplikacích lékařského invazivního zákroku předem písemně informován. Svým podpisem potvrdí, že zákrok či náročné vyšetření mohou být provedeny a že zná možné komplikace, které během zákroku mohou nastat. „*Jedním z hlavních cílů péče o nemocné je komplikacím předcházet*“⁷

1.2 Překonávání životních komplikací

[...] Stojí-li člověk před překážkou, která mu brání v dosažení cíle, chová se různým způsobem. Nelze-li překážku zdolat, může se cíle vzdát, rezignovat, může se snažit překážku obejít a cíle dosáhnout, popřípadě si zvolit jiný dosažitelný cíl.⁸

Nejčastěji lidé překonávají vzniklé komplikace, problémy a náročné životní situace třemi způsoby:

1. agresivní reakce
2. únikové reakce
3. ambivalencí agresivních a únikových reakcí

⁵ Pacovský, V. Klinická propedeutika : pro magisterské a bakalářské studium ošetrovatelství. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 807184-934-x. s. 15 - 16.

⁶ Sběrka zákonů, vyhláška č. 385/2006 sb., O zdravotnické dokumentaci.

⁷ Pacovský, V. Klinická propedeutika : pro magisterské a bakalářské studium ošetrovatelství. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-943-x. s. 15 - 16.

⁸ Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno : IDVPZ, 1997. ISBN 57-856-97. s. 69.

1.2.1 Agresivní reakce

Agresivně reaguje člověk, který prožívá emoce vzteku.

Fyzická agrese

Dospělý člověk, který je šokován svou nemocí, který se cítí být ohrožen nebo bezmocný, křičí, kope, kouše, škrábe, hází předměty, které mu přijdou do cesty. Často se stává, že člověk, který má určité problémy se začne na někoho bezdůvodně zlobit, vylévá si vztek na členech své rodiny, na svých spolupracovnících a na lidech jemu blízkých. Pacient může napadat své spolupacienty, personál který ho ošetřuje, návštěvu, která za ním přišla. „*Pro lidi, kteří to myslí s pacientem dobře, je to dvojnásob bolestivé. Nemusí dojít k bolestivému poranění - i slovo může zranit.*“⁹ Z tohoto vyplývá, že pacientovy zlostné výlevy nesmíme vytrhávat z jejich souvislostí. Je dobré se nad agresivní reakce povznést, pacientům nijak neodporovat, chápat jejich rozčilení. Rovněž pomáhá dát nějakým způsobem najevo svůj nesouhlas, například svým pohledem.

Egocentrismus

Egocentrismus znamená upoutávání pozornosti na svou osobu. Dospělí lidé na sebe upoutávají pozornost svým oblečením, líčením, účesem. S touto technikou překonávání komplikací se setkáváme u pacientů, kteří byli zvyklí být středem pozornosti ve společnosti a nyní ze své společenské role vypadli. Může se stávat, že někteří lidé využívají právě nemoci, aby na sebe upoutali pozornost ostatních lidí. Ať už se jedná o kolegy v práci, o členy vlastní rodiny, ale i o zdravotnický personál. Mohou někdy svou nemoc i úmyslně prodlužovat a zhoršovat své problémy, neboť jim postavení nemocného člověka - pacienta vyhovuje.

Identifikace

Nejistý jedinec si často pomáhá identifikací s osobou, která má vlastnosti a schopnosti, které onomu jedinci schází. Toho se dá využít u dvou osob postižených stejnou chorobou, úrazem či náročnou životní situací, z nichž jedna se s danou komplikací vyrovnala zcela bez problémů, a proto může být vzorem pro ostatní.

⁹ Křivohlavý, J. Vážně nemocný mezi námi. Praha : Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89. s. 21 - 22.

Dle mého názoru je identifikace nemocnými hodně využívána. Často se identifikují se silnou osobností, postiženou stejnou chorobou či úrazem, která jim je během jejich rekonvalescence představena a využívají tak její pomoci při návratu k normálnímu životu. Může se ale naopak stát, že se nemocný během své léčby setká a sblíží s osobou, která má stejné onemocnění jako on, ale svému onemocnění podlehla. „*S obdobným jevem je možno se setkat i u návštěvníků pacienta. I ti si přivlastňují zážitky a prožitky pacientů. Kolikrát je možno se setkat s návštěvníkem, který odchází z nemocnice těžkým krokem. Jeho tíseň – navozená tíseň pacienta – mu ztěžuje chůzi.*“¹⁰

Racionalizace

[...] Tato technika vyrovnávání se s náročnou situací spočívá v „rozumném“ vysvětlení nezdaru, neúspěchu, čímž dochází k omluvě před sebou, před svědomím, před druhými. Člověk se snaží zdůvodněním neúspěchu snížit hodnotu cíle, kterého se mu nepodařilo dosáhnout.¹¹

Racionalizací si mnoho lidí ulevuje svému svědomí. Snaží se nějakým racionálním způsobem vysvětlit svoje nezdary či zanedbání vlastního zdraví. Například lidé, kteří zanedbali své zdravotní problémy, nedostavili se včas k lékaři či na požadovaná vyšetření, si nyní omlouvají své chování tím, že jim vlastně nic nescházelo a že by u lékaře stejně jen obtěžovali. Racionalizace je: „*Hledání rádoby moudrých důvodů pro nemoudré věci, které člověk dělá.*“¹²

Kompenzace

[...] Je snaha vyvážit neúspěch nebo selhání v jedné oblasti úspěchem v oblasti jiné. Jde o hledání náhradních aktivit, které by jedinci přinesly uspokojení a pocit společenského zařazení a vážnosti¹³. Kompenzační technika se často vyskytuje u lidí po úrazech či radikálních amputacích. Takto postižený člověk se často začne zajímat o možnost využití svých jiných schopností. Například člověk po úrazu horní končetiny, který hrál na nějaký

¹⁰ Křivohlavý, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha : Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89. s. 83.

¹¹ Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. Brno : IDVPZ, 1997. ISBN 57-856-97. s. 69.

¹² Křivohlavý, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha : Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89. s. 87.

¹³ Kolektiv autorů. *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6. s. 19.

hudební nástroj nebo rád maloval, začne posilovat svaly dolních končetin a začne se zajímat o možnost závodit v běhu nebo lyžovat. Nemocný člověk může svou nahromaděnou energii použít na dokončení svého životního díla. Může začít psát básně, povídky, začne malovat, skládat hudbu. Může se však stát, že člověk své nesnáze začne kompenzovat přejídáním a zde se mohou objevit další problémy jako je nadváha, nevolnost atd. Jedná se o znovunabytí ztracené psychické rovnováhy vykonáváním jiné činnosti.

Projekce

Často se stává, že obviňujeme své okolí za chyby, které jsme udělali sami. Nemocný vkládá svá přání do úst svého spolupacienta, sestry či lékaře. Oznamuje sestře, že pacient vedle trpí žízní, že pan doktor si to takhle přál, že sestra mu to takhle nakázala. Projekce je promítání záměrů, myšlenek, snah a přání z jednoho člověka na druhého.

Trestání sama sebe

Někteří autoři do forem agresivního jednání zařazují i trestání sama sebe, tak zvanou autoagresi. Často se objevuje u jedinců, kteří prošli přísnou výchovou. *“Člověk chápe neúspěch, nemoc či nějakou jinou zátěž jako trest, odplatu za určitý, ať již skutečný či domnělý přestupek, hřích. Případně sám sobě nějaký trest za prohřešek ukládá.”*¹⁴ Například si odepře jídlo, které mu chutná, stanoví si, že vykoná nějakou práci, kterou dělá velice nerad. To může vyvrcholit až sebevražděným pokusem či sebevraždou. Sebevražda se podle některých autorů může zařadit i do únikových reakcí.

¹⁴ Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno : IDVPZ, 1997. ISBN 57-856-97. s. 70.

1.2.2 Únikové reakce

Únikové reakce používá nejčastěji člověk, který prožívá emoce strachu, úzkosti, pocity beznaděje, bezmoci. Mezi únikové reakce patří:

Negativismus

U dospělého člověka se negativismus projevuje například tím, že jedinec má ke všemu námitky, v rozhovoru musí mít vždy poslední slovo, všem odporuje za každou cenu. Jestliže takový člověk onemocní, je s ním často těžká spolupráce. Negativismus se může projevit formou nedůvěry ve zdravotnický personál. Pacient často nedodrží léčebný režim, nespolupracuje s personálem, nebere předepsané léky, odmítá navrhovaná vyšetření. Nebo, což je snad ještě horší, dělá pravý opak toho, co mu lékaři doporučí. To znamená, že začne ještě více kouřit, že se přestane úplně pohybovat, že se začne přejídat tučnými jídly. Negativismus je bohužel častý jev u chronicky nemocných pacientů.

Regrese

Regrese znamená návrat k vývojově nižšímu stádiu než odpovídá věku jedince. Dospělí se mohou začít chovat jako v pubertě, používají vulgární výrazy, berou si s sebou do nemocnice hračky, čtou dětskou literaturu. Může se stát, že se pacient v regresi začne chovat k lékaři jako ke svému otci či k sestře jako ke své matce. „*Tím, že se chová jako dítě, může prožívat – alespoň na chvíli – to, co příjemně prožíval jako dítě a uleví se mu.*“¹⁵ U starších nemocných nabývá regrese formy vzpomínání na staré dobré časy, kdy byli zdraví a plní života. Po zlepšení celkového stavu se často chování těchto pacientů vrátí k úplné normě. Může se však stát, že se pacient stane netečným, přestane bojovat a nechá se probíhajícími událostmi zahltit.

Represe

Represe neboli potlačení znamená, že se nemocný brání tím, že si možné komplikace vůbec nepřipustí, uniká před řešením různých problémů. Může se projevit i disimulací, kdy pacient potlačuje své potíže před zdravotnickými pracovníky.

¹⁵ Křivohlavý, J. Vážně nemocný mezi námi. Praha : Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89. s. 88.

To se stává především v produktivním věku jedince. U lidí, kteří jsou zvyklí pracovat a mají vybudovanou určitou kariéru, mohou to být i vysoce postavení jedinci, kteří se nechtějí svého postu za žádnou cenu vzdát. Zmiňovaní lidé nejčastěji popírají symptomy svých nemocí, což je pro ně velice nebezpečné a může se jim to stát i osudným.

Únik do nemoci

[...] Únik do nemoci volí lidé, které jejich problémy, plynoucí z pracovního nebo rodinného prostředí zatěžují mnohem více než případný pobyt v lůžkovém zařízení a podstupování všech nepříjemných diagnosticko-terapeutických výkonů.¹⁶ Lidé řeší své konflikty v zaměstnání, velkou pracovní zátěž, ale i konflikty a problémy v rodině útekem do nemoci. Velmi častá je tato reakce u jednoho z rozvádějících se partnerů, ale i u jejich dětí. Únikovou reakci se člověk často naučí již v dětství. Nemocné dítě zjistí, že se mu rodiče při jeho onemocnění věnují více než když je zdravé. Proto hrozí, že některé děti se naučí své nemoci zneužívat a v dospělosti se z nich stanou hypochondři. Tito lidé skutečně trpí symptomy nějakého onemocnění, nevymýšlí si je. Přesto existují jedinci, kteří dokáží své problémy pouze předstírat a očekávají, že jim nemoc přinese nějaké výhody, například invalidní důchod nebo poukaz na lázeňskou léčbu. Pak záleží na lékaři, jak jejich problémy posoudí, zda je pošle na další vyšetření a nebo jim pouze splní jejich přání. Zda bude dále zkoumat sociální prostředí, ze kterého jedinec přichází a nebo se o daného „nemocného“ nebude dále zajímat.

Izolace

Člověk se může vyhýbat problémům i tím, že omezuje kontakt s druhými lidmi. S nikým nechce mluvit, s nikým se nestýká, nikoho nechce vidět. Je rád, když si naopak i nikdo nevšímá a neotravuje jeho. Mnozí jedinci pak žijí ve svém vysněném světě bez problémů a komplikací, které by je mohly traumatizovat. Zvláštní případ je i únik do literatury, filmu, počítačové virtuální reality, přičemž okolní svět je označen za nudný a hloupý. V období nemoci se tato reakce může ještě stupňovat, nemocný se může stydět za své onemocnění, nechce o něm s nikým mluvit a stahuje se sám do sebe.

¹⁶ Kolektiv autorů. Základy ošetřování nemocných. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6. s. 21.

Izolaci lze i uměle vyvolat, když nemocného jeho nemoc omezuje natolik, že se není schopen bez cizí pomoci dostat mezi ostatní lidi. Další možnost vzniku izolace je, že se nemocný dostane do nemocnice, zůstává sám se svou nemocí a nemá si o ní s kým promluvit, ač by o to měl zájem. V těchto dvou případech se však nejedná o obrannou reakci nemocného, ale spíše o sociální izolaci zapříčiněnou nemocí, což je velmi častý jev. Zmiňované dva stavy by zdravotničtí pracovníci měli umět rozeznat a maximálně využít času, kdy má nemocný zájem o svých problémech hovořit. Jinými slovy - dát mu šanci se z komplikované situace „vypovídat“.

Fixace

„Znamená ustrnutí na určitém způsobu chování k jiné osobě nebo na určitém způsobu uspokojování potřeby, i když se situace či osoba již změnila a bylo by potřeba chování vůči ní upravit.“¹⁷ Například prarodiče se stále chovají ke svým dětem jako k malým, i když už jsou dávno dospělí a mají své vlastní děti. Sestra či lékař mohou mít zafixovaný určitý způsob chování k pacientovi, jehož stav se mezitím změnil. V tomto případě je třeba tento styl chování změnit, přehodnotit.

Velkou část těchto strategií se člověk naučí již v ranném dětství nebo je nekriticky převezme od svých rodičů, prarodičů nebo starších sourozenců. Mám na mysli například dítě, které často vidělo své rodiče řešit závažné problémy tím, že na sebe křičeli nebo se dokonce bili. Takovýto člověk bude pravděpodobně problémy řešit podobným agresivním způsobem. Podobně, když rodiče řeší problémy s lahví alkoholu v ruce, bude jejich dítě v pozdější době své problémy řešit stejným únikem z jemu nepříjemné situace. Je proto nanejvýš důležité, aby nastalé problémy řešila celá rodina pohromadě. Všichni tak mají možnost si v klidu promluvit a společně vybrat nejvhodnější řešení vzniklé situace. Naučené řešení a vyrovnávání se s problémy si pak dítě odnáší s sebou do svého vlastního života.

¹⁷ Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno : IDVPZ, 1997. ISBN 57-856-97. s. 71.

Kapitolu lze shrnout konstatováním, že zátěžové, obtížné a krizové situace prožívá téměř každý člověk, patří k životu a je nepravděpodobné, že by se jim někdo mohl zcela vyhnout. Rozdíl je v tom, jak se jednotliví lidé s přichozími komplikacemi vyrovnávají, jaké strategie při tom používají. V tom tkví jejich úspěšnost při řešení komplikovaných životních situací. Dle mého názoru výběr dané strategie závisí:

1. na věku jedince
2. na jeho pohlaví
3. na zdravotním stavu a fyzické kondici daného jedince
4. na vztazích v rodině a citovém zázemí
5. na sociální situaci jedince
6. na tom, jak zachází s nabízenými možnostmi
7. na osobnostní charakteristice daného jedince

Z předchozí kapitoly vyplývá, že různí lidé se ve stejné situaci mohou chovat různě. Příkladem může být právě nemoc. Někdo tuto novou, složitou a zátěžovou situaci bude prožívat klidně a s rozmyslem, přichozí strasti bude přijímat, ale bude proti nim zároveň i bojovat. Jiný člověk stejnou situaci bude prožívat poněkud bolestněji a úzkostněji. Bude se bát o svoji budoucnost a může se stát, že své nemoci dokonce podlehne. Uvádím pouze jeden z mnoha příkladů prožívání nových, zátěžových a kritických situací.

1.3 Vyrovnávání se s komplikacemi

[...] Pojem taktika vyrovnávání se s komplikacemi je odvozen od „způsobu, jak postupovat v boji“ nebo od umění využít prostředků, které jsou k dispozici k dosažení dílčích cílů. Jedná se o drobnější kroky, menší dílčí úseky „boje“.¹⁸ Dle profesora Křivohlavého k vyrovnávacím taktikám patří:

Sociální opora

[...] Sociální oporou se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové, komplikované či kritické situaci. Obecně jde o činnost, která

¹⁸ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0. s. 104.

člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.¹⁹ Může se jednat o pomoc sociální skupiny – například spolupracovníků, svépomocné skupiny, skupiny lidí vyznávajících stejnou víru. Nebo o pomoc jednotlivce. Tím může být člen rodiny, známý, přítel. Pomoc může mít i různou formu. Od materiální pomoci přes dodání potřebných informací až po emocionální oporu. Každý nemocný hledá sociální oporu nejvíce ve své vlastní rodině. Pokud je rodina nemocného dobře fungující, každý její člen pozná co je pro jejich nemocného potřeba udělat. Poznají, že potřebuje emočně podpořit v těžkých chvílích svého života. Že je dobré mu být v těchto chvílích nablízku, držet ho za ruku a dodávat mu odvalu v boji proti těžkostem, které musí překonávat. Sociální opora může představovat i nadměrnou zátěž pro pečovatele. Někdy může dojít až k jeho zhroucení.

[...] Většina našich pacientů nehledá soucit. To, o co stojí, je trocha pochopení a podpory v těžké životní situaci. Jen někteří pacienti dokáží využít obvyklého poradenství, ostatní potřebují spíše „vrbu“, které by se mohli svěřit a která by měla pochopení pro jejich zlost či smutek. Dala by jim možnost ventilovat jejich obavy, úzkosti, ale i naděje týkající se budoucnosti jich samotných i jejich rodin.²⁰

Relaxace

Relaxací je myšleno uvolnění. Uvolnění jak tělesné (svalové), tak i uvolnění psychiky. Existuje mnoho způsobů, jak je možné relaxovat. Od skupin vedených odborníky až po samostatné domácí rehabilitační cvičení, cvičení jógy a podobně. Čím více relaxačních technik známe, tím lépe je můžeme využívat v různých zátěžových situacích. U nás se nejčastěji používá Schulzův autogenní trénink nebo Jakobsonova postupná relaxace. U obou dvou jde o postupné uvolňování jednotlivých svalových skupin. Cvičitel si uvolňování musí uvědomovat a to se projeví i v uvolnění psychickém. [...] Ale i naopak, u některých osob se může objevit opačný efekt. Při poslechu relaxační hudby se objevuje podrážděnost, neklid a nervozita. Proto při výběru relaxační hudby a relaxačních technik je potřeba pečlivě vybírat.²¹

¹⁹ Křivohlavý, J. Psychologie zdravý. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4. s. 94.

²⁰ Dingwall, R., R. Pro lepší porozumění. Brno : NCONZO, 2004. ISBN 80-7013-406-2. s. 7.

²¹ Wasserbauer, S., a kol. Výchova ke zdraví. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. ISBN 80-7071-145-0. s. 36.

Hudba

Nemocný se při poslechu jemu příjemné a oblíbené hudby uvolní a to se může pozitivně projevit i v jeho psychickém stavu. Zkrátka dojde k odreagování se a odpoutání myšlenek od nemoci.

Četba knih

Význam četby knih v těžkých situacích byl poznán již dávno. Člověk se od probíhajících komplikací odpoutá a sdílí osudy hrdinů v právě čtené knize. Jestliže člověk z nějakého důvodu číst nemůže či nechce, je dobré, aby mu z jeho oblíbené knihy předčítali jeho příbuzní či známí.

Humor a poskytování sociální opory

Nejlepším lékem na špatnou náladu je humor. Je dobré pobavit se s přáteli, vypovídat se ze svých problémů, zasmát se. Zajít do divadla či do kina nebo na procházku. A možná i někomu pomoci. Usmát se na někoho, pohladit ho. Na mnohé nemocné působí pozitivně členství v nějakém dobročinném spolku, kde pomáhají stejně nemocným či postiženým lidem a sami z pomoci čerpají sílu do dalšího života. Není dobré se izolovat a být se svými problémy sám.

Meditace

Meditace vychází z původně náboženských meditativních forem. Jde o to, zaměřit se na jedno slovo, které se soustředěně vyslovuje na každý nádech po nějaký určený časový úsek. Člověk ztrácí možnost se zaobírat myšlenkami na své problémy. Nebo naopak existuje druh meditace, kdy se člověk zaměřuje na své problémy, ale ne v tom smyslu, že by se jimi nechal užírat, ale v tom smyslu, že hledá vhodná řešení svých komplikací a získává nad nimi nadhled.

Imaginace

„Uklidňujícím působením je známá i forma psychického soustředění, při němž je předmětem určitá situace vyznačující se klidnou atmosférou (například letní krajina u lesa či

*u moře) nebo představa barvy (například modré barvy letní oblohy).*²² V těžké situaci člověku někdy může pomoci i myšlenka na prožitou nepříjemnost a na to, jak těžkost předtím bez problémů zvládl.

Pohyb

Jestliže je nemocný v dobré kondici, může mu být nápomocný i pohyb. Je dobré se jít proběhnout, vyjít ven na krátkou procházku. Jít si zaplavat, jet na výlet do přírody, vyjet si na kole. V dnešní době existuje mnoho druhů kondičních a rehabilitačních cvičení, které jsou vedeny odborníky a které nemocnému pomohou alespoň na chvíli oddálit jeho dosavadní starosti a komplikace. Navíc si nemocný upevňuje i svou fyzickou kondici.

Zdálo by se, že komplikace jsou veskrze negativním elementem. Nezapomínejme však na jednu věc – energie, kterou musíme vynaložit na jejich překonání, není něčím promrhaným. S každou další komplikací, kterou se nám podařilo úspěšně zdolat, získáváme nové zkušenosti a vyšší pocit sebedůvěry. A naopak, komplikace, přes kterou se přenést nedokážeme, nás může učit, že náš život se neskládá pouze z výher. Schopnost vyrovnat se s nezdarem je neméně důležitou součástí lidské existence.

2. Chronicky nemocní pacienti

2.1 Chronické onemocnění

Chronická onemocnění existovala odedávna. V souvislosti s prodloužením průměrného věku a nefyziologickým způsobem života se v průmyslových zemích staly hlavní skupinou mezi příčinami úmrtí. Tyto nemoci jsou často výsledkem dlouhodobého vystavení kombinaci rizikových faktorů jako je kouření, tučná strava, nedostatek pohybu, karcinogeny a nezdravé životní prostředí. Jsou nejčastějším důvodem, proč člověk potřebuje zdravotní péči. Souběžně s tím, jak se zvyšuje jejich zdravotnický význam, stávají se samostatnou problematikou. Je stále zřejmější, že jednotlivým chronickým chorobám nelze přistupovat izolovaně, ale že tvoří jeden komplexní problém.

²² Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0. s. 105.

Chronické onemocnění bude trvat dlouho. Vyznačuje se vleklým průběhem. Dle většiny odborníků se bude jednat o nemoc, která trvá déle než jeden rok a vyžaduje modifikaci normálního způsobu života (viz kap. č. 2.3 Požadavky na chronicky nemocného). Chronická nemoc se bude pomalu vyvíjet, může poškodit zdraví člověka na několik, ale i mnoho let. Dlouho bude trvat i jeho léčba a není zcela jisté, zda se pacient vůbec někdy uzdraví. Zda nebude muset žít s nemocí až do svého konce. V době chronické nemoci prochází pacient několika etapami, ve kterých se postupně se svou nemocí vyrovnává či jí podléhá (viz kap. č. 2.2 Fáze, kterými nemocný člověk prochází).

Existují různé typy průběhu chronické nemoci. Profesor Pacovský je ve své knize *Klinická propedeutika pro magisterské a bakalářské studium ošetrovatelství* dělí na:²³

1. progredující, stále se zhoršující onemocnění
2. onemocnění s obdobími remisí a relapsů – příznaky choroby přechodně ustoupí, nebo dokonce vymizí, ale po nějaké době se znovu objeví
3. onemocnění, které po dlouhém průběhu, třeba i s málo nápadnými příznaky končí smrtí pacienta

2.2 Fáze, kterými chronicky nemocný člověk prochází

V dostupné literatuře jsou fáze, kterými nemocný člověk prochází, popsány a stanoveny poněkud rozdílně. Nejčastěji jsou citovány tak, jak je sestavila Elizabeth Kübler – Rossová v roce 1972. Takto je cituje i Helena Haškovcová ve svých knihách *Spoutaný život* a *Lékařská etika*. Popsané fáze jsou:²⁴

1. šok
2. popření faktu nemoci a stažení se do izolace
3. zloba a hněv
4. smlouvání
5. deprese
6. akceptace pravdy
7. důstojný klid nebo varianta rezignace a zoufalství

²³ Pacovský, V. *Klinická propedeutika : pro magisterské a pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 1999. ISBN: 80-7184-943-x. s. 15.

²⁴ Haškovcová, H. *Spoutaný život*. Praha : Panorama, 1985. s. 33 - 35.

Šok

[...] K šoku dochází u mnoha pacientů, kteří se dozvídají, že se u nich objevilo závažné onemocnění nebo u nich došlo k vážnému úrazu. Tento stav je charakterizován psychicky jako ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Obě formy šoku se mohou v čase prostřídat. Z psychologického hlediska jde o mentální odpoutávání se daného člověka od reality.²⁵

Člověk z nenadála zasažený nějakým neštěstím či útrapou se snaží udržet si od nepříjemných událostí značný odstup a někdy se mu daří kontrolovat i vnější projevy chování. Tím se však snaží zastřít vnitřní chaos vyvolaný nepříjemnou událostí. Nakonec však skoro vždy dojde k dekompenzaci a projevu beznaděje, zoufalství a skleslosti. Může dojít i k psychomotorickému neklidu, výbuchům pláče a snad i k agresivnímu chování. Mohou se objevit i vegetativní příznaky jako jsou bolesti hlavy, nechutenství, palpitace. Ve fázi šoku jsou typické poruchy koncentrace, nepozornost a mnoho dalších příznaků.

Popření faktu nemoci a stažení se do izolace

[...] Po zvládnutí prvního emočního rozrušení dochází obvykle k popření celé jeho situace. Nemocný sebe i své okolí přesvědčuje, že on nemůže být takto nemocný, že je jeho diagnóza mylná. Požaduje další a nová vyšetření. Častokrát navštěvuje i jiné zařízení a jiného lékaře než toho, u kterého mu byla diagnóza stanovena.²⁶ Typické reakce nemocných jsou: „určitě jste se spletli“, „mě rozhodně nic není“.

Zloba a hněv

Pokud je diagnóza znovu potvrzena, pacient často hledá viníka, který by byl za jeho stav odpovědný. Obviňuje lékaře ze špatného předchozího léčení, přemýšlí, jak se v minulosti stravoval a obviňuje i sám sebe, že žil dosavadní život nezdravě. Že málo sportoval, kouřil či málo odpočíval. Hledá a pátrá i po možných genetických zatíženích, které by mohl zdědit po svých předcích. S pacientem ve fázi hněvu je často těžká spolupráce. Nechce se podrobovat dalším vyšetřením, odmítá léčbu, odmítá jakékoliv

²⁵ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0. s. 36.

²⁶ Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno : IDVPZ, 1997. ISBN 57-856-97. s. 74.

změny ve svém životním stylu. Je na nás, abychom pacienta z této nepříjemné fáze rychle a bez úhony dokázali vyvést.

Smlouvání

Pacient začne zvažovat své individuální cíle s ohledem na nemoc. Zvažuje, co by ještě mohl či chtěl vykonat, čeho by se ještě chtěl dožít. [...] Zde záleží zejména na individuálních hodnotách a cílech nemocného, který v otázkách a sdělovaných formulacích zdůrazňuje časově budoucnostně omezené přání toho, co z hlediska vlastní hierarchie hodnot považuje za prioritní, podstatné a nutné.²⁷

Deprese

Dle mého názoru se deprese může projevit ve kterékoliv již zmiňované fázi nemoci. Člověk může být depresivní po sdělení diagnózy, ale i naopak, když prohrává svůj boj se zákeřnou nemocí.

„Vedoucím příznakem je chorobně smutná nálada často doprovázená úzkostí, zpomaleným myšlením a celkovým poklesem výkonnosti, úvahami o sebevraždě. Bývá porucha spánku, změny chuti k jídlu, sucho v ústech, ztráta zájmu o sexuální aktivity. Zpomalení psychomotoriky může nabýt extrémní podoby: pacient tráví většinu času v lůžku, nejí, neoblékne se, nemluví.“²⁸

Každý zdravotnický pracovník by měl umět poznat, kdy pacient prochází depresivní fází svého onemocnění a nabídnout mu některá z možných řešení od psychoterapie až po medikamentózní léčbu, která je v mnoha případech nutná.

Akceptace pravdy

[...] V této fázi dochází k vyrovnávání se s utrpenými ztrátami a navrácení se k normálnímu životu. Tato fáze se vyznačuje mobilizací sil pro nová řešení. Je to období tápavého pokusnictví. K nástupu reparačního procesu je potřeba, aby měl člověk

²⁷ Haškovcová, H. Spoutaný život. Praha : Panorama, 1985. s. 34.

²⁸ Höschl, C., a kol. Psychiatrie pro vyšší zdravotnické školy. Praha : Scientia medica, 1997. ISBN 80-85526-64-6. s. 42.

dostatek vůle, odvahy a duševní energie, což je ztěžováno tím, že v předchozích etapách sil ubývá.²⁹

Důstojný klid

Ve fázi důstojného klidu dochází k postupnému vyrovnávání se se vzniklými změnami a komplikacemi. Pacient realisticky přijímá fakt, že je nemocen a přizpůsobuje se nové situaci. Podrobuje se léčení, spolupracuje s lékaři. Dochází k rozmyšlení o dalším způsobu života. Hledání alternativních řešení.

Rezignace a zoufalství

V poslední fázi, která ovšem nemusí vždy nastat a je dobré, když nenastane, se pacient stahuje do únikového mentálního osamění. Zůstává se svou nemocí sám a dokonce se jí i poddává. Ve fázi rezignace a zoufalství bychom měli nemocným v největší míře pomáhat s jejich nemocí bojovat:

[...] Uchránit nemocného od rezignace a zoufalství je profesionální i lidskou povinností. Možné to je, a proto mnoho dalších autorů zdůrazňuje, že pacient nesmí se svou pravdou zůstat sám. Z tohoto vyplývá, že pacient, kterému byla sdělena závažná diagnóza, potřebuje trvalou či intermitentní provitální pomoc.³⁰

Ze své praxe vím, že chronické onemocnění skutečně probíhá ve výše jmenovaných fázích. Jednotlivé fáze, kterými pacient prochází, mohou trvat různě dlouho. Od dnů, měsíců až let a mohou mít různý charakter. Jak se s chronickým onemocněním člověk „popere“, záleží na charakteristice osobnosti nemocného, na jeho sociálním zázemí, ale i na tom, jak ho jeho nemoc bude omezovat v jeho dalším životě.

²⁹ Jedlička, R.; Klíma, P.; Kořa, J.; Němec, J.; Pilař, J. Děti a mládež v obtížných životních situacích: Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí. Praha : Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0. s. 159.

³⁰ Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-x. s. 190.

2.3 Požadavky na chronicky nemocného člověka

Hodnota zdraví velice souvisí s kvalitou života. Nemoc představuje velký stresový moment, který kvalitu života člověka poškozuje. Nemoc zapříčiní ve větší či menší míře narušení „normálního žití“. Vytváří situace nerovnováhy a přivádí člověka do stavu nutnosti vzepřít se proti ní či se jí přizpůsobit. Změnit své chování. Při chronickém onemocnění je pacientův život nenávratně změněn. Požadavky na klienta jsou vysoké. Pacient by měl být poučen:

1. jak užívat léky
2. o telefonních číslech na nejbližší zdravotnické středisko a pohotovost pro případ, že bude potřebovat pomoc
3. jak reagovat při komplikacích, které mohou mít souvislost s jeho nemocí
4. jakým způsobem nejlépe chorobě přizpůsobit své chování
5. o situacích a činnostech, které mohou jeho obtíže zhoršovat

Stejně jako pacient by měla být edukována i jeho rodina. Její role je velmi důležitá. Je dobré, když jsou schopni ho v této nesmírně těžké situaci podržet a dokáží ho přes jeho komplikace snadněji převést. Myslím si, že velkou pozitivní roli zde hrají i svépomocné skupiny, neboť pacient se může hodně věcí naučit od stejně postižených jedinců.

2.4 Vliv nemoci na biologickou stránku člověka

Nemoc se projevuje ve všech lidských složkách - v biologické, psychické, sociální i duchovní. Nemoc, ať už se jedná o akutní či chronickou záležitost, ubírá člověku na fyzické síle. Člověk mobilizuje ve všech případech obranné mechanismy, jež naše tělo vytvoří proti bakteriím a virům, které náš organizmus napadly. A co teprve, když se jedná o nemoc dlouhodobou, respektive chronickou. Organizmus musí s těmito patogeny bojovat dlouho a často v nerovném boji podlehnout. Dochází k tomu, že napadené či zdegenerované orgány nefungují tak, jak by měly nebo dokonce nefungují vůbec a člověk se zkrátka necítí „ve své kůži“. Záleží na tom, jaký systém či ústrojí v našem těle je poškozeno. Onemocnění dýchacího systému se projeví dušností, trávicího systému nechutenstvím, vylučovacího systému oligurií. Domnívám se, že pacienty nejhůře tolerované je omezení v pohybu a tím i v soběstačnosti. Proto je

nesmírně důležité, aby si každý, i chronicky nemocný člověk, udržoval co nejlepší kondici.

Pokud je to jen trochu možné, je dobré chodit denně alespoň na krátkou procházku, jít si zaplavat, nezavrhovat rehabilitační cvičení. Pohybem se náš organizmus udržuje takzvaně „fit“ a získává novou sílu pro boj se zákeřnou nemocí.

2.5 Vliv nemoci na psychickou stránku člověka

Na psychiku nemocného člověka působí nejvíce stres. Stres jednorázový, při sdělení závažné diagnózy nebo stres dlouhodobý, který může nastoupit ještě u zcela zdravého jedince. Tento stres je způsoben strachem, úzkostí, tísní, nedůvěrou, obavami z blízké či daleké budoucnosti, beznadějí, ztrátou víry v uzdravení, bezmocností a v neposlední míře i narušením harmonie denního rytmu života. Onemocnění, nutnost léčby, nemocniční prostředí, to vše samo o sobě obvykle na nemocného působí depresivně. K tomu se připojují různé obtíže a často i bolest. Výsledkem je zúžení zájmu nemocného až nezájem o cokoliv mimo vlastní osobu a onemocnění. Dále zaujatost, únava, pocit vyčerpanosti, neklid a netečnost, netrpělivost, ztráta vůle, popudlivost nebo naopak lhostejnost, to vše může samotné onemocnění ještě zhoršit:

[...] Změny nálad a emocí jsou časté již na začátku každého onemocnění. Někdy se projevují již krátce před nástupem vlastní nemoci. Setkáváme se s nimi i u tak běžných onemocnění jako je rýma, chřipka a nachlazení, bolesti zubu a podobně. Náladovost, plačtivost, mrzutost, poruchy spánku jsou velmi častým signálem počátku onemocnění u malých dětí, které ještě nedovedou slovy své potíže vyjádřit. Intenzita emočních reakcí nemocného nemusí odpovídat závažnosti onemocnění. Mnozí lidé prožívají emočně velmi silně právě lehká onemocnění, která jim přináší pouze akutní obtíže a nepříjemné prožitky. Překvapivě klidněji však prožívají sdělení závažnější diagnózy, pokud jim v daném okamžiku nepřináší žádné větší somatické obtíže či omezení. Nemocný totiž nemusí ještě ani tušit, jaká omezení ho mohou čekat v budoucnosti. Při opakování některých obtíží se organizmus vyčerpává a reakce mohou být na základě předchozích zkušeností ještě prudší, silnější a méně odpovídající stavu nemocného.³¹

³¹ Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno : IDVPZ, 1997. ISBN 57-856-97. s. 72.

Pro vzájemnou dobrou spolupráci mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky je nutné, aby se pacient co nejdříve uklidnil a podařilo se nám přivést ho do vyrovnaného duševního stavu. Stav vyrovnanosti můžeme u pacienta docílit pomocí zmiňovaných taktik a principů, (viz kap. 1.2 Překonávání životních komplikací), kterými pacient proti svým komplikacím bojuje a které bychom měli znát.

2.6 Vliv nemoci na sociální stránku člověka a na jeho rodinu

[...] Velmi často vidíme úzce zaměřené zdravotnické pracovníky přehlížet lidskou stránku péče o pacienta, ve které se prolínají psychosociální a biologické faktory. Přitom každý z těchto profesionálů si může důležitost těchto věcí snadno uvědomit, podívá-li se na své vlastní reakce, při tak banálním zdravotním problému, jakým je například nachlazení nebo chřipka. I při takovém onemocnění začne zvažovat, nejedná-li se o něco závažnějšího, třeba zápal plic, nebo v případě kuřáka o počínající rakovinu plic. Může dokonce domýšlet možné dopady takového onemocnění na svoji práci a sociální stav.³²

Pacient se v důsledku nemoci ocitá v situaci, kdy ztrácí většinu svých dosavadních rolí. Některá onemocnění člověku neumožňují nadále vykonávat své povolání nebo ho v jeho zaměstnání omezují. Pacient je ohrožen i spadnutím do nižší sociální vrstvy. Častokrát je omezen i v mezilidských vztazích, ať již z toho důvodu, že se za své onemocnění stydí a nechce vycházet do společnosti. Tráví dlouhé dny doma osamocen. Nebo ztratil zaměstnání a nové kontakty s jinými lidmi nevyhledává. Pacient potřebuje také pomoci při hledání své změněné identity. Důležité je vyslechnout jeho názor. Potřeba identity zahrnuje i potřebu neztratit lidskou důstojnost.

Změny nastávají i ve fungování vlastní rodiny. Pokud se vážné onemocnění týká otce jako hlavy rodiny, přebírá po něm tuto roli často někdo jiný, zpravidla to bývá matka nebo dospělý syn. Jak pro pacienta, tak pro osobu, která je nucena roli hlavy rodiny převzít, je to velmi těžká situace. Pacient má pocit, že ztrácí na své důležitosti, že ztrácí svou identitu. Nově vzniknuvší hlava rodiny nemusí tuto pro něj nezvyklou roli zvládat a zde mohou nastat problémy. Jestliže se jedná o nemocnou matku jako pečovatelku o rodinu, taktéž nastávají v rodině velké změny. Opět její roli musí převzít někdo jiný, zpravidla otec či dospívající dcera. Atmosféra v rodině může začít být

³² Dingwall, R., R. Pro lepší porozumění. Brno : NCONZO, 2004. ISBN 80-7013-406-2. s. 10.

napjatá, vztahy mezi členy rodiny nejsou dostatečně pružné, může zde panovat potlačovaná agresivita, komunikace mezi členy rodiny může být emočně chudá a pouze předmětně zaměřená. U některého člena rodiny se mohou nastartovat již zmiňované kompenzační mechanismy, které mají nahradit neúspěšný způsob řešení problémů v rodině vzniklých. Nebo se mohou problémy odsouvat do pozadí a hromadit a zde vzniká začarovaný kruh a narůstání tenze.

Ke každému pacientovi bychom měli přistupovat z holistického pohledu. To znamená vidět pacienta nejen z biologického, ale i z psychologického a sociálního hlediska. Výraz „bio-psycho-sociální“ zahrnuje interakci sociálních a psychologických faktorů s faktory biologickými. Faktory přinášející psychické a sociální změny vycházejí z biologických příčin onemocnění a odrážejí se v psychice nemocného. Proto je nanejvýš důležité, aby zdravotničtí pracovníci nezapomínali na psychickou a sociální stránku nemoci, aby si uvědomovali, že každý pacient je jedinečný a péče o něj by měla být koncipována s ohledem na jeho základní charakteristiky. Každý pacient může reagovat jinak a má na své reakce právo.

Z předchozí kapitoly vyplývá, že zdravotničtí pracovníci při práci s vážně nemocnými lidmi nesmí na celistvý bio-psycho-sociální přístup zapomínat. Nikomu není příjemné, když se o něj nebo o jeho příbuzné ve zdravotnickém zařízení stará personál, který se o pacientech vyjadřuje jako o diagnózách nebo o lůžku na kterém leží. Personál, který s pacienty nekomunikuje, nic jim nevysvětlí a celý den se na ně neusměje. V takovémto zdravotnickém zařízení by asi nechtěl být hospitalizován nikdo z nás i kdyby si byl zcela jist, že po stránce základních, biologických potřeb (příjmu potravy a tekutin, vyprazdňování, hygieny atd.) je o něj postaráno dobře.

2.7 Cíl péče o chronicky nemocného člověka

[...] Úsilí zdravotníků by nemělo být zaměřeno pouze na to, aby pacient se svou nemocí dlouho žil, ale aby tyto roky prožil co možná nejhodnotněji. Požadavek kvalitního života znamená, aby člověk i v nemoci mohl žít přijatelným způsobem ve svém domově a se svými blízkými, aby mohl využívat své schopnosti, nadání, zájmy, aby zbytečně netrpěl

bolestí a byla respektována jeho důstojnost a jeho práva, aby se mu dostalo vlídného a chápajícího přístupu ze strany zdravotníků.³³

Cílem péče o chronicky nemocného pacienta není jeho chorobu úplně vyléčit, ale umožnit mu pokračovat v nezávislém životě a těšit se z něj. Pro pacienta je přínosné, když se může aktivně podílet na téměř každém kroku rozhodování o léčebném postupu. Nejde pouze o to, že lidé chtějí být obecně samostatnější a více rozhodovat o svém zdraví. Bez aktivního partnerského vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem není efektivní léčba chronického onemocnění vůbec možná. Neméně podstatné je podporovat snahu nemocného o získání co největší soběstačnosti a napomáhat rozvoji činností, které pacientovi dávají nový smysl života. Je důležité, abychom chronicky nemocného pacienta, pokud je to jen trochu možné, byli schopni co nejdéle udržet v prostředí jemu známém bez nutnosti hospitalizace. Ta totiž často stav nemocného ještě zhorší. Léčba každého pacienta by měla být plánována individuálně a s ohledem na základní charakteristiky každého pacienta. Jen tak mohou být její výsledky optimální, vyhovující pacientovi, ale i uspokojující personál, který se o pacienta stará. Všichni bychom se měli snažit dosáhnout stejného cíle společným úsilím a partnerskou spoluprací zlepšit co nejvíce kvalitu života každého z našich pacientů:

„Jeden z důvodů jistého podceňování životů nemocných zdravými výstižně vyjadřuje Thomas Mann v knize Kouzelný vrch: “Soucit, který má zdravý člověk s nemocným a který stupňuje až k úctě, protože si nedovede vůbec představit, jak by asi mohl sám takové útrapy snášet – tento soucit je hodně přehnaný, nemocný si ho vůbec nezaslouží a je potud důsledkem chyby v myšlení a fantazii, že zdravý člověk podkládá nemocnému svůj vlastní způsob, jakým věci prožívá a představuje si, že nemocný je také zdravý člověk, který musí snášet utrpení nemocného, a to je naprostý omyl. Nemocný člověk je zkrátka nemocný a má povahu a modifikovaný způsob zážitků nemocného člověka, nemoc si už svého člověka přizpůsobí tak, aby spolu vycházeli.“³⁴

³³ Znojová, M. Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa. Stěžeň, 2004, roč. 15, č. 3, s. 15 - 17. ISSN 1210-0153.

³⁴ Tamtéž s. 15 - 17.

3. Dialyzovaní pacienti

3.1 Selhání ledvin

Definice selhání ledvin

„Je to stav, kdy ledviny nejsou schopny zbavit se dusíkatých katabolitů a nejsou schopny udržet vodní a elektrolytovou rovnováhu ani při tělesném klidu, bazálním příjmu bílkovin a normální činnosti ostatních orgánů. U pacienta nalezneme v krvi vysokou hodnotu ury, kreatininu, kyseliny močové, většinou hyperkalémií, (výjimečně hypokalémií), acidózu aj.,³⁵

Dělení selhání ledvin

Selhání ledvin se dělí dle rychlosti vzniku příznaků na:

- akutní
- chronické

3.1.1 Akutní selhání ledvin

K akutnímu selhání ledvin dochází po náhlém a závažném poškození ledvin, ledviny mohou na krátké období přestat fungovat, poté se částečně nebo úplně jejich funkce obnoví. V těžší formě je spojeno s poklesem diurézy.

„Akutní selhání ledvin se označuje stav, kdy glomerulární filtrace poklesne do té míry, že konzervativními prostředky již rovnováhu vnitřního prostředí nelze udržet. V takovém případě je nutné zahájení dialyzační léčby.“³⁶

3.1.2 Chronické selhání ledvin

Chronické selhání ledvin je progresivní stav, kdy dojde během dlouhého období (často i mnoho let) k nezvratnému poškození ledvin. V konečném stádiu selhání již ledviny nejsou schopny plnit svou funkci.

³⁵ Schüick, O., a kolektiv autorů. Nefrologie pro sestry. Brno : IDVPZ, 1994. ISBN 80-7013-165-9. s. 59.

³⁶ Kolektiv autorů 1. interní kliniky FVL UK. Selhání ledvin a jeho léčení. Praha : Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1990. ISBN 80-7066-106-2. s. 161.

Příčiny vzniku chronického selhání ledvin

Příčiny chronického selhání ledvin jsou multifaktoriální, nejčastěji jde o:³⁷

- diabetickou neuropatii
- glomerulonefritidu
- intersticiální nefritidu
- nefrosklerózu
- polycystickou degeneraci ledvin

Klinický obraz chronického selhání ledvin:

[...] Rozvoj ledvinného selhání může být plíživý. Pacient má nespecifické obtíže, které se dostávají velice pozvolna a tudíž si na ně rychle zvykne a vnímá je jako slabé a málo obtěžující a to může být pro nemocného nebezpečné. Mezi příznaky ledvinného selhání patří bolesti hlavy, únava při dříve tolerované námaze, malátnost, snížená výkonnost, hypertenze, otoky dolních končetin hlavně kolem kotníků, dušnost, svědivka, zažívací potíže jako je anorexie a zvracení.³⁸

Komplikace chronického selhání ledvin:³⁹

1. Hromadění zplodin tělesného metabolismu - Zvýšení hodnot urey, kreatininu, kyseliny močové a dalších zplodin metabolismu v krvi projevující se nevolností, zvracením, únavou a někdy až poruchou vědomí. Problémy mohou působit i léky, které se zdravými ledvinami normálně vyloučí, ale při selhání ledvin se v organismu kumulují a mohou ho poškodit. Hromadění některých kyselin vede k acidóze, která může zhoršovat dušnost.
2. Převodnění organismu - Poškozená ledvina není schopna vyloučit přebytek vody a soli z organismu močí, objeví se otoky dolních končetin, dušnost, hypertenze.
3. Hyperkalémie - Draslík se do organismu dostává potravou, vylučován je převážně ledvinami. Zvýšení hladiny draslíku nad 6 mmol/l může být nebezpečné z hlediska

³⁷ Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996. s. 5.

³⁸ Tamtéž s. 5.

³⁹ Tamtéž s. 5 - 6.

srdečního selhání. Hyperkalémie se může projevit pocity brnění končetin a okolo úst, snížením svalové síly. Vzhledem k tomuto nebezpečí jsou nutná dietní opatření omezující příjem draslíku u většiny nemocných, zvláště v pokročilých stádiích nemoci.

4. Anémie - Vzniká na podkladě snížení množství krevního barviva a počtu červených krvinek při nedostatku erythropoetinu, hormonu, který vzniká ve zdravé ledvině, kde podporuje krvetvorbu. Kromě toho se na chudokrevnosti při chronickém selhání ledvin podílí řada jiných faktorů, například nedostatek železa, kyseliny listové, ale i krevní ztráty při léčbě hemodialýzou.
5. Poškození kostí - Při chronickém selhání ledvin dochází k poruše tvorby kostní tkáně následkem zadržování fosforu v organizmu, zvýšenými ztrátami vápníku nemocnými ledvinami, nedostatečnou tvorbou aktivní formy vitamínu D a někdy i nadbytečnou tvorbou parathormonu, hormonu příštítných tělísek. Poškození kostní tkáně se projevuje bolestmi v kostech či kloubech.
6. Hypertenze - Dlouhodobé hodnoty krevního tlaku by neměly přesahovat 140/90 torrů. Tento nálezný je u nemocných se selhanými ledvinami velmi častý, může souviset s převodněním organizmu.
7. Polyneuropatie - mezi zbývající komplikace patří postižení periferních nervů končetin, projevující se brněním, špatným vnímáním polohy končetin, bolesti dolních končetin.
8. Ostatní - Nemocní se selhanými ledvinami mají větší sklon k překyselení žaludku a poruše jeho sliznice, nepříjemnou komplikací je zánět osrdečníku, který většinou vyžaduje nutnost zahájení dialýzy, vyjímečně i operační výkon.

Prognóza chronického selhání ledvin

Chronické selhání ledvin je progredující onemocnění, nejčastěji dospívající až do stádia úplného selhání jejich funkce. Pacient je často odkázán na některou z očišťovacích metod krve. Tato skutečnost je nemocnými nejprve vnímána velmi negativně, ale posléze většina z nich zjistí, že i s dialýzou se dá žít relativně plnohodnotný a kvalitní život, nehledě na to, že existuje i možnost transplantace ledviny.

3.2. Druhy léčby při selhání ledvin

3.2.1 Konzervativní léčba při selhání ledvin

Používá se v době, kdy ledviny mají ještě částečně zachovanou svoji funkci. Jejím cílem je organismus v tomto stavu udržet co nejdéle a omezit negativní dopad snížené funkce ledvin na pacienta. Základem této léčby je dieta.

Dieta

Vhodné složení diety může u nemocných s chronickým selháním ledvin oddálit definitivní zánik ledvinných funkcí a tedy i nutnost náhrady funkce ledvin. Někdy umožňuje překlenout období, kdy nemocný musí čekat na zařazení do dialyzačního léčení, neboť jeho AV fistule (o které se budu zmiňovat v kapitole 3.3.3 Odlišnosti přípravy pacienta na hemodialyzační léčbu) ještě není řádně vyvinuta. Princip diety vychází z omezené funkce ledvin, jejich snížené schopnosti očišťovat organismus o nadbytečně dodávanou sůl, draslík, fosfor nebo látky vznikající při metabolismu živin, především bílkovin.

Ve své práci nastíním pouze základní principy dietních opatření, neboť problematika diet u nemocných se selhávajícími ledvinami je velice obsáhlá.

[...] Nemocný by měl omezit v určité míře slaná jídla, ovoce a zeleninu, mléčné výrobky a zdroje bílkovin. Současně však dieta musí být energeticky hodnotná, aby v organismu nedocházelo k rozkladu vlastních tkání a tedy k další zátěži zplodinami metabolismu.⁴⁰

Energie

Aby organismus mohl zajistit veškeré potřebné funkce a mohl využít bílkoviny přijaté potravou, musíme zajistit dostatečný příjem energie, kterou získáváme hlavně z tuků a sacharidů. Při nedostatečném přísunu energie do organismu dochází k jejímu získávání z přijatých bílkovin, a tím dochází k rozvoji katabolizmu. Rozvíjí se kachexie a otrava organismu zplodinami metabolismu (ureou, kreatininem, kyselinou močovou), důsledkem jsou orgánová poškození. Doporučený příjem energie na den je 150 KJ

⁴⁰ Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996. s. 7.

(35 kcal) na 1kg optimální tělesné hmotnosti. Nemocný by neměl hladovět. Redukční diety nejsou pro nemocné se selhávajícími ledvinami příliš vhodné, používají se pouze u extrémně obézních jedinců a pod dohledem lékaře nebo dietního terapeuta.

Bílkoviny

Bílkoviny jsou pro život člověka nezbytné, nicméně jsou zdrojem některých zplodin metabolismu. Biologicky hodnotné bílkoviny obsahuje především maso, mléčné výrobky, vejce a další potraviny živočišného původu. Bílkoviny rostlinného původu se pro vysoký obsah draslíku a fosforu do jídelníčku dialyzovaných pacientů příliš nehodí. Je prokázáno, že omezení příjmu bílkovin zpomaluje zánik ledvinných funkcí a tím oddaluje nutnost náhrady funkce ledvin. Avšak jejich přílišné omezení může vyvolat úbytek svalstva, chudokrevnost, atd. Množství bílkovin ve stravě ordinuje nemocnému jeho ošetřující lékař nebo dietní terapeut na základě vyšetření ledvinných funkcí a zhodnocení celkového stavu pacienta. Jedná se většinou o množství 0,5 - 0,8 g bílkoviny na kilogram ideální hmotnosti pacienta.

Tekutiny

Pro zachování rovnováhy tekutin v organismu musí být zachována rovnost mezi příjmem a výdejem tekutin. Nemocný v renální insuficienci může být ohrožen jak hyperhydratací tak i dehydratací. Proto je nutné, aby nemocný sledoval svůj výdej tekutin, především zbytkovou diurézu, a dle toho i denní příjem tekutin korigoval. Hyperhydratace se může projevit hypertenzí, otoky dolních končetin až srdeční insuficiencí, naproti tomu příznaky dehydratace jsou celková slabost, žízeň, bolesti hlavy atd.

Minerální látky (Na, K, Ca, P, Fe)

Natrium je součástí soli, proto je důležité omezení slaných jídel. Zvláště nemocní se sklony k otokům, dušnosti a hypertenzi by se měli vyvarovat přesolených potravin jako jsou uzeniny, slané sýry a konzervovaná jídla.

[...] Omezení draslíku nebývá nutné u lehčích forem ledvinného selhání, zvláště pokud nemocný močí. U pokročilejšího stádia ledvinného selhání, kde tvorba moči poklesla pod 1000 ml/24 hodin, nejsou ledviny schopny odstranit přebytečný draslík a nemocný je tak ohrožen hyperkalémií se všemi jejími následky. Draslík je obsažen prakticky ve všech jídlech. Vzhledem k tomu, že bez bílkovin se organizmus neobejde, celkové snížení přívodu draslíku může být dosaženo především omezením zeleniny a ovoce ve stravě, z nichž se navíc draslík uvolňuje rychleji. Nevhodné jsou zejména banány, peckoviny, hroznové víno, fíky, ořechy a veškeré sušené ovoce. Ze syrové zeleniny je vhodné jíst v přiměřeném množství salátové okurky a hlávkový salát. Vařenou zeleninu včetně brambor je dobré zbavit přebytečného draslíku tím, že jí naložíme na několik hodin do vody, před vařením pak vodu slijeme a použijeme novou. Nedostatek vitamínů z omezeného příjmu ovoce a zeleniny nahradíme vitamínovými tabletami.⁴¹

U nemocných se selhávajícími ledvinami se v jejich organizmu hromadí fosfor a podílí se významnou měrou na vzniku uremické kostní nemoci. Pro jeho snížení by nemocní měli vynechat ze svého jídelníčku sýry s vysokým obsahem tuků v mléčné sušině, mléko, jogurty, máslo, čokoládu, potraviny s vysokým obsahem hrubé vlákniny, droždí, coca-colu. Potraviny, které obsahují vápník, ve velké míře obsahují i fosfor, proto je nutné vápník do těla dodávat ve formě tablet, které dává lékař dle hladiny vápníku v organizmu. Železo je nutné pro tvorbu červených krvinek. U lidí se selhávajícími ledvinami ho doplňujeme léky, které se užívají nalačno, železo se tak lépe vstřebává.

Sestavení jídelníčku pro jednotlivé pacienty je věcí individuální a záleží na stádiu selhávání ledvin, na přidružených chorobách, na zvyklostech pacienta a schopnosti spolupráce pacienta i jeho rodiny.

⁴¹ Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996. s. 8 - 9.

3.2.2 Farmakoterapie při selhání ledvin

Léky a jejich dávkování určuje nemocnému lékař v nefrologické ambulanci, kam nemocný dochází na pravidelné kontroly. Při selhávání ledvin jsou nejčastější medikací:⁴²

1. diuretika – léky na odvodnění a odstranění nadbytečné soli v organizmu
2. antihypertenzíva – léky na snížení krevního tlaku
3. vitamíny
4. vápník a vazače fosfátů
5. léky na chudokrevnost

3.2.3 Náhrada funkce ledvin

U nemocných s pokročilým selháním ledvin je k zachování života nutná náhrada funkce ledvin. Existují tři možnosti náhrady funkce ledvin, které se navzájem doplňují.

Jedná se o:

1. hemodialýzu – léčbu umělou ledvinou
2. peritoneální (pobřišnicovou) dialýzu
3. transplantaci ledviny

3.2.3.1 Hemodialýza

Hemodialýza je v současné době nejpoužívanější metodou náhrady funkce ledvin. „*Léčba umělou ledvinou znamená takovou náhradu vylučovací funkce ledvin, která umožní další život pacienta.*“⁴³

Princip hemodialýzy

Principem hemodialýzy je očišťování krve od zplodin metabolismu převážně difúzí, méně filtrací a nepatrně adsorpcí a odstraňování přebytku vody z organizmu filtrací nebo ultrafiltrací.

[...] Jelikož dialyzační membrána je polopropustná, přecházejí přes ni látky jako močovina, kreatinin a jim podobné z krve do dialyzačního roztoku koncentračním

⁴² Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996. s. 10.

⁴³ Dusilová-Sulková, S. Hemodialýza jako metoda léčby selhání ledvin. Sestra v diabetologii, 2006, roč. 2, č. 1, s. 23 - 25, ISSN 1801-2809.

spádem. Tento děj se označuje jako difúze. Difúze přes polopropustnou membránu se nazývá dialýza. Kromě již jmenovaných katabolitů je potřeba pacientům odstranit i vodu, protože pacienti se selhanými ledvinami téměř nemočí. V mezidialyzačním období zadrží určité množství vody, tak stoupá jejich tělesná hmotnost. Tělesná hmotnost pacienta před dialýzou je obvykle vyšší než po dialýze. I když váhový přírůstek měříme jako hmotnost v kilogramech, jedná se vlastně o objem v litrech. Každý pacient má stanovenou „suchou váhu“. To je optimální hmotnost, při které nemá žádné otoky, dýchací obtíže, při které se zkrátka cítí dobře. Přebytečnou vodu při hemodialýze odstraníme ultrafiltrací. K ultrafiltraci dochází tehdy, je-li na krevní straně dialyzační membrány (uvnitř kapiláry) vyšší tlak než na straně opačné, tj. tam, kde proudí dialyzační roztok. Hemodialyzační monitory jsou konstruovány tak, že obsluha zadá požadované množství tekutiny, které je během několikahodinové hemodialýzy potřeba odstranit a přístroj sám nastaví technické parametry, aby při daném typu dialyzátoru byla dosažena požadovaná ultrafiltrace. Určité parametry se dají sledovat a měnit během celého dialyzačního ošetření. Pro každého pacienta se musí zadat parametry procedury, aby co nejvíce vyhovovaly individuálním požadavkům na kvalitní a bezpečnou léčbu.⁴⁴

Provedení hemodialýzy

Hemodialyzační léčba probíhá ambulantně. Je možné ji provádět díky mimotělnímu oběhu, který se skládá z dialyzačních setů a z dialyzátoru. Před příchodem pacienta na středisko personál připraví podle individuálního rozpisu, který stanoví lékař, přístroj s příslušnými roztoky, dialyzátorem, sety a jehlami. Před napojením pacienta na dialyzační monitor sestra pacienta zváží a změří mu krevní tlak. Tím zjistí, kolik tekutiny je třeba během hemodialýzy odstranit. Zahájení hemodialýzy spočívá ve vpichu dvou jehel speciálně vytvořených pro vpich do AV fistule nebo příprava katétru pro napojení na dialyzační set. Po napojení je krev pumpou poháněna z jedné jehly setem k dialyzátoru, odtud se očištěná krev vrací druhou jehlou zpět do oběhu pacienta. „*Při hemodialýze se krev dostává extrakorporálně a přichází do styku s cizím materiálem (dialyzátor,*

⁴⁴ Dusilová-Sulková, S. Hemodialýza jako metoda léčby selhání ledvin. Sestra v diabetologii, 2006, roč. 2, č. 1, s. 23 – 25. ISSN 1801-2809.

sety), což vede k celé kaskádě reakcí, jejichž výsledkem je její srážení.“⁴⁵ Proto se při hemodialýze podávají antikoagulační látky, nejužívanější je heparin.

Po uplynutí doby léčení je celý systém propláchnut fyziologickým roztokem, aby nevznikaly přílišné krevní ztráty. Odstraní se jehly a sterilními tampóny se mírným tlakem na místa vpichu zastaví krvácení. Pacient ranku odmačkává přibližně 5 minut. Místo vpichu se přelepí sterilní náplastí, kterou pacient odstraní za 24 hodin po nalepení. Po dialýze se pacientovi změří krevní tlak a zváží se. Veškeré údaje se zaznamenávají do dialyzačního protokolu.

Cévní přístupy pro hemodialýzu

Kvalitní cévní přístup je pro hemodialýzu nutný k zajištění dostatečného průtoku očišťované krve. Jsou známé tři možnosti cévního přístupu pro hemodialýzu. Je to:

- arteriovenózní zkrat
- katetr subklaviální, jugulární nebo femorální
- permanentní katetr typu perm-cath

Nejčastěji se vyskytující komplikace v průběhu hemodialýzy

Hypotenze

„Hypotenze je komplikací nejčastější a postihuje asi třetinu pacientů.“⁴⁶ Její příčiny jsou různé. Může vzniknout:⁴⁷

- zmenšením intravaskulárního objemu (špatně stanovenou suchou váhou nemocného nebo stahováním velkého množství vody při dialýze)
- neschopností kompenzatorní vazokonstrikce
- srdečním onemocněním
- vzácnými příčinami jako jsou krvácivé stavy

⁴⁵ Lochmanová, J. Očišťovací metody krve. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-749-4. s. 37.

⁴⁶ Tamtéž s. 46.

⁴⁷ Tamtéž s. 47.

Léčba spočívá v uvedení pacienta do Trendelenburgovy polohy a v podání potřebného množství fyziologického roztoku přímo do venózní linky dialyzačního setu. Tato léčba má pozitivní efekt zejména při hypotenzi vzniklé velkou ultrafiltrací.

Svalové křeče:

[...] Nejčastější příčinou svalových křečí je náhlá kontrakce objemu extracelulární tekutiny, která vede k hypoperfúzi a ischemii tkání. Ke křečím dochází velmi často s poklesem krevního tlaku během vysoké ultrafiltrace. Další vyvolávající příčinou křečí může být nízká hladina sodíku v dialyzačním roztoku s rezultující hyponatrémií. Léčba spočívá v korekci hypotenze a v intravenózní aplikaci hypertonického roztoku NaCl, nebo glukózy. Aplikace NaCl je účinnější, ale vyvolává vyšší natrémii a tím i větší pocit žízně po dialýze. Nemocní mají vyšší váhové přírůstky, tím vzniká začarovaný kruh.⁴⁸

Nauzea a zvracení

Etiologie nauzey a zvracení je multifaktoriální, nejčastější příčinou je pokles krevního tlaku. Další příčinou může být i intolerance acetátu. Léčba je podobná jako v předchozích případech, spočívá v léčbě hypotenze.

Bolest hlavy

Je méně častou komplikací, multifaktoriální etiologie. Nejčastěji se objevuje při hypertenzi. Léčí se dle vyvolávající příčiny, mnohdy pomůže podání analgetik.

Bolesti na hrudi a v zádech

„Během hemodialýzy mohou u nemocných s ischemickou srdeční chorobou progredovat anginózní potíže současně s hypotenzí nebo s hypoxémií. Izolovaná bolest v zádech vždy provází hemolýzu.“⁴⁹

Svědivka

Patří spíše ke komplikacím pravidelného dialyzačního léčení. Je příznakem poruchy kalciofosfátového metabolismu. Může však být i příznakem alergické reakce na

⁴⁸ Sulková, S., a kol. Hemodialýza. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-22-8. s. 257 - 258.

⁴⁹ Tamtéž s. 258.

některý z materiálů používaných při hemodialyzačním ošetření. Léčebné opatření spočívá v úpravě dietního režimu pacienta, v podávání antihistaminik či změnou používaného materiálu, na který je nemocný alergický.

Arytmie

[...] Vyskytují se poměrně často, zejména u nemocných léčených digitálovými přípravky. Iontové změny při hemodialýze mohou narušit činnost převodního systému srdečního. Nejčastějšími arytmiemi jsou fibrilace síní a supraventrikulární tachykardie. Prevencí je zábrana hypotenze a minimalizace elektrolytových změn.⁵⁰

Vzduchová embolie

Je jednou z nejnebezpečnějších, avšak v menší míře se vyskytujících komplikací. Nejčastěji bývá způsobena chybou obsluhy dialyzačního přístroje nebo technickým zkratem přístroje.

Samozřejmě je známo mnohem více komplikací, které se mohou při hemodialýze vyskytnout. Zmiňuji zde pouze ty, které se při hemodialýze objevují nejčastěji.

Omezení pacientů léčených hemodialýzou

Pacienti na dialyzačním sále mají možnost sedět v polohovacím křesle, v některých zařízeních používají lůžka. Měli by se převlékat do domácího oděvu z důvodů přenosu infekce z dialyzačního střediska i pro jejich vlastní pohodlí. Při hemodialýze si mohou číst, dívat se na televizi, povídat si s ostatními pacienty a personálem, odpočívat. Nemusí se bát usnout, neboť veškeré parametry jsou zabezpečeny alarmovým systémem monitoru.

Hemodialýza obvykle trvá 4 - 5 hodin a opakuje se 2 - 3 krát týdně. To znamená, že ročně jich pacient absolvuje více než 150. Zamyslíme-li se nad tím, zjistíme, jak náročný je běžný život pacienta léčeného umělou ledvinou. Musí třikrát týdně trávit přibližně 6 hodin na dialyzačním středisku, v mezidobí je omezován v příjmu tekutin

⁵⁰ Sulková, S., a kol. Hemodialýza. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-22-8. s. 259.

i některých potravin, je omezován v pracovním životě, ve společenském životě, v uplatnění i v cestování.

3.2.3.2 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza představuje druhou metodu, používanou k náhradě funkce ledvin při jejich selhání.

Princip peritoneální dialýzy

Při této metodě je dialyzační membránou peritoneum. Pokrývá nejen stěnu dutiny břišní, ale i všechny nitrobřišní orgány, čímž se zvětšuje jeho účinná plocha.

„Pobřišnice může fungovat jako polopropustná membrána. Této vlastnosti využívá peritoneální dialýza k odstraňování katabolitů z organismu.“⁵¹ Je schopná principů dialýzy – difúze i ultrafiltrace. Při peritoneální dialýze se do dutiny břišní napustí přes katétr, který je pevně zafixován ve stěně břišní, sterilní dialyzační roztok v množství 1 - 3 litry a ponechá se různě dlouhou dobu dle typu metody. [...] Do roztoku přecházejí prostřednictvím sítě kapilár na pobřišnici podle koncentračního či tlakového spádu nejrůznější zplodiny látkové výměny a také přebytečná voda. Poté je dialyzační roztok z dutiny břišní stejným katétreem vypuštěn a celá procedura se opakuje.⁵² Přestup látek přes peritoneum se děje za pomoci dvou fyzikálních principů – difúze a konvence.

[...] Difúzí přecházejí látky polopropustnou membránou po koncentračním spádu. Rychlost přestupu látek difúzí závisí přímo úměrně na koncentračním rozdílu, nepřímo úměrně na velikosti molekuly, která má peritoneem projít a na rezistenci peritoneální membrány, která je individuálně odlišná. Difúzí se odstraňují především malé a střední molekuly jako je kreatinin, urea, ionty.

Konvence znamená přechod látek přes membránu na základě rozdílu osmotických či hydrostatických tlakových sil. Při peritoneální dialýze se uplatňují síly osmotické, neboť napuštěný dialyzační roztok má vůči tekutině v cévách vyšší koncentraci osmoticky aktivních látek. Konvencí se odstraňuje zejména voda.

⁵¹ Sulková, S.; Nermutová, L. Peritoneální dialýza pro sestry. Brno : IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-261-2. s. 5.

⁵² Major, M.; Svoboda, L. Náhrada funkce ledvin – hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254- 127-7. s. 23.

Jako osmoticky aktivní látka se do peritoneálního roztoku přidává glukóza. Vyšší koncentrací glukózy se zvyšuje i množství ultrafiltrátu.

Difúze a konvence jsou na sobě nezávislé, avšak ne úplně. Ultrafiltrace zvyšuje odstraněné množství látky, neboť ultrafiltrovaná voda z organismu s sebou strhává do dialyzačního roztoku i ionty a malé molekuly urey, kreatininu a dalších zplodin metabolismu. Na druhé straně difúze sníží koncentraci glukózy v dialyzačním roztoku a tím klesá ultrafiltrační schopnost⁵³.

Formy a průběh peritoneální dialýzy

Peritoneální dialýza probíhá doma. Pacient i rodinní příslušníci musí být s léčbou podrobně obeznámeni. Určený zdravotnický pracovník, nejčastěji to bývá proškolená zdravotní sestra, léčbu v domácím prostředí kontroluje a pacientovi s ní pomáhá. Základní postup, tj. výměny dialyzačního roztoku, je u všech pacientů stejný, ale existuje více typů peritoneálních dialyzačních režimů. Rozdíly jsou i ve složení dialyzačních roztoků a v množství roztoku, který si nemocný do dutiny břišní napouští.

Vlastní výměna dialyzačního roztoku

[...] Vlastní výměna začíná napojením systému vaků a vypuštěním roztoku z dutiny břišní. V další fázi se provede proplach Y setu malým množstvím čerstvého dialyzačního roztoku, ten projde setem od napouštěcího do vypouštěcího vaku, koncovka peritoneálního dialyzačního katétru je přitom uzavřena. Následuje napuštění čerstvého předehřátého dialyzačního roztoku do dutiny břišní. Nakonec se uzavře peritoneální katétr a odpojí se od systému vaků⁵⁴.

Vše by mělo probíhat za sterilních podmínek, jelikož peritoneum je velice náchylné k infekci. Poté se vypuštěný ultrafiltrát zvaží, abychom věděli, kolik tekutiny se nemocnému podařilo odstranit. Celá procedura trvá zhruba 20 minut.

⁵³ Sulková, S.; Nermutová, L. Peritoneální dialýza pro sestry. Brno : IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-261-2. s. 23.

⁵⁴ Major, M.; Svoboda, L. Náhrada funkce ledvin – hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254- 127-7. s. 23.

Dialyzační roztok

Dialyzační roztoky se vyrábí o objemu 1 - 3 litry. Jsou připravovány přísně sterilně v plastických vacích. Naplněný vak je v soupravě s vakem prázdným a jsou spojeny Y hadičkou: [...] Obsahují natrium, kalium, kalcium, magnézium fosfor, chloridy, laktát, fextrózu. Do vaku lze dle potřeby přidat heparin, inzulin u pacientů s cukrovkou, antibiotika při peritonitidě.⁵⁵

Nejčastěji se vyskytující komplikace v průběhu léčby peritoneální dialýzou

Peritonitida

Je nejčastější a velice závažnou komplikací peritoneální dialýzy. S technickým pokrokem se počet peritonitid snižuje. Peritonitida se projevuje bolestí břicha, nauzeou, zvracením, průjmem, v dialyzátu se prokáže patogenní mikroorganismus a pacient vypouští z dutiny břišní zakalený roztok. Její vstupní bránou je nejčastěji kontaminace katétru. Léčba je komplexní, provede se laváž třemi vaky dialyzačního roztoku, zahájí se léčba antibiotiky. Katétr se odstraňuje až tehdy, když naordinovaná léčba nezabírá a příznaky neustupují.

Infekce výstupu katétru nebo tunelu

Projevuje se zarudnutím pokožky v místě výstupu peritoneálního katétru. Někdy se objeví i hnisavý výtok. Nepostihuje pouze kůži, ale může přejít i do ostatních vrstev břišní stěny. Léčí se antibiotiky.

Mechanické komplikace

[...] Souvisejí s katétre. Nevhodnou polohu katétru je někdy možné napravit repozicí. Může jít i o jeho obstrukci, v tomto případě zkusíme fibrinolitika, někdy musí být katétr vyměněn. Dalším problémem může být například špatný odtok dialyzátu z dutiny břišní, únik dialyzátu do dutiny hrudní nebo do genitální oblasti. Ze zvýšeného nitrobřišního tlaku mohou vzniknout hernie.⁵⁶

⁵⁵ Lochmanová, J. Očišťovací metody krve. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-749-4. s. 85.

⁵⁶ Tamtéž s. 93.

Bolesti břicha

Mohou být způsobeny tlakem na orgány v okolí katétru nebo vyšší teplotou dialyzačního roztoku.

Porovnání výhod a nevýhod hemodialýzy vůči peritoneální dialýze

Každá z výše jmenovaných metod má své výhody i nevýhody a záleží na pacientovi i na lékaři, kterou metodu spolu určí jako nejvíce vyhovující pro pacienta. Je přihlíženo k medicínským důvodům, ale i k životnímu stylu pacienta.

Peritoneální dialýza má tyto výhody:⁵⁷

1. Nevyžaduje cévní přístup, nemocní se nemusí opakovaně napichovat.
2. Metoda má kontinuální povahu, nedochází k výkyvům krevního tlaku, a nedochází ke kolísání intravaskulárního objemu.
3. Je delší dobu uchována zbytková funkce ledvin, jelikož nedochází k hypotenzi a tím i ke snížení průtoku krve ledvinami.
4. Nepoužívá se celková heparinizace.
5. Léčení probíhá doma, pacient může být zaměstnán, může cestovat, má volnější režim dne.
6. Nedochází ke krevním ztrátám, a proto pacienti léčení peritoneální dialýzou netrpí tolik chudokrevností.
7. Snižuje se při ní riziko vzniku virové hepatitidy B i C.
8. Pacient nemusí dodržovat tak přísná dietní opatření.
9. Je finančně méně nákladná než hemodialýza.

Nevýhody peritoneální dialýzy jsou komplikace, (popsané v kapitole 3.2.3.2 Peritoneální dialýza), nejzávažnější z nich je peritonitida, která je komplikací poměrně častou. Další nevýhodu může mnoho pacientů vidět v tom, že je nutné se jí každý den pravidelně věnovat. To může být zatěžující i pro celou pacientovu rodinu nebo pro člena rodiny, který se o pacienta stará.

⁵⁷ Sulková, S.; Nermutová, L. Peritoneální dialýza pro sestry. Brno : IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-261-2. s. 18 - 19.

3.2.3.3 Transplantace ledviny

Transplantace ledviny je třetí a poslední metoda náhrady funkce ledvin, kdy se ledvina od živého nebo zemřelého dárce voperuje příjemci:

[...] Transplantace ledviny z živého nebo zemřelého dárce je jednou z klinických metod léčby nezvratného selhání ledvin. Nepřímo navazuje na nefrologickou péči o pacienta v chronické renální insuficienci a pochopitelně přímo navazuje na léčbu hemodialyzační, popřípadě peritoneálně dialyzační. Na kvalitě této péče může záviset výsledek transplantace a často také dlouhodobá prognóza nemocného po transplantaci.⁵⁸

3.3 Volba metody léčby při selhání ledvin

[...] Hemodialýza a peritoneální dialýza jsou z medicínského hlediska rovnocenné metody náhrady funkce ledvin, ale mají rozdílný vliv na psychiku nemocného, na jeho sociální situaci a životní styl. Cílem dialyzačního léčení je dosažení a udržení co nejvyšší kvality života nemocného v oblasti fyzické, psychické i sociální. Fyzická stránka se u obou metod příliš neliší, ale psychická a sociální stránka se mohou podstatně lišit v závislosti na typu metody. Hemodialýza a peritoneální dialýza probíhají za velmi odlišných okolností a zcela jiným způsobem zasahují do života nemocného. Vystavují ho jiným stresorům, ztrátám a omezením, a také se ukazuje, že jsou preferovány odlišnými osobnostními typy pacientů.⁵⁹

Komplikací může být pro pacienta už jen to, jakou metodu léčby selhání ledvin by si pro sebe měl zvolit. Je samozřejmé, že je to pro pacienta těžké, ale měl by se na rozhodování o své léčbě podílet spolu s týmem ošetřujících lékařů. Pokud je mu volba dialyzační metody umožněna, má na výběr mezi hemodialyzačním léčením a peritoneální dialýzou. Někdy to však z medicínských důvodů možné není.

Existuje ještě třetí možnost, a tou je transplantace ledviny. Na ní však většinou nějakou dobu čeká. V čekací době pacient podstupuje jednu z již jmenovaných očišťovacích metod krve. Na lékaři je, aby mu obě metody podrobně vysvětlil. Pacient by měl mít možnost se s nimi seznámit. Je dobré mít připravenou videonahrávku s průběhem obou metod nebo pacientovi umožnit vidět obě metody přímo v praxi.

⁵⁸ Sulková, S., a kol. Hemodialýza. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-22-8. s. 518.

⁵⁹ Znojová, M. Svobodná volba dialyzační metody : motivy vedoucí k volbě peritoneální dialýzy. Aktuality v nefrologii, 2003, roč. 9, č. 4, s. 126 - 129. ISSN 1210-955x.

Měl by vědět o úskalích obou metod. Na něm pak je, zvolit si metodu, která mu bude v budoucnu více vyhovovat a se kterou bude spokojeně žít další roky svého života.

Dle mého názoru v pacientově rozhodování, ke které očišťovací metodě krve se přikloní, hrají rozhodně největší roli důvody, které se budou týkat osobnostního stylu života pacienta. Pacient bude vyžadovat co nejmenší omezení:

- v dosavadním způsobu života
- v pracovní činnosti
- rodinného života
- jeho životních plánů

Důvody, pro které si lidé častěji volí hemodialýzu se dají snadno odvodit. Domnívám se, že jedním z nejčastějších důvodů, proč si lidé volí hemodialýzu, je fakt, že na sebe nechtějí vzít odpovědnost za provádění léčby a v dialyzačním středisku mají pocit bezpečí. Nemusí každý den myslet na provádění léčby, některé dny v týdnu mají volno. Někomu vadí pomyšlení, že by měl z břicha vyvedený katétr. Pacient, který se rozhodne pro peritoneální dialýzu či hemodialýzu na sebe bere část zodpovědnosti za své rozhodnutí a lze předpokládat, že k tomu musí mít závažné důvody. Je samozřejmé, že okolnosti pacientova života se mohou měnit. Například pacient ztratí soběstačnost, zůstane sám, postupně ztratí zrak atd., a tudíž je nutné změnit i typ dialyzačního léčení. To je samozřejmě možné.

3.4 Příprava a edukace pacienta před hemodialýzou a peritoneální dialýzou

Progreduje-li onemocnění ledvin natolik, že se dostane až do stádia jejich selhání, je nutné pacienta zařadit do chronického dialyzačního programu. Z předchozí kapitoly víme, že je možné pacienta léčit hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou. S nástupem obou metod začnou v pacientově životě velké změny, na které je nutné ho v předstihu připravit.

3.4.1 Seznámení pacienta s problematikou hemodialýzy a peritoneální dialýzy

1. Je důležité pacienta dopředu v klidu seznámit s průběhem léčby, osvětlit mu nejasnosti, které v léčbě má a jednoduchými otázkami (zpětnou vazbou) si ověřit, zda všemu porozuměl.
2. Vyvést ho z omylů a mýtů, které o dané metodě (hemodialýze, peritoneální dialýze) mohl získat od svých známých.
3. Hlavním úkolem je rozptýlit obavy pacienta z neznámého způsobu léčby.
4. Vysvětlit mu a podrobně popsat komplikace, které mohou během léčby hemodialýzou a peritoneální dialýzou nastat a edukovat ho, jak je možné jim alespoň trochu předcházet (malé váhové přírůstky, dodržování doporučené diety...).
5. Pokud pacient bude mít zájem, je možné mu domluvit schůzku s psychologem, dietním terapeutem, sociálním pracovníkem.
6. Je dobré pacientovi nabídnout co nejvíce informací v písemné formě (letáky, brožury, knihy), aby si vše o dané metodě mohl doma, v klidu pročíst a porozmýšlet o možných dotazech, které se daného způsobu léčby týkají.
7. Pro pacienty jsou přínosné i predialyzační skupiny, kde se setká s pacienty již dialyzovanými a může s nimi prokonzultovat své obavy z léčby.
8. Seznámíme ho s možností rekreačních pobytů, lázeňské péči a členství ve Společnosti dialyzovaných a transplantovaných.
9. Pokud má pacient dobré rodinné zázemí, je nutné s léčbou seznámit i je, mohou mu pak být velkou oporou.

U pacienta, který se připravuje na peritoneální dialýzu je navíc nutné, aby věděl, že:

1. by měl mít na provádění jednotlivých výměn samostatnou místnost, musí mít čas na její přípravu.
2. by měl mít dostatečně prostorný byt na skladování zásobních vaků pro peritoneální dialýzu.
3. této metodě je nutné se pravidelně věnovat.
4. celá procedura probíhající v domácím prostředí se musí provádět za přísně aseptických podmínek, jinak hrozí velké riziko infekce.

5. v pravidelných intervalech ho navštíví zdravotní sestra z dialyzačního střediska a pomůže mu vyřešit komplikace, které se peritoneální dialýzy týkají.
6. po zavedení peritoneálního katétru stráví několik dní v nemocnici, kde se pomalu naučí celý postup výměny peritoneálního roztoku. Teprve když si celou procedurou bude zcela jist, je možné ho propustit do domácího ošetřování.
7. koupání ve vaně a vodních nádržích s peritoneálním katétreem je vyloučené, v bazénu a moři je možné se koupat pouze se stomickým sáčkem.

3.4.2 Očkování proti hepatitidě typu B

„Provádí se preventivně a smyslem tohoto opatření je ochrana nemocného před infekčním zánětem jater, který se může u nemocných léčených umělou ledvinou vyskytnout.“⁶⁰

Pacienti se očkují ve třech dávkách, v dostatečném předstihu před zahájením léčby hemodialýzou i peritoneální dialýzou. Každé tři měsíce se pacientům nabírají protilátky proti hepatitidě B a dle výsledků se přeočkovávají.

U pacientů připravujících se na peritoneální dialýzu je schéma očkování proti hepatitidě B stejné jako u pacientů připravujících se na hemodialyzační léčení.

3.4.3 Odlišnosti přípravy pacienta na hemodialyzační léčbu

Hlavní odlišnost v přípravě na hemodialyzační léčení je v tom, že pacient musí mít vytvořený kvalitní cévní přístup.

Cévní přístupy pro hemodialýzu

Arteriovenózní fistule

Je nejvíce využívaným cévním přístupem pro hemodialýzu. Její ušití se provádí ambulantně v místním znecitlivění. Nejčastěji je lokalizována na předloktí nedominantní horní končetiny, ale lze ji vytvořit i na dominantní horní končetině. Na ušití arteriovenózní fistule se pacient odesílá 3 - 6 měsíců před zahájením léčby hemodialýzou, neboť její „zrání“ trvá kolem šesti týdnů, v té době se fistule nesmí napichovat.⁶¹ Výjimku tvoří fistule vytvořené pomocí cévní protézy, u nich není třeba na „vyzrání“ fistule čekat:

⁶⁰ Hána, J. Léčba umělou ledvinou. Praha : Národní centrum podpory zdraví; Společnost dialyzovaných a transplantovaných. s. 5.

⁶¹ Dle studie DOPPS není zcela zřejmé, zda brzké napichování AV fistule souvisí s délkou její životnosti.

„ Princip této malé operace je spojení tepny s žilou, do které se pak dostává tepenná krev ve větším objemu a v pulzních rázech pod vyšším tlakem. To způsobí, že v žile je vysoký krevní průtok, žíla se postupně rozšiřuje, její stěna zbytnuje, a tak umožňuje, aby se z jednoho vpichu průběžně krev brala a do druhého průběžně vracela.“⁶²

Po ušití fistule je pacient obeznámen s tím, jak by o ní měl pečovat. Pacient by měl:⁶³

- sledovat pravidelně její funkci – přiložíme-li na fistuli ruku, cítíme jemné vrnění. Pokud by došlo k nějaké změně, k zániku její funkce, je nutné okamžitě informovat ošetřujícího lékaře. Rovněž zánětlivá či hnisavá onemocnění v okolí fistule je nezbytné okamžitě léčit, neboť mohou nejen způsobit zánik AV fistule, ale i vážně ohrozit nemocného.
- horní končetinu s vytvořenou fistulí chránit před větší námahou.
- bránit dlouhodobějšímu stlačení končetiny s fistulí například nošením náramků, hodinek, pevných rukávů.
- vyhýbat se poraněním.
- v případě poranění a krvácení z AV fistule provést kompresi končetiny nad místem krvácení tak, aby se zamezil přítok krve k poranění.
- dodržovat zásady osobní hygieny, samozřejmostí je umytí paže před hemodialýzou.

Do arteriovenózní fistule se nesmí napojovat infúze, nesmí se do ní aplikovat intravenózní injekce a odebírat z ní krev. Na končetině s AV fistulí nelze měřit krevní tlak.

[...] Dokonalá péče o AV fistuli je nutná nejen před zahájením dialyzační léčby, ale zejména po zařazení do dialyzačního programu. Lze bez nadsázky říci, že funkční AV fistule je pro nemocného životně důležitá, neboť umožňuje napojení na umělou ledvinu.⁶⁴

Kanyla v centrální žíle

„Péče o centrální žilní kanylu je složitá a vyžaduje maximální čistotu při napojení nemocného k umělé ledvině. Po každé dialýze je kanyla vyplněna heparinem k zábraně tvorby

⁶² Major, M.; Svoboda, L. Náhrada funkce ledvin – hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254- 127-7. s. 10.

⁶³ Hána, J. Léčba umělou ledvinou. Praha : Národní centrum podpory zdraví; Společnost dialyzovaných a transplantovaných. s. 5.

⁶⁴ Tamtéž s. 5.

sraženin v kanyle“.⁶⁵ Do dialyzační kanyly nelze aplikovat infúze, transfúze a intravenózní léky, používá se pouze pro účel hemodialýzy.

Permanentní centrální žilní katétr

Je trvalý cévní přístup pro hemodialýzu, je nutné s ním zacházet přísně sterilně. Po každé hemodialýze se očistí okolí vstupu katétru a sterilně se převáže i s oběma konci kanyly. Pacient je poučen, že okolí katétru musí zůstat čisté.

3.4.4 Odlišnosti přípravy pacienta na léčbu peritoneální dialýzou

Hlavní rozdíl oproti přípravě na hemodialýzu je, že pacient nemusí mít cévní přístup, ale musí mít do dutiny břišní zaveden peritoneální katétr:

[...] To je asi 25cm dlouhá silikonová hadička, jejíž vnitřní konec je rovný nebo stočený a má v sobě řadu postranních otvorů. Na jeho povrchu bývají jedna až dvě pórovité manžety, které slouží pro lepší fixaci katétru ve stěně břišní. Zavádí se nejčastěji na operačním sále, laparoskopickou technikou v krátké celkové nebo místní anestezii. Konec s postranními otvory je umístěn do malé pánve, druhý je vyveden přes stěnu břišní navenek. Na tento konec se pak nasadí konektorový systém, jehož prostřednictvím se pacient napojuje na set od plastických vaků dialyzačních roztoků. Zatímco vlastní katétr zůstává dlouhodobě na svém místě, konektorový systém se pravidelně vyměňuje.⁶⁶

Péče o peritoneální katétr

Je stejně důležitá jako péče o AV fistuli. Spočívá v tom, že :⁶⁷

1. pacient denně kontroluje kůži v okolí výstupu katétru a podkožní tunel. Sleduje zejména změny stavu jako je nově vzniklé zarudnutí, výtok, bolestivost.
2. výstup katétru denně sprchuje kvalitním neдрáždivým mýdlem, osuší čistým ručníkem a následně provede desinfekci okolí místa výstupu katétru speciálním dezinfekčním roztokem. Pak výstup katétru překryje sterilním obvazem.

⁶⁵ Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996. s. 14.

⁶⁶ Major, M.; Svoboda, L. Náhrada funkce ledvin – hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-127-7. s. 24.

⁶⁷ Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996. s. 14.

3. případně nalezené krusty se pokusí opatrně odstranit a celý postup ošetření opakuje tak, jak je popsán v bodě 2.

Postupy a doporučení pro péči o peritoneální katétr se na různých pracovištích liší.

4. Komplikace života pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu

Komplikace života pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu vycházejí z komplikací života chronicky nemocných, které byly obecně probrány v předchozích kapitolách. Jak již bylo řečeno, každé chronické onemocnění má svá specifika. U pacienta s chronickým selháním ledvin dochází k mnoha nepříjemným změnám a komplikacím života, které mohou být pacientem těžce nesený. Opět se bude jednat o změny jak v biologické, tak v psychické i sociální oblasti života.

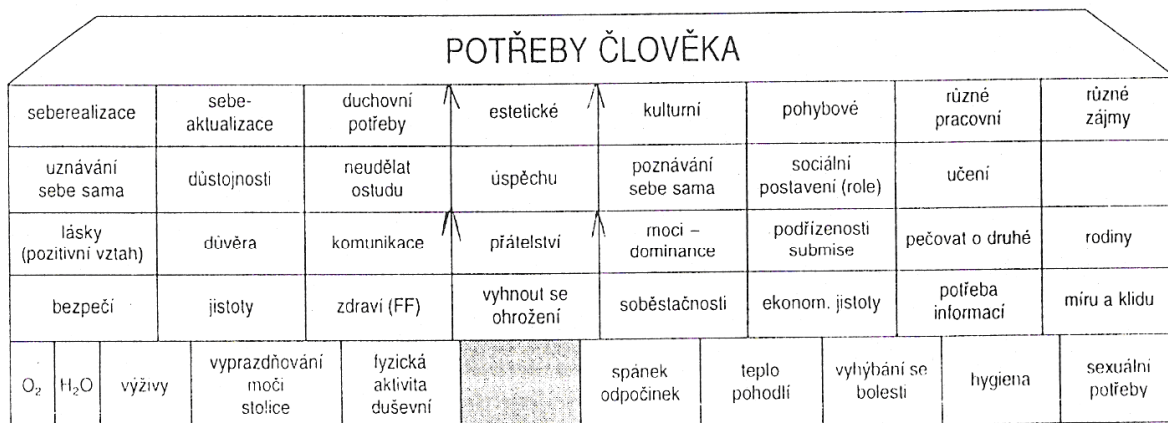
4.1 Biologické projevy dialyzačního léčení

„Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb, kterým lidé nepřikládají stejnou váhu. Některé potřeby chápou jako nutnost a dokud tyto potřeby fungují, příliš se jimi nezabývají – např. potřeby jíst, spát, vyprazdňovat se atd. jiné potřeby se stávají jejich přáními a tužbami.“⁶⁸

Teorií potřeb se zabývalo mnoho autorů, jeden z nejvýznamnějších je psycholog A. H. Maslow. Jeho uspořádání potřeb je v pyramidě od nejnižších k nejvyšším. Základ tvoří potřeby fyziologické, nad nimi jsou potřeby bezpečí a jistoty, v dalším patře potřeby lásky a sounáležitosti, pak potřeby sebeúcty a sebepojetí a vrchol pyramidy tvoří potřeby seberealizace a sebeaktualizace. Já jsem pro svou práci využila modelu „domu životních potřeb“ PhDr. H. Chloubové, která vychází právě z již zmiňované teorie A. H. Maslowa. Teorii potřeb PhDr. H. Chloubové se následně, v biologické oblasti, pokusím vztáhnout na dialyzované pacienty.

⁶⁸ Chloubová, H. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. Sestra, 1995, roč. 5, č. 2, s. 18 - 20. ISSN 1210-0404.

Obr.č.1. Dům životních potřeb.⁶⁹



(Chloubová, 1992)

4.1.1 Potřeba dýchání

Hemodialyzovaní pacienti

Pocit nedostatku vzduch, dušnost u hemodialyzovaných pacientů nejčastěji způsobí tekutina, která se v jejich těle nahromadí v mezidialyzačním období. U pacientů, kteří se nedokáží omezit v příjmu tekutin, je dušnost velmi častým příznakem převodnění jejich organismu. Po hemodialyzačním ošetření, při kterém se přebytečná tekutina z jejich těla odstraní, se většině pacientů od dušnosti uleví.

Dušnost může být způsobena i nedostatkem červených krvinek v těle pacienta. Pro jejich rychlejší tvorbu se pacientům dodává lidský hormon erythropoetin nebo železo. Je možné podat i krevní transfúzi.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Při peritoneální dialýze se přebytečná tekutina z těla pacienta odstraňuje kontinuálně, proto převodnění organismu a na něj navazující dušnost nehrozí tak často. I přípravky podporující krvetvorbu se u peritoneálně dialyzovaných pacientů podávají méně než u hemodialyzovaných pacientů.

⁶⁹ Chloubová, H. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. Sestra, 1995, roč. 5, č. 2, s. 18 - 20. ISSN 1210-0404.

4.1.2 Potřeba hydratace

Hemodialyzovaní pacienti

Omezení v příjmu tekutin je u hemodialyzovaných pacientů velký problém.

[...] Platí pravidlo, že příjem a výdej tekutin by měl být v zásadě vyrovnaný. U pacientů s nízkou tvorbou zbytkové moči nebývá obvykle možné zcela vyrovnané bilance dosáhnout. Pro udržení optimálního stavu organismu, i při kvalitním stravování, se tekutina do těla dostává nadbytečně potravinami i u pacientů omezujících nápoje. Většinou pak mezi jednotlivými dialýzami dojde k váhovému přírůstku. Mělo by být snahou nemocného, aby přírůstek mezi dialýzami nepřesahoval 5 % tělesné váhy. Denní přívod tekutin u pacientů na dialýze doporučujeme odhadovat dle následující rovnice:

Přívod tekutin = množství vymočené moči za 24 hodin + 500 ml (ztráty pocením a dýcháním)⁷⁰

Do příjmu tekutin se započítávají i omáčky a polévky, na to většinou hemodialyzovaní pacienti zapomínají. Nejvhodnější tekutinou je obyčejná voda, čaje a v malém množství minerální vody. Nevhodné jsou ovocné a zeleninové šťávy a mléko. Při pocitu žízně, která trápí pacienty na hemodialýze velmi často, či suchu v ústech se doporučuje vypláchnout ústa studenou vodou. Pomáhá i vycucání kostky ledu nebo větrové bonbóny.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

[...] Množství tekutiny odstraněné z organismu je u peritoneální dialýzy možné ovlivnit koncentrací používaného dialyzačního roztoku a délkou jeho ponechání v dutině břišní. Koncentrovanější roztok, který je ponechán v dutině břišní kratší dobu, odstraní větší množství tekutiny než roztok slabší. Denní přívod tekutin u peritoneálně dialyzovaných doporučujeme odhadovat dle následující rovnice:

Přívod tekutin = množství vymočené moči za 24 hodin + množství ultrafiltrátu za 24 hodin + 500 ml (ztráty pocením a dýcháním).⁷¹

⁷⁰ Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996. s. 16 - 17.

⁷¹ Tamtéž s. 25.

Z tohoto vyplývá, že peritoneálně dialyzovaní pacienti mají v příjmu tekutin větší benevolenci než pacienti hemodialyzovaní.

4.1.3 Potřeba výživy

Hemodialyzovaní pacienti

Problematika výživy byla nastíněna v kapitole 3.2.1 Konzervativní léčba při selhání ledvin. Zde se zmíním pouze o odlišnostech ve výživě po zahájení hemodialýzy a peritoneální dialýzy.

Bílkoviny

Doporučený denní příjem bílkovin je 1,2 g/kg váhy pacienta, z nichž 2/3 by měly být živočišného původu. Příjem bílkovin musí být u dialyzovaných pacientů vyšší než v predialyzačním období, jelikož při hemodialýze dochází k jejich ztrátám.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Dieta při peritoneální dialýze má společné základní zásady jako dieta při hemodialýze.

Energie

[...] Pacient s peritoneální dialýzou získává část denní potřeby energie z glukózy obsažené v dialyzačním roztoku. Celkové množství energie přijaté ve stravě tak může být nižší než u hemodialyzovaných pacientů, tj. 125 KJ/kg optimální váhy pacienta.⁷²

Bílkoviny

Při peritoneální dialýze se ztrácí velké množství tělesných bílkovin do dialyzátu. Jejich doporučený denní příjem je tedy vyšší než u hemodialyzovaných a činí 1,4 g/kg váhy pacienta. Dvě třetiny bílkovin by měly být živočišného původu.

⁷² Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996. s. 24.

Kálium

Kalium se při peritoneální dialýze odstraňuje nepřetržitě, proto ho většinou není třeba redukovat. Spíše se setkáváme s jeho sníženou hladinou v krvi.

Peritoneální dialýza má oproti hemodialýze tu výhodu, že se škodlivé látky z organismu odstraňují nepřetržitě, tudíž dietní omezení nemusí být natolik přísná jako u hemodialýzy.

4.1.4 Potřeba vyprazdňování moči a stolice

Hemodialyzovaní pacienti

Pacienti, jejichž onemocnění ledvin dospělo až do stádia, kdy poškozené ledviny ztratily svou vylučovací funkci, přestávají močit. Na hemodialýze se zpravidla množství vylučované moči ještě zmenšuje. Mnoho pacientů dané změny nese velice těžce, neboť čím méně pacient močí, tím více je nucen se omezovat v příjmu tekutin. Některé pacienty na hemodialýze naopak trápí časté nucení na močení, i když množství vylučované moči je nevýznamné. To je obtěžující hlavně během noci (viz kap. 4.1.6 Potřeba spánku).

S vyprazdňováním stolice nemají hemodialyzovaní pacienti v souvislosti s dialýzou žádné specifické problémy.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

U peritoneálně dialyzovaných pacientů jsou problémy s vyprazdňováním moče obdobné jako u hemodialyzovaných pacientů.

4.1.5 Potřeba fyzické a duševní aktivity

Hemodialyzovaní pacienti

Je důležité, aby si hemodialyzovaní pacienti udržovali co možná nejlepší kondici. K tomu jim může pomoci rehabilitační cvičení, pravidelný kondiční trénink, chůze, plavání, jízda na kole, běh a mnoho dalších aktivit, které hemodialyzovaný pacient může provádět. [...] V důsledku to znamená rozšíření fyzické výkonnosti, uchování duševní svěžesti, zachování, respektive rozšíření psychické výkonnosti a odolnosti a tím vytvoření podmínek pro maximální adaptaci v rodině i ve společnosti. Dochází ke zlepšení

kvality života a prevenci komplikací.⁷³ Pomocí doporučených aktivit bychom pacienta měli stimulovat k předcházení toho, že čas mezi jednotlivými dialýzami stráví úplnou nečinností, což je dle mého názoru celkem častá komplikace.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Peritoneálně dialyzovaní pacienti se musí denně pravidelně věnovat výměnám dialyzačního roztoku. Tím jsou možná více omezení ve volném čase, přesto mezi jednotlivými výměnami mají několik volných hodin, které mohou věnovat svým oblíbeným aktivitám. Výměnu dialyzačního roztoku je možné provést i mimo domácí prostředí, proto svůj volný čas nemusí dialýze natolik podřizovat.

4.1.6 Potřeba spánku

Hemodialyzovaní pacienti

Při běžném rozhovoru si řada hemodialyzovaných pacientů stěžuje na špatný spánek. Hemodialyzovaní pacienti si stěžují na potíže s usínáním, noční buzení kvůli nucení na močení, bolesti, žízeň, křeče. Často si stěžují, že se ráno necítí být vyspalí a probdělé noci dospávají během dne. Mnoho pacientů užívá léky na spaní.

[...] Za faktory, které spánek zlepší, je považován klid a pohoda, čistý vzduch a léky. Naopak spánek hemodialyzovaných pacientů zhoršují starosti, horko a bolesti. Hemodialyzovaní pacienti považují za dostatečné se v průměru vyspat kolem 7 hodin denně. Doba ukládání se ke spánku a vstávání jednotlivých pacientů je výrazně ovlivněna dialyzační směnou. Ranní směna začíná kolem 7 hodiny ráno a večerní směna končí kolem 24 hodiny večerní.⁷⁴

⁷³ Svoboda, L. Cvičební soubor pro dialyzované a transplantované pacienty. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-126-9. s. 7.

⁷⁴ Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Lachmanová, J.; Sulková, S.; Znojová, M. Poruchy spánku u hemodialyzovaných pacientů. Časopis lékařů českých, 2001, roč. 140, č. 16, s. 500 - 502. ISSN 0008-7335.

V některých střediscích dokonce pacienti chodí i na směny noční, což úplně narušuje jejich spánkový rytmus. „*Poruchy spánku u hemodialyzovaných nejen zhoršují kvalitu života těchto pacientů, ale představují též závažný zdravotní problém.*“⁷⁵

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

„*Výskyt i charakteristika poruch spánku u pacientů na CAPD je podobný jako u hemodialyzovaných pacientů.*“⁷⁶ To znamená špatné usínání, časté buzení během noci, chrápání a pospávání během dne. U peritoneálně dialyzovaných pacientů může být příčinou poruch spánku i bolest břicha. Taktéž musí svůj spánkový rytmus přizpůsobit jednotlivým výměnám dialyzačního roztoku.

4.1.7 Potřeba tepla a pohodlí

Hemodialyzovaní pacienti

Dle mého názoru potřeba tepla a pohodlí při hemodialyzačním ošetření není u mnoha pacientů dostatečně saturována. Pacient je nucen 3 - 5 hodin strávit na polohovacím křesle nebo lůžku v relativně nezměněné poloze, což pro něj nemusí být zrovna příjemné. Navíc má v končetině napíchnuté dvě jehly, na které by měl dávat pozor.

Velká část pacientů si stěžuje na chladno během hemodialyzačního ošetření. Může být způsobeno napojením pacienta na mimotělní oběh, jeho krev je ochlazována okolním vzduchem. Někdy pomáhá zvýšení teploty na hemodialyzačním monitoru, jindy je nutné pacientovi dodat potřebné množství přikrývek.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Peritoneální dialýzu si provádí pacient sám v domácím prostředí, jednotlivé výměny probíhají většinou vsedě nebo vleže a trvají kolem 20 minut. Proto se domnívám, že pacient v souvislosti s prováděním peritoneální dialýzy není ohrožen neuspokojením potřeb tepla a pohodlí tak jako pacient hemodialyzovaný.

⁷⁵ Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Lachmanová, J.; Sulková, S.; Znojová, M. Poruchy spánku u hemodialyzovaných pacientů. Časopis lékařů českých, 2001, roč. 140, č. 16, s. 500 - 502. ISSN 0008-7335.

⁷⁶ Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Sulková, S.; Znojová, M.; Jelínková, E.; Merta, M.; Bodlákova, B. Poruchy spánku u pacientů léčených kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou (CAPD). Sborník lékařský, 2001, roč. 102, č. 3, s. 395 - 400. ISSN 0036-5327.

4.1.8 Potřeba být bez bolesti

Hemodialyzovaní pacienti

„Ukazuje se, že výskyt chronické bolesti u dialyzovaných nemocných je mnohonásobně vyšší než v běžné populaci a naší povinností je nemocného nejen dobře dialyzovat, ale léčit i bolest, která je maximálně obtěžujícím a život znehodnocujícím příznakem. Ukazuje se, že dialyzovaní pacienti vykazují podobnou míru bolesti jako pacienti s nádorovým onemocněním.“⁷⁷

Existuje mnoho různých druhů a typů bolesti, se kterými se můžeme u dialyzovaných pacientů setkat. Specifická je bolest při napichování AV fistule, kterou pacienti musí snášet opakovaně. Časté jsou také křečovitě bolesti končetin, bolesti hlavy a bolesti zad způsobené tím, že pacient při hemodialýze musí vydržet 3 - 5 hodin v relativně stejné poloze vsedě či vleže.

Pro zjištění bolesti používáme mnoho diagnostických škál (například číselná škála bolesti, přímka bolesti, verbální škála bolesti...).

Léčba bolesti spočívá většinou ve farmakoterapii analgetiky či opiáty, o kterých rozhoduje lékař. Sestra může pacientovi pomoci jiným alternativním způsobem jako je například změna polohy, fyzikální terapie, ale i psychickou podporou a uklidněním například při napichování AV fistule.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

U peritoneálně dialyzovaných pacientů odpadá bolest při napichování AV fistule, ale mohou se u nich častěji objevovat bolesti břicha, způsobené chybou v napuštění dialyzačního roztoku do dutiny břišní, naléháním katétru na některý z vnitřních orgánů či peritonitidou. Diagnostika a terapie bolesti se u peritoneálně dialyzovaných a hemodialyzovaných pacientů neliší.

[...] Navzdory stále se zlepšujícím dialyzačním technologiím a péči o pacienty s renálním selháním zůstává léčba chronické bolesti stále na okraji zájmu zdravotníků

⁷⁷ Ságová, M.; Znojová, M. Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů – základy diagnostiky a farmakoterapie. Postgraduální medicína, 2005, roč. 7, č. 3, s. 244 - 248. ISSN 1212-4184.

nejen u nás, ale i v zahraničí. Do současné doby nejsou vypracovaná žádná doporučení pro péči o dialyzované pacienty s bolestí.⁷⁸

4.1.9 Potřeba hygieny Hemodialyzovaní pacienti

Na každém hemodialyzačním středisku je možné najít pacienty různě soběstačné. Soběstačný pacient nebude mít zřejmě se saturací potřeby hygieny žádný problém. S méně soběstačnými pacienty, kteří nemají dobré rodinné zázemí je to horší. Situace je řešitelná, jestliže hemodialyzační středisko je vybaveno bezbariérovou koupelnou. Ve zmiňovaném případě je možné pomoci pacientovi se základní hygienou přímo na středisku.

Samozřejmostí je umytí a desinfekce končetiny před napíchnutím AV fistule.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Pacient, který má z dutiny břišní vyvedený peritoneální katétr je poučen, že s tímto katétreem se nelze koupat v napuštěné vaně. Důvodem je velké riziko vzniku infekce (péče o peritoneální katétr byla probrána v kap. 3.4.4 Odlišnosti přípravy pacienta na léčbu peritoneální dialýzou). Koupání v bazénu nebo moři je možné pouze se stomickým sáčkem, ale není odborníky příliš doporučováno.

4.1.10 Sexuální potřeby Hemodialyzovaní pacienti

„Sexualita je silně závislá na dobrém sebehodnocení, sebedůvěře a na pocitech, že je člověk oceňován svým okolím.“⁷⁹ Je poměrně dobře známo, že muži i ženy v chronickém dialyzačním programu trpí celou řadou sexuálních poruch.

[...] Podle různých výzkumů si více než 50 % uremických mužů stěžuje na erektilní dysfunkci a ještě větší procento mužů a žen trpí poklesem libida, nízkou frekvencí sexuálních styků a sníženou plodností. Sexuální problémy mají více příčin s převahou vlivů organických, ale též s podílem vlivů psychosociálních. Mezi důvody organické

⁷⁸ Ságová, M.; Znojová, M. Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů – základy diagnostiky a farmakoterapie. Postgraduální medicína, 2005, roč. 7, č. 3, s. 244 - 248. ISSN 1212-4184.

⁷⁹ Černá, M. Sexuální problematika dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Stěžeň, 2006, roč. 17, č. 2, s. 24 - 29. ISSN 1210-0153.

povahy lze u mužů jmenovat sníženou produkci testosteronu, anemii, medikaci aj. Ženy udávají změny menstruačního cyklu, snížení libida, výpadky ovulace. Negativní psychologický efekt na obě pohlaví má vědomí chronické nemoci, omezení v životním stylu, ztráta sebevědomí, pocitu osobní ceny a pocit neatraktivnosti vyvolaný porušeným tělovým obrazem.⁸⁰

V některých případech je možné pacientům pomoci změnou medikace, konzultací se sexuologem či psychoterapií.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

[...] Studie Aurea⁸¹ ukázala dramatický pokles sexuální aktivity shodně u peritoneálně dialyzovaných a hemodialyzovaných pacientů po zahájení dialýzy ve srovnání s dvanácti měsíci před léčbou.⁸² Sexuální problémy a jejich příčiny jsou u peritoneálně dialyzovaných pacientů totožné s problémy u hemodialyzovaných pacientů.

4.2 Psychologické aspekty dialyzačního léčení

4.2.1 Stres

Hemodialyzovaní pacienti

Dialyzovaní pacienti jsou vystaveni stresu, který plyne z těžké, nevléčitelné chronické nemoci. Navíc zažívají stres pro ně zcela specifický.

[...] U dialyzovaných je možné se setkat se třemi typy stresu: Hlavní tíhou dialyzovaného je, že žije na pomezí mezi životem a smrtí, život je mu prodlužován jen díky přístroji. Druhý hlavní stres se týká rodinného života dialyzovaných, který je poznamenán značnou nejistotou, obavami, strachem. Třetím typem stresu je vlastní chronicita nemoci, která nedává naději na zlepšení stavu. Pacient podstupující náročnou léčbu jako je dialýza, není odměněn vyléčením, ale musí žít s vědomím, že jeho stav se

⁸⁰ Znojová, M. Sexuální poruchy u peritoneálně dialyzovaných pacientů. Stěžeň, 2006, roč. 17, č. 2, s. 22 - 23. ISSN 1210-0153.

⁸¹ Studie Aurea měla za úkol zjistit, jak souvisí sexuální dysfunkce s depresí, úzkostí, dialyzačním režimem, uremickými symptomy, adekvátností dialýzy, nutričním stavem nemocných.

⁸² Znojová, M. Sexuální poruchy u peritoneálně dialyzovaných pacientů. Stěžeň, 2006, roč. 17, č. 2, s. 22 - 23. ISSN 1210-0153.

bude zhoršovat, budou přibývat komplikace, ubývat fyzická síla, soběstačnost a nezávislost.⁸³

Pacient na hemodialýze zažívá stres ze své závislosti na přístroji a zdravotnickém personálu, z nemožnosti plánovat si svůj volný čas, z opakovaného napichování AV fistule, z komplikací, které mohou nastat. V počátcích onemocnění je úroveň stresu vždy větší, postupem času stres z léčby ustupuje.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

[...] Pacienti léčení peritoneální dialýzou jsou méně závislí na personálu a středisku, ale mají podstatný podíl na vlastní léčbě a pocitu zodpovědnosti za ni. Nejsou stresováni dojížděním do střediska ani častým kontaktem s nemocničním prostředím a pacienty, nejsou tak často konfrontováni s bolestí, nemohoucností i smrtí ostatních pacientů. Mají volnější dietu i příjem tekutin. Nepříjemným důsledkem této léčby někdy bývá sociální izolace, daná tím, že způsob léčby se váže na byt pacienta. Problém bývá i větší interference s pracovními aktivitami a realizací dovolené.⁸⁴

4.2.2 Úzkost

Hemodialyzovaní pacienti

Úzkost patří k velmi častým pocitům na hemodialýze. Je spojena s nepředvídatelností událostí, které se mohou během ošetření přihodit. [...] U některých nemocných má spíše podobu psychické nepohody, u jiných se somatizuje a projevuje se jako bolest hlavy, svírání na prsou a podobně.⁸⁵ Někteří nemocní ji prožívají již několik hodin před napojením na hemodialýzu, jiní pouze během napichování AV fistule a další během celého ošetření a pobytu na středisku. Někdy pacientovi pomáhá psychické rozptýlení a odpoutání jeho pozornosti, například rozhovorem při napichování AV fistule.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Jelikož úzkost je většinou spojena s pobytem v nemocničním prostředí, vyskytuje se u peritoneálně dialyzovaných pacientů méně často. Může být přítomna v počátcích

⁸³ Sulková, S., a kol. Hemodialýza. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-22-8. s. 5o6.

⁸⁴ Tamtéž s. 5o7.

⁸⁵ Tamtéž s. 510.

léčby, kdy si nemocný není ještě zcela jist, zda výměnu dialyzačního roztoku zvládne správně vykonat bez cizí pomoci.

4.2.3 Deprese

Hemodialyzovaní pacienti

[...] Depresi zažil každý dialyzovaný pacient. U některých trvá měsíce až roky. Deprese je především prožitkem smutku, beznaděje a bezmoci, který zbavuje pacienta přirozeného potěšení z byt' značně okleštěného života. Deprese je normální reakcí na těžkou nemoc a nároky dialyzačního léčení. Nerozpoznání a neléčení deprese narušuje veškeré úsilí dialyzačního týmu, který sice uchovává pacientovi život, ale nečiní ho snesitelným.⁸⁶

Lehká deprese je zvládnutelná prostředky sociální opory (viz kap. 1.3 Vyrovnávání se s komplikacemi) a psychoterapií, středně těžká až těžká deprese musí být léčena psychofarmaky.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

U peritoneálně dialyzovaných pacientů je princip vzniku, příznaky a projevy deprese stejný jako u pacientů hemodialyzovaných.

4.2.4 Agresivita

Hemodialyzovaní pacienti

Život s hemodialýzou přináší pacientovi spoustu agresivních pocitů. Některé z nich jsou vyvolávány přímo personálem dialyzačního střediska. Například při neustálém vyčítání nedodržování pitného režimu. Agresivní reakce vznikají ve zvláště vypjatých situacích, jako je dlouhá doba čekání na sanitu, čekání na připravený dialyzační přístroj atd.

[...] V jednání mezi personálem a pacientem je někdy vidět i agresivita na straně personálu, je vyvolávána pacientovou nespolehlivou spoluprací, jeho agresivním chováním a případnou nespokojeností a kritičností. K základním dovednostem

⁸⁶ Sulková, S., a kol. Hemodialýza. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-22-8. s. 510.

dialyzačního týmu by mělo patřit, aby se jeho členové naučili snášet hněv a rozčilení pacientů a neposilovali je vlastní zlostí.⁸⁷

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

U peritoneálně dialyzovaných pacientů odpadá častý styk se zdravotnickými pracovníky ve zdravotnickém zařízení, tudíž odpadá i míra agresivního chování na obou stranách, pacientově i personálu.

Aby člověk byl schopný unést nepříjemné komplikace svého života, používá obranné strategie, které ho chrání před nadměrnou úzkostí, strachem, stresem a agresivitou. Tyto strategie byly probrány v kap. 1.2 Překonávání životních komplikací.

4.2.5 Význam komunikace pro dialyzované pacienty

Účinná komunikace s pacientem musí odpovídat stádiu jeho adaptace na nemoc. Vnímání a přijímání informací je ovlivněno stavem nemocného, jeho úzkostí, depresí. [...] Pomocí komunikace udržujeme s pacientem kontakt, získáváme potřebné informace o zdravotním stavu, přáních, potřebách a obavách pacienta, to pomáhá zhodnotit pacientův celkový stav.⁸⁸ Pomocí komunikace je možné odvést pacientovu pozornost od nepříjemností jako je napichování AV fistule. Některé sestry se soustředí pouze na komunikaci verbální a zapomínají na komunikaci neverbální. Tak mohou pacientovi ublížit například úšklebkem, posunkem, svým postojem a ani si to neuvědomit. Důležité je přizpůsobit komunikaci prostředí. Nevést rozhovor, který je pacientovi nepříjemný, uprostřed dialyzačního sálu nebo chodby, kde ho mohou vyslechnout ostatní pacienti. Je nutné dát mu prostor na otázky. Umění je odhadnout, na co by se chtěl zeptat a nemá na to odvalu nebo se stydí. Důležité věci je nutné několikrát zopakovat, ověřit si zpětnou vazbou. Mnohdy se stává, že noví dialyzovaní pacienti nemají o dialýze dostatek informací, jelikož neprošli predialyzační přípravnou fází. V takovém případě je nutné veškeré informace pacientovi doplnit stejným způsobem jako při přípravě na dialýzu (viz kap. 3.4 Příprava a edukace pacienta před hemodialýzou a peritoneální dialýzou).

⁸⁷Sulková, S., a kol. Hemodialýza. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-22-8. s. 511.

⁸⁸Gulášová, I. Psychosociálne problémy a význam komunikácie sestry u dialyzovaných pacientov. Aktuality v nefrologii, 2004, roč. 10, č. 2, s. 61 - 66. ISSN 1210-955x.

Při nedostatku informací je pacient frustrován, neví, co se s ním bude dít, nezná režimová opatření atd. Komunikace s personálem hemodialyzačního střediska má pro pacienty velký význam. Personál díky ní dostává od pacientů jejich důvěru.

Zmíněné problémy a význam komunikace platí ve stejné míře u hemodialyzovaných i peritoneálně dialyzovaných pacientů.

4.2.6 Psycholog na dialyzačním středisku

Bylo by velkou výhodou, kdyby každé hemodialyzační středisko mělo svého klinického psychologa, [...] který by poskytoval psychologickou pomoc nemocným, kteří prožívají nejistotu, ohrožení, smutek a bolest v situacích, které vyplývají z dlouhodobé a postupně se zhoršující nemoci a mimořádně náročné dialyzační léčby. U nemocných, kteří již zahájili dialýzu, by mohl být nápomocný v situacích obtížné adaptace na léčbu, při osobních krizích, zhoršování zdravotního stavu, před náročným vyšetřením nebo operací, ale také při nedorozumění mezi pacienty a zdravotníky.⁸⁹

Bohužel klinický psycholog na mnoha hemodialyzačních střediscích chybí, proto část této důležité práce přebírají na středisku zdravotní sestry a lékaři. Pokud o to projeví pacient zájem, je možné, aby mu lékař domluvil schůzku s klinickým psychologem působícím na jiném středisku.

4.3 Sociální aspekty dialyzačního léčení

4.3.1 Rodina dialyzovaných pacientů

Dialýza změnila život nejen samotného pacienta, ale i jeho nejbližších. Znamená pro ně začátek zcela jiného způsobu života, kterému se pacient i jeho rodina bude nucena přizpůsobovat. [...] Někteří pacienti uvádějí narušení vztahů v rodině jako přímý důsledek své choroby. Mnozí pacienti jsou si vědomi, že jejich choroba a následná dialyzační léčba velmi zhoršila jejich schopnost plnit rodičovskou úlohu.⁹⁰ Výpadek času v práci, občasná pracovní neschopnost a někdy dokonce invalidní důchod pro dialyzované pacienty a jejich rodiny znamenají snížení příjmu a propadnutí se do nižší sociální vrstvy, což přináší jasné komplikace v životě rodiny. Změny nastanou i v časovém

⁸⁹ Znojová, M.; Černá, M. Práce psychologa na dialýze : (Rozhovor s PhDr. M. Znojovou). Stěžeň, 2004, roč. 15, č. 3, s. 9 - 14. ISSN 1210-0153.

⁹⁰ Dingwall, R., R. Pro lepší porozumění. Brno : NCONZO, 2004. ISBN 80-7013-406-2. s. 51.

rozvrhu rodiny, nemohou společně pravidelně odjíždět na chatu, někdy je problém naplánovat společnou dovolenou či dlouhodobější výlet. Vše je podrobováno dialýze. Změny nastanou i v jídelníčku rodiny, jelikož dialyzovaný pacient má určitá omezení a je dobré, když se jeho jídelníčku alespoň trochu přizpůsobí i jídelníček celé rodiny. Někdy se stane, že pacientovi nejbližší se cítí být vyloučeni z celého běhu věcí kolem dialýzy, pacientovy hovory se nejčastěji točí kolem personálu dialyzačního střediska a spolupacientů, o kterých toho oni moc nevědí.

[...] Mnoho příbuzných dialyzovaných pacientů mluví o zvýšené zodpovědnosti, kterou cítí za své blízké. Udržení jejich dobrého zdravotního stavu se pro ně stává prioritou. Věnují větší pozornost společným rodinným jídlům. Kontrolují, zda si pacient vzal předepsané léky. Mají starost, když si pacient začne stěžovat, že ho pálí v krku, nebo že se cítí unavený. Často přebírají rodinné úkoly, které měl dřív na starost pacient. Ukazuje se, že rodiny pacientů jsou vystaveny trvalému tlaku. Zatímco samo objevení se nemoci s sebou nese jen malé změny, následné postupné zhoršování stavu s sebou přináší reálné riziko vyčerpání celé rodiny.⁹¹

Je dobré, když rodina pacienta dokáže podržet a dodat mu sílu, aby se nemoci nepoddával, aby se podílel na životě rodiny a běžných rodinných rozhodnutích.

[...] Některé studie ukazují, že členové rodin dialyzovaných pacientů se cítí být zaskočení, nelibě nesou nastalou situaci, cítí se být zavázáni a trpí pocity úzkosti a viny. To roztáčí spirálu, kdy se partner pacienta cítí být unavený a vyčerpaný, rád by se ze situace nějak dostal a přitom v něm roste pocit viny. Posiluje svůj pečovatelský přístup k nemocnému partnerovi, snaží se mu ještě více pomáhat. To u něj samotného vede ještě k většímu vyčerpání a následně ještě většímu pocitu viny. Pokud se tuto spirálu nepodaří včas přerušit, může se partner pacienta dostat do totálního vyčerpání a dostaví se příznaky vyhoření a jejich vzájemný vztah může úplně zkolabovat.⁹²

⁹¹ Dingwall, R., R. Pro lepší porozumění. Brno : NCONZO, 2004. ISBN 80-7013-406-2. s. 54.

⁹² Tamtéž s. 54.

Přes všechny zmíněné komplikace dokáže převážná část pacientů žít kvalitní život s podporou svých blízkých. Všichni tak dokazují schopnost přežít při vzájemné podpoře i v situaci plné omezení a nejistot.

4.3.2 Pracovní schopnost dialyzovaných pacientů

[...] Asi 2/3 nemocných se nevrátí do zaměstnání při zjištěné diagnóze renálního selhání. Posuzování při zařazování do pracovního procesu musí být u dialyzovaných pacientů individuální. Pro všechny pacienty platí jedna zásada – pracovní prostředí musí být teplé, suché a fyzická zátěž minimální. Dobře dialyzovaným pacientům, kteří jsou ještě v produktivním věku, lze doporučit zaměstnání spíše jen na zkrácenou pracovní dobu. Doporučit zaměstnání závisí též na původním povolání, někdy je nutná změna profese, což pacienti přijímají nelibě.⁹³

Někteří zaměstnavatelé umožňují svým zaměstnancům pracovat v domácím prostředí, to je dle mého názoru velice výhodné, zvláště pro pacienty s peritoneální dialýzou.

Invalidní důchod

[...] Nemocenská se pacientovi poskytuje v období pracovní neschopnosti, nejdéle však v období jednoho roku od počátku pracovní neschopnosti. Tato doba může být prodloužena o jeden rok, pokud zdravotní stav nemocného ukazuje na to, že se zásadně lepší. Po šesti měsících pracovní neschopnosti dojde ke zhodnocení zdravotního stavu pacienta, ukazuje-li se jako dlouhodobě nepříznivý, pacient si může zažádat o invalidní důchod.⁹⁴

O jeho uznání rozhoduje posudková komise. Pacientovi může být uznán plný nebo částečný invalidní důchod dle procentuální míry poklesu soustavné výdělečné činnosti pacienta.

⁹³ Lachmanová, J. Hemodialyzační léčba v praxi. Poděbrady, 1995. s. 72.

⁹⁴ Černá, M. Sociálně právní otázky spojené se selháním ledvin. Přednáška Slavkov u Brna, 12. 2. 2004

4.3.3 Možnosti rekreace u dialyzovaných pacientů

V dnešní době není dialýza pro pacienta vůbec žádnou překážkou v tom, aby mohl vyjet na dovolenou třeba i do zahraničí.

Pacienti by se o možnostech rekreačních dialýz měli dozvědět přímo od personálu dialyzačního střediska. Personál by jim tuto možnost měl aktivně nabízet.

Pacient má možnost si vše (ubytování, dopravu...) zařídit sám, lékaři mu pouze pomohou domluvit dialýzu na jím vybraném dialyzačním středisku v Čechách nebo zahraničí.

Druhou možností je, že se pacient účastní některého ze zájezdů pořádaných přímo dialyzačním střediskem, Společností dialyzovaných a transplantovaných či jinou organizací. Jedná se většinou o zájezdy do zahraničí. Společné dialýzy na tamním středisku předem vyjedná organizátor zájezdu. Na zájezdy organizované naším střediskem jezdí společně s pacienty jedna z dialyzačních sester.

Třetí možností je, že pacient využije nabídky některého z dialyzačních středisek v Čechách, které pacienty a jejich příbuzné i ubytovává.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti mají nevýhodu v tom, že s sebou musí vždy mít potřebné množství dialyzačních roztoků pro provádění pravidelných výměn.

Společné rekreace pacientům přináší uvolnění, změna prostředí jim většinou prospívá. Možnosti rekreovat se ať už v tuzemsku či zahraničí využívá čím dál více pacientů.

4.3.4 Sociálně právní otázky spojené s chronickým selháním ledvin

Dialyzovaní pacienti s pohybovým omezením mají možnost se stát držiteli průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P a mohou využívat výhod z tohoto průkazu vyplývajících.

Existuje i mnoho jednorázových i opakujících se sociálních dávek, každá z nich se však posuzuje jednotlivě, dle finanční situace pacienta. Jedná se například o příspěvek na telefon, úpravu bytu, na opatření zvláštních pomůcek, na rekreaci a lázeňskou péči atd.

Rozsah této práce mi nedovoluje zde všechny sociální dávky podrobně probrat.

4.3.5 Doprava

Hemodialyzovaní pacienti, kteří se nechtějí do střediska dopravovat samostatně, mají zajištěnou sanitní službu, která je pravidelně přiveze a po dialýze opět odveze domů. Někdy je problém v tom, že na sanitní vůz musí dlouhou dobu čekat. Pacienti, kteří se do střediska dopravují samostatně, mají nárok na příspěvek na dopravu.

4.3.6 Sociální pracovník na dialyzačním středisku

Sociálních pracovníků je na našich dialyzačních střediscích málo, jejich práci proto mnohdy musí vykonávat zdravotní sestry, které ovšem nejsou odborníky v daném oboru a mnohdy pacientům neumí přesně odpovědět na otázky týkající se sociálně-právní oblasti ve spojitosti se selháním ledvin.

[...] Optimální je, když sociální pracovník je přímo členem týmu dialyzačního pracoviště. Pracuje s pacienty již dialyzovanými, ale i pacienty v predialyzačním období a jejich rodinami. Poskytuje supervize zdravotnickému personálu. Stojí mezi pacienty a zdravotníky jako ten, kdo je schopen mluvit jazykem obou skupin, chápat požadavky a problémy obou stran. Poskytuje sociálně právní poradenství, pomáhá pacientům při úředních jednáních posudkových komisí apod.⁹⁵

4.3.7 Činnost spolků pro dialyzované a transplantované pacienty

Asi nejznámější společností, které mohou být dialyzovaní a transplantovaní pacienti členy, je Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy. Společnost je občanským sdružením, které bylo založeno na podzim roku 1989, aby zlepšilo postavení dialyzovaných a transplantovaných pacientů v naší zemi.

Činnost společnosti dialyzovaných a transplantovaných: ⁹⁶

- Vytváří tlak, aby dialyzační léčba byla dostupná všem potřebným v náležité kvalitě a pohodlí.
- Zařizuje rekondiční a rekreační pobyty pro dialyzované pacienty.

⁹⁵ Jelínková, K. Prostor pro sociální práci na dialyzačním středisku. Stěžeň, 2003, roč. 14, č. 4, s. 7. ISSN 1210-0153.

⁹⁶ Redakce časopisu Stěžeň. Co je společnost DaT. Stěžeň, 2003, roč. 14, č. 1, s. 3. ISSN 1210-0153.

- Vydává čtyřikrát do roka časopis Stěžeň, aby zajistila této skupině nemocných dostatek cílených informací.
- Usiluje o co nejdější zachování aktivit nemocných se selháním ledvin a poskytuje jim sociálně-právní pomoc a radu prostřednictvím vlastních sociálních pracovníků.
- Za prioritu své činnosti pokládá nutnost dodržování práv pacientů ve všech zdravotnických zařízeních. Aby ukázala, že je to možné, zřizuje svá vlastní dialyzační střediska.
- Spolupracuje s jinými humanitními organizacemi na úrovni celostátní i na úrovni krajů, zastupuje zájmy dialyzovaných a transplantovaných ve vztahu k státním orgánům.

Každý pacient, který má zájem o členství ve Společnosti dialyzovaných a transplantovaných, se může přihlásit na svém dialyzačním středisku, případně přímo v centrále této společnosti. Členské příspěvky jsou dobrovolné.

Časopis Stěžeň

Vychází čtyřikrát do roka, výtisky jsou zdarma. K jeho pravidelnému odebrání se může pacient přihlásit telefonicky nebo písemně na úřadovně Společnosti dialyzovaných a transplantovaných. Je rozeslán i na všechna dialyzační střediska v České republice. Časopis obsahuje spoustu užitečných informací, které mohou pacientům pomoci vyřešit závažné problémy a komplikace.

Život s dialýzou – shrnutí

[...] Nemoc nemusí být katastrofou a rozhodně není hanbou, třebaže mnozí z nás mají tendenci ji tak vidět. Člověk, který se dokáže poprat s nepřízní osudu, který navzdory omezením dokáže žít plným životem, si zaslouží úctu a uznání. To by měl vědět on sám, jeho rodina⁹⁷ i celá společnost, ve které dialyzovaný pacient žije.

Pravidelná dialyzační léčba zasahuje výrazným způsobem do života pacientů. Umožňuje sice nemocným s renálním selháním prodloužit život, ale za cenu různých dietních opatření, omezení tekutin, nutnost pravidelného užívání léků. Vlastní onemocnění a léčba s sebou přináší řadu komplikací a změn, které život pacientů dále

⁹⁷ Honzák, R. Nemoc a vztahy v rodině. Stěžeň, 2003, roč. 14, č. 1, s. 13. ISSN 1210-0153.

ovlivňují. Hemodialyzovaní pacienti jsou navíc výrazně omezováni časově, jelikož třikrát týdně jsou nuceni trávit 4 - 6 hodin na dialyzačním středisku:

[...] Zásadní změna v dosavadním životě pacienta je vyvolána existencí závažného chronického onemocnění a vědomím reálné situace, změněných perspektiv a faktických nadějí. Doba bezprostředně nutná k adaptaci na nový způsob života je podle dialyzovaných pacientů 2 – 3 měsíce. V této době má nemocný právo na špatnou náladu, zoufalství, ale není řešením a jeho trvání lze zkrátit na minimum. Dialyzovaní pacienti prochází obtížným obdobím svého života, podaná ruka ze strany druhého člověka má cenu zlata.

Když život s umělou ledvinou vpluje do pravidelností, když nemocný nejen pochopí, ale i zažije skutečnost, že žije a bude žít, začne se samozřejmě ptát po smyslu své změněné existence, po smyslu svého konání a tvorby pro druhé.

Život s přístrojem se časem stabilizuje. Nemocný najde své místo v časově i prostorově omezeném životě. Na pořad přicházejí otázky a úvahy týkající se perspektiv a nadějí. Někdo se zajímá o další technický pokrok přístrojů, jiný hledí s nadějí k transplantaci.⁹⁸

⁹⁸ Válek, A.; Haškovcová, H. Život s umělou ledvinou. Praha : Avicenum,1982. ISBN 08-075-82. s. 147 - 148.

Empirická část

5. Empirický výzkum

5.1 Cíle a hypotézy výzkumu

Empirická část diplomové práce má za úkol zjistit nejčastější komplikace života pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu. Do výzkumu jsou zařazeni pacienti hemodialyzovaní a pacienti peritoneálně dialyzovaní.

5.1.1 Cíle empirického výzkumu

1. Najít dvě skupiny pacientů ochotných zapojit se do výzkumu realizovaného prostřednictvím řízeného rozhovoru (první skupinu pacientů hemodialyzovaných (dále jen HD), druhou skupinu pacientů s peritoneální dialýzou (dále jen CAPD)).
2. Zjistit, jaké komplikace a kdy nejvíce zatěžují HD pacienty a pacienty s CAPD.
3. Zjistit, co pacientům s HD a pacientům s CAPD pomáhá překlenout mezidialyzační období a usnadňuje jim život.
4. Navrhnout řešení pro zkvalitnění života: jak v mezidialyzačním období, tak i v celém průběhu léčby u HD pacientů a CAPD pacientů.

5.1.2 Hypotézy empirického výzkumu

1. Domnívám se, že více jak polovina oslovených pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu bude ochotna spolupracovat na výzkumu metodou řízeného rozhovoru.
2. Domnívám se, že v sociální i psychologické oblasti budou mít více problémů HD pacienti než CAPD pacienti.
3. Domnívám se, že v biologické oblasti budou mít více obtíží HD pacienti než CAPD pacienti.
4. Domnívám se, že HD pacienti prožívají mezidialyzační období hůře, než CAPD pacienti období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku.
5. Domnívám se, že HD i CAPD pacientům pomáhají překonat obtíže různé aktivity a přítomnost jejich blízkých.

5.2 Metoda výzkumu

Pro získávání dat potřebných pro empirickou část diplomové práce jsem zvolila metodu řízeného rozhovoru a dotazníku.

[...] Při řízeném rozhovoru se získávají data od účastníků tak, že tazatelé kladou plánované otázky nebo čtou dotazník a odpovědi zaznamenávají. Sběratelé dat jsou schopni vyjasnit otázky, kterým účastníci pohovoru nerozumějí. Musí ale dát pozor, aby odpovědi respondentů neovlivnili. To je v praxi velice obtížné.⁹⁹

Řízený rozhovor byl s pacienty veden podle předem připraveného originálního dotazníku, který jsem při sestavování zaměřila na cíle výzkumu.

5.2.1 Dotazník a řízený rozhovor

Pro svou diplomovou práci jsem pod vedením vedoucí práce Mgr. Dity Seifertové sestavila originální dotazník, který je zaměřen na jednotlivé cíle výzkumu. Dotazník je totožný pro hemodialyzované i peritoneálně dialyzované pacienty. Dotazník obsahuje 24 otázek a je rozdělen do 5 částí. V úvodu jsem pacienty seznámila s účelem dotazníkového šetření, osvětlila jim, jak mají daný dotazník vyplnit a zdůraznila, že veškeré údaje budou zpracovány anonymně a rovněž, že účast na výzkumu je dobrovolná. První část dotazníku, otázky číslo 1 až 5, jsou zaměřeny na zjištění identifikačních údajů (tzv. socio-demografické údaje). Ptají se na pohlaví, věk, stav, délku a druh dialýzy. Druhá část dotazníku je zaměřena na zjištění biologických komplikací, na to, kdy tyto komplikace pacienty nejvíce obtěžují a jak proti nim bojují. Otázky se týkají vedlejších komplikací při léčbě (ot. č. 10), pocitu žízně (ot. č. 12), dietních opatření (ot. č. 13), spánku (ot. č. 15), pohodlí (ot. č. 16) a bolesti (ot. č. 17). U všech těchto otázek pacienti mohli uvést, zda mají v dané oblasti problém. (Odpověď ano či ne). Při vyskytnuvších se potížích v dané oblasti byl problém blíže specifikován. Mohli označit jednu či více z nabídnutých odpovědí. Podle důležitosti ji označili číslicí 1, 2, 3..., nebo svou odpověď dopsali do kolonky jiné. Otázka číslo 17, která se týkala bolesti, byla doplněna o vizuální škálu bolesti, na které pacienti

⁹⁹ Wilson, K.; Butterworth, T. Základy výzkumu v ošetrovatelství a v porodní asistenci. Praha : ČAS, 2002. ISBN 92-890-1181-5. s. 39.

zakroužkovali číslici, která nejvíce vystihuje intenzitu jejich bolesti. (0 žádná bolest - 10 nesnesitelná bolest). Třetí část dotazníku byla zaměřena na psychické komplikace pacientů a jejich překonávání. Na to, jak reagovali, když se o své nemoci dozvěděli (ot. č. 7), na pocity úzkosti při dialýze (ot. č. 11), na stres při dialýze (ot. č. 18), na možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem (ot. č. 20). U otázky číslo 7 měli pacienti za úkol označit jednu či více odpovědí v pořadí 1, 2, 3..., či dopsat svou odpověď do kolonky jiné. U otázek č. 11 a č. 18 označili, zda trpí v souvislosti s dialýzou úzkostí nebo stresem. V případě kladné odpovědi z nabídnutých možností vybrali, co přesně je stresuje a kdy prožívají největší pocit úzkosti. Čtvrtá část dotazníku byla věnována sociální oblasti. Ptala jsem se, jak prožívají období mezi jednotlivými dialýzami (ot. č. 14), kdo jim nejvíce pomáhá při vyrovnávání se s jejich onemocněním (ot. č. 19), zda mají možnost svůj stav konzultovat se sociálním pracovníkem (ot. č. 21), zda využívají možnosti rekreační dialýzy (ot. č. 22). U otázek č. 14 a č. 19 měli možnost označit jednu nebo více z nabídnutých odpovědí v pořadí 1, 2, 3..., dle jejich důležitosti. U otázek č. 21 a č. 22 odpovídali pouze *ano - ne* nebo odpověď mohli dopsat do kolonky jiné. Pátá a poslední část dotazníku se týkala informovanosti pacientů. Ptala jsem se, z jakého důvodu si zvolili daný typ dialýzy, kterým se léčí (ot. č. 6), kdo jim před zahájením léčby podal potřebné informace (ot. č. 8), jak s těmito informacemi byli spokojeni (ot. č. 9), zda znají spolky sdružující dialyzované pacienty (ot. č. 23) a zda znají časopis *Stěžeň* pro dialyzované (ot. č. 24). U otázky č. 6 a č. 8 mohli označit jednu nebo více z nabídnutých odpovědí v pořadí 1, 2, 3..., dle důležitosti. U otázky č. 9 byla pacientům nabídnuta Likertova škála, kdy číslo 1 vyjadřuje maximální spokojenost s informacemi a číslo 5 úplnou nespokojenost s podanými informacemi. U otázky č. 23 a č. 24 mohli pacienti označit odpověď *ano* či *ne*, popřípadě měli možnost dopsat svou odpověď do kolonky jiné.

Některé otázky byly uzavřené (ot. č. 1, 2, 3, 4, 5). Nejvíce byly použity otázky polouzavřené, kdy pacienti mohli označit některou z nabídnutých alternativ, ale zároveň měli možnost dopsat i vlastní odpověď do kolonky jiné (ot. č. 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24). K otázce číslo 9 byla připojena Likertova škála. K otázce č. 17 vizuální škála bolesti.

Dotazník byl s pacienty vyplňován formou řízeného rozhovoru, většina pacientů (95 %) nebyla schopná dotazník vyplnit samostatně z důvodu stáří, zhoršeného zraku, napojeného dialyzačního přístroje, únavy. Někteří pacienti vyplnili dotazník s mojí asistencí, některým jsem po vzájemné domluvě odpovědi do dotazníku zaznamenávala. Při vyplňování všech dotazníků s hemodialyzovanými pacienty jsem byla přítomna a mohla tak pacientům s čímkoliv pomoci či poradit. S každým pacientem jsem strávila přibližně 15 - 20 minut. Pracuji na hemodialyzačním středisku, data od hemodialyzovaných pacientů jsem sbírala přímo na svém pracovišti (HDS B. Braun Avitum Bulovka, Praha) při hemodialyzačních ošetřeních. Mezi jednotlivými pacienty, s kterými jsem vedla rozhovor, byl vždy utvořen dostatečný prostor, důležitý pro zachování potřebného soukromí.

U peritoneálně dialyzovaných pacientů jsem data sbírala v několika pražských dialyzačních střediscích, jelikož peritoneálně dialyzovaných pacientů je málo, bylo nutné zapojit i jedno dialyzační středisko mimo Prahu (Česká Lípa). Dotazníky jsem s peritoneálně dialyzovanými pacienty vyplňovala v čekárnách ambulancí. V České Lípě dotazníky s peritoneálně dialyzovanými pacienty vyplnila sestra přímo při kontrole v ambulanci. Při sběru dat se nevyskytly žádné závažné problémy.

5.2.2 Předvýzkum

Řízený rozhovor jsem nejprve absolvovala s pěti pacienty na hemodialyzačním středisku ve kterém pracuji (HDS B. Braun Avitum Bulovka, Praha). Jeden pacient dotazník vyplnil sám, ostatním čtyřem jsem s vyplněním dotazníku pomohla. Všichni pacienti otázkám v dotazníku porozuměli a byli zařazeni do vlastního výzkumu. V dotazníku jsem již znění žádné otázky neměnila.

5.2.3 Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření

Po ukončení sběru dat, jejich písemném zpracování a uložení do počítače jsem provedla třídění a statistické zpracování dat. Data jsem zpracovávala pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2003 a Microsoft Office Word 2003. Formální aspekty (citace, prameny literatury...) mé diplomové práce byly upraveny

dle normy ISO 690 : 1987 a ISO 690 : 1997. Dotazníky jsem rozdělila na kritéria podle identifikačních údajů a dále jsem vyhodnocovala každou jednotlivou otázku samostatně.

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro výzkum bylo osloveno celkem 100 dialyzovaných pacientů. 50 pacientů hemodialyzovaných a 50 pacientů na peritoneální dialýze. Z 50 oslovených hemodialyzovaných pacientů účast na výzkumu nikdo neodmítl. Výzkumu se odmítlo zúčastnit 8 pacientů na peritoneální dialýze.

Prvním kritériem pro rozdělení pacientů bylo pohlaví. Z celkového počtu 92 (100 %) pacientů odpovídalo 53 (57,6 %) mužů a 39 (42,4 %) žen. Z toho 26 (28,3 %) mužů a 24 (26,1 %) žen hemodialyzovaných a 27 (29,4 %) mužů a 15 (16,3 %) žen peritoneálně dialyzovaných.

Druhým kritériem byl věk pacientů. Věkové rozmezí pacientů bylo od 31 do 84 let. Věkový průměr u dotazovaných mužů činil 59,32 roků, u žen 63,97 roků. Průměrný věk všech pacientů pak byl 61,22. viz tab. č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: (věk pacientů)¹⁰⁰.

Třetím identifikačním znakem byl zvolen rodinný stav pacientů. Téměř 58 % pacientů žije v rodinném svazku, téměř 20 % jich je ovdovělých 15 % rozvedených. Viz tab. č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: (rodinný stav pacientů).

Čtvrtým identifikačním znakem byla zvolena délka dialyzační léčby. Viz graf č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: (délka dialyzační léčby z hlediska pohlaví). Nejvíce pacientů tj. téměř 43 % je dialýzou léčeno od 2,1 roku do 5 let. Od 5,1 do 10 let se dialýzou léčí pouze necelých 12 % pacientů.

Tab. č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: (věk pacientů)

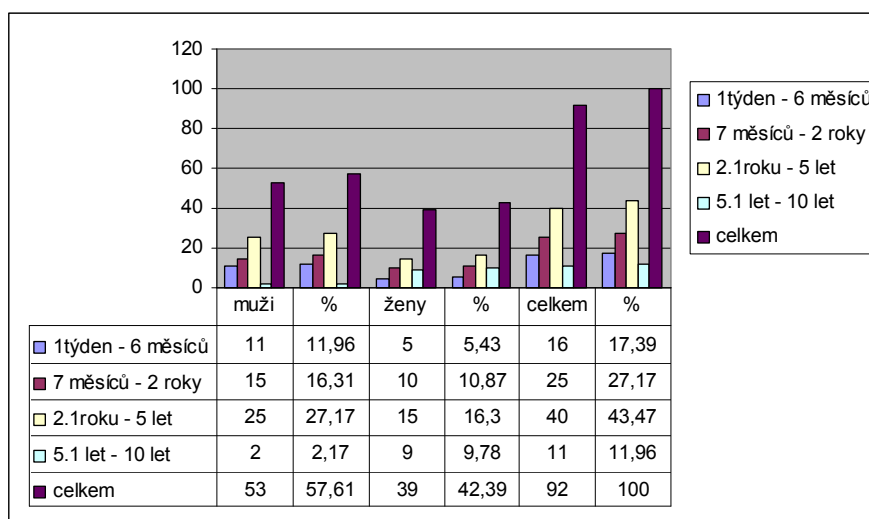
| věk | muži | % | ženy | % | celkem | % |
|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|------------|
| 31 - 59 | 27 | 29,34 | 11 | 11,95 | 38 | 41,3 |
| 60 - 74 | 22 | 23,91 | 21 | 22,82 | 43 | 46,74 |
| 75 - 84 | 4 | 4,35 | 7 | 7,61 | 11 | 11,96 |
| celkem | 53 | 57,6 | 39 | 42,38 | 92 | 100 |

¹⁰⁰ Pacienti byli rozděleni do skupin dle klasifikace stáří podle WHO. 60 - 74 let ranné stáří, 75 - 89 let vlastní stáří. Rozdělení do těchto skupin bylo použito během celého výzkumu.

Tab. č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: (rodinný stav pacientů)

| stav | muži | % | ženy | % | celkem | % |
|---------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| svobodný/á | 4 | 4,34 | 2 | 2,17 | 6 | 6,52 |
| ovdovělý/á | 5 | 5,43 | 13 | 14,13 | 18 | 19,56 |
| ženatý/vdaná | 36 | 39,13 | 17 | 18,48 | 53 | 57,61 |
| druh/družka | 1 | 1,09 | 0 | 0 | 1 | 1,09 |
| rozvedený/á | 7 | 7,61 | 7 | 7,61 | 14 | 15,22 |
| celkem | 53 | 57,6 | 39 | 42,39 | 92 | 100 |

Graf č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: (délka dialyzační léčby z hlediska pohlaví)



5.4 Organizace výzkumu

Na všech níže jmenovaných střediscích jsem nejprve požádala ústně vedení o souhlas s výzkumem na jejich oddělení. Na žádném dialyzačním středisku nevyžadovali písemný souhlas s výzkumem na jejich oddělení. S jejich souhlasem jsem postupně oslovovala jednotlivé hemodialyzované a peritoneálně dialyzované pacienty. Data od hemodialyzovaných pacientů jsem sbírala pouze na jednom oddělení (HDS B. Braun Avitum Bulovka, Praha), data od peritoneálně dialyzovaných pacientů bylo nutné sbírat na více dialyzačních střediscích, jelikož peritoneální dialýzou je léčeno mnohem méně pacientů než hemodialýzou.

5.4.1 Lokace a sběr dat

Výzkum proběhl na:

1. Hemodialyzačním středisku B. Braunn Avitum Bulovka, Praha. Zde bylo osloveno 50 hemodialyzovaných pacientů. Všechny 50 oslovených hemodialyzovaných pacientů se výzkumu zúčastnilo. Data byla sbírána v období od 20. 11. 2006 do 3. 12. 2006.
2. Hemodialyzačním středisku nefrologické kliniky VFN, v Praze, zde bylo osloveno 12 peritoneálně dialyzovaných pacientů. Z 12 oslovených pacientů účast na výzkumu nikdo neodmítl.
3. Hemodialyzačním středisku nefrologické kliniky IKEM, Praha, zde bylo osloveno 8 peritoneálně dialyzovaných pacientů. Účast na výzkumu odmítli 3 oslovení pacienti.
4. Dialyzačním středisku Fresenius Medical Care, Kukučínova Praha 4, Krč, zde bylo osloveno 10 peritoneálně dialyzovaných pacientů. 1 pacient účast na výzkumu odmítl.
5. Hemodialyzačním středisku Strahov, zde bylo osloveno 5 peritoneálně dialyzovaných pacientů. Z 5 oslovených pacientů účast na výzkumu nikdo neodmítl.
6. Hemodialyzačním středisku B. Braun Avitum s. r. o., Praha Nusle, zde bylo osloveno 7 peritoneálně dialyzovaných pacientů. 2 pacienti účast na výzkumu odmítli.
7. Hemodialyzačním středisku v České Lípě, zde bylo osloveno 8 peritoneálně dialyzovaných pacientů. 2 pacienti účast na výzkumu odmítli.

Sběr dat u peritoneálně dialyzovaných pacientů probíhal v období od 3. 12. 2006 do 31. 1. 2007.

5.5 Časový harmonogram výzkumu

Téma mé diplomové práce bylo oficiálně schváleno v červnu 2006.

Rok 2006:

Květen – zadání diplomové práce

Červen – studium pramenů a literatury

Červenec – listopad – tvorba a dokončení teoretické části práce, sestavení dotazníku, předvýzkum

Prosinec – sběr dat pro empirickou část práce

Rok 2007

Leden – sběr dat pro empirickou část výzkumu

Únor – březen – zpracování dat pro empirický výzkum

Duben – uzavření a odevzdání konečné verze diplomové práce

6. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Získané výsledky k cíli č.1

Najít dvě skupiny pacientů ochotných zapojit se do výzkumu realizovaného prostřednictvím řízeného rozhovoru (první skupinu pacientů hemodialyzovaných (dále jen HD), druhou skupinu pacientů s peritoneální dialýzou (dále jen CAPD)).

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 1

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že více jak polovina oslovených pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu bude ochotna spolupracovat na výzkumu metodou řízeného rozhovoru.

Hemodialyzovaní pacienti

Účast na výzkumu neodmítl ani jeden hemodialyzovaný pacient. Účastnilo se ho všech 50 (100 %) oslovených pacientů léčených hemodialýzou.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Stejně tak bylo osloveno i 50 pacientů léčených peritoneální dialýzou. Účast na výzkumu odmítlo 8 (16 %) peritoneálně dialyzovaných pacientů. Účastnilo se ho 42 (84 %) oslovených pacientů na peritoneální dialýze.

Získané výsledky k cíli č. 2

Zjistit, jaké komplikace a kdy nejvíce zatěžují HD pacienty a pacienty s CAPD.

K tomuto cíli se vztahují hypotézy č. 2 a 3.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že v sociální i psychologické oblasti budou mít více problémů HD pacienti než CAPD pacienti.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že v biologické oblasti budou mít více obtíží HD pacienti než CAPD pacienti.

K hypotéze číslo 2 se vztahují otázky v dotazníku číslo 6, 7, 8, 9, 11, 18.

K hypotéze číslo 3 se vztahují otázky v dotazníku číslo 10, 12, 13, 15, 16, 17.

Získané výsledky k hypotéze číslo 2:

Otázka číslo 6:

Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy?

Na tuto otázku odpověděli všichni pacienti. Na výběr měli ze 7 položek: doporučení lékaře, strach z odpovědnosti za svou léčbu, větší pocit bezpečí na středisku, léčba se neprovádí každý den, nemusím mít peritoneální katétr, jiné druhy léčby neznám, kvůli rodině, nebo mohli svou odpověď dopsat do kolonky jiné. Pacienti mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

Hemodialyzovaní pacienti

Graf č. 2. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (hemodialyzovaní pacienti) ukazuje, že naprostá většina (84 %) všech oslovených hemodialyzovaných pacientů uvedla na prvním místě doporučení lékaře. 12 % se na

středisku cítí bezpečněji, než kdyby měli léčbu provádět sami doma. 2 % pacientů uvedla, že jiný způsob léčby neznají a 2 % pacientů nechce mít peritoneální katétr.

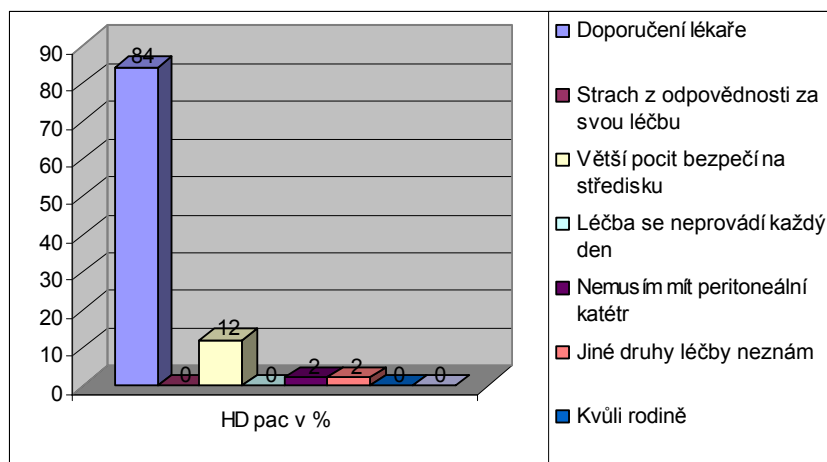
Jestliže si skupinu rozdělíme podle pohlaví, viz tab. č. 3. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (HD pacienti z hlediska pohlaví), výsledky zůstávají podobné. 80,8 % mužů a 87,5 % žen se rozhodlo pro hemodialýzu na doporučení lékaře.

Jestliže se kritériem pro rozdělení skupiny stal věk pacientů, situace vypadala následovně; viz tab. č. 4. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (HD pacienti z hlediska věku). Pacienti byli dle věku rozděleni do 3 skupin (31 - 59, 60 - 74, 75 - 84 let). Kritériem pro rozdělení do těchto 3 skupin byla klasifikace jednotlivých období života dle WHO. Opět se ve všech třech skupinách na prvním místě objevoval důvod doporučení lékaře. V nejmladší skupině v 75 %. Ve střední věkové skupině v 87,5 % a v nejstarší skupině pacientů se dokonce jiný důvod neobjevil. Nejstarší pacienti se pro hemodialýzu rozhodli ve 100 % na doporučení lékaře.

Odpovědi označené číslem 2 uvedlo 36 % respondentů z toho nejčastější byly: větší pocit bezpečí na středisku (14 %), jiné druhy léčby neznám (12 %), nemusím mít peritoneální katétr (6 %) a léčba se neprovádí každý den (4 %).

Odpovědi označené číslem 3 uvedlo pouze 10 % respondentů. Z toho 6 % nemusím mít peritoneální katétr, 2 % jiné druhy léčby neznám a 2 % kvůli rodině.

Graf č. 2. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (hemodialyzovaní pacienti)



Tab. č. 3. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % |
|--|-------------|------------|-------------|------------|
| doporučení lékaře | 21 | 80,77 | 21 | 87,5 |
| strach z odpovědnosti za svou léčbu | 0 | 0 | 0 | 0 |
| větší pocit bezpečí na středisku | 4 | 15,38 | 2 | 8,33 |
| léčba se neprovádí každý den | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nemusím mít peritoneální katétr | 1 | 3,84 | 0 | 0 |
| jiné druhy léčby neznám | 0 | 0 | 1 | 4,17 |
| kvůli rodině | 0 | 0 | 0 | 0 |
| jiný důvod | 0 | 0 | 0 | 0 |
| celkem | 26 | 100 | 24 | 100 |

Tab. č. 4. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (HD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % |
|--|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| doporučení lékaře | 15 | 75 | 21 | 87,5 | 6 | 100 |
| strach z odpovědnosti za svou léčbu | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| větší pocit bezpečí na středisku | 4 | 20 | 2 | 8,33 | 0 | 0 |
| léčba se neprovádí každý den | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nemusím mít peritoneální katétr | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| jiné druhy léčby neznám | 0 | 0 | 1 | 4,17 | 0 | 0 |
| kvůli rodině | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| jiný důvod | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| celkem | 20 | 100 | 24 | 100 | 6 | 100 |

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Graf č. 3. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (peritoneálně dialyzovaní pacienti) udává, že stejně jako u hemodialyzovaných pacientů se většina (71,4 %) všech oslovených peritoneálně dialyzovaných pacientů rozhodla pro peritoneální dialýzu na doporučení lékaře. Druhá nejčastější odpověď byla nezávislost na dialyzačním středisku (14,3 %) a na třetím místě volnější režim (4,8 %).

Jestliže si skupinu rozdělíme podle pohlaví, viz tab. č. 5. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví), zjistíme, že 81,5 % mužů se rozhodlo pro peritoneální dialýzu na doporučení lékaře, 11 % kvůli nezávislosti a 7,4 % kvůli volnějšímu režimu. U žen byla situace poněkud jiná. Ženy se pro peritoneální dialýzu rozhodly na doporučení lékaře „pouze“ v 53 %, 20 % žen se rozhodlo pro tento způsob léčby kvůli větší nezávislosti na dialyzačním středisku.

Jestliže se kritériem pro rozdělení skupiny stal věk pacientů, situace vypadala následovně; viz tab. č. 6. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy:

(CAPD pacienti z hlediska věku). Rozdělení do věkových skupin zůstalo stejné jako u hemodialyzovaných pacientů. Opět se ve všech třech skupinách na prvním místě objevoval důvod na doporučení lékaře. V nejmladší skupině v 77,8 %. Ve střední věkové skupině v 57,9 %, zde se ještě jako významný jeví důvod nezávislost na dialyzačním středisku, pro ten si peritoneální dialýzu zvolilo 31,6 % pacientů ve věku 60 - 74 let. V nejstarší skupině pacientů se stejně jako u hemodialyzovaných jiný důvod neobjevil. Nejstarší pacienti se pro peritoneální dialýzu rozhodli ve 100 % na doporučení lékaře.

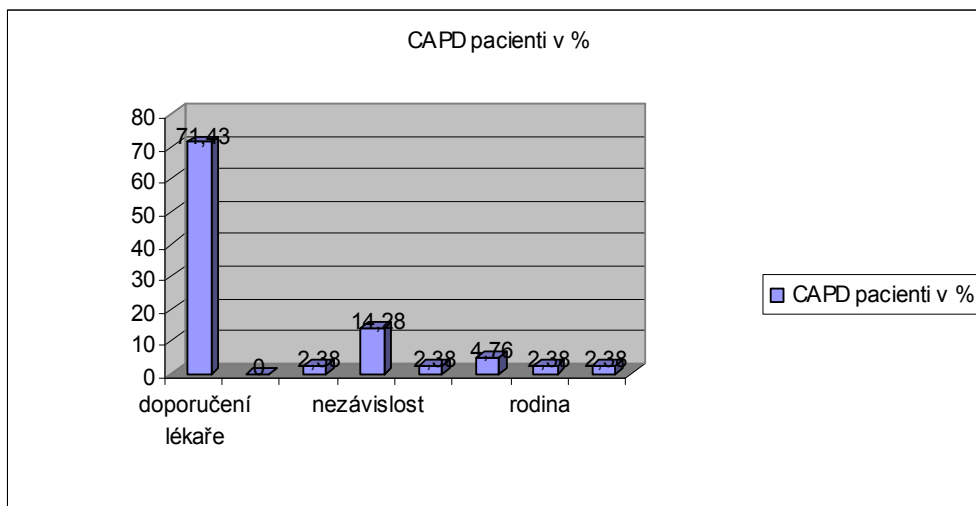
Odpovědi označené číslem 2 uvedlo 71,4 % respondentů, nejčastější byly: nezávislost (47,6 %) a volnější režim (19,1 %).

Odpovědi označené číslem 3 uvedlo 57,1 % respondentů. 42,9 % z nich označilo volnější režim.

Odpovědi označené číslem 4 uvedlo 9,5 % respondentů, 2 pacienti číslem 4 označili nezávislost a 2 pacienti strach z napichování AV fistule.

Odpovědi označené číslem 5 uvedlo taktéž 9,5 % respondentů, 2 pacienti číslem 5 označili volnější režim a 2 rodinu.

Graf č. 3. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (peritoneálně dialyzovaní pacienti)



Tab. č. 5. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % |
|---------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| doporučení lékaře | 22 | 81,48 | 8 | 53,33 |
| vzdálenost střediska | 0 | 0 | 0 | 0 |
| omezení kontaktu se střediskem | 0 | 0 | 1 | 6,67 |
| nezávislost | 3 | 11,11 | 3 | 20 |
| strach z napichování AV fistule | 0 | 0 | 1 | 6,67 |
| volnější režim | 2 | 7,41 | 0 | 0 |
| rodina | 0 | 0 | 1 | 6,67 |
| špatná zkušenost s HD | 0 | 0 | 1 | 6,67 |
| celkem | 27 | 100 | 15 | 100 |

Tab. č. 6. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (CAPD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % |
|---------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|----------|------------|
| doporučení lékaře | 14 | 77,78 | 11 | 57,89 | 5 | 100 |
| vzdálenost střediska | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| omezení kontaktu se střediskem | 1 | 5,56 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nezávislost | 0 | 0 | 6 | 31,58 | 0 | 0 |
| strach z napichování AV fistule | 1 | 5,56 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| volnější režim | 0 | 0 | 2 | 10,53 | 0 | 0 |
| rodina | 1 | 5,56 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| špatná zkušenost s HD | 1 | 5,56 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| celkem | 18 | 100 | 19 | 100 | 5 | 100 |

Otázka číslo 7:

Když jste se dozvěděl/a že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a?

V otázce číslo 7 jsem se tázala, jak pacienti reagovali na to, že budou muset být léčeni dialýzou. Opět měli na výběr z 6 možných odpovědí: nebral/a jsem to na vědomí, měl/a jsem strach, plakal/a jsem, chtěl/a jsem být sama/sám, měl/a jsem zlost, bylo mi to líto, nebo mohli svou odpověď dopsat do kolonky jiné. Mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

Hemodialyzovaní pacienti

42 % pacientů odpovědělo, že dialyzační léčbu nebrali na vědomí a 34 % pacientů mělo z nově nastalé situace strach. Viz graf č. 4. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (hemodialyzovaní pacienti).

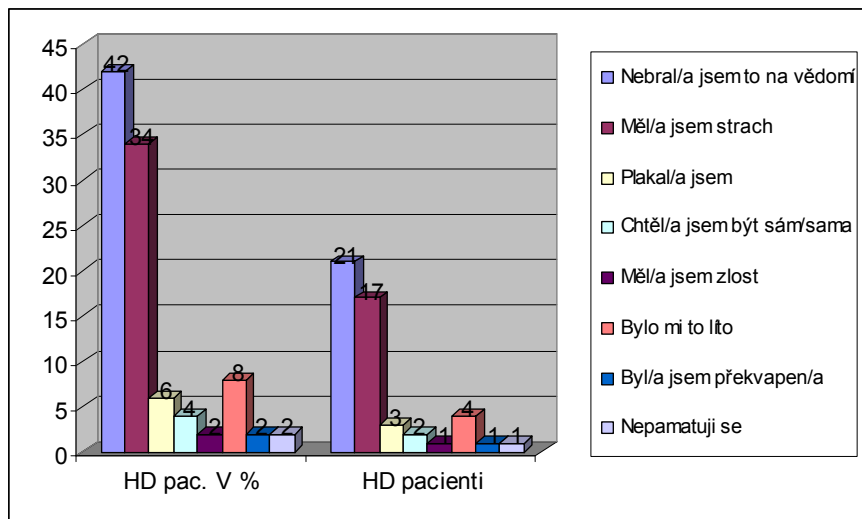
Rozdělíme-li skupinu dle pohlaví, zjistíme, že 53,6 % mužů nebralo danou skutečnost na vědomí. Téměř 27 % mužů na prvním místě udalo, že měli z nové situace

strach. Necelých 8 % jich chtělo být samo. U žen byla situace poněkud rozdílná. Na prvním místě téměř ve 42 % uváděly, že měly strach, 29 % žen na prvním místě uvedlo, že danou skutečnost nebraly na vědomí, shodně 12,5 % žen plakalo a bylo jim líto, že trpí chronickou nemocí, 4 % měla zlost. Viz tab. č. 7. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li skupinu hemodialyzovaných pacientů dle věku, zjistíme, že 50 % z nejmladší skupiny pacientů nebralo danou skutečnost na vědomí, 35 % jich mělo strach. Ve střední věkové skupině 37,5 % nebralo hemodialýzu na vědomí a 29 % jich mělo strach. V nejstarší skupině pacientů se situace poněkud změnila, 50 % z nich mělo z hemodialýzy strach a 33 % ji nebralo na vědomí. Viz tab. č. 8. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (HD pacienti z hlediska věku).

Na druhém místě uvedlo odpověď 16 % pacientů a objevily se zde pouze 2 odpovědi: bylo mi to líto ve 12 % a plakal/a jsem ve 4 %.

Graf č. 4. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (hemodialyzovaní pacienti)



Tab. č. 7. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % |
|-----------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| nebral/a jsem to na vědomí | 14 | 53,85 | 7 | 29,17 |
| měl/a jsem strach | 7 | 26,92 | 10 | 41,67 |
| plakal/a jsem | 0 | 0 | 3 | 12,5 |
| chtěl/a jsem být sám/sama | 2 | 7,69 | 0 | 0 |
| měl/a jsem zlost | 0 | 0 | 1 | 4,17 |
| bylo mi to líto | 1 | 3,85 | 3 | 12,5 |
| byl/a jsem překvapen/a | 1 | 3,85 | 0 | 0 |
| nepamatuji se | 1 | 3,85 | 0 | 0 |
| celkem | 26 | 100 | 24 | 100 |

Tab. č. 8. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (HD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % |
|-----------------------------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| nebral/a jsem to na vědomí | 10 | 50 | 9 | 37,5 | 2 | 33,34 |
| měl/a jsem strach | 7 | 35 | 7 | 29,17 | 3 | 50 |
| plakal/a jsem | 1 | 5 | 2 | 8,34 | 0 | 0 |
| chtěl/a jsem být sám/sama | 1 | 5 | 1 | 4,17 | 0 | 0 |
| měl/a jsem zlost | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16,67 |
| bylo mi to líto | 1 | 5 | 3 | 12,5 | 0 | 0 |
| byl/a jsem překvapen/a | 0 | 0 | 1 | 4,17 | 0 | 0 |
| nepamatuji se | 0 | 0 | 1 | 4,17 | 0 | 0 |
| celkem | 20 | 100 | 24 | 100 | 6 | 100 |

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

33,3 % peritoneálně dialyzovaných pacientů odpovědělo, že pociťovali lítost, 19 % mělo strach a 16,7 % své onemocnění nebralo na vědomí. Viz graf č. 5. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (Peritoneálně dialyzovaní pacienti).

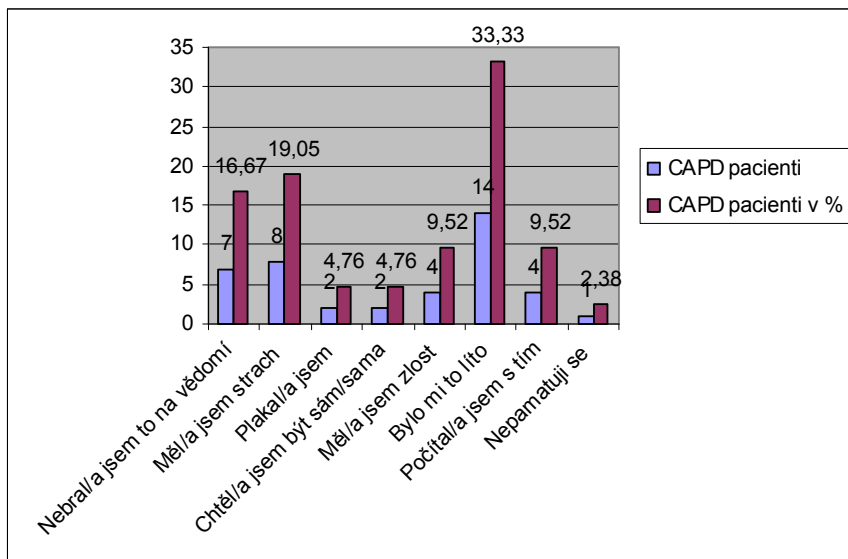
Rozdělíme-li skupinu dle pohlaví, zjistíme, že téměř 41 % mužů pociťovalo ze své nemoci lítost, 18,5 % jich nebralo svou nemoc na vědomí, téměř 15 % mužů mělo zlost a 11 % jich mělo strach. U žen byla situace rozdílná stejně jako u hemodialyzovaných žen. Peritoneálně dialyzované ženy na prvním místě uváděly, že měly strach (33,3 %), na dalších místech shodně ve 13 % se objevily odpovědi: nebrala jsem to na vědomí, plakala jsem a počítala jsem s tím. Viz tab. č. 9. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li skupinu peritoneálně dialyzovaných pacientů dle věku, zjistíme, že 33,3 % pacientům z nejmladší skupiny bylo jejich onemocnění líto, 22,2 % nebralo svou nemoc na vědomí a téměř 17 % mělo strach. Ve střední věkové skupině 31,6 % pacientů bylo jejich onemocnění líto, téměř 16 % nebralo své onemocnění na vědomí, 16 % mělo z dialyzační léčby strach a 16 % pacientů z této věkové skupiny s dialýzou v budoucnu počítalo. V nejstarší skupině pacientů 40 % mělo z dialýzy strach, 40 % bylo jejich onemocnění líto a 20 % těchto pacientů chtělo být samo. Viz tab. č. 10. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Na druhém místě uvedlo odpověď 11,9 % pacientů a nejčastější odpověď byla bylo mi to líto 7,1 %.

Odpověď s číslem 3 uvedlo pouze 4,8 % pacientů. Jeden pacient odpověděl, že měl strach a 1 odpověděl bylo mi to líto.

Graf č. 5. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (Peritoneálně dialyzovaní pacienti)



Tab. č. 9. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % |
|-----------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| nebral/a jsem to na vědomí | 5 | 18,51 | 2 | 13,33 |
| měl/a jsem strach | 3 | 11,11 | 5 | 33,33 |
| plakal/a jsem | 0 | 0 | 2 | 13,33 |
| chtěl/a jsem být sám/sama | 1 | 3,7 | 1 | 6,67 |
| měl/a jsem zlost | 4 | 14,81 | 0 | 0 |
| bylo mi to líto | 11 | 40,74 | 3 | 20 |
| počítal/a jsem s tím | 2 | 7,41 | 2 | 13,33 |
| nepamatuji se | 1 | 3,7 | 0 | 0 |
| celkem | 27 | 100 | 15 | 100 |

Tab. č. 10. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (CAPD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % |
|-----------------------------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| nebral/a jsem to na vědomí | 4 | 22,22 | 3 | 15,79 | 0 | 0 |
| měl/a jsem strach | 3 | 16,67 | 3 | 15,79 | 2 | 40 |
| plakal/a jsem | 1 | 5,56 | 1 | 5,26 | 0 | 0 |
| chtěl/a jsem být sám/sama | 0 | 0 | 1 | 5,26 | 1 | 20 |
| měl/a jsem zlost | 2 | 11,11 | 2 | 10,53 | 0 | 0 |
| bylo mi to líto | 6 | 33,33 | 6 | 31,58 | 2 | 40 |
| počítal/a jsem s tím | 1 | 5,56 | 3 | 15,79 | 0 | 0 |
| nepamatuji se | 1 | 5,56 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| celkem | 18 | 100 | 19 | 100 | 5 | 100 |

Otázka č. 8:

Kdo Vám před zahájením Vaší dialyzační léčby podal potřebné informace?

V této otázce jsem se snažila dozvědět, kdo pacientům před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace. Opět měli na výběr ze šesti nabídnutých možností: lékař, sestra, klinický psycholog, spolupacienti, žádné informace jsem nepotřeboval, někdo jiný. Mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

Hemodialyzovaní pacienti

Dle mého předpokladu vysoké procento (84 %) hemodialyzovaných pacientů na prvním místě uvedlo, že se potřebné informace dozvěděli od lékaře. Pouze 8 % pacientů se potřebné informace dozvědělo od sestry, 6 % pacientů žádné informace nepotřebovalo, vyhledali si je sami například na internetu a 2 % pacientů potřebné

informace podali spolupacienti. Viz tab. č. 11. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (hemodialyzovaní pacienti).

Rozdělíme-li si skupinu respondentů podle pohlaví, výsledky se výrazně nemění. 88,5 % mužů a 79 % žen dostalo informace od lékaře, téměř 3 % mužů a 12,5 % žen je dostala od sestry. Necelých 8 % mužů a 4 % žen žádné informace nepotřebovalo a 4 % žen se vše potřebné dozvěděla od spolupacientů. Viz graf č. 6. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

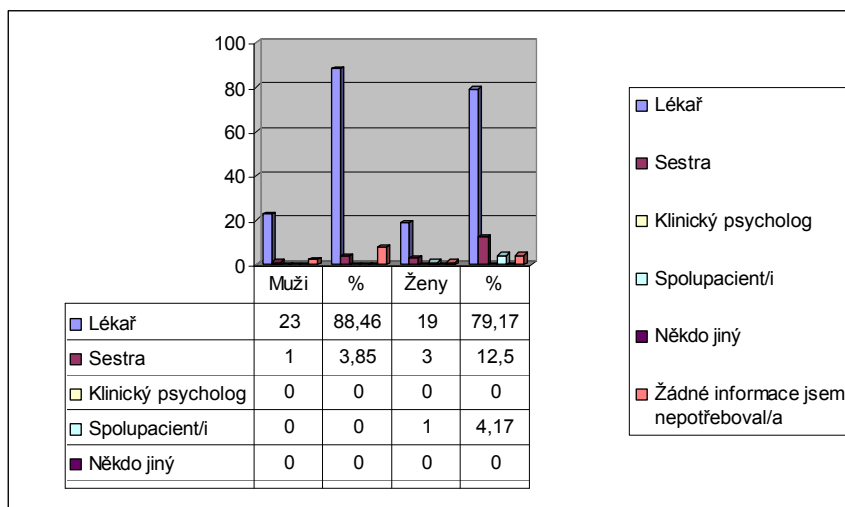
Odpověď na druhém místě uvedlo 28 % respondentů a nejčastější byla sestra (85,7 %) ze všech odpovědí označených číslem 2. Shodně v 7,1 % se na druhém místě objevily odpovědi lékař a spolupacienti.

Odpověď označenou číslem 3 uvedlo pouze 6 % pacientů, z toho 66,7 % na třetím místě označili spolupacienty a 33,4 % lékaře.

Tab. č. 11. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (hemodialyzovaní pacienti)

| | HD pacienti | % |
|--|--------------------|------------|
| lékař | 42 | 84 |
| sestra | 4 | 8 |
| klinický psycholog | 0 | 0 |
| spolupacient/i | 1 | 2 |
| někdo jiný | 0 | 0 |
| žádné informace jsem nepotřeboval/a | 3 | 6 |
| celkem | 50 | 100 |

Graf č. 6. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (HD pacienti z hlediska pohlaví)



Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Stejně jako u hemodialyzovaných pacientů vysoké procento (95,2 %) pacientů na peritoneální dialýze na prvním místě uvedlo, že se potřebné informace dozvěděli od lékaře. Pouze 2,4 % se důležité informace dozvěděla od sestry a 2,4 % pacientů žádné informace nepotřebovala. Viz tab. č. 12. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (peritoneálně dialyzovaní pacienti).

Rozdělíme-li si skupinu respondentů podle pohlaví, zjistíme, že muži ve 100 % na prvním místě uvedli že je informoval lékař. Ženy uvedly na prvním místě lékaře v 86,7%.

6,7 % žen žádné informace nedostalo a 6,7 % žen se potřebné informace dozvědělo od sestry. Viz graf č. 7. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

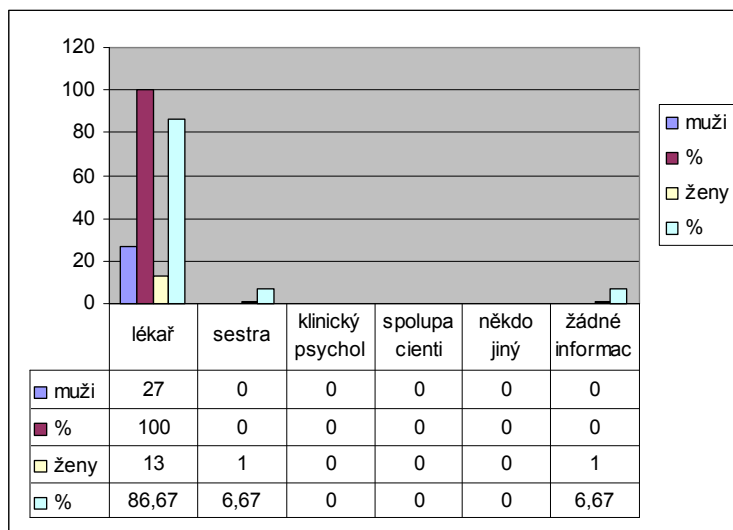
Odpověď na druhém místě uvedlo 71,4 % respondentů a nejčastější byla sestra (80 %) ze všech odpovědí označených číslem 2.

Odpověď označenou číslem 3 uvedlo pouze 9,5 % pacientů a zněla spolupacienti.

Tab. č. 12. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (peritoneálně dialyzovaní pacienti)

| | CAPD pacienti | % |
|--|---------------|------------|
| lékař | 40 | 95,24 |
| sestra | 1 | 2,38 |
| klinický psycholog | 0 | 0 |
| spolupacienti | 0 | 0 |
| někdo jiný | 0 | 0 |
| žádné informace jsem nepotřeboval | 1 | 2,38 |
| celkem | 42 | 100 |

Graf č. 7. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)



Otázka číslo 9:

Jak jste byl/a spokojen/a s informacemi, které Vám byly sděleny před zahájením dialyzační léčby?

V této otázce jsem se snažila dozvědět, nakolik byli pacienti spokojeni s informacemi, které jim před zahájením jejich léčby byly poskytnuty. Otázka číslo 9 navazuje na otázku číslo 8 (Kdo Vám podal potřebné informace před zahájením Vaší dialyzační léčby?). Hodnota spokojenosti byla vymezena číselně od 1 (maximální spokojenost) do 5 (úplná nespokojenost).

Hemodialyzovaní pacienti

60 % odpovídajících mužů i žen bylo s informacemi maximálně spokojeno. Na druhé straně ale 6 % pacientů nebylo s informacemi spokojeno vůbec. Viz tab. č. 13. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (hemodialyzovaní pacienti). Číslem 3 označilo spokojenost s informacemi 19 % mužů a téměř 17 % žen.

Při rozdělení skupiny dle věku a pohlaví pacientů zjistíme, že s informacemi před zahájením dialýzy byli nejvíce spokojeni nejmladší muži (57 %) a ženy ve střední věkové skupině (79 %). Nejméně byli s informacemi spokojeni muži ve střední věkové skupině (10 %) a ženy ve střední věkové skupině (14 %). Viz tab. č. 14. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (HD muži z hlediska věku) a tab. č. 15. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (HD ženy z hlediska věku).

Průměrně byli s informacemi více spokojeni muži oproti ženám (1,88 a 2,125).

Tab. č. 13. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (hemodialyzovaní pacienti)

| | HD pac. | % |
|---------------|----------------|------------|
| 1 | 30 | 60 |
| 2 | 7 | 14 |
| 3 | 9 | 18 |
| 4 | 1 | 2 |
| 5 | 3 | 6 |
| celkem | 50 | 100 |

Tab. č. 14. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (HD muži z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % |
|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| 1 | 8 | 57,14 | 4 | 40 | 1 | 50 |
| 2 | 4 | 28,57 | 1 | 10 | 1 | 50 |
| 3 | 2 | 14,28 | 3 | 30 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 0 | 1 | 10 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 1 | 10 | 0 | 0 |
| celkem | 14 | 100 | 10 | 100 | 2 | 100 |

Tab. č. 15. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (HD ženy z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % |
|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| 1 | 2 | 33,33 | 11 | 78,57 | 4 | 100 |
| 2 | 1 | 16,67 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 3 | 50 | 1 | 7,14 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 2 | 14,28 | 0 | 0 |
| celkem | 6 | 100 | 14 | 100 | 4 | 100 |

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Stejně jako u hemodialyzovaných pacientů téměř 62 % odpovídajících mužů i žen bylo s informacemi maximálně spokojeno. 2,4 % pacientů nebylo s informacemi spokojeno vůbec. Viz tab. č. 16. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (peritoneálně dialyzovaní pacienti). Číslem 3 označilo spokojenost s informacemi 14,8 % mužů a téměř 13,3 % žen.

Při rozdělení skupiny dle věku a pohlaví pacientů zjistíme, že s informacemi před zahájením dialýzy byli nejvíce spokojeni muži ve střední věkové skupině (91,7 %) a nejstarší ženy (100 %). Nejméně byli s informacemi spokojeni nejmladší muži, téměř 31 % z nich označilo číslo 3 a ženy ve střední věkové skupině, 14,3 % jich označilo číslo 5. Viz tab. č. 17. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (CAPD muži z hlediska věku) a tab. č. 18. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (CAPD ženy z hlediska věku).

I u pacientů na peritoneální dialýze jsem zaznamenala větší spokojenost s podanými informacemi u mužů než u žen. (1,56 a 1,67).

Tab. č. 16. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (peritoneálně dialyzovaní pacienti)

| | CAPD pac. | % |
|---------------|------------------|------------|
| 1 | 26 | 61,9 |
| 2 | 9 | 21,43 |
| 3 | 6 | 14,29 |
| 4 | 0 | 0 |
| 5 | 1 | 2,38 |
| celkem | 42 | 100 |

Tab. č. 17. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (CAPD muži z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % |
|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| 1 | 4 | 30,77 | 11 | 91,67 | 1 | 50 |
| 2 | 5 | 38,46 | 1 | 8,33 | 1 | 50 |
| 3 | 4 | 30,77 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| celkem | 13 | 100 | 12 | 100 | 2 | 100 |

Tab. č. 18. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (CAPD ženy z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % |
|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| 1 | 3 | 60 | 4 | 57,14 | 3 | 100 |
| 2 | 1 | 20 | 1 | 14,27 | 0 | 0 |
| 3 | 1 | 20 | 1 | 14,27 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 1 | 14,27 | 0 | 0 |
| celkem | 5 | 100 | 7 | 100 | 3 | 100 |

Otázka číslo 11:

Trpíte v souvislosti s dialýzou pocitem úzkosti?

Tato otázka si kladla za cíl zjistit, zda dialyzovaní pacienti trpí v souvislosti s dialýzou pocitem úzkosti. Pacienti odpovídali ano/ne. Za touto otázkou následovala podotázka 11a), na kterou odpovídali pouze ti pacienti, kteří úzkostí trpí. Měla za úkol specifikovat, kdy trpí úzkostí nejvíce. Zde měli pacienti na výběr ze 4 možností: během celého dialyzačního ošetření, několik hodin před dialýzou, během celého pobytu na středisku, během napichování AVF nebo mohli svou odpověď dopsat do kolonky jiné. Mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

Hemodialyzovaní pacienti

Zajímavým zjištěním bylo, že 82 % hemodialyzovaných pacientů netrpí v souvislosti s dialýzou pocitem úzkosti. Pocitem úzkosti trpí pouhých 15 % mužů a 21 % žen. Z této nepříliš početné skupiny trpí nejvíce mužů (75 %) i žen (60 %) úzkostí několik hodin před dialýzou. Shodně 20 % žen trpí úzkostí během celého dialyzačního ošetření a během celého pobytu na středisku a 25 % mužů trpí pocitem

úzkosti po odmačkání AV fistule. Viz tab. č. 19. Kdy prožíváte největší pocit úzkosti: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

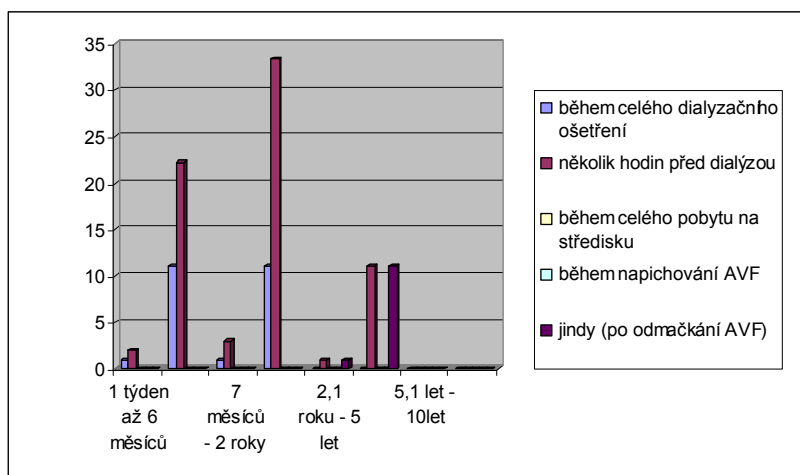
Jestliže pacienty rozdělíme dle délky dialyzační léčby: v první skupině byli pacienti dialyzovaní 1 týden až 6 měsíců, ve druhé skupině pacienti navštěvující hemodialyzační středisko 7 měsíců až 2 roky, třetí skupinu tvořili pacienti chodící na dialýzu 2,1 roku až 5 let a čtvrtou skupinu pacienti dialyzovaní 5,1 roku až 10 let.¹⁰¹ Zjistíme, že nejvíce úzkostní jsou pacienti léčení dialýzou 7 měsíců až 2 roky (30,8 %). Pak následuje skupina pacientů navštěvující dialyzační středisko nejkratší dobu (1 týden až 6 měsíců), ti trpí úzkostí ve 25 %. V dalších dvou skupinách je pacientů trpících úzkostí minimum. Pacienti dialyzovaní 7 měsíců až 2 roky trpí nejvíce úzkostí několik hodin před dialýzou (33,3 %). Viz graf č. 8. Kdy prožíváte největší pocit úzkosti: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení).

Na druhém a třetím místě se nevyskytla žádná odpověď.

Tab. č. 19. Kdy prožíváte největší pocit úzkosti: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % |
|---|----------|------------|----------|------------|
| během celého dialyzačního ošetření | 0 | 0 | 1 | 20 |
| několik hodin před dialýzou | 3 | 75 | 3 | 60 |
| během celého pobytu na středisku | 0 | 0 | 1 | 20 |
| během napichování AV fistule | 0 | 0 | 0 | 0 |
| jindy (po odmačkání AV fistule) | 1 | 25 | 0 | 0 |
| celkem | 4 | 100 | 5 | 100 |

Graf č. 8. Kdy prožíváte největší pocit úzkosti: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)



¹⁰¹ Toto rozdělení bude zachováno i v další části výzkumu

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Peritoneálně dialyzovaní pacienti trpí úzkostí dokonce ještě v menším procentu než hemodialyzovaní pacienti. Pocitem úzkosti trpí pouhých 3,7 % mužů. Žena v souvislosti s dialýzou netrpí úzkostí ani jedna. Viz tab. č. 20. Trpíte v souvislosti s dialýzou pocitem úzkosti: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví). Tento jediný ženatý muž z věkové skupiny 31 - 59 let, léčený dialýzou od 2,1 roku do 5 let trpí úzkostí díky dlouhému čekání na transplantaci.

Tab. č. 20. Trpíte v souvislosti s dialýzou pocitem úzkosti: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % |
|---------------|-------------|------------|-------------|------------|
| ano | 1 | 3,7 | 0 | 0 |
| ne | 26 | 96,3 | 15 | 100 |
| celkem | 27 | 100 | 15 | 100 |

Otázka číslo 18

Máte pocit že je pro Vás dialyzační léčba stresující?

Tato otázka měla za úkol zjistit, zda dialyzovaní pacienti trpí v souvislosti s dialýzou stresem. Pacienti odpovídali ano/ne. Za touto otázkou následovala podotázka 18a), na kterou odpovídali pouze ti pacienti, které dialyzační léčba stresuje. Měla za úkol specifikovat, co přesně je stresuje. Zde měli pacienti na výběr z 5 možností: soužití s přístrojem nebo peritoneálním katétrem, komplikace onemocnění, možné změny v rodinném životě, chronicita nemoci, noční dialýzy nebo mohli dopsat svou odpověď do kolonky jiné. Mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

Hemodialyzovaní pacienti

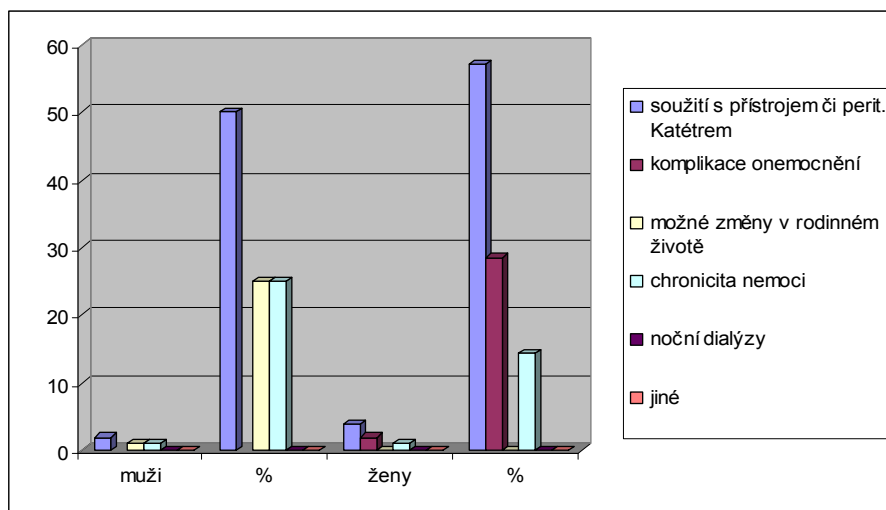
I zde byly výsledky překvapující. Pouze 20 % pacientů léčených hemodialýzou trpí v souvislosti s danou léčbou stresem. 25 % žen a 15,4 % mužů. Z této nepočetné skupinky pacienty nejvíce stresuje soužití s přístrojem, muže v 50 % a ženy v 57 %. Viz graf č. 9. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li pacienty dle délky dialyzačního léčení, zjistíme, že v prvních dvou skupinách (pacienti docházející na dialýzu nejkratší dobu) je pacientů trpících stresem z tohoto léčení nejvíce. Pacienti léčící se 1 týden až 6 měsíců trpí stresem v 33 % a pacienti dialyzovaní 7 měsíců až 2 roky téměř v 31 %. V dalších dvou skupinách

pacientů trpících stresem z dialýzy ubývá. Viz tab. č. 21. Je pro Vás dialyzační léčba stresující: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení). Pro pacienty, kteří jsou ve skupině, která dochází na dialýzu nejkratší dobu je nejvíce stresující soužití s přístrojem (75 %). Viz graf č. 10. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení).

Na druhém a třetím místě se žádná odpověď nevyskytla.

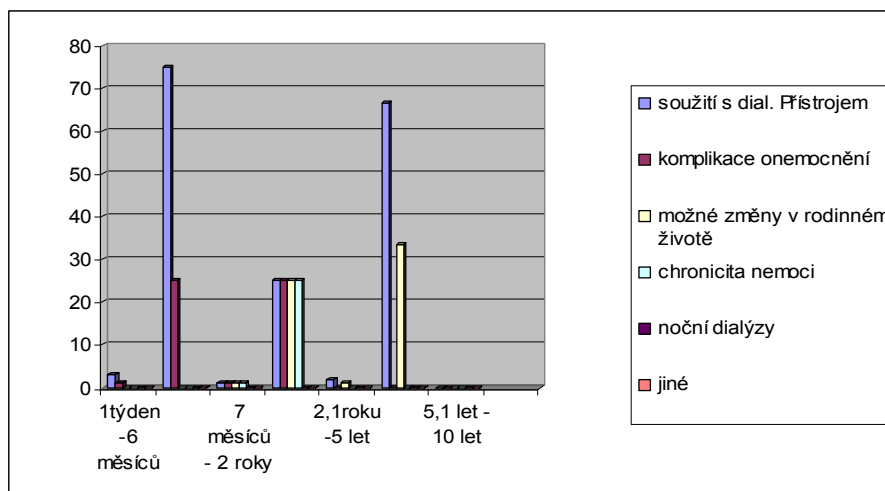
Graf č. 9. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (HD pacienti z hlediska pohlaví)



Tab. č. 21. Je pro Vás dialyzační léčba stresující: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1 týden - 6 měsíců | 4 | 33,33 | 8 | 66,67 | 12 | 100 |
| 7 měsíců - 2 roky | 4 | 30,77 | 9 | 69,23 | 13 | 100 |
| 2,1 roku - 5 let | 3 | 13,04 | 20 | 86,96 | 23 | 100 |
| 5,1 roku - 10 let | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 100 |
| celkem | 11 | 22 | 39 | 78 | 50 | 100 |

Graf č. 10. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)



Peritoneálně dialyzovaní pacienti

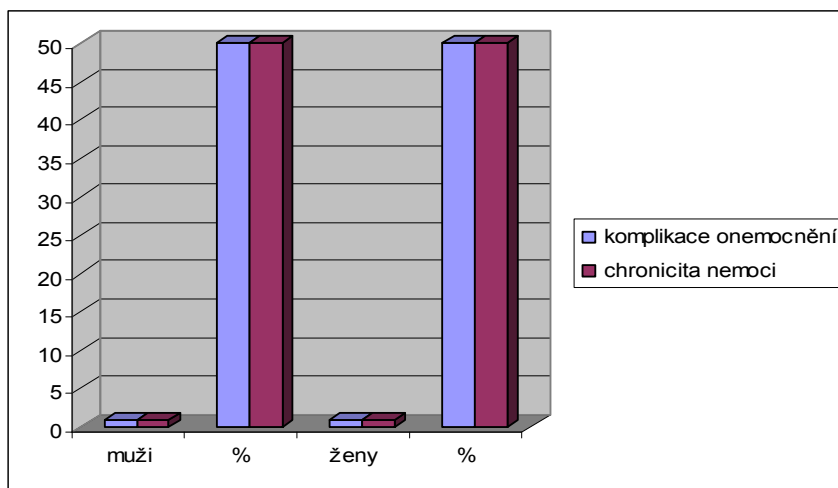
I zde byly výsledky překvapující. Pouze 9,5 % pacientů léčených peritoneální dialýzou trpí v souvislosti s danou léčbou stresem. 13,3 % žen a 7,4 % mužů. Muže i ženy nejvíce stresuje chronicita jejich onemocnění 50 % a možné komplikace jejich onemocnění 50 %. Viz graf č. 11. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li skupinu dle délky dialyzačního léčení, zjistíme, že nejvíce trpí stresem pacienti léčení peritoneální dialýzou od 2,1 roku do 5 let (17,7 %). Ve skupině pacientů léčených peritoneální dialýzou od 7 měsíců do 2 let trpí stresem 7,7 % pacientů. V dalších 2 skupinách netrpí stresem ani 1 pacient. Viz tab. č. 22. Je pro Vás dialyzační léčba stresující: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení). Pacienti, kteří jsou ve skupině, která se léčí od 7 měsíců do 2 let, jsou ve 100 % stresováni možnými komplikace onemocnění. Pacienti, léčení peritoneální dialýzou od 2,1 roku do 5 let, jsou nejvíce stresováni chronicitou jejich onemocnění. Viz graf č. 12. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení).

Na druhém místě uvedlo odpověď 11,9 % pacientů, z nichž nejčastější byla změny v rodinném životě (50 %), noční dialýzy (25 %) a soužití s peritoneálním katétrem (25 %) ze všech odpovědí označených číslem 2.

Na třetím místě uvedlo odpověď 4,8 % pacientů, z toho 50 % trpí stresem z dlouhého čekání na transplantaci a 50 % z chronicity onemocnění.

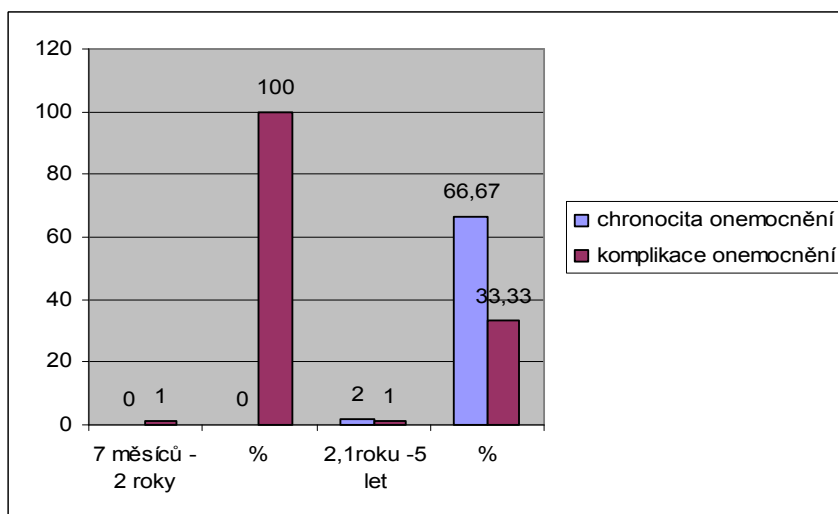
Graf č. 11. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)



Tab. č. 22. Je pro Vás dialyzační léčba stresující: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------------------|----------|-------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| 1 týden - 6 měsíců | 0 | 0 | 4 | 100 | 4 | 100 |
| 7 měsíců - 2 roky | 1 | 7,69 | 12 | 92,31 | 13 | 100 |
| 2,1 roku - 5 let | 3 | 17,65 | 14 | 82,35 | 17 | 100 |
| 5,1 roku - 10 let | 0 | 0 | 8 | 100 | 8 | 100 |
| celkem | 4 | 9,52 | 38 | 90,48 | 42 | 100 |

Graf č. 12. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)



Získané výsledky k hypotéze číslo 3:

Otázka číslo 10:

Trpíte nyní v souvislosti s dialyzační léčbou vedlejšími komplikacemi?

Tato otázka měla za úkol zjistit, zda dialyzovaní pacienti trpí v souvislosti s dialýzou vedlejšími komplikacemi. Pacienti odpovídali ano/ne. Za touto otázkou následovaly 2 podotázky. Pomocí první podotázky 10a) jsem chtěla zjistit, jakými komplikacemi trpí pacienti nejvíce. Měli na výběr z pěti možností: nízký tlak, svalové křeče, zvracení, bolest hlavy, svědivka nebo mohli svou odpověď dopsat do kolonky jiné. Mohli zaškrtnout více odpovědí v pořadí 1, 2, 3... Druhá podotázka 10b) měla za úkol zjistit, kdy tyto komplikace pacienty nejvíce obtěžují. Měli opět možnost vybrat si ze 3 možných odpovědí: během dialýzy, mimo dialýzu, jindy. A mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

Hemodialyzovaní pacienti

Přesně polovina (50 %) hemodialyzovaných pacientů trpí v souvislosti s dialýzou vedlejšími komplikacemi.

Jestliže skupinu pacientů rozdělíme dle pohlaví, zjistíme, že vedlejšími komplikacemi trpí 58 % žen. Nejpočetnější skupiny tvoří ženy, které obtěžuje nízký krevní tlak (50 %), svědivka (21 %) a svalové křeče (14 %). Muži trpí vedlejšími komplikacemi ve 42 %, nejpočetnější skupinu tvoří muži, které obtěžuje bolest hlavy (36 %), nízký krevní tlak (18 %), vysoký krevní tlak (18 %) a svalové křeče (18 %). Viz graf č. 13. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Podíváme-li se na to, kdy vedlejší komplikace pacienty nejvíce obtěžují, zjistíme, že u žen je to nejčastěji nízký krevní tlak během dialýzy (50 %) a svědivka během dialýzy (21 %). U mužů je to bolest hlavy mimo dialýzu (27 %), nízký krevní tlak při dialýze (18 %), vysoký krevní tlak při dialýze (18 %) a svalové křeče při dialýze (18 %). Viz tab. č. 23. Jaké komplikace a kdy Vás nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li skupinu pacientů dle věku, zjistíme, že komplikacemi trpí 50 % pacientů ve věku 31 - 59 let, 37,5 % pacientů ve věku 60 - 74 let a 100 % pacientů ve

věku 75 - 84 let. Podrobnějším rozbořem odhalíme, že v nejmladší skupině pacienti nejvíce trápí nízký krevní tlak (30 %) a bolesti hlavy (30 %). V prostřední věkové skupině nízký krevní tlak (33 %), svědivka (22 %) a vysoký krevní tlak (22 %). V nejstarší skupině pacientů nízký krevní tlak (67 %). Viz tab. č. 24. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska věku).

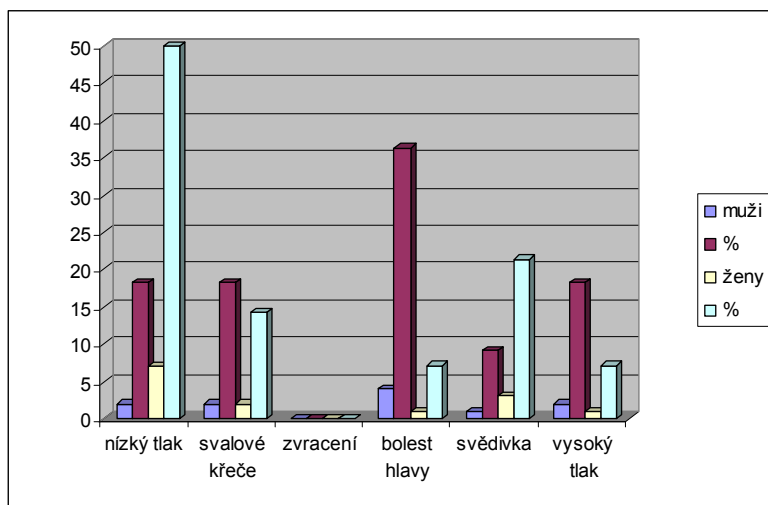
Při zkoumání, kdy pacienti komplikace nejvíce obtěžují, jsem zjistila, že shodně ve všech třech věkových skupinách je to nízký krevní tlak během dialyzačního ošetření. V nejmladší skupině pacientů ve 30 %, ve střední věkové skupině v 33 % a v nejstarší skupině v 50 %.

Posledním kritériem, podle kterého jsem pacienti rozdělila, bylo, jak dlouho jsou dialýzou léčeni. Nejvíce trpí komplikacemi pacienti léčeni dialýzou od 7 měsíců do 2 let (téměř 54 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvoří pacienti léčeni dialýzou 2,1 roku až 5 let (52 %). Na třetím místě jsou pacienti dialyzovaní 1 týden až 6 měsíců (50 %). Ve skupině pacientů dialyzovaných nejdéle netrpí vedlejšími komplikacemi nikdo. Viz graf č. 14. Trpíte v souvislosti s dialýzou vedlejšími komplikacemi: (HD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby). Při rozdělování pacientů do skupin dle délky dialyzační léčby bylo odhaleno, že nejvýznamnější skupinu tvoří ženy dialyzované od 7 měsíců do 2 let, které trpí nízkým krevním tlakem během dialyzačního ošetření.

Číslici 2 čili druhou komplikaci označilo celkem 14 % pacientů, nejčastěji na druhém místě uváděli svědivku (6 %), bolest hlavy (4 %) a křeče (4 %).

Na třetím místě uvedlo odpověď 6 % pacientů a číslem 3 označili křeče (2 %), bolest hlavy (2 %) a svědivku (2 %).

Graf č. 13. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska pohlaví)



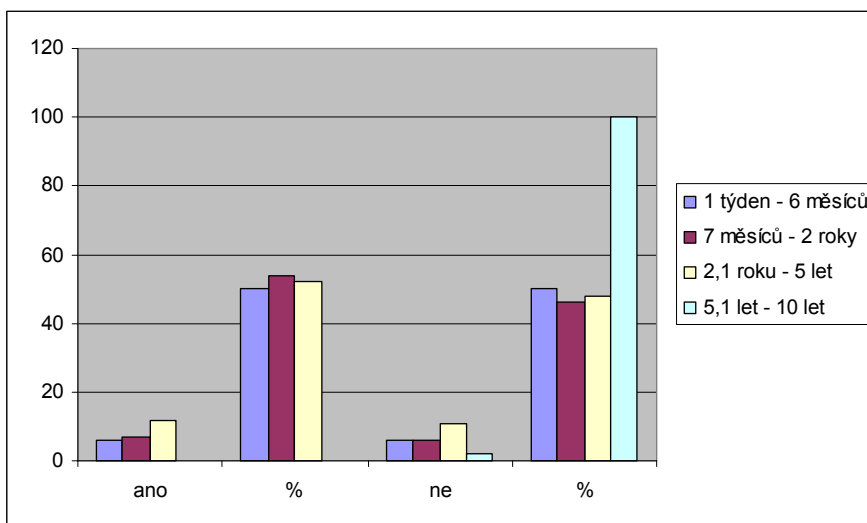
Tab. č. 23. Jaké komplikace a kdy Vás nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | | | | ženy | | | | celkem | |
|----------------------|----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|----------|-------------|-----------|------------|
| | během HD | % | mimo HD | % | během HD | % | mimo HD | % | celkem | % |
| nízký tlak | 2 | 18,18 | 0 | 0 | 7 | 50 | 0 | 0 | 9 | 36 |
| svalové křeče | 2 | 18,18 | 0 | 0 | 1 | 7,14 | 1 | 7,14 | 4 | 16 |
| zvracení | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| bolest hlavy | 1 | 9,09 | 3 | 27,27 | 1 | 7,14 | 0 | 0 | 5 | 20 |
| svědivka | 0 | 0 | 1 | 9,09 | 3 | 21,42 | 0 | 0 | 4 | 16 |
| vysoký tlak | 2 | 18,18 | 0 | 0 | 1 | 7,14 | 0 | 0 | 3 | 12 |
| celkem | 7 | 63,63 | 4 | 36,36 | 13 | 92,84 | 1 | 7,14 | 25 | 100 |

Tab. č. 24. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % | celkem | % |
|----------------------|-----------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|
| nízký tlak | 3 | 30 | 3 | 33,33 | 4 | 66,67 | 10 | 40 |
| svalové křeče | 2 | 20 | 1 | 11,11 | 0 | 0 | 3 | 12 |
| zvracení | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| bolest hlavy | 3 | 30 | 1 | 11,11 | 0 | 0 | 4 | 16 |
| svědivka | 2 | 20 | 2 | 22,22 | 1 | 16,67 | 5 | 20 |
| vysoký tlak | 0 | 0 | 2 | 22,22 | 1 | 16,67 | 3 | 12 |
| celkem | 10 | 100 | 9 | 100 | 6 | 100 | 25 | 100 |

Graf č. 14. Trpíte v souvislosti s dialýzou vedlejšími komplikacemi: (HD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)



Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Pacienti, kteří jsou léčeni peritoneální dialýzou trpí vedlejšími komplikacemi v „pouhých“ 23,8 %.

Jestliže skupinu pacientů rozdělíme dle pohlaví, zjistíme, že vedlejšími komplikacemi trpí 46,7 % žen, z nichž nejpočetnější skupiny tvoří ženy, které obtěžuje infekce výstupu katétru (28,6 %), svědivka (28,6 %) a bolest břicha (28,6 %). Muži trpí vedlejšími komplikacemi v 11,1 %, nejčastěji trpí peritonitidou (33,3 %), bolestmi břicha (33,3 %) a svědivkou (33,3 %). Viz graf č. 15. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

Podíváme-li se na to, kdy vedlejší komplikace pacienty nejvíce obtěžují, zjistíme, že je to u obou pohlaví podobné. Ženy trápí bolesti břicha během výměny peritoneálního roztoku (28,6 %), svědivka neustále (28,6 %). Muže trápí bolest břicha během peritoneálních výměn (33,3 %), svědivka neustále (33,3 %). Viz tab. č. 25. Jaké komplikace a kdy Vás nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

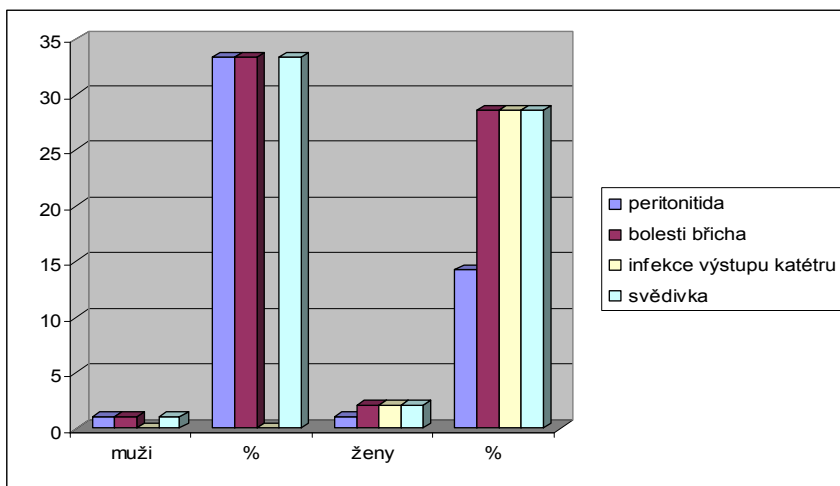
Rozdělíme-li skupinu pacientů dle věku, zjistíme, že komplikacemi trpí 38,9 % pacientů ve věku 31 - 59 let, 15,8 % pacientů ve věku 60 - 74 let a žádný pacient ve věku 75 - 84 let. Podrobnějším zkoumáním odhalíme, že v nejmladší skupině pacienty nejvíce trápí bolesti břicha během výměn peritoneálního roztoku (42,9 %) a svědivka

neustále (28,6 %). Ve věkové skupině 60 - 74 let je to peritonitida (33,3 %), svědivka neustále (33,3 %) a infekce výstupu katétru (33,3 %). Viz tab. č. 26. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Posledním kritériem, podle kterého jsem pacienty rozdělila, bylo, jak dlouho jsou dialýzou léčeni. Nejvíce trpí komplikacemi pacienti, kteří jsou léčeni dialýzou od 5,1 roku do 10 let (37,5 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvoří pacienti léčení se od 7 měsíců do 2 let (30,8 %). Poté následuje skupina pacientů dialyzovaných nejkratší dobu (25 %). Nejméně komplikací jsem objevila u pacientů léčených dialýzou 2,1 roku až 5 let. (11,8 %). Viz graf č. 16. Trpíte v souvislosti dialýzou vedlejšími komplikacemi: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby).

Na druhém a třetím místě se nevyskytla žádná odpověď.

Graf č. 15. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)



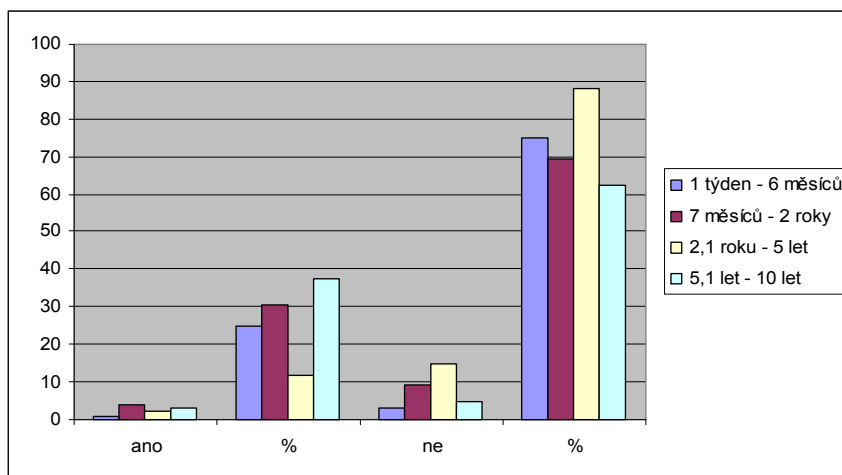
Tab. č. 25. Jaké komplikace a kdy Vás nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | | | | | | ženy | | | | | | celkem | |
|-------------------------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|--------|-----|
| | při výměnách | % | neustále | % | neurčeno | % | při výměnách | % | neustále | % | neurčeno | % | celkem | % |
| peritonitida | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 33,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 14,29 | 2 | 20 |
| infekce výstupu katétru | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 28,57 | 2 | 20 | |
| bolesti břicha | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 28,57 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 30 |
| svědivka | 0 | 0 | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 28,57 | 0 | 0 | 3 | 30 |
| celkem | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | 2 | 28,57 | 2 | 28,57 | 3 | 42,86 | 10 | 100 |

Tab. č. 26. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % | celkem | % |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|---|--------|-----|
| peritonitida | 1 | 14,29 | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 2 | 20 |
| bolesti břicha | 3 | 42,86 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 30 |
| svědivka | 2 | 28,57 | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 3 | 30 |
| infekce výstupu katétru | 1 | 14,29 | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 2 | 20 |
| celkem | 7 | 100 | 3 | 100 | 0 | 0 | 10 | 100 |

Graf č. 16. Trpíte v souvislosti dialýzou vedlejšími komplikacemi: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)



Otázka číslo 12:

Trpíte často pocitem žízně?

Tato otázka měla za úkol zjistit, jestli je žízeň pro pacienty komplikací jejich života. Pacienti na tuto otázku odpovídali ano/ne. Za touto otázkou následovala podotázka 12a) Jak tento nepříjemný pocit překonáváte? Na ni odpovídali pouze pacienti, kteří trpí nepříjemným pocitem žízně. Pacienti měli na výběr ze 3 možností: neomezují se v příjmu tekutin, vypláchnutím úst studenou vodou, pomocí kostky ledu nebo mohli způsob, jakým bojují proti žízni, popsat do kolonky jiné. Mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

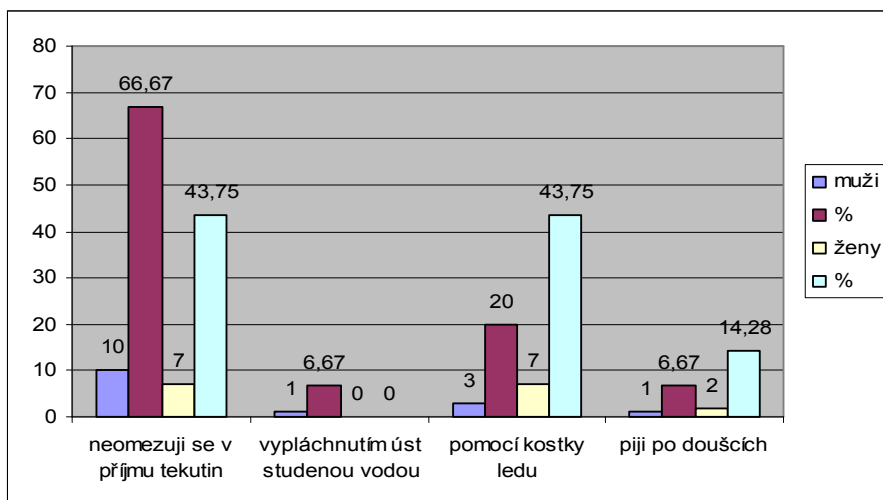
Hemodialyzovaní pacienti

Téměř 58 % mužů a 67 % žen trpí často nepříjemným pocitem žízně. Překvapením bylo, že téměř 67 % mužů a 44 % žen se neomezují v příjmu tekutin. 44% žen bojuje proti žízni pomocí kostek ledu. Viz graf č. 17. Jak překonáváte nepříjemný pocit žízně: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Dalším kritériem byl věk pacientů. Nejvíce trpí pocitem žízně pacienti ve věkové skupině 75 - 84 let (67 %). Po ní následuje skupina pacientů ve věku 60 - 74 let (62,5 %). Nejmladší pacienti trpí žízní nejméně (60 %). Viz tab. č. 27. Trpíte často pocitem žízně: (HD pacienti z hlediska věku). Nejvíce tj. 40 % nejmladších pacientů se neomezují v příjmu tekutin a 30 % pacientů z této nejmladší skupiny se snaží proti žízni bojovat pomocí kostek ledu.

Všichni pacienti označili pouze jednu odpověď, na druhém a třetím místě se žádné odpovědi nevyskytly.

Graf č. 17. Jak překonáváte nepříjemný pocit žízně: (HD pacienti z hlediska pohlaví)



Tab. č. 27. Trpíte často pocitem žízně: (HD pacienti z hlediska věku)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 31 - 59 | 12 | 60 | 8 | 40 | 20 | 100 |
| 60 - 74 | 15 | 62,5 | 9 | 37,5 | 24 | 100 |
| 75 - 84 | 4 | 66,67 | 2 | 33,33 | 6 | 100 |
| celkem | 31 | 62 | 19 | 38 | 50 | 100 |

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

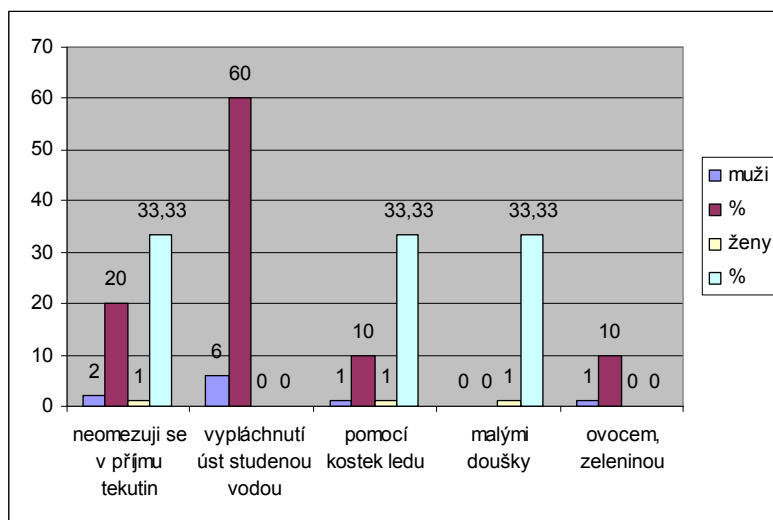
Peritoneálně dialyzovaní pacienti trpí pocitem žízně méně než hemodialyzovaní. Peritoneálně dialyzovaní muži trpí pocitem žízně v 37 % a ženy ve 20 %. 60% mužů proti žízni bojuje pomocí vypláchnutí úst studenou vodou a 20 % se neomezuje v příjmu tekutin. Ženy žízeň překonávají pomocí kostek ledu (33,3 %), pomocí malých doušků vody (33,3 %) a 33,3 % žen se neomezuje v příjmu tekutin. Viz graf č. 18. Jak překonáváte nepříjemný pocit žízně: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

Dalším kritériem byl věk pacientů. Nejvíce trpí pocitem žízně pacienti ve věkové skupině 75 - 84 let (40 %). Po ní následuje skupina pacientů ve věku 60 - 74 let (36,8 %). Nejmladší pacienti trpí žízní nejméně (22,2 %). Viz tab. č. 28. Trpíte často pocitem žízně: (CAPD pacienti z hlediska věku). Nejmladší pacienti nejčastěji bojují proti žízni výplachem úst studenou vodou (75 %), pacienti ve věku 60 - 74 let taktéž (42,9 %) a v nejstarší skupině se 100 % pacientů neomezuje v příjmu tekutin.

Na druhém místě se vyskytly 3 různé odpovědi, pomocí citrónu, pomocí žvýkačky a pomocí kostky ledu.

Na třetím místě se žádná odpověď nevyskytla.

Graf č. 18. Jak překonáváte nepříjemný pocit žízně: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)



Tab. č. 28. Trpíte často pocitem žízně: (CAPD pacienti z hlediska věku)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------|-----|-------|----|-------|--------|-----|
| 31 - 59 | 4 | 22,22 | 14 | 77,78 | 18 | 100 |
| 60 - 74 | 7 | 36,84 | 12 | 63,16 | 19 | 100 |
| 75 - 84 | 2 | 40 | 3 | 60 | 5 | 100 |
| celkem | 13 | 30,95 | 29 | 69,04 | 42 | 100 |

Otázka číslo 13:

Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou dietní opatření?

V otázce číslo 13 jsem se tázala pacientů na to, zda dodržují v souvislosti s dialyzační léčbou nějaká dietní opatření. Následovala podotázka 13a), na kterou odpovídali pouze pacienti, kteří dodržují nějaká dietní opatření a stručně je vypsali.

Hemodialyzovaní pacienti

Odpovědi mužů a žen se nijak dramaticky nerozcházel, 38,5 % mužů a 45,8 % žen dodržuje dietní opatření v souvislosti s dialyzační léčbou. Z toho 80 % mužů a 82 %

žen dodržuje dietu, kterou jim doporučil dietní terapeut. Viz tab. č. 29. Jaká dietní opatření v souvislosti s dialýzou dodržujete: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

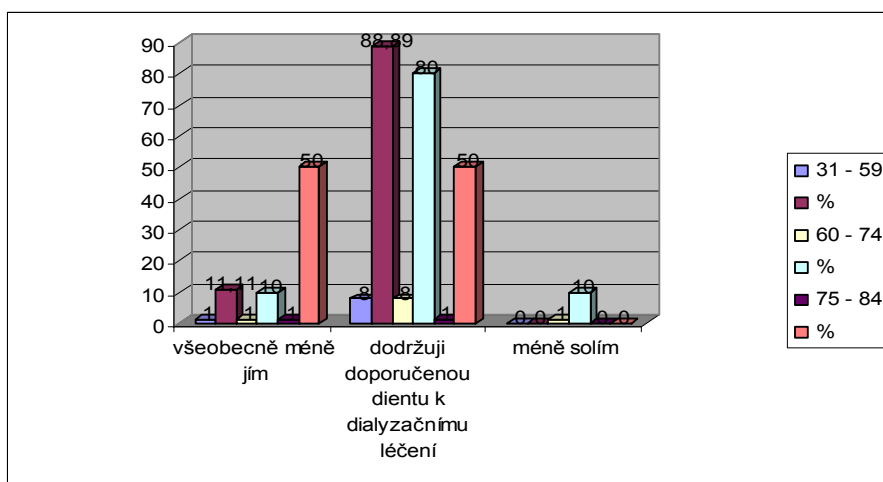
Při zohlednění věkových skupin jsem zjistila, že 45 % pacientů z nejmladší skupiny, 41,7 % pacientů ze střední věkové skupiny a 33,3 % nejstarších pacientů dodržuje nějaká dietní opatření. Z toho 89 % pacientů z nejmladší skupiny, 80 % pacientů ze střední věkové skupiny a 50 % nejstarších pacientů dodržuje doporučená dietní opatření k dialyzační léčbě. Viz graf č. 19. Jaká dietní opatření v souvislosti s dialýzou dodržujete: (HD pacienti z hlediska věku).

Třetím kritériem pro rozdělení pacientů byla délka dialyzační léčby. Pacienti, kteří chodí na dialýzu nejdéle, dodržují dietní opatření ve 100 %. Pacienti, kteří chodí na dialýzu 1 týden až 6 měsíců, dodržují dietní opatření v 50 %. Ti, co jsou dialyzováni 7 měsíců až 2 roky ve 46 % a ti, co se léčí 2,1 roku až 5 let ve 30 %. Viz tab. č. 30. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou nějaká dietní opatření: (HD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby).

Tab. č. 29. Jaká dietní opatření v souvislosti s dialýzou dodržujete: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % | celkem | % |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| všeobecně méně jím | 2 | 20 | 1 | 9,09 | 3 | 14,28 |
| dodržují doporučenou dietu k dialyzačnímu léčení | 8 | 80 | 9 | 81,81 | 17 | 80,95 |
| méně solím | 0 | 0 | 1 | 9,09 | 1 | 4,76 |
| celkem | 10 | 100 | 11 | 100 | 21 | 100 |

Graf č. 19. Jaká dietní opatření v souvislosti s dialýzou dodržujete: (HD pacienti z hlediska věku)



Tab. č. 30. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou nějaká dietní opatření: (HD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1 týden - 6 měsíců | 6 | 50 | 6 | 50 | 12 | 100 |
| 7 měsíců - 2 roky | 6 | 46,15 | 7 | 53,84 | 13 | 100 |
| 2,1 roku - 5 let | 7 | 30,43 | 16 | 69,57 | 23 | 100 |
| 5,1 roku - 10 let | 2 | 100 | 0 | 0 | 2 | 100 |
| celkem | 21 | 42 | 29 | 58 | 50 | 100 |

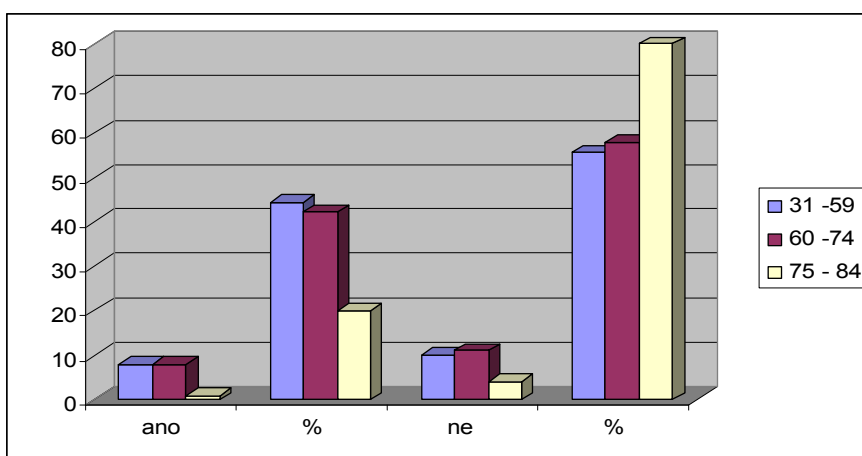
Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Ani zde se odpovědi mužů a žen nerozcházejí, 40,7 % mužů a 40 % žen dodržuje dietní opatření v souvislosti s dialyzační léčbou. Všichni tyto pacienti dodržují dietní opatření, která jim doporučil dietní terapeut.

Při zohlednění věkových skupin jsem zjistila, že 44,4 % pacientů z nejmladší skupiny, 42,1 % pacientů ze střední věkové skupiny a 20 % nejstarších pacientů dodržuje dietní opatření doporučená dietním terapeutem. Viz graf č. 20. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou dietní opatření: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Třetím kritériem pro rozdělení pacientů byla délka dialyzační léčby. Z pacientů, kteří jsou peritoneální dialýzou léčeni nejkratší dobu, nedodržuje dietní opatření nikdo. Ti, kteří jsou dialyzováni 7 měsíců až 2 roky, dodržují dietní opatření v 53,9 %. Pacienti léčení peritoneální dialýzou 2,1 roku až 5 let dodržují dietu v 41,2 %. A nejdéle léčení pacienti dodržují dietu v 37,5 %. Viz tab. č. 31. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou nějaká dietní opatření: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby).

Graf č. 20. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou dietní opatření: (CAPD pacienti z hlediska věku)



Tab. č. 31. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou nějaká dietní opatření: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------------------|------------|--------------|-----------|--------------|---------------|------------|
| 1 týden - 6 měsíců | 0 | 0 | 4 | 100 | 4 | 100 |
| 7 měsíců - 2 roky | 7 | 53,85 | 6 | 46,15 | 13 | 100 |
| 2,1 roku - 5 let | 7 | 41,18 | 10 | 58,82 | 17 | 100 |
| 5,1 let - 10 let | 3 | 37,5 | 5 | 62,5 | 8 | 100 |
| celkem | 17 | 40,48 | 25 | 59,52 | 42 | 100 |

Otázka číslo 15:

Máte problémy se spánkem?

Tato otázka si kladla za cíl zjistit, jestli dialyzovaní pacienti mají problémy se spánkem. Pacienti odpovídali ano/ne. Za ní následovala podotázka 15a), na kterou odpovídali pouze pacienti, kteří problémy se spánkem mají. Kladla si za úkol tyto problémy specifikovat. Pacienti měli na výběr ze 4 možností: nemohu usnout, probouzím se brzy ráno, v noci se často budím, ráno se necítím být vyspalý/á, nebo mohli svou odpověď dopsat do kolonky jiné. Mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

Hemodialyzovaní pacienti

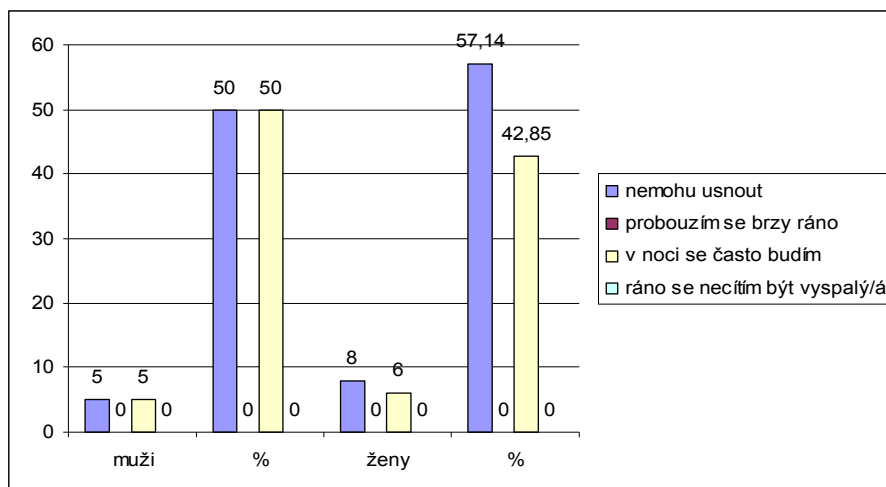
38,5 % mužů a 58,3 % žen má problémy se spánkem. Z toho 57 % žen nemůže večer usnout a 42 % žen se během noci často budí. U mužů byly výsledky obdobné. Shodně 50 % mužů nemůže večer usnout a 50 % se během noci často budí. Viz graf č. 21. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Při zohlednění věku pacientů odhalíme, že problémy se spánkem má 66,7 % pacientů ve věku 75 - 84 let. Zatímco v nejmladší skupině je to pouze 30 % pacientů. Ve všech třech věkových skupinách se přesně 50 % pacientů během noci budí a 50 % pacientů nemůže večer usnout. Viz graf č. 22. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (HD pacienti z hlediska věku).

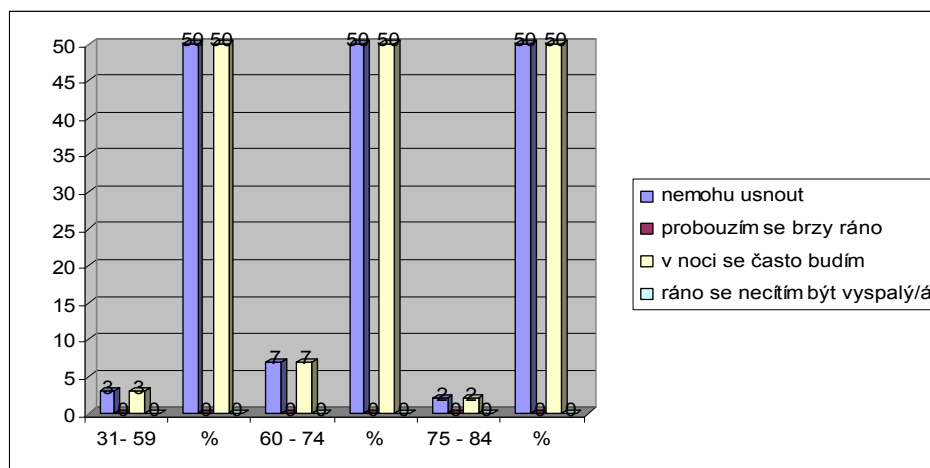
Odpovědi označené číslem 2 uvedlo 12 % pacientů a všichni se shodli na označení v noci se často budím.

Odpověď na třetím místě uvedlo 6 % pacientů a taktéž se shodli a označili odpověď ráno se necítím být vyspalý/á.

Graf č. 21. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (HD pacienti z hlediska pohlaví)



Graf č. 22. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (HD pacienti z hlediska věku)



Peritoneálně dialyzovaní pacienti

40,7 % mužů a 53,3 % žen má problémy se spánkem. Z toho 33,3 % žen nemůže večer usnout a 33,3 % se během noci často budí. Muži nemohou usnout v 54,5 % a často se během noci budí v 36,4 %. Viz graf č. 23. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

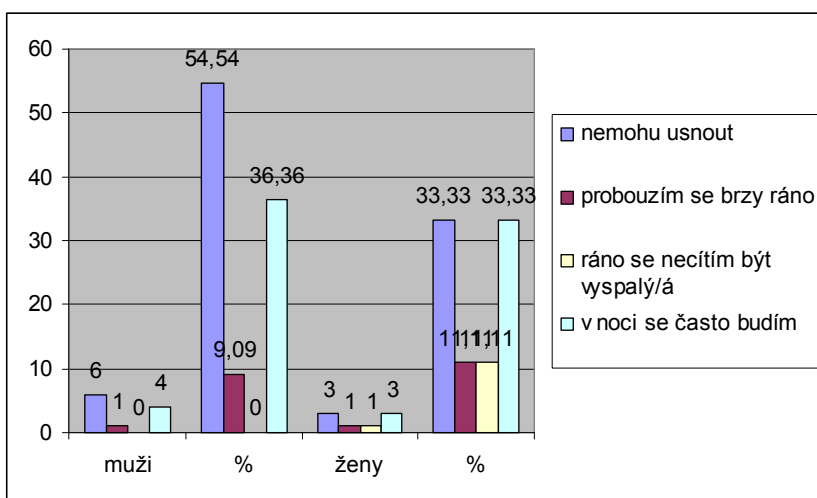
Při zohlednění věku pacientů odhalíme, že problémy se spánkem má 61,1 % pacientů ve věku 31 - 59 let. 40 % pacientů z nejstarší skupiny a 31,6 % pacientů z věkové skupiny 60 - 74 let. V nejmladší skupině 45,5 % pacientů nemůže večer usnout

a 36,4 % pacientů se během noci často budí. Ve věkové skupině 60 - 74 let 50 % pacientů nemůže večer usnout. V nejstarší skupině pacientů 50 % nemůže večer usnout a 50 % se během noci často budí. Viz graf č. 24. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (CAPD pacienti z hlediska věku).

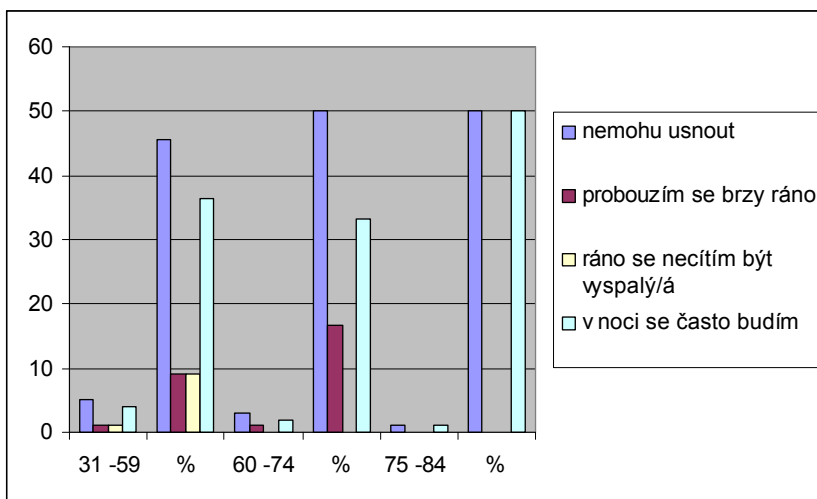
Odpovědi označené číslem 2 uvedlo 14,3 % pacientů. Z toho v 50 % ráno se cítím být nevyspalý/á.

Odpověď na třetím místě uvedlo 9,5 % pacientů, nejčastější bylo budím se brzy ráno.

Graf č. 23. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)



Graf č. 24. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (CAPD pacienti z hlediska věku)



Otázka číslo 16:

Jste spokojený/á s pohodlím během hemodialýzy.

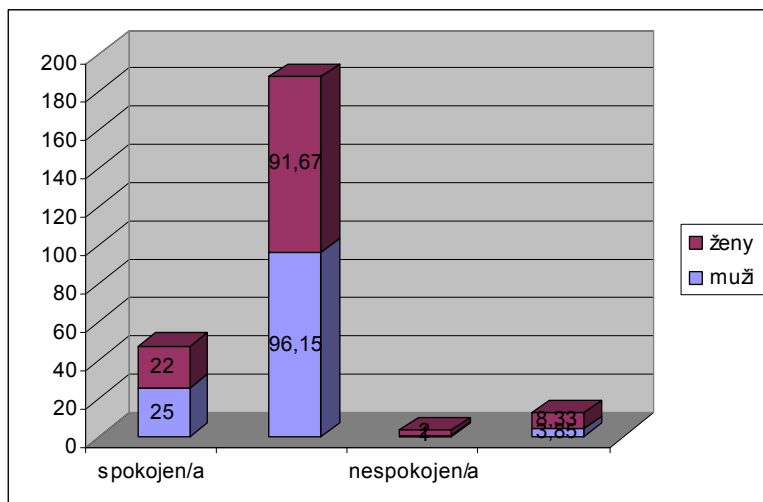
Tato otázka byla určena pouze pro hemodialyzované pacienty. Kladla si za cíl zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s pohodlím během hemodialýzy. Pacienti na ni odpovídali ano/ne. Na ni byla napojena podotázka 16a), na kterou odpovídali pouze pacienti, kteří nebyli s pohodlím během hemodialýzy spokojeni. Měla za úkol specifikovat, co jim nevyhovuje. Zde měli na výběr z 4 možností: lůžko/křeslo, během hemodialýzy mi bývá zima, během hemodialýzy mi bývá horko, ruší mě ostatní pacienti. Nebo mohli svou odpověď dopsat do kolonky jiné.

Hemodialyzovaní pacienti

Zohledníme-li věk, pohlaví pacientů a délku docházení na hemodialýzu, zjistíme, že 96,2 % mužů a 91,7 % žen bylo s pohodlím během hemodialyzačního ošetření spokojeno. Nespokojeny byly pouze 2 ženy (8,3 %) a 1 muž (3,9 %). Viz graf č. 25. Jak jste spokojen/a s pohodlím během hemodialyzačního ošetření: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Obě ženy ve věkové skupině 60 - 74 let, léčené na hemodialýze v rozmezí 2,1 až 5 let byly nespokojeny s pohodlím lůžka a muže z věkové skupiny 31 - 59 let léčeného na hemodialýze v rozmezí 1 týden až 6 měsíců ruší ostatní pacienti.

Graf č. 25. Jak jste spokojen s pohodlím během hemodialyzačního ošetření: (HD pacienti z hlediska pohlaví)



Otázka číslo 17:

Trpíte bolestí?

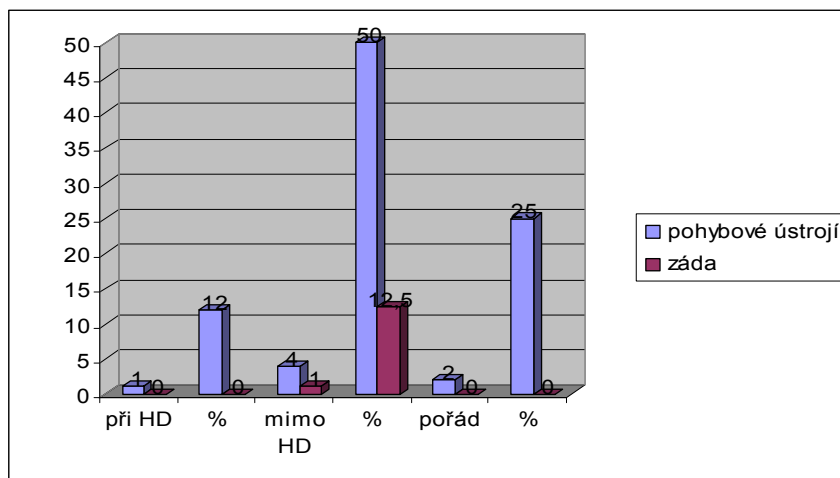
Otázka číslo 17 měla za úkol zjistit, jestli dialyzovaní pacienti trpí bolestí. Na ni navazovaly 3 podotázky, na které odpovídali pouze pacienti, kteří bolestí trpí. Podotázka 17a) zjišťovala co pacienty bolí (doplnili na prázdný řádek). 17b) kdy je to bolí. Zde měli na výběr ze 3 možností: během dialýzy, mimo dialýzu, jindy. Podotázka 17c) zkoumala intenzitu bolesti. Na vizuální číselné škále bolesti zakroužkovali číslici, která určovala intenzitu jejich bolesti. (0 - žádná bolest, 10 - nesnesitelná bolest).

Hemodialyzovaní pacienti

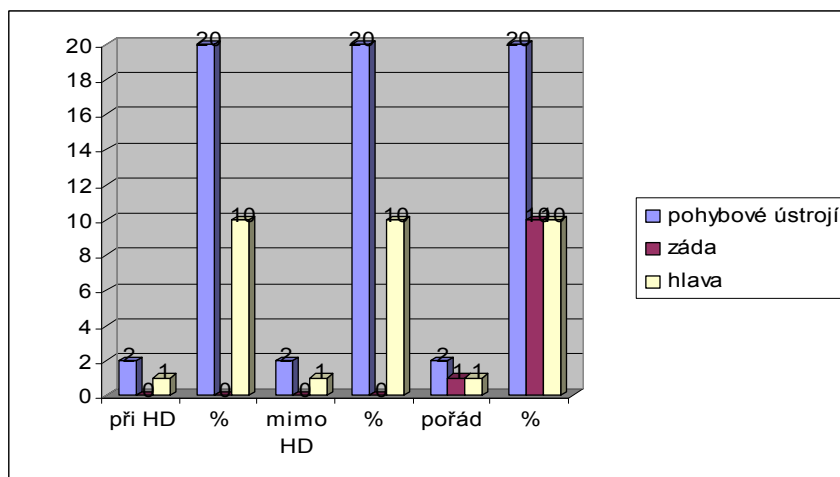
Bolestí trpí 36 % hemodialyzovaných pacientů. 30,8 % mužů a 41,7 % žen. Muže, kteří trpí bolestí nejvíce, obtěžuje bolest pohybového ústrojí (klouby, kyčle, nohy) a to mimo dialýzu (50 %). Viz graf č. 26. Co Vás bolí nejvíce a kdy: (HD muži). Pro ženy, které trpí bolestí, je nejvíce obtěžující taktéž bolest pohybového ústrojí. 20 % jich uvádí, že je tato bolest obtěžuje neustále, 20 % má bolesti pohybového ústrojí pouze při dialýze, 20 % mimo dialýzu. Viz graf č. 27. Co Vás bolí nejvíce a kdy: (HD ženy). Intenzita bolesti se u mužů pohybovala od čísla 3 (bolest střední intenzity) až do čísla 8 (těžké bolesti). U žen se rozmezí intenzity bolesti pohybovalo od 3 (bolest střední intenzity) do 10 (nesnesitelná bolest).

Rozdělíme-li pacienty dle věkových skupin, zjistíme, že nejvíce trpí bolestí pacienti z věkové skupiny 75 - 84 let (66,7 %). Pacienti z věkové skupiny 60 - 74 let trpí bolestí v 33,3 %. Nejvíce je obtěžuje bolest pohybového ústrojí (75 %). Zatímco nejmladší pacienti trpí bolestí pouze v 25 %. V první věkové skupině (31 - 59 let) se intenzita bolesti pohybovala od 3 (bolest střední intenzity) do 8 (těžká bolest), průměrná intenzita bolesti byla 5,67. Ve druhé věkové skupině se intenzita bolesti pohybovala taktéž od 3 (bolest střední intenzity) do 8 (těžká bolest), průměrná intenzita bolesti byla 5,125. V nejstarší skupině pacientů se rozmezí intenzity bolesti pohybovalo od 3 (bolest střední intenzity) do 10 (nesnesitelná bolest). Průměrná intenzita bolesti byla 5,25.

Graf č. 26. Co Vás bolí nejvíce a kdy : (HD muži)



Graf č. 27. Co Vás bolí nejvíce a kdy: (HD ženy)

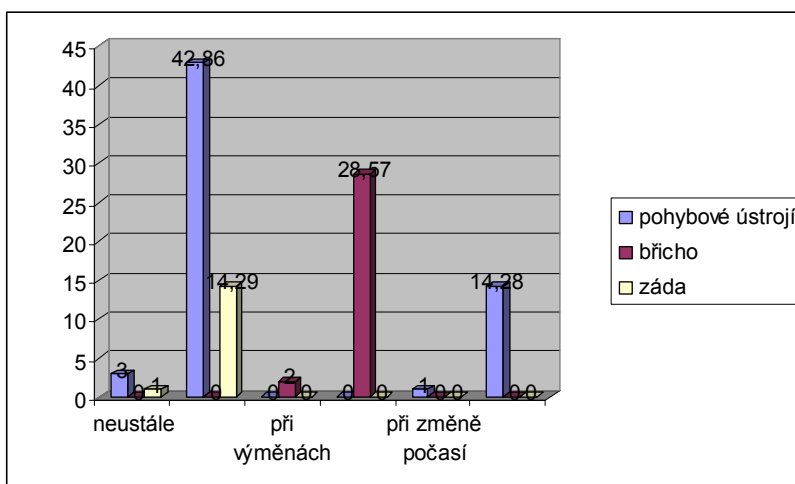


Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Bolestí trpí 35,7 % peritoneálně dialyzovaných pacientů. 29,6 % mužů a 46,7 % žen. Všechny muže, kteří trpí bolestí, obtěžuje bolest pohybového aparátu (klouby, kyčle, nohy) a to neustále. Pro ženy, které trpí bolestí je nejvíce obtěžující taktéž bolest pohybového aparátu. 42,9 % žen uvádí, že trpí neustálou bolestí pohybového ústrojí, 28,6 % žen trpí bolestmi břicha během peritoneálních výměn. Viz graf č. 28. Co Vás bolí nejvíce a kdy: (CAPD ženy). Intenzita bolesti se u mužů pohybovala od čísla 2 (mírné bolesti) až do čísla 8 (těžké bolesti). U žen se rozmezí intenzity bolesti pohybovalo od 1 (mírná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest).

Rozdělíme-li pacienty dle věkových skupin, zjistíme, že nejvíce trpí bolestí pacienti z věkové skupiny 31 - 59 let (38,9 %). Z věkové skupiny 60 - 74 let trpí bolestí 36,8 % lidí. Nejvíce je obtěžuje bolest pohybového ústrojí (85,7 %). Nejstarší pacienti trpí bolestí ve 20 %. V první věkové skupině (31 - 59 let) se intenzita bolesti pohybovala od 2 (mírná bolest) do 8 (těžká bolest), průměrná intenzita bolesti byla 4,14. Ve druhé věkové skupině se intenzita bolesti pohybovala od 1 (mírná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest), průměrná intenzita bolesti v této skupině pacientů byla 3,86. V nejstarší skupině pacientů byl pouze 1 pacient trpící bolestí, ten na číselné škále označil intenzitu své bolesti číslem 4 (bolest střední intenzity).

Graf č. 28. Co Vás bolí nejvíce a kdy: (CAPD ženy)



Získané výsledky k cíli č. 3

Zjistit, co pacientům s HD a pacientům s CAPD pomáhá překlenout mezidialyzační období a usnadňuje jim život.

K tomuto cíli se vztahují hypotézy č. 4. a 5.

Hypotéza č. 4: Domnívám se, že HD pacienti prožívají mezidialyzační období hůře, než CAPD pacienti období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že HD i CAPD pacientům pomáhají překonat obtíže různé aktivity a přítomnost jejich blízkých.

K hypotéze číslo 4 se vztahuje otázka v dotazníku číslo 14.

K hypotéze číslo 5 se vztahují otázky v dotazníku číslo 19, 20, 21, 22, 23, 24.

Získané výsledky k hypotéze číslo 4:

Otázka číslo 14:

Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami? U peritoneálně dialyzovaných pacientů období mezi jednotlivými výměnami dialyzačního roztoku?

Zajímala jsem se o to, co pacienti dělají mezi jednotlivými dialýzami. Jako odpověď mohli označit jednu nebo více z nabízených možností v pořadí 1, 2, 3... nebo dopsat svou odpověď do kolonky jiné. Měli na výběr z těchto variant: pracuji, věnuji se svým koníčkům, věnuji se rodině a domácnosti, dívám se na televizi, odpočívám, nedělám nic, přemýšlím.

Hemodialyzovaní pacienti

42,3 % mužů a 41,7 % žen se ve volném čase věnuje domácnosti a své rodině. 29,2 % žen se ve volném čase dívá na televizi, mužů oproti ženám sleduje televizi pouhé 3,9 %. Muži oproti ženám častěji pracují (23,1%), žena nepracuje ani jedna. Viz tab. č. 32. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li skupinu respondentů dle věku, zjistíme, že nejmladší pacienti se nejčastěji věnují domácnosti a své rodině (45 %) a 25 % jich pracuje. Ve střední věkové skupině se také nejvíce pacientů věnuje domácnosti (42 %), ale na druhém místě se nejčastěji objevilo sledování televize (29 %). Ve skupině nejstarších pacientů se situace poněkud změnila, nejstarší pacienti se nejčastěji dívají na televizi (67 %). Viz tab. č. 33. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska věku).

Dalším kritériem pro rozdělení pacientů byl rodinný stav. Zde se ukázalo, že největší skupinu tvoří ženatí či vdané pacientky, které se věnují domácnosti (54 %). Další větší skupiny tvoří ovdovělí pacienti dívající se na televizi (45,5 %) a věnující se domácnosti (36 %). Viz graf č. 29. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska rodinného stavu).

Odpověď s číslem 2 uvedlo 70 % pacientů, nejčastěji se zde objevilo dívám se na televizi (22 %), odpočívám (18 %) a tři stejně velké skupinky (10 %) pacientů nedělajících nic, věnujících se svým koníčkům a věnujících se domácnosti.

Na třetím místě uvedlo odpověď 30 % pacientů, nejvýznamnější byla skupina těch, kteří odpočívají (16 %).

V této otázce se objevily i odpovědi s číslem 4, (6 % pacientů), všichni shodně uvedli na čtvrtém místě odpočinek.

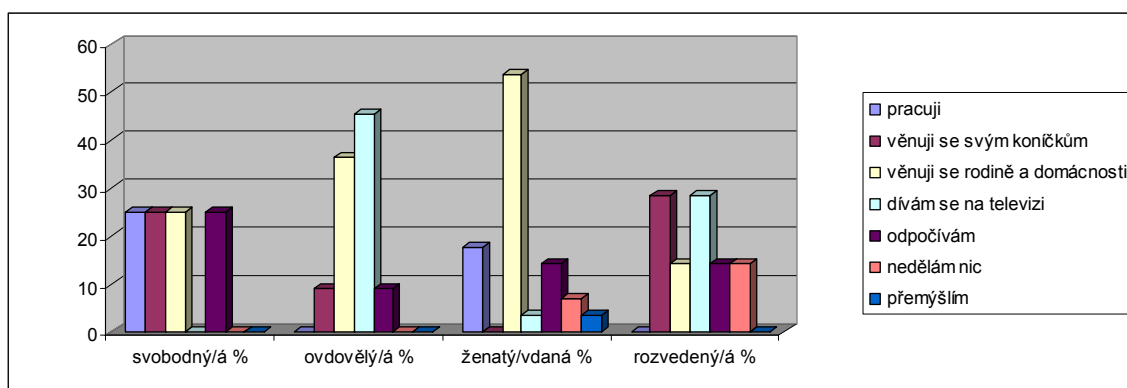
Tab. č. 32. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % | celkem | % |
|---------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| pracuji | 6 | 23,08 | 0 | 0 | 6 | 12 |
| věnuji se svým koníčkům | 3 | 11,54 | 1 | 4,17 | 4 | 8 |
| věnuji se rodinně a domácnosti | 11 | 42,31 | 10 | 41,67 | 21 | 42 |
| dívám se na televizi | 1 | 3,85 | 7 | 29,17 | 8 | 16 |
| odpočívám | 3 | 11,54 | 4 | 16,17 | 7 | 14 |
| nedělám nic | 1 | 3,85 | 2 | 8,33 | 3 | 6 |
| přemýšlím | 1 | 3,85 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| celkem | 26 | 100 | 24 | 100 | 50 | 100 |

Tab. č. 33. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % | celkem | % |
|---------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|------------|
| pracuji | 5 | 25 | 1 | 4,17 | 0 | 0 | 6 | 12 |
| věnuji se svým koníčkům | 3 | 15 | 1 | 4,17 | 1 | 16,67 | 5 | 10 |
| věnuji se rodinně a domácnosti | 9 | 45 | 10 | 41,67 | 1 | 16,67 | 20 | 40 |
| dívám se na televizi | 1 | 5 | 6 | 25 | 4 | 66,67 | 11 | 22 |
| odpočívám | 0 | 0 | 4 | 16,67 | 0 | 0 | 4 | 8 |
| nedělám nic | 2 | 10 | 1 | 4,17 | 0 | 0 | 3 | 6 |
| přemýšlím | 0 | 0 | 1 | 4,17 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| celkem | 20 | 100 | 24 | 100 | 6 | 100 | 50 | 100 |

Graf č. 29. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska rodinného stavu)



Peritoneálně dialyzovaní pacienti

37 % peritoneálně dialyzovaných mužů pracuje a 37 % se jich ve volném čase věnuje svým koníčkům. Ženy se oproti mužům ve volném čase více věnují domácnosti a své rodině (53,3 %), muži se věnují domácnosti v pouhých 14,8 %. Pracuje 26,7 % peritoneálně dialyzovaných žen. Viz tab. č. 34. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li skupinu respondentů dle věku, zjistíme, že nejmladší pacienti nejčastěji pracují (50 %), 27,8 % nejmladších pacientů se ve volném čase věnuje domácnosti a své rodině a 16,7 % svým koníčkům. V prostřední věkové skupině se nejvíce pacienti věnují svým koníčkům 36,8 %, 26,3 % pacientů pracuje a 21,1 % pacientů se věnuje domácnosti a rodině. V nejstarší věkové skupině se pacienti nejvíce věnují domácnosti (60 %) a 40 % těchto pacientů se ve volném čase věnuje svým koníčkům. Viz tab. č. 35. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Dalším kritériem pro rozdělení pacientů byl rodinný stav. Zde se ukázalo, že svobodní pacienti nejčastěji pracují (50 %) nebo se věnují svým koníčkům (50 %). Ženatí či vdané pacientky se ve shodném procentu věnují svým koníčkům (32 %) nebo pracují (32 %), o něco méně se věnují rodině a domácnosti (28%). Vdovy či vdovci se nejvíce věnují domácnosti (42,9 %). Rozvedení pacienti nejčastěji pracují (42,9 %). Pacienti v rodinném soužití jako druh či družka nedělají nic (100 %). Viz graf č. 30. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu).

Odpověď s číslem 2 uvedlo 83,3 % pacientů, nejčastěji se zde objevilo: věnuji se svým koníčkům (28,6 %), věnuji se domácnosti (23,8 %), dívám se na televizi (19 %) a odpočívám (7,1 %).

Na třetím místě uvedlo odpověď 73,8 % pacientů, nejvýznamnější byla skupina těch, kteří se dívají na televizi (28,6 %), odpočívají (19 %) a věnují se domácnosti a rodině (16,7 %).

Odpovědi s číslem 4 uvedlo 16,7 % pacientů, nejvýznamnější byla dívám se na televizi (9,5 %).

Odpověď s číslem 5 byla nejčastější odpočinek a uvedli ji 2 pacienti ze 3 odpovídajících.

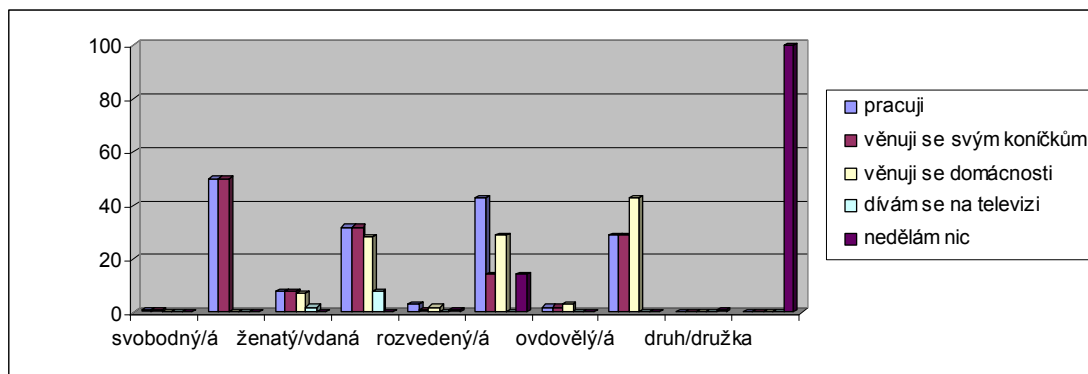
Tab. č. 34. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % | celkem | % |
|-------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| pracuji | 10 | 37,04 | 4 | 26,67 | 14 | 33,33 |
| věnuji se svým koníčkům | 10 | 37,04 | 2 | 13,33 | 12 | 28,57 |
| věnuji se rodině a domácnosti | 4 | 14,81 | 8 | 53,33 | 12 | 28,57 |
| dívám se na televizi | 1 | 3,7 | 1 | 6,67 | 2 | 4,76 |
| odpočívám | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nedělám nic | 2 | 7,41 | 0 | 0 | 2 | 4,76 |
| přemýšlím | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| celkem | 27 | 100 | 15 | 100 | 42 | 100 |

Tab. č. 35. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 75 - 84 | % | celkem | % |
|-------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|------------|
| pracuji | 9 | 50 | 5 | 26,32 | 0 | 0 | 14 | 33,33 |
| věnuji se svým koníčkům | 3 | 16,67 | 7 | 36,84 | 2 | 40 | 12 | 28,57 |
| věnuji se rodině a domácnosti | 5 | 27,78 | 4 | 21,05 | 3 | 60 | 12 | 28,57 |
| dívám se na televizi | 0 | 0 | 2 | 10,53 | 0 | 0 | 2 | 4,76 |
| odpočívám | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nedělám nic | 1 | 5,56 | 1 | 5,26 | 0 | 0 | 2 | 4,76 |
| přemýšlím | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| celkem | 18 | 100 | 19 | 100 | 5 | 100 | 42 | 100 |

Graf č. 30. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu)



Získané výsledky k hypotéze číslo 5:

Otázka číslo 19:

Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním?

Tato otázka si kladla za cíl zjistit, co pacientům léčících se dialýzou nejvíce pomáhá při vyrovnávání se s jejich onemocněním. Pacienti si opět mohli vybrat z 8 nabídnutých možností: členové rodiny, četba knih, relaxace, humor, pohyb, sport, meditace, poslech hudby, nic, nikdo mi nepomáhá. Nebo svou odpověď dopsali do kolonky jiné. Mohli označit více odpovědí v pořadí 1, 2, 3...

Hemodialyzovaní pacienti

Drtivě většině pacientů pomáhají překlenout obtížné období života členové jejich rodin (70 %). Ženám pomáhají členové rodiny v 75 %, mužům v 65,4 %. Za povšimnutí ovšem stojí i skupina pacientů (16 %), kterým nikdo či nic v tomto těžkém období nepomáhá. U obou pohlaví je to téměř stejně velká skupina 16,7 % žen a 15,4 % mužů. Viz tab. č. 36. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li respondenty dle věku, zjistíme, že nejmladším pacientům nejvíce pomáhají členové rodiny (55 %), ale existuje zde i velká skupina lidí, kterým nikdo či nic nepomáhá (25 %). Ve střední věkové skupině je 79 % pacientů, kterým pomáhají členové rodiny a 8 % pacientů, kterým nepomáhá nikdo. Nejstarším pacientům taktéž nejvíce pomáhají členové jejich rodin (83 %), ale téměř 17 % pacientů z této věkové skupiny nepomáhá nikdo. Viz tab. č. 37. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska věku).

Třetím kritériem pro rozdělení pacientů byl rodinný stav. Zde si povšimneme spíše skupiny pacientů, kterým nikdo nepomáhá, tvoří ji vdovy a vdovci (27 %) a rozvedení pacienti (téměř 43 %). Svobodní, ženatí, vdané, rozvedení i vdovy a vdovci vždy na prvním místě uváděli, že jim nejvíce pomáhají členové jejich rodin. Viz graf č. 31. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska rodinného stavu).

Na druhém místě uvedlo odpověď 24% pacientů, nejčastěji se zde objevilo relaxace (6 %) a pohyb (6 %).

Na třetím místě uvedlo odpověď 14 % pacientů, nejčastější odpověď byla humor (6 %).

Na čtvrtém místě uvedli odpověď 2 pacienti a bylo to humor a meditace.

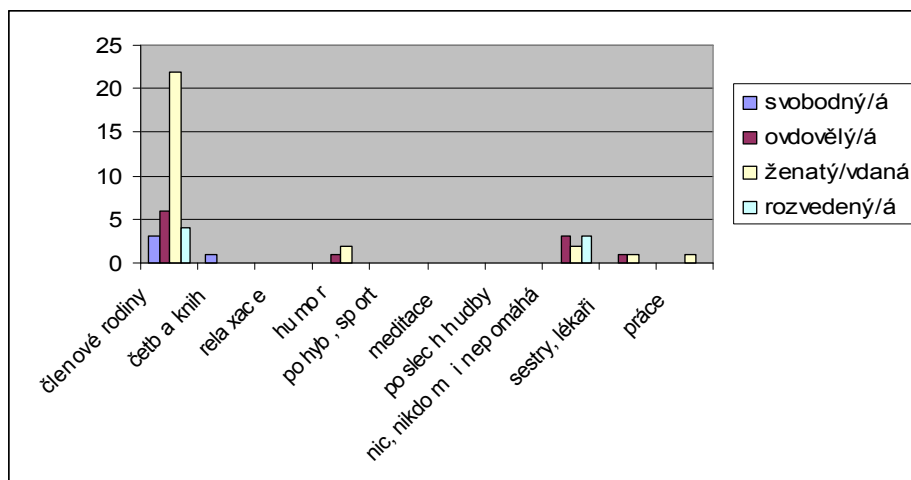
Tab. č. 36. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % | celkem | % |
|-------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|---------------|------------|
| členové rodiny | 17 | 65,38 | 18 | 75 | 35 | 70 |
| četba knih | 1 | 3,85 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| relaxace | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| humor | 1 | 3,85 | 2 | 8,33 | 3 | 6 |
| pohyb, sport | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| meditace | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| poslech hudby | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nic, nikdo mi nepomáhá | 4 | 15,38 | 4 | 16,67 | 8 | 16 |
| sestry, lékaři | 2 | 7,69 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| práce | 1 | 3,85 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| celkem | 26 | 100 | 24 | 100 | 50 | 100 |

Tab. č. 37. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 74 - 84 | % | celkem | % |
|-------------------------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|---------------|------------|
| členové rodiny | 11 | 55 | 19 | 79,17 | 5 | 83,33 | 35 | 70 |
| četba knih | 0 | 0 | 1 | 4,17 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| relaxace | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| humor | 2 | 10 | 1 | 4,17 | 0 | 0 | 3 | 6 |
| pohyb, sport | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| meditace | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| poslech hudby | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nic, nikdo mi nepomáhá | 5 | 25 | 2 | 8,33 | 1 | 16,67 | 8 | 16 |
| sestry, lékaři | 1 | 10 | 1 | 4,17 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| práce | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| celkem | 20 | 100 | 24 | 100 | 6 | 100 | 50 | 100 |

Graf č. 31. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska rodinného stavu)



Peritoneálně dialyzovaní pacienti

I peritoneálně dialyzovaným pacientům nejvíce pomáhají při vyrovnávání se s vážnou nemocí členové jejich rodin (73,8 %). Ženám v 66,7 %, mužům v 77,8 %. Skupina pacientů, kterým nikdo či nic v tomto těžkém období nepomáhá, je u peritoneálně dialyzovaných pacientů poměrně malá (7,1 %). Nenajdeme podstatný rozdíl u mužů a žen. Mužů, kterým nikdo nepomáhá, je 7,4 % a žen, kterým nikdo či nic nepomáhá, je 6,7 %. Viz tab. č. 38. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li skupinu pacientů dle věku, zjistíme, že nejmladším pacientům nejvíce pomáhají členové rodiny (66,7 %), ale v této věkové skupině jsou i všichni pacienti, kterým nikdo či nic nepomáhá (16,7 %). Ve střední věkové skupině je 73,7 % pacientů, kterým pomáhají členové rodiny a nejstarším pacientům taktéž nejvíce pomáhají členové jejich rodin a to ve 100 %. Viz tab. č. 39. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Třetím kritériem pro rozdělení pacientů byl rodinný stav. Všem skupinám nejvíce pomáhají členové jejich rodin a to: druh, družka ve 100 %, ženatým či vdaným v 88 %, vdovám a vdovcům v 57,1 %, svobodným v 50 % a rozvedeným v 42,9 %. Jestliže si povšimneme skupiny pacientů, kterým nikdo nepomáhá, tvoří ji vdovy a vdovci (14,3 %) a rozvedení pacienti 14,3 %. Viz graf č. 32. Co nebo kdo Vám

pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu).

Na druhém místě uvedlo odpověď 54,8 % pacientů, nejčastěji se zde objevilo četba (16,7 %), humor (11,9 %), pohyb (9,5 %) a relaxace (7,1 %).

Na třetím místě uvedlo odpověď 33,3 % pacientů, nejčastější odpovědi byly humor (9,5 %) a poslech hudby (7,1 %).

Na čtvrtém místě uvedli odpověď 3 pacienti (7,1 %) a bylo to humor (4,8 %) a poslech hudby (2,4 %).

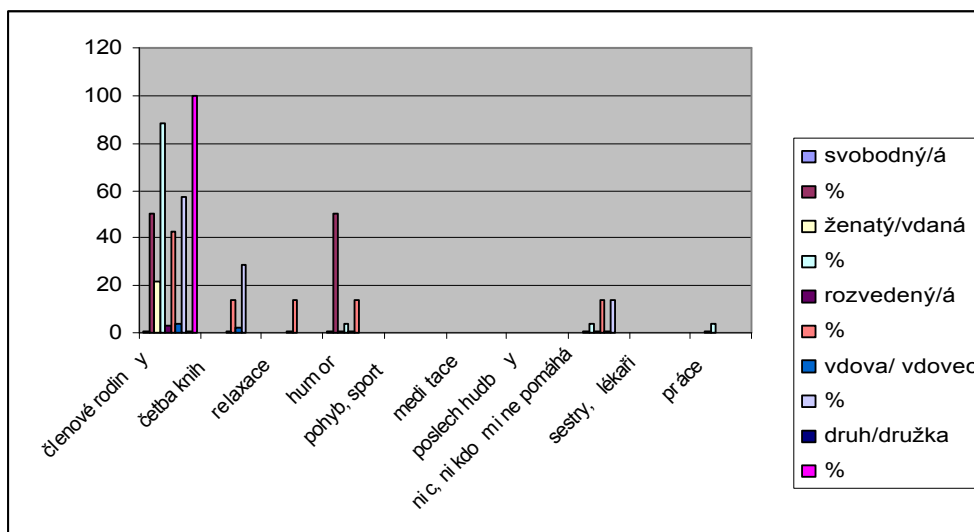
Tab. č. 38. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

| | muži | % | ženy | % | celkem | % |
|-------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|---------------|------------|
| členové rodiny | 21 | 77,78 | 10 | 66,67 | 31 | 73,81 |
| četba knih | 1 | 3,7 | 2 | 13,33 | 3 | 7,14 |
| relaxace | 0 | 0 | 1 | 6,67 | 1 | 2,38 |
| humor | 3 | 11,11 | 0 | 0 | 3 | 7,14 |
| pohyb, sport | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| meditace | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| poslech hudby | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nic, nikdo mi nepomáhá | 2 | 7,41 | 1 | 6,67 | 3 | 7,14 |
| sestry, lékaři | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| práce | 0 | 0 | 1 | 6,67 | 1 | 2,38 |
| celkem | 27 | 100 | 15 | 100 | 42 | 100 |

Tab. č. 39. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska věku)

| | 31 - 59 | % | 60 - 74 | % | 74 - 84 | % | celkem | % |
|-------------------------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|---------------|------------|
| členové rodiny | 12 | 66,7 | 14 | 73,68 | 5 | 100 | 31 | 73,81 |
| četba knih | 1 | 5,56 | 2 | 10,53 | 0 | 0 | 3 | 7,14 |
| relaxace | 0 | 0 | 1 | 5,26 | 0 | 0 | 1 | 2,38 |
| humor | 2 | 11,11 | 1 | 5,26 | 0 | 0 | 3 | 7,14 |
| pohyb, sport | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| meditace | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| poslech hudby | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nic, nikdo mi nepomáhá | 3 | 16,67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,14 |
| sestry, lékaři | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| práce | 0 | 0 | 1 | 5,26 | 0 | 0 | 1 | 2,38 |
| celkem | 18 | 100 | 19 | 100 | 5 | 100 | 42 | 100 |

Graf č. 32. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu)



Otázka číslo 20:

Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem?

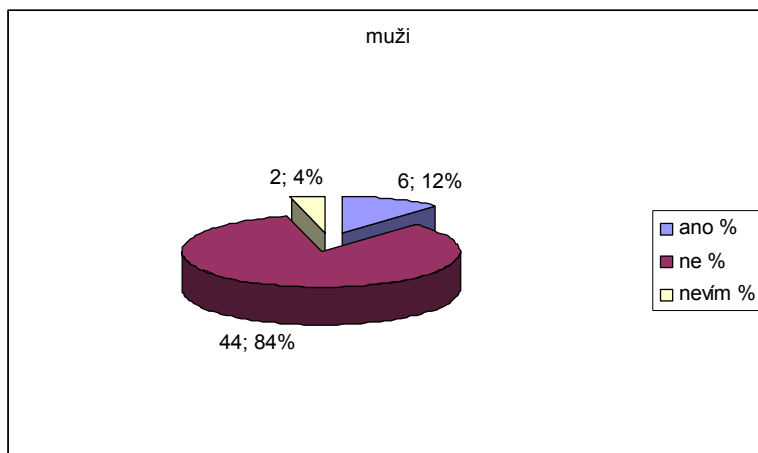
Chtěla jsem zjistit, zda dialyzovaní pacienti mají možnost si o svém onemocnění promluvit s psychologem, který by jim mohl poradit, jak některé situace řešit. Pacienti odpovídali ano/ne.

Hemodialyzovaní pacienti

92 % pacientů odpovědělo, že tuto možnost nemají. Pouze 3 muži (11,5 %), dialyzovaní od 6 měsíců do 2 let, odpověděli, že mají možnost konzultace s psychologem a jeden muž (3,85 %) nevěděl, zda tuto možnost má. Viz graf č. 33. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (HD muži). Všechny ženy odpověděly negativně.

Kladně odpověděli pouze 2 muži ve věku 31 - 59 let a 1 muž ve věku 60 - 74 let.

Graf č. 33. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (HD muži)



Peritoneálně dialyzovaní pacienti

U peritoneálně dialyzovaných pacientů byli odpovědi na tuto otázku poněkud příznivější. 23,8 % pacientů odpovědělo, že má možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem. Tuto možnost má 29,6 % mužů a 13,3 % žen. 1 muž (3,7 %) nevěděl, zda tuto možnost má. Viz tab. č. 40. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

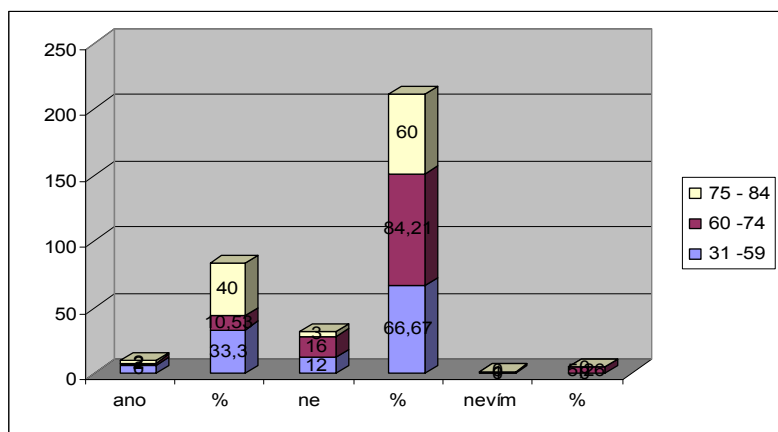
Zohledníme-li věkové skupiny, vidíme, že v nejmladší věkové skupině o této možnosti ví 33,3 % pacientů, ve střední věkové skupině 10,5% pacientů a nejstarší pacienti o možnosti konzultace s klinickým psychologem ví ve 40 %. Viz graf č. 34. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Při zohlednění délky dialyzační léčby zjistíme, že možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem má 37,5 % pacientů léčených 5,1 roku až 10 let, 29,4 % pacientů léčených 2,1 roku až 5 let, 15,4 % pacientů léčených 7 měsíců až 2 roky a žádný pacient léčený 1 týden až 6 měsíců. Viz graf č. 35. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby).

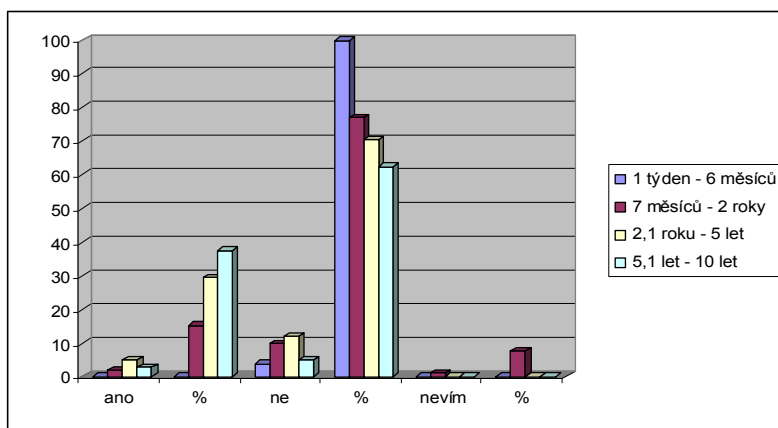
Tab. č. 40. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

| | ano | % | ne | % | nevím | % | celkem | % |
|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|-------------|-----------|------------|
| muži | 8 | 29,62 | 18 | 66,67 | 1 | 3,7 | 27 | 100 |
| ženy | 2 | 13,33 | 13 | 86,67 | 0 | 0 | 15 | 100 |
| celkem | 10 | 23,81 | 31 | 73,81 | 1 | 2,38 | 42 | 100 |

Graf č. 34. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska věku)



Graf č. 35. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)



Otázka číslo 21:

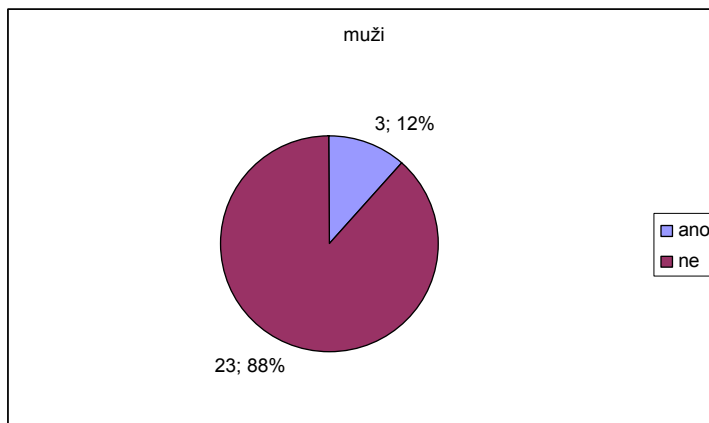
Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem?

Chtěla jsem se dozvědět, kolik dialyzovaných pacientů má možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem? Pacienti odpovídali ano/ne.

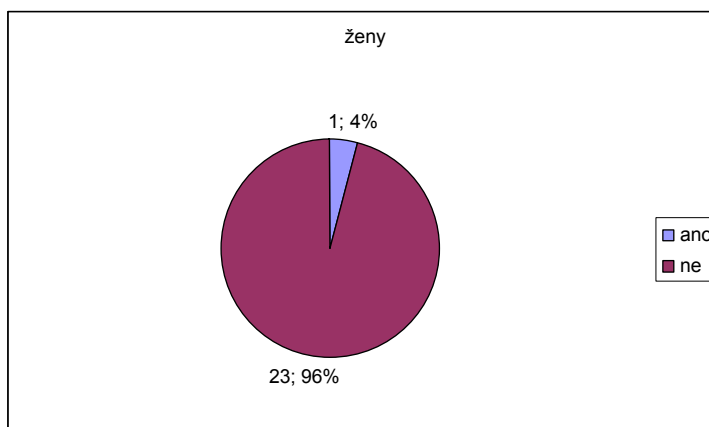
Hemodialyzovaní pacienti

Pouze 8 % pacientů má možnost si o svých problémech promluvit se sociálním pracovníkem. O této možnosti ví pouze 3 muži (11,5 %) a 1 žena (4,2 %). Viz graf č. 36. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (HD muži) a graf č. 37. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem (HD ženy). Všichni pacienti, co ví o možnosti navštívit sociálního pracovníka, byli dialyzováni 7 měsíců až 2 roky a byli ve věku 31 - 59 let.

Graf č. 36. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (HD muži)



Graf č. 37. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (HD ženy)



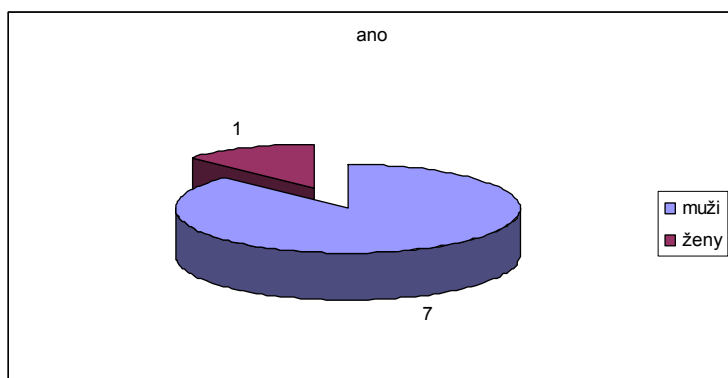
Peritoneálně dialyzovaní pacienti

I u této otázky byly odpovědi peritoneálně dialyzovaných pacientů příznivější. 19 % pacientů na peritoneální dialýze má možnost si o svých problémech promluvit se sociálním pracovníkem. O této možnosti ví pouze 1 žena (6,67 %), ale 25,9 % mužů. Viz graf č. 38. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví).

Rozdělíme-li pacienty dle věku, zjistíme, že o možnosti konzultace se sociálním pracovníkem ví 22,2 % nejmladších pacientů, 15,8 % pacientů ve věku 60 - 74 let a 20 % pacientů ve věku 75 - 84 let. Viz tab. č. 41. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Vezmeme-li v potaz kritérium délky dialyzační léčby, dozvíme se, že z pacientů léčených peritoneální dialýzou 1 týden až 6 měsíců neví o možnosti konzultace se sociálním pracovníkem nikdo, z pacientů léčených dialýzou 7 měsíců až 2 roky ví o této možnosti 15,4 %, pacienti léčení 2,1 roku až 5 let jsou s touto možností seznámeni v 23,5 % a nejdéle se léčící pacienti ve 25 %. Viz tab. č. 42. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby).

Graf č. 38. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)



Tab. č. 41. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (CAPD pacienti z hlediska věku)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|----------------|----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| 31 - 59 | 4 | 22,22 | 14 | 77,78 | 18 | 100 |
| 60 - 74 | 3 | 15,79 | 16 | 84,21 | 19 | 100 |
| 75 - 84 | 1 | 20 | 4 | 80 | 5 | 100 |
| celkem | 8 | 19,04 | 34 | 80,95 | 42 | 100 |

Tab. č. 42. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------------------|----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| 1 týden - 6 měsíců | 0 | 0 | 4 | 100 | 4 | 100 |
| 7 měsíců - 2 roky | 2 | 15,38 | 11 | 84,62 | 13 | 100 |
| 2,1 roku - 5 let | 4 | 23,53 | 13 | 76,47 | 17 | 100 |
| 5,1 roku.- 10 let | 2 | 25 | 6 | 75 | 8 | 100 |
| celkem | 8 | 19,04 | 34 | 80,95 | 42 | 100 |

Otázka číslo 22:

Využíváte možnosti rekreace? (Prázdninové dialýzy)?

Tázala jsem se, zda pacienti jezdí na prázdninové dialýzy. Odpovídali ano/ne. Na tuto otázku navazovala podotázka 22a), na kterou odpovídali pouze pacienti, kteří prázdninových dialýz využívají. Jaké rekreace využíváte? Pacienti volili ze dvou nabízených možností: tuzemské rekreace, zahraniční rekreace nebo mohli svou odpověď dopsat do kolonky jiné.

Hemodialyzovaní pacienti

Prázdninových dialýz využívá 18 % hemodialyzovaných pacientů. O málo více je využívají muži (19,2 %) než ženy (16,7 %). Viz tab. č. 43. Využíváte možnosti rekreace: (HD pacienti z hlediska pohlaví). Ženy ve 100 % jezdí na tuzemské rekreace, muži ve 40 % na tuzemské rekreace a v 60 % na zahraniční rekreace.

Prázdninových dialýz nejvíce využívají pacienti ve věku 60 - 74 let (25 %), věková skupina pacientů od 31 - 59 let jezdí na rekreace v 15 %. Z nejstarší skupiny pacientů na dovolené nejedí nikdo. Do zahraničí jezdí pouze 3 muži z věkové skupiny 60 - 74 let.

Na dovolené jezdí nejvíce pacienti dialyzovaní 5,1 roku - 10 let (100 %), pacienti dialyzovaní od 7 měsíců do 2 let (23,1 %) a pacienti dialyzovaní od 2,1 roku do 5 let (17,4 %).

Rekreačních dialýz využívají nejvíce ženatí muži či vdané ženy (28,6 %). Tuto kolonku vyplnila také jedna vdova (9,1 %).

Tab. č. 43. Využíváte možnosti rekreace: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|---------------|------------|
| muži | 5 | 19,23 | 21 | 80,76 | 26 | 100 |
| ženy | 4 | 16,67 | 20 | 83,33 | 24 | 100 |
| celkem | 9 | 18 | 41 | 82 | 50 | 100 |

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Prázdninových dialýz využívají peritoneálně dialyzovaní pacienti ve 21,4 %. Taktéž ji více využívají muži (25,9 %) než ženy (13,3 %). Viz tab. č. 44. Využíváte možnosti rekreace: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví). I peritoneálně dialyzované ženy jezdí ve 100 % na tuzemské rekreace, muži jezdí v 85,7 % na tuzemské rekreace a ve 14,3 % na zahraniční rekreace.

Prázdninových dialýz nejvíce využívají nejmladší pacienti (22,2 %), věková skupina pacientů od 60 - 74 let jezdí na rekreace v 21,1 %. Z nejstarší skupiny pacientů jich na dovolené jezdí 20 %. Do zahraničí jezdí pouze 1 ženatý muž z věkové skupiny 31 - 59 let, dialyzovaný 2,1 roku - 5 let.

Nejvíce na dovolené jezdí pacienti dialyzovaní 2,1 roku až 5 let (41,2 %), pacienti dialyzovaní od 5,1 roku - 10 let ve 12,5 % a pacienti dialyzovaní od 7 měsíců do 2 let v 7,7 %. Z pacientů, kteří jsou dialyzovaní nejkratší dobu, nejjezdí na dovolené nikdo.

Rekreačních dialýz využívají nejvíce svobodní pacienti (50 %), rozvedení pacienti (28,6 %), ženatí muži či vdané ženy (20 %) a jeden vdovec (14,3 %).

Tab. č. 44. Využíváte možnosti rekreace: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------|------------|--------------|-----------|--------------|---------------|------------|
| muži | 7 | 25,93 | 20 | 74,07 | 27 | 100 |
| ženy | 2 | 13,33 | 13 | 86,67 | 15 | 100 |
| celkem | 9 | 21,43 | 33 | 78,57 | 42 | 100 |

Otázka číslo 23:

Znáte nějaký spolek pro dialyzované pacienty?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda jsou pacienti informováni o existenci spolků pro dialyzované pacienty. Pacienti odpovídali ano/ne. Za touto otázkou následovala podotázka 23a). Jste členem nějakého spolku pro dialyzované pacienty. Pacienti odpovídali ano/ne.

Hemodialyzovaní pacienti

92,3 % mužů a 100 % žen nezná žádný spolek pro dialyzované pacienty. O spolku ví pouze 2 ženatí muži ve věku 31 - 59 let, kteří jsou dialyzováni od 2,1 roku do 5 let.

Členem některého ze spolků pro dialyzované pacienty není ani jeden hemodialyzovaný pacient.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Některý ze spolků pro dialyzované pacienty zná 14,8 % peritoneálně dialyzovaných mužů a 26,7 % žen.

Rozdělíme-li pacienty dle věku, zjistíme, že o spolku ví 22,2 % nejmladších pacientů, 21,1 % pacientů ve věku 60 - 74 let a žádný pacient z nejstarší věkové skupiny. Viz tab. č. 45. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Rozdělíme-li pacienty dle délky dialyzační léčby, dozvíme se, že o některém ze spolků pro dialyzované pacienty ví 37,5 % pacientů léčených 5,1 roku - 10 let, 17,6 % pacientů dialyzovaných 2,1 roku - 5 let, 15,4 % pacientů léčených 7 měsíců až 2 roky a žádný pacient dialyzovaný 1 týden až 6 měsíců. Viz tab. č. 46. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby).

Rozdělíme-li pacienty dle rodinného stavu, ukáže se nám, že o činnosti spolku pro dialyzované pacienty se nejvíce zajímají svobodní pacienti (50 %), 28,6 % rozvedených pacientů, 28,6 % vdov či vdovců a 12 % pacientů ženatých či vdaných. Viz tab. č. 47. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu).

Členem spolku pro dialyzované pacienty je pouze 1 svobodný pacient ve věku 31 - 59 let, dialyzovaný 5,1 roku až 10 let.

Tab. č. 45. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska věku)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|----------------|----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| 31 - 59 | 4 | 22,22 | 14 | 77,78 | 18 | 100 |
| 60 - 74 | 4 | 21,05 | 15 | 78,95 | 19 | 100 |
| 75 - 84 | 0 | 0 | 5 | 100 | 5 | 100 |
| celkem | 8 | 19,05 | 34 | 80,95 | 42 | 100 |

Tab. č. 46. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------------------|----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| 1 týden - 6 měsíců | 0 | 0 | 4 | 100 | 4 | 100 |
| 7 měsíců - 2 roky | 2 | 15,38 | 11 | 84,62 | 13 | 100 |
| 2,1 roku - 5 let | 3 | 17,65 | 14 | 82,35 | 17 | 100 |
| 5,1 roku - 10 let | 3 | 37,5 | 5 | 62,5 | 8 | 100 |
| celkem | 8 | 19,05 | 34 | 80,95 | 42 | 100 |

Tab. č. 47. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu)

| | ano | % | ne | % | celkem | % |
|---------------------|----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| svobodný/á | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 | 100 |
| žentý/vdaná | 3 | 12 | 22 | 88 | 25 | 100 |
| vdova/vdovec | 2 | 28,57 | 5 | 71,43 | 7 | 100 |
| rozvedený/á | 2 | 28,57 | 5 | 71,43 | 7 | 100 |
| druh/družka | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| celkem | 8 | 19,05 | 34 | 80,95 | 42 | 100 |

Otázka číslo 24:

Znáte časopis Stěžeň?

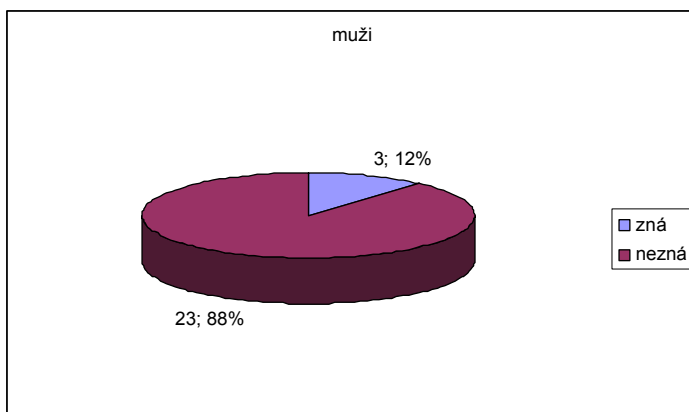
Chtěla jsem zjistit, kolik pacientů zná časopis Stěžeň, ve kterém by mohli najít spoustu užitečných informací. Pacienti odpovídali ano/ne. Na tuto otázku navazovala podotázka 24a). Jste jeho čtenářem? Pacienti odpovídali ano/ne.

Hemodialyzovaní pacienti

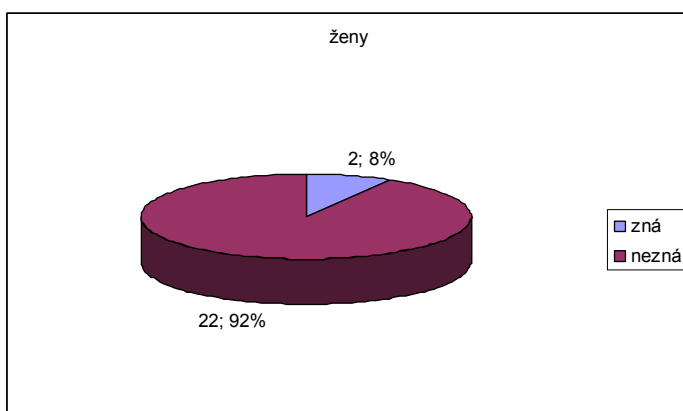
Časopis Stěžeň zná 11,5 % hemodialyzovaných mužů a 8,3 % žen. Viz graf č. 39. Znáte časopis Stěžeň: (HD muži) a graf č. 40. Znáte časopis Stěžeň: (HD ženy). Jeho pravidelným čtenářem jsou pouze 2 ženatí muži ve věku 31 - 59 let chodící na

dialýzu 2,1 roku až 5 let a 1 vdova ve věku 75 - 89 let chodící na dialýzu 5,1 roku až 10 let.

Graf č. 39. Znáte časopis Stěžeň: (HD muži)



Graf č. 40. Znáte časopis Stěžeň: (HD ženy)



Peritoneálně dialyzovaní pacienti

Časopis Stěžeň zná 22,2 % peritoneálně dialyzovaných mužů a 46,7 % žen.

Rozdělíme-li pacienty do věkových skupin, dozvíme se, že z nejmladší věkové skupiny zná časopis Stěžeň 38,9 % pacientů, z věkové skupiny 60 - 74 let ho zná 26,3 % pacientů a z nejstarší věkové skupiny 20 % pacientů. Viz graf č. 41. Znáte časopis Stěžeň: (CAPD pacienti z hlediska věku).

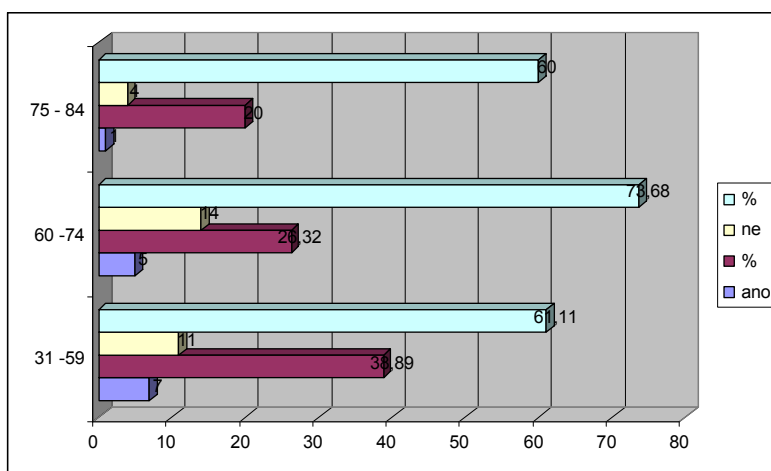
Dalším kritériem pro rozdělení byla délka dialyzační léčby. Vyplynulo, že pacienti dialyzovaní nejkratší dobu časopis neznají vůbec, pacienti dialyzovaní 7 měsíců až 2 roky ho znají v 15,4 %, ti, co jsou léčeni 2,1 roku až 5 let ho znají ve 41,2 % a ti,

co jsou dialyzovaní nejdéle ho znají v 50 %. Viz graf č. 42. Znáte časopis Stěžeň: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby).

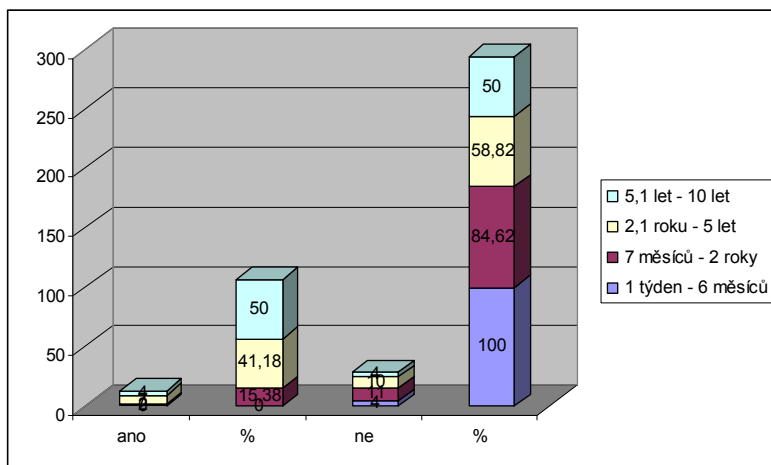
Dalším kritériem byl rodinný stav. Vdovy a vdovci znají Stěžeň v 57,1 %, svobodní pacienti v 50 %, rozvedení pacienti v 42,9 % a ženatí pacienti a vdané pacientky ve 20%. Viz graf č. 43. Znáte časopis Stěžeň: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu).

Pravidelným čtenářem Stěžeň jsou pouze 2 ženy ve věku 60 - 74 let, dialyzované 2,1 roku až 5 let a 2 svobodní muži ve věku 31 - 59 let dialyzovaní 5,1 roku až 10 let.

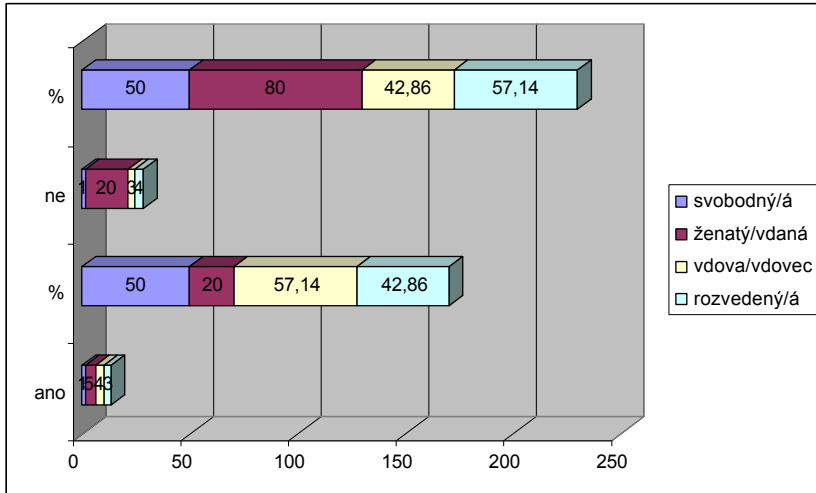
Graf č. 41. Znáte časopis Stěžeň: (CAPD pacienti z hlediska věku)



Graf č. 42. Znáte časopis Stěžeň: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)



Graf č. 43. Znáte časopis Stěžeh: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu)



7. Diskuse

V mé diplomové práci jsem se pokusila zjistit, jaké komplikace a kdy nejvíce obtěžují dialyzované pacienty a pomocí čeho chronicky nemocní lidé své problémy překonávají. V teoretické části diplomové práce jsem se nejprve snažila vysvětlit pojem komplikace z více pohledů. Druhou kapitolu jsem věnovala obecné problematice chronicky nemocných pacientů a ve třetí a čtvrté kapitole jsem se podrobněji zabývala problematikou hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů. Teoretická část práce se stala podkladem pro empirickou část.

Empirická část byla zaměřena na získávání informací o komplikacích, které dialyzované pacienty specifikují. Informace jsem získala díky řízeným rozhovorům, které jsem s pacienty vedla na základě sestaveného originálního dotazníku. Výzkumný vzorek byl vybrán náhodně, s ohledem na co možná nejširší záběr pohledu na tuto problematiku.

7.1 Ověření cílů a hypotéz výzkumu

Cíl. č. 1. Najít dvě skupiny pacientů ochotných zapojit se do výzkumu realizovaného prostřednictvím řízeného rozhovoru. První skupinu pacientů hemodialyzovaných (dále jen HD), druhou skupinu pacientů s peritoneální dialýzou (dále jen CAPD).

Hypotéza č. 1. Domnívám se, že více jak polovina oslovených pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu bude ochotna spolupracovat na výzkumu metodou řízeného rozhovoru.

Cíl č. 1. byl splněn. Pro svou práci jsem našla 2 skupiny pacientů, 50 hemodialyzovaných a 50 peritoneálně dialyzovaných.

Hypotéza číslo 1. byla potvrzena. Celkem bylo osloveno 100 pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu. Na výzkumu se podílelo 92 (92 %) pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu. Z toho 50 (100 %) hemodialyzovaných a 42 (84 %) peritoneálně dialyzovaných pacientů.

Cíl č. 2 Zjistit, jaké komplikace a kdy nejvíce zatěžují HD pacienty a pacienty s CAPD.

Hypotéza č. 2. Domnívám se, že v sociální i psychologické oblasti budou mít více problémů HD pacienti než CAPD pacienti.

Hypotéza č. 2 se potvrdila pouze částečně.

Úplně se potvrdila pouze u otázek týkajících se úzkosti a stresu. Všichni dialyzovaní pacienti dle odpovědí trpí úzkostí a stresem ve velice malém procentu, ale u pacientů léčených peritoneální dialýzou je toto procento téměř zanedbatelné. U obou skupin se stres a úzkost shodně týkaly pacientů, kteří jsou léčeni dialýzou krátkou dobu, což je logické. Musí se vypořádat se změnou životního stylu, změnou stravovacích návyků, s omezením v příjmu tekutin... Pacienti, kteří jsou léčeni dialýzou delší dobu si na tento způsob léčby „zvyknou“ a léčba se stává součástí jejich života. Tyto pacienty ale může stresovat dlouhé čekání na transplantaci. Více úzkostné a stresované jsou ženy než muži, nehledě na typ dialýzy, kterým jsou léčeni. Dle mého názoru je to dáno rozdílností mužů a žen ze sociologického hlediska (Gender). Muži jsou v této oblasti více uzavření, neradi o stresu a úzkosti hovoří a nepřipouštějí si je. Spíše tyto nepříjemné pocity vytěsňují.

Odpovědi na otázku, z jakého důvodu si dialyzovaní pacienti volí daný typ léčby, se u hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů nelišily, všichni shodně ve vysokém procentu uváděli na doporučení lékaře. Důvody, pro které si nemocní volí PD byly zkoumány v letech 1993 - 2002 ve VFN v Praze na Interním oddělení Strahov a popsány doktorkou Znojovou takto:¹⁰²

1. velká vzdálenost hemodialyzačního střediska
2. omezení kontaktu s nemocnicí
3. svoboda, nezávislost
4. negativní zkušenost s hemodialýzou
5. strach z hemodialýzy
6. zaměstnání
7. dovolená, chalupa

¹⁰² Znojová, M. Svobodná volba dialyzační metody : motivy vedoucí k volbě peritoneální dialýzy. Aktuality v nefrologii, roč. 9, 2003, č. 4, s.126 - 129. ISSN 1210 – 955x.

8. přání rodiny
9. nečinnost, nuda při hemodialýze
10. omezený pohyb, slepota
11. HD u blízké osoby
12. péče o druhé
13. PD pacient jako vzor

Rozdílnost odpovědí pacientů v našem výzkumu od odpovědí pacientů z výzkum v letech 1993 - 2002 může být způsobena odlišností nabízených možností. V obou případech se ale u pacientů na peritoneální dialýze na předních místech objevuje odpověď nezávislost a volnější režim.

U otázek týkajících se informovanosti a spokojenosti pacientů s množstvím informací, které před zahájením léčby dostali, se též neobjevily žádné rozdíly. Hemodialyzované i peritoneálně dialyzované pacienty nejčastěji poučil lékař. Většina dialyzovaných pacientů navštěvuje predialyzační poradny, bez rozdílu, pro jaký způsob léčby se dále rozhodnou. V poradnách je lékaři seznámí s jejich onemocněním, ale i s tím, že v budoucnu budou muset podstoupit dialyzační léčbu. Poučí je i o možnosti transplantace. Informace, které se pacientům dostanou od sestry se týkají většinou až samotného ošetření v dialyzačním středisku. Co se týče spokojenosti s informacemi, nebyly významné rozdíly u hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů. Přes 50 % pacientů bylo s informacemi naprosto spokojeno, ale mezi hemodialyzovanými najdeme více pacientů naprosto nespokojených.

U otázky, která se ptala na reakci pacientů na jejich onemocnění, se objevily rozdíly u hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných. Hemodialyzovaní pacienti odpovídali ve větším procentu, že nebrali svou nemoc na vědomí. Peritoneálně dialyzovaní pacienti odpovídali, že měli z dialyzační léčby strach a bylo jim líto, že jsou vážně nemocní. Dle mého názoru si právě proto volili peritoneální dialýzu, kterou mohou provádět sami doma a nemusí navštěvovat dialyzační středisko, které by na ně mohlo působit jako ještě větší stresový faktor.

Hypotéza č. 3. Domnívám se, že v biologické oblasti budou mít více obtíží HD pacienti než CAPD pacienti.

Hypotéza č. 3 se taktéž potvrdila pouze částečně.

Rozebereme-li podrobněji jednotlivé položky, zjistíme, že bezezbytku se tato hypotéza potvrdila u otázek týkajících se přímo biologických komplikací daného typu léčby. Zjistila jsem, že peritoneálně dialyzovaní pacienti trpí danými komplikacemi jejich léčby v mnohem menší procentu (23 %) než hemodialyzovaní pacienti (50 %). Hemodialýza více zatěžuje kardiovaskulární systém nemocného, tudíž hemodialyzovaní pacienti trpí často hypotenzí, kolapsy... Pacientům s peritoneální dialýzou hrozí častěji infekční komplikace, ale když se pacient stará o peritoneální katétr a jeho okolí tak, jak má a peritoneální výměny provádí správnou sterilní technikou, je hrozba infekce omezena.

V další oblasti, ve které se tato hypotéza potvrdila v plné míře byl pocit žízně. Peritoneálně dialyzovaní pacienti trpí pocitem žízně v mnohem menší míře než hemodialyzovaní pacienti. Je to dáno volnějším pitným režimem při léčbě peritoneální dialýzou. Množství tekutiny odstraněné z organismu je u peritoneální dialýzy možné ovlivnit koncentrací používaného dialyzačního roztoku a délkou jeho ponechání v dutině břišní. U hemodialyzovaných pacientů by neměl přírůstek jejich hmotnosti mezi jednotlivými hemodialyzačními ošetřeními přesáhnou 5 % jejich tělesné váhy. Z tohoto vyplývá, že hemodialyzovaní pacienti jsou v příjmu tekutin více omezováni.

U otázek týkajících se dodržování dietních opatření jsem se dozvěděla, že jak peritoneálně dialyzovaní tak i hemodialyzovaní pacienti dodržují dietní opatření spojená s dialyzačním лечením kolem 40 %. U obou typů dialýzy mají s dietou největší problém nejstarší pacienti. Domnívám se, že je to dáno určitou stereotypností ve stravovacích návycích a neodhodlaností na svém naučeném jídelníčku cokoliv měnit, což je u dané věkové skupiny logické.

Stejně tak jsem nenašla významnější rozdíly u hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů v oblasti spánku. Pacienti z obou skupin mají problémy se spánkem ve významné míře. Naše výsledky vcelku korelují s výsledky studií Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Lachmanová, J.; Sulková, S.; Znojová, M.

Poruchy spánku u hemodialyzovaných pacientů.¹⁰³ a Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Sulková, S.; Znojová, M.; Jelínková, E.; Merta, M.; Bodláková, B. Poruchy spánku u pacientů léčených kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou (CAPD).¹⁰⁴ Tyto studie se však zabývaly poruchami spánku u dialyzovaných pacientů do větší hloubky. Zkoumaly podrobněji i příčiny nespavosti u dialyzovaných pacientů. Já jsem objevila drobný rozdíl v nespavosti u mužů a žen. Ženy trpí nespavostí o něco více (kolem 55 %) než muži (kolem 40 %), ale není to rozdíl markantní.

Poslední oblast, která se týká této hypotézy, byla bolest. Hemodialyzovaní i peritoneálně dialyzovaní pacienti trpí bolestí v téměř totožném procentu (36 %). To je o něco méně než výsledek studie Ságová, M., Znojová, M., Chronická bolest dialyzovaných pacientů.¹⁰⁵ Příčiny bolesti se však v našem výzkumu i v této studii shodují. Pacienti si nejčastěji stěžují na bolest pohybového aparátu. Rozdíl v prevalenci bolesti může být daný rozdílným složením skupiny respondentů. Zajímavé je zjištění, že peritoneálně dialyzovaní pacienti trpí bolestí menší intenzity, a to v průměru o 1 až 2 stupně.

Cíl č. 3. Zjistit, co pacientům s HD a pacientům s CAPD pomáhá překlenout mezidialyzační období a usnadňuje jim život.

Hypotéza č. 4. Domnívám se, že HD pacienti prožívají mezidialyzační období hůře než CAPD pacienti období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku.

Hypotéza č. 4. se zcela potvrdila.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti žijí své životy aktivněji než hemodialyzovaní pacienti. Peritoneálně dialyzovaní pacienti častěji pracují, a to jak muži tak i ženy. Více času věnují svým koníčkům. Nejsou omezeni nutností docházet 2 - 3 krát týdně na

¹⁰³ Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Lachmanová, J.; Sulková, S.; Znojová, M. Poruchy spánku u hemodialyzovaných pacientů. Časopis lékařů českých, 2001, roč. 140, č. 16, s. 500 - 502. ISSN 0008 – 7335.

¹⁰⁴ Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Sulková, S.; Znojová, M.; Jelínková, E.; Merta, M.; Bodláková, B. Poruchy spánku u pacientů léčených kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou (CAPD). Sborník lékařský, 2001, roč. 102, č. 3, s. 395 - 400. ISSN 0036 – 5327.

¹⁰⁵ Ságová, M.; Znojová, M. Chronická bolest dialyzovaných pacientů. Aktuality v nefrologii, 2004, roč. 10, č. 1, s. 51. ISSN 1210 – 955x.

dialyzační středisko a trávit tam 5 - 6 hodin svého volného času. O to více se pak mohou věnovat své práci, koníčkům, své rodině a domácnosti. Hemodialyzovaní pacienti tráví více času doma se svou rodinou, ale i sledováním televize či nicneděláním.

Hypotéza č. 5. Domnívám se, že HD i CAPD pacientům pomáhají překonat obtíže různé aktivity a přítomnost jejich blízkých.

Hypotéza č. 5 se potvrdila, ale v některých oblastech bychom ještě našli určité rezervy.

Pro hemodialyzované i peritoneálně dialyzované pacienty jsou největší oporou členové jejich rodin, kteří se nejlépe dokáží vcítit do jejich problémů. Jsou nemocným neustále na blízku. Jsou ochotni jim být vždy nápomocni při řešení komplikovaných situací, při zvládnání stresu z jejich chronické nemoci.

Smutnější zjištění ovšem bylo, že velmi málo hemodialyzovaných pacientů je seznámeno s možností konzultace svých problémů se sociálním pracovníkem a klinickým psychologem. U peritoneálně dialyzovaných pacientů byly výsledky o něco lepší, ale neuspokojivé. Z výsledků studie vyplývá, že kliničtí psychologové a sociální pracovníci na našich dialyzačních střediscích chybí. Dle mého názoru je to velká škoda, jelikož by mohli pacientům ušetřit spoustu problémů a dát mnoho cenných rad.

Co se týče oblasti rekreací (prázdninových dialýz), i zde bych viděla, že naši hemodialyzovaní i peritoneálně dialyzovaní pacienti využívají této možnosti v malé míře. Netroufám si odhadnout, zda je to špatnou informovaností na dialyzačních střediscích či nezájmem pacientů o tyto služby.

Hemodialyzovaní pacienti ví o spolku pro dialyzované pacienty a časopise Stěžeň v téměř mizivém procentu. Větší zájem jsem zaregistrovala u pacientů na peritoneální dialýze, zvláště u žen. Taktéž mi není jasné, zda pacienti nejsou na střediscích o činnosti spolku a časopise, který vydává, informováni nebo zda je tyto informace nezajímají. Domnívám se, že je to velká škoda, jelikož ve spolcích pro dialyzované pacienty by mohli najít oporu u stejně nemocných lidí. V časopise Stěžeň je možné vyhledat spoustu užitečných informací týkajících se právě jejich problematiky. Navíc časopis vychází i v internetové podobě. V tištěné podobě je zdarma a je pravidelně rozesílán na všechna dialyzační střediska.

Cíl. č. 4. Navrhnout řešení pro zkvalitnění života: jak v mezidialyzačním období, tak i v celém průběhu léčby u HD pacientů a CAPD pacientů.

- Věnujme dialyzovaným pacientům čas při jednotlivých hemodialyzačních ošetřeních, při návštěvách v ambulancích pro pacienty s peritoneální dialýzou. Zjišťujme, co je trápí, co komplikuje jejich život a snažme se jim s řešením jejich problémů pomoci.
- Informujme pacienty a jejich rodiny o každé změně jejich zdravotního stavu, o nutnosti změny životního stylu, dietních opatřeních. Edukujme je v oblasti péče o AV shunt nebo o peritoneální katétr.
- Pomozme pacientům překonat strach z dialyzační léčby pomocí predialyzačních kurzů a kvalitní včasné přípravy na dialyzační léčbu. Popišme jim veškeré komplikace, které se dialyzační léčby týkají a dejme jim rady, jak je možné těmto komplikacím alespoň částečně předejít.
- Pokud je to možné, dejme pacientům na výběr, který typ léčby by jim více vyhovoval (hemodialýza, peritoneální dialýza).
- Vytvořme na dialyzačních střediscích vhodné prostředí, ve kterém se pacienti budou cítit dobře. Umožněme jim poslech rádia, dívání se na televizi, četbu knihy, připojení počítače.
- Motivujme pacienty k aktivitě, odvracejme je od nečinnosti.
- Informujme pacienty o kulturních akcích. O setkáních dialyzovaných pacientů. O různých soutěžích a olympijských hrách pro dialyzované pacienty.
- Seznamme pacienty s možností konzultovat své problémy s odborníky (sociálním pracovníkem, psychologem, nutričním terapeutem...).

- Dejme jim dostatek informací o spolcích pro dialyzované pacienty. O časopise Stěžně, který vydává Spolek pro dialyzované a transplantované pacienty. Dejme jim kontakty, kde je možné si tento časopis objednat.
- Informujme pacienty o možnostech rekreačních dialýz, rekondičních pobytů, lázeňské péče a různých výletech pro dialyzované pacienty.
- Seznamme pacienty s možností využití různých protetických pomůcek, sociálních výhod a pečovatelské služby.

8. Závěr

Cílem diplomové práce *Komplikovaný život pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu* bylo zodpovězení otázek spojených s problematikou a identifikací komplikací života pacientů zařazených do chronického dialyzačního programu. Snahou bylo zmapovat komplikace života pacientů hemodialyzovaných i peritoneálně dialyzovaných. Jejím úkolem bylo zjistit, co dialyzované pacienty nejvíce sužuje, kdy jim tyto komplikace způsobují největší problémy a jak se s nimi vypořádávají.

Diplomová práce byla tvořena teoretickou a empirickou částí. V teoretické části diplomové práce byl nejprve vysvětlen pojem komplikace z více pohledů. Druhá kapitola byla věnována obecné problematice chronicky nemocných pacientů a třetí a čtvrtá kapitola se podrobněji zabývala problematikou hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů. Teoretická část práce se stala podkladem pro část empirickou. Ta byla zaměřena na rozbor shromážděných informací o komplikacích, se kterými se dialyzovaní pacienti nejčastěji setkávají. Informace byly získány díky řízeným rozhovorům, které byly s pacienty vedeny dle sestaveného originálního dotazníku. Výzkum byl realizován na několika dialyzačních střediscích.

Bylo zjištěno mnoho zajímavých informací. Dialyzovaní pacienti trpí ve velké míře komplikacemi, které je v životě omezují (žízeň, bolest, komplikace léčby, poruchy spánku...). V mnohých oblastech, jako jsou například bolest či poruchy spánku, nenalezneme významné rozdíly v prevalenci výskytu u hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů. V některých oblastech (komplikace léčby, pocit žízně...) však jsou tyto rozdíly markantní. Hemodialyzovaní pacienti trpí těmito komplikacemi v mnohem větší míře. Zajímavé zjištění bylo, že hemodialyzovaní i peritoneálně dialyzovaní pacienti trpí pouze ve velmi malém procentu pocitu úzkosti a stresu z dialyzační léčby. Překvapením bylo i to, že ani v jedné z obou skupin nenalezneme významné procento pacientů, kteří se zajímají o činnost spolků pro dialyzované a transplantované pacienty. Členem spolku byl pouze jeden peritoneálně dialyzovaný pacient. Hypotéza, že oběma skupinám nejvíce pomáhají při překonávání životních komplikací členové jejich rodin a známí, byla potvrzena. Stejně tak byl potvrzen i fakt, že peritoneálně dialyzovaní pacienti žijí svůj život aktivněji než

hemodialyzovaní pacienti. Ukázalo se, že na našich dialyzačních střediscích chybí psychologové a sociální pracovníci, kteří by mohli pacientům pomoci s řešením mnoha problémů. Možnost konzultace s těmito odborníky má pouze malé procento dialyzovaných pacientů.

Stanovené cíle této práce byly splněny. V diskuzi jsou podrobněji rozebrány výsledky a hypotézy mé práce. Některé z nich se potvrdily zcela, některé se potvrdily pouze částečně.

Je důležité, abychom komplikace, které omezují život dialyzovaných pacientů, nepřehlíželi, ale abychom s nimi uměli našim pacientům pomoci.

Domnívám se, že výzkum byl úspěšný. Pomohl naznačit, jakým směrem by se naše péče o dialyzované pacienty měla ubírat. Je samozřejmé, že výzkum nemohl odpovědět na všechny otázky týkající se problematiky komplikací života dialyzovaných pacientů. Přesto pevně věřím, že bude podkladem pro další sofistikované výzkumy.

Seznam pramenů a literatury:

1. Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno : IDVPZ, 1997. ISBN 57-856-97.
2. Čemá, M. Sexuální problematika dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Stěžeň, 2006, roč. 17, č. 2, s. 24 - 29. ISSN 1210-0153.
3. Čemá, M. Sociálně právní otázky spojené se selháním ledvin. Přednáška Slavkov u Brna, 12. 2. 2004
4. České ošetrovatelství : Koncepce českého ošetrovatelství . Základní terminologie. Ediční řada - Praktická příručka pro sestry. Brno : IDVPZ, 1998. ISBN 57-856-98.
5. Dingwall, R., R. Pro lepší porozumění. Brno : NCONZO, 2004. ISBN 80-7013-406-2.
6. Dusilová-Sulková, S. Hemodialýza jako metoda léčby selhání ledvin. Sestra v diabetologii, 2006, roč. 2, č. 1, s. 23 - 25, ISSN 1801-2809.
7. Gulášová, I. Psychosociálne problémy a význam komunikácie sestry u dialyzovaných pacientov. Aktuality v nefrologii, 2004, roč. 10, č. 2, s. 61 - 66. ISSN 1210-955x.
8. Hána, J. Léčba umělou ledvinou. Praha : Národní centrum podpory zdraví; Společnost dialyzovaných a transplantovaných.
9. Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824.
10. Haškovcová, H. Spoutaný život. Praha : Panorama, 1985.
11. Honzák, R. Nemoc a vztahy v rodině. Stěžeň, 2003, roč. 14, č. 1, s. 13. ISSN 1210-0153.
12. Höschl, C., a kol. Psychiatrie pro vyšší zdravotnické školy. Praha : Scienta medica, 1997. ISBN 80-85526-64-6.
13. Chloubová, H. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. Sestra, 1995, roč. 5, č. 2, s. 18 - 20. ISSN 1210-0404.
14. Jedlička, R.; Klíma, P.; Kořa, J.; Němec, J.; Pilař, J. Děti a mládež v obtížných životních situacích: Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí. Praha : Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.

15. Jelínková, K. Prostor pro sociální práci na dialyzačním středisku. Stěžeň, 2003, roč. 14, č. 4, s. 7. ISSN 1210-0153.
16. Kolektiv autorů. Základy ošetřování nemocných. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.
17. Kolektiv autorů 1. interní kliniky FVL UK. Selhání ledvin a jeho léčení. Praha : Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1990. ISBN 80-7066-106-2.
18. Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Lachmanová, J.; Sulková, S.; Znojová, M. Poruchy spánku u hemodialyzovaných pacientů. Časopis lékařů českých, 2001, roč. 140, č. 16, s. 500 - 502. ISSN 0008-7335.
19. Kousalová, M.; Tesař, V.; Šonka, K.; Sulková, S.; Znojová, M.; Jelínková, E.; Merta, M.; Bodláková, B. Poruchy spánku u pacientů léčených kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou (CAPD). Sborník lékařský, 2001, roč. 102, č. 3, s. 395 - 400. ISSN 0036-5327.
20. Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
21. Křivohlavý, J. Psychologie zdravý. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
22. Křivohlavý, J. Vážně nemocný mezi námi. Praha : Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89.
23. Lachmanová, J. Hemodialyzační léčba v praxi. Poděbrady, 1995.
24. Lachmanová, J. Očisťovací metody krve. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-749-4.
25. Major, M.; Svoboda, L. Náhrada funkce ledvin – hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254- 127-7.
26. Multidisciplinární nefrologický kongres, Brno, 10. – 11. listopad 2006, Brno
27. Pacovský, V. Klinická propedeutika pro : magisterské a bakalářské studium ošetrovatelství. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 807184-934-x.
28. Redakce časopisu Stěžeň. Co je společnost DaT. Stěžeň, 2003, roč. 14, č. 1, s. 3. ISSN 1210-0153.
29. Ságová, M.; Znojová, M. Chronická bolest dialyzovaných pacientů. Aktuality v nefrologii, 2004, roč. 10, č. 1, s. 51. ISSN 1210 – 955x.

30. Ságová, M.; Znojová, M. Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů – základy diagnostiky a farmakoterapie. Postgraduální medicína, 2005, roč. 7, č. 3, s. 244 - 248. ISSN 1212-4184.
31. Sbirka zákonů, vyhláška č. 385/2006 sb., O zdravotnické dokumentaci.
32. Schück, O., a kolektiv autorů. Nefrologie pro sestry. Brno : IDVPZ, 1994. ISBN 80-7013-165-9.
33. Sulková, S., a kol. Hemodialýza. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-22-8.
34. Sulková, S.; Nermutová, L. Peritoneální dialýza pro sestry. Brno : IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-261-2.
35. Svoboda, L. Cvičební soubor pro dialyzované a transplantované pacienty. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-126-9.
36. Točík, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba (základní informace pro nemocné). Jihlava : ARA s.r.o., 1996.
37. Válek, A.; Haškovcová, H. Život s umělou ledvinou. Praha : Avicenum, 1982. ISBN 08-075-82 .
38. Wasserbauer, S., a kol. Výchova ke zdraví. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. ISBN 80-7071-145-0.
39. Wilson, K.; Butterworth, T. Základy výzkumu v ošetrovatelství a v porodní asistenci. Praha : ČAS, 2002. ISBN 92 890 1181 5.
40. Znojová, M. Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa. Stěžeň, 2004, roč. 15, č. 3, s. 15 - 17. ISSN 1210-0153.
41. Znojová, M. Sexuální poruchy u peritoneálně dialyzovaných pacientů. Stěžeň, 2006, roč. 17, č. 2, s. 22 - 23. ISSN 1210-0153.
42. Znojová, M. Svobodná volba dialyzační metody : motivy vedoucí k volbě peritoneální dialýzy. Aktuality v nefrologii, 2003, roč. 9, č. 4, s. 126 - 129. ISSN 1210-955x.
43. Znojová, M.; Černá, M. Práce psychologa na dialýze : (Rozhovor s PhDr. M. Znojovou). Stěžeň, 2004, roč. 15, č. 3, s. 9 - 14. ISSN 1210-0153.

Seznam tabulek:

Tab. č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: (věk pacientů)

Tab. č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: (rodinný stav pacientů)

Tab. č. 3. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

Tab. č. 4. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (HD pacienti z hlediska věku)

Tab. č. 5. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

Tab. č. 6. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (CAPD pacienti z hlediska věku)

Tab. č. 7. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

Tab. č. 8. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (HD pacienti z hlediska věku)

Tab. č. 9. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

Tab. č. 10. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (CAPD pacienti z hlediska věku)

Tab. č. 11. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (hemodialyzovaní pacienti)

Tab. č. 12. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (peritoneálně dialyzovaní pacienti)

Tab. č. 13. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (hemodialyzovaní pacienti)

Tab. č. 14. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (HD muži z hlediska věku)

Tab. č. 15. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (CAPD ženy z hlediska věku)

- Tab. č. 16. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (peritoneálně dialyzovaní pacienti)
- Tab. č. 17. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (CAPD muži z hlediska věku)
- Tab. č. 18. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi před zahájením léčby: (CAPD ženy z hlediska věku)
- Tab. č. 19. Kdy prožíváte největší pocit úzkosti: (HD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 20. Trpíte v souvislosti s dialýzou pocitem úzkosti: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 21. Je pro Vás dialyzační léčba stresující: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)
- Tab. č. 22. Je pro Vás dialyzační léčba stresující: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)
- Tab. č. 23. Jaké komplikace a kdy Vás nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 24. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 25. Jaké komplikace a kdy Vás nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 26. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 27. Trpíte často pocitem žízně: (HD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 28. Trpíte často pocitem žízně: (CAPD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 29. Jaká dietní opatření v souvislosti s dialýzou dodržujete: (HD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 30. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou nějaká dietní opatření: (HD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)
- Tab. č. 31. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou nějaká dietní opatření: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)
- Tab. č. 32. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

- Tab. č. 33. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 34. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 35. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska věku).
- Tab. č. 36. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska pohlaví).
- Tab. č. 37. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 38. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 39. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 40. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 41. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (CAPD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 42. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)
- Tab. č. 43. Využíváte možnosti rekreace: (HD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 44. Využíváte možnosti rekreace: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)
- Tab. č. 45. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska věku)
- Tab. č. 46. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)
- Tab. č. 47. Znáte některý ze spolků pro dialyzované pacienty: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu)

Seznam grafů:

Graf č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: (délka dialyzační léčby z hlediska pohlaví)

Graf č. 2. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (hemodialyzovaní pacienti)

Graf č. 3. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy: (peritoneálně dialyzovaní pacienti)

Graf č. 4. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (hemodialyzovaní pacienti)

Graf č. 5. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a: (Peritoneálně dialyzovaní pacienti)

Graf č. 6. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 7. Kdo Vám před zahájením dialyzační léčby podal potřebné informace: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 8. Kdy prožíváte největší pocit úzkosti: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)

Graf č. 9. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 10. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (HD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)

Graf č. 11. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 12. Co přesně Vás na dialýze stresuje: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzačního léčení)

Graf č. 13. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 14. Trpíte v souvislosti s dialýzou vedlejšími komplikacemi: (HD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)

Graf č. 15. Jaké vedlejší komplikace Vás v souvislosti s dialýzou nejvíce obtěžují: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 16. Trpíte v souvislosti dialýzou vedlejšími komplikacemi: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)

Graf č. 17. Jak překonáváte nepříjemný pocit žízně: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 18. Jak překonáváte nepříjemný pocit žízně: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 19. Jaká dietní opatření v souvislosti s dialýzou dodržujete: (HD pacienti z hlediska věku)

Graf č. 20. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou dietní opatření: (CAPD pacienti z hlediska věku)

Graf č. 21. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 22. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (HD pacienti z hlediska věku)

Graf č. 23. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 24. Jaké máte nejčastější problémy se spánkem: (CAPD pacienti z hlediska věku)

Graf č. 25. Jak jste spokojen s pohodlím během hemodialyzačního ošetření: (HD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 26. Co Vás bolí nejvíce a kdy : (HD muži)

Graf č. 27. Co Vás bolí nejvíce a kdy: (HD ženy)

Graf č. 28. Co Vás bolí nejvíce a kdy: (CAPD ženy)

Graf č. 29. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami: (HD pacienti z hlediska rodinného stavu)

Graf č. 30. Jak prožíváte období mezi jednotlivými výměnami peritoneálního roztoku: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu)

Graf č. 31. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (HD pacienti z hlediska rodinného stavu)

Graf č. 32. Co nebo kdo Vám pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu)

Graf č. 33. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (HD muži)

Graf č. 34. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska věku)

Graf č. 35. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)

Graf č. 36. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem:
(HD muži)

Graf č. 37. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem:
(HD ženy)

Graf č. 38. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem:
(CAPD pacienti z hlediska pohlaví)

Graf č. 39. Znáte časopis Stěžně: (HD muži)

Graf č. 40. Znáte časopis Stěžně: (HD ženy)

Graf č. 41. Znáte časopis Stěžně: (CAPD pacienti z hlediska věku).

Graf č. 42. Znáte časopis Stěžně: (CAPD pacienti z hlediska délky dialyzační léčby)

Graf č. 43. Znáte časopis Stěžně: (CAPD pacienti z hlediska rodinného stavu)

Přílohy:

Příloha č. 1. dotazník:

Vážený pane, Vážená paní,

jmenuji se Martina Paclíková. Jsem studentkou magisterského studia oboru: Ošetřovatelství – učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. V diplomové práci, která je nezbytnou součástí studia, se zabývám komplikacemi v životě pacientů zařazených do dialyzační léčby. Výzkumná část diplomové práce obsahuje dotazník, jehož otázky můžete vyplnit buď samostatně nebo mohu Vaše názory prostřednictvím řízeného rozhovoru zaznamenat. Cílem výzkumného šetření je zjistit, jak dialyzační léčba ovlivňuje Váš život a jaké komplikace jste nucen/a překonávat. Rovněž se pokusit připravit teoretická i praktická východiska pro zmírnění Vašich možných obtíží. Dotazník je anonymní, jeho vyplnění a účast na výzkumu je dobrovolná.

(Zvolené odpovědi označte křížkem. U některých otázek je možné označit více odpovědí či dopsat odpověď do kolonky jiné. U otázek s připojenou 5 bodovou stupnicí zakroužkujte číslici, která je nejbližší Vašemu názoru. (Číslo 1 vyjadřuje maximální spokojenost, číslo 5 naopak úplnou nespokojenost.)

Děkuji Vám za ochotu a čas, který jste dotazníku věnovali.

1. Vaše pohlaví: muž žena

2. Věk: (počet roků)

3. Stav svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á
 ovdovělý/á druh/družka jiné

4. Jak dlouho jste dialyzován/a? roky/ů měsíce/ů týdny/ů

5. Jakým typem dialýzy jste léčen/a? hemodialýzou peritoneální dialýzou

6. Z jakého důvodu jste si zvolil/a právě tento typ dialýzy?

(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

- doporučení lékaře
- vzdálenost střediska
- omezení kontaktu se střediskem
- nezávislost
- strach z napichování AV fistule
- volnější režim
- rodina
- jiný důvod.....

Hemodialyzovaní pacienti

- doporučení lékaře
- strach z odpovědnosti za svou léčbu
- větší pocit bezpečí na středisku
- léčba se neprovádí každý den
- nemusím mít peritoneální katétr
- jiné druhy léčby neznám
- rodina
- jiný důvod.....

7. Když jste se dozvěděl/a, že budete muset na dialýzu, jak jste reagoval/a?

(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

- nebral/a jsem to na vědomí
- plakal/a jsem
- měl/a jsem zlost
- měl/a jsem strach
- chtěl/a jsem být sám/sama
- bylo mi to líto
- jiné.....

8. Kdo Vám před zahájením Vaší dialyzační léčby podal potřebné informace?

(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

- lékař
- klinický psycholog
- někdo jiný (kdo).....
- sestra
- spolupacient/i
- žádné informace jsem nepotřeboval/a

9. Jak jste byl/a spokojen/a s informacemi, které Vám byly sděleny před zahájením dialyzační léčby?

(Číslo 1 vyjadřuje maximální spokojenost, číslo 5 úplnou nespokojenost.)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

10. Trpíte nyní v souvislosti s dialyzační léčbou vedlejšími komplikacemi? ano ne jiné

10. a) Pokud ano, jakými? *(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)*

Hemodialyzovaní pacienti

- nízkým tlakem
- svalovými křečemi
- zvracením
- bolestí hlavy
- svědivkou
- jinými.....

Peritoneálně dialyzovaní pacienti

- peritonitidou
- infekcí výstupu katétru
- mechanickými komplikacemi
- bolestmi břicha
- jinými bolestmi (jakými).....
- jinými.....

10. b) Kdy Vás komplikace nejvíce obtěžují ? *(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)*

- během dialýzy
- mimo dialýzu
- jindy (kdy?).....

11. Trpíte v souvislosti s dialýzou pocitem úzkosti? ano ne jiné

11. a) Pokud ano, kdy prožíváte největší pocit úzkosti?

(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

- během celého dialyzačního ošetření
- během celého pobytu na středisku
- několik hodin před dialýzou
- během napichování AV fistule
- jindy (kdy?).....

12. Trpíte často pocitem žízně? ano ne jiné

12. a) Pokud ano, jak tento nepříjemný pocit překonáváte?

(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

- neomezují se v příjmu tekutin
- pomocí kostky ledu
- vypláchnutím úst studenou vodou
- jiným způsobem (jakým?).....

13. Dodržujete v souvislosti s dialyzační léčbou dietní opatření? ano ne jiné

13. a) Pokud ano, jaká?.....

14. Jak prožíváte období mezi jednotlivými dialýzami?

U peritoneálně dialyzovaných pacientů mezi jednotlivými výměnami dialyzačního roztoku?

(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

- pracuji
- odpočívám
- věnuji se svým koníčkům
- nedělám nic
- věnuji se rodině a domácnosti
- přemýšlím
- dívám se na televizi
- jiné.....

15. Máte problémy se spánkem? ano ne jiné

15. a) Pokud ano, jaké? (Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

- nemohu usnout v noci se často budím
 probouzím se brzy ráno ráno se necítím být vyspalý/á
 jiné.....

16. Jste spokojený/á s pohodlím během hemodialýzy? (Vyplní pouze hemodialyzovaní pacienti)

ano ne jiné

16. a) Pokud ne, co Vám nevyhovuje?

- lůžko, křeslo během hemodialýzy mi bývá horko
 během hemodialýzy mi bývá zima ruší mě ostatní pacienti
 jiné.....

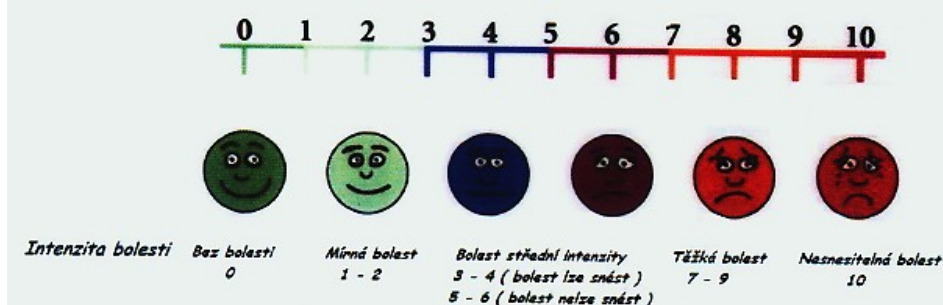
17. Trpíte bolestí? ano ne jiné

17. a) Pokud ano, co Vás bolí?

17. b) Kdy Vás to bolí?

- během dialýzy mimo dialýzu jindy (kdy?).....

17. c) Zakroužkujte prosím číslici na škále bolesti, která ukazuje na intenzitu Vaší bolesti.



18. Máte pocit, že je pro Vás dialyzační léčba stresující? ano ne jiné

18. a) Pokud ano, pokuste se definovat co přesně Vás stresuje.

(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

- soužití s přístrojem, nebo peritoneálním katétrem chronicita nemoci
 komplikace onemocnění noční dialýzy
 možné změny v rodinném životě jiné.....

19. Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá při vyrovnávání se s Vaším onemocněním?

(Je možné označit více odpovědí v pořadí 1,2,3...)

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> členové rodiny | <input type="checkbox"/> relaxace | <input type="checkbox"/> pohyb, sport | <input type="checkbox"/> poslech hudby |
| <input type="checkbox"/> četba knih | <input type="checkbox"/> humor | <input type="checkbox"/> meditace | <input type="checkbox"/> nic/nikdo mi nepomáhá |
| <input type="checkbox"/> jiné..... | | | |

20. Máte možnost svůj stav konzultovat s klinickým psychologem? ano ne jiné

21. Máte možnost své problémy konzultovat se sociálním pracovníkem? ano ne jiné

22. Využíváte možnosti rekreace (prázdninové dialýzy)? ano ne jiné

22 a) Pokud ano jaké? tuzemské rekreace zahraniční rekreace jiné

23. Znáte některý spolek pro dialyzované pacienty? ano ne jiné

23. a) Jste členem některého spolku pro dialyzované pacienty? ano ne jiné

24. Znáte časopis Stěžeň? ano ne jiné

24. a) Pokud ano, jste jeho čtenářem? ano ne jiné