

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALAŘSKÁ PRÁCE

2009

Pavlına Šedivá

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

ŽIVOT S PERITONEÁLNÍM KATÉTREM

Bakalářská práce

Autor práce : **Pavčina Šedivá**

Vedoucí práce : **PhDr. Mariana Bažantová**

2009

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

LIFE WITH THE PERITONEAL CATHETER

Bachelor's thesis

Autor : **Pavλίna Šedivá**

Supervisor : **PhDr. Mariana Bažantová**

2009

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Na tomto místě bych ráda poděkovala celému ošetrovatelskému personálu interního oddělení Strahov, který mě vlídně přijal mezi sebe a pomáhal mi v počátku mé péče o dialyzovaného pacienta. Velký dík patří vrchní sestře Ludmile Nermutové, která mne trpělivě pomáhala s realizací mé práce, a staniční sestře Janě Bártové za umožnění přístupu k pacientům a vytváření výzkumného šetření.

Děkuji PhDr. Marianě Bažantové za odborné vedení bakalářské práce a sestřím pro peritoneální dialýzu Janě Staňkové a Fatu Diallo za předání jejich dlouholetých poznatků z problematiky peritoneální dialýzy, za jejich informace, jež jsem mohla uplatnit ve své práci.

OBSAH

ÚVOD	7
1. FYZIOLOGIE LEDVIN	8
1.1. Proč jsou ledviny tak důležité	8
1.2. Hlavní funkce ledvin	8
1.3. Význam ledvin pro udržení homeostázy	9
1.4. Řízení činnosti ledvin.....	9
2. CHRONICKÉ SELHÁNÍ LEDVIN - CHSL	10
2.1. Vysvětlení pojmu	10
2.2. Co způsobuje selhání ledvin a jejich projevy.....	10
3. INDIKACE K ZAHÁJENÍ DIALYZAČNÍ LÉČBY	11
3.1. Základní přístupy.....	11
4. MOŽNOSTI NÁHRADY FUNKCE LEDVIN	12
4.1. Hemodialýza - HD	12
4.2. Transplantace	12
4.2.1. Peritoneální dialýza - PD.....	13
4.2.2. Fyziologie peritoneální dialýzy	13
4.2.3. Peritoneální dialyzační katétr	14
4.2.4. Indikace a kontraindikace peritoneální dialýzy.....	15
4.2.5. Typy režimů peritoneální dialýzy	15
5. SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	17
5.1. Materiální vybavení pro peritoneální dialýzu	17
5.2. Manipulace s peritoneálním katétrem	17
5.3. Průběh peritoneální dialýzy.....	18
5.4. Komplikace peritoneální dialýzy	18
6. EDUKACE PACIENTŮ	20
6.1. Úloha sestry	20
6.2. Zahájení edukace	20
6.3. Edukační prostředí.....	21
6.4. Výuka pacientů.....	21
7. PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PERITONEÁLNÍ DIALÝZY	23
7.1. Osobní prožívání nemoci	23
7.2. Psychologická problematika	23
7.3. Sociální prostředí.....	24
7.4. Kvalita života	25
8. METODIKA PRÁCE	26
8.1. Kvalitativní výzkum	26
8.2. Užitá metoda šetření.....	26
8.3. Výběr a charakteristika respondentů	27
8.4. Cíle výzkumu	27
8.5. Realizace šetření.....	27
8.6. Zkoumané okruhy problémů	30
8.6.1. Příčina mého onemocnění	30

8.6.2.	Dialyzační léčení	30
8.6.3.	Peritoneální katétr	30
8.6.4.	Peritoneální dialýza	31
8.6.5.	Kvalita života	31
8.7.	Operacionalizace	32
9.	KOMENTÁŘ VÝSLEDKŮ.....	33
9.1.	Příčina mého onemocnění	33
9.2.	Dialyzační léčení	34
9.3.	Peritoneální katétr	35
9.4.	Peritoneální dialýza	37
9.5.	Kvalita života	40
10.	DISKUZE.....	43
	ZÁVĚR.....	47
	ANOTACE.....	49
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	51
	SEZNAM ZKRATEK.....	54
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	55
	SEZNAM TABULEK	56
	SEZNAM PŘÍLOH	57
	PŘÍLOHY	58

ÚVOD

Svou bakalářskou práci jsem vypracovala na interním oddělení Strahov, Všeobecné fakultní nemocnice Praha, kde se provádí peritoneální dialýza - PD. Pacienti v peritoneálním programu, na rozdíl od hemodialyzovaných v nemocnici, si provádějí dialýzu sami a to v domácím prostředí. Důsledky z toho vyplývající znamenají těžkou životní situaci pro nemocného a vedou k výrazné změně jeho dosavadního života i celé jeho rodiny. Tato změna vyžaduje specifickou péči jak pro personál, tak především pro pacienta. Ten musí často získat odborné i praktické znalosti ošetrovatelské péče, neboť jsou zcela odkázáni na funkčnost peritoneálního katétru, protože jejich ledviny nezvratně selhaly. Tato léčba může probíhat po řadu let. Končí buď úspěšnou transplantací, přechodem na hemodialýzu nebo i smrtí jedince. Vzhledem k tomu, že je tato metoda dlouholetá, značně ovlivňuje kvalitu života.

V posledních dvou desetiletích se kvalita života stala jedním z velkých témat klinické praxe a na její studium se zaměřila řada medicínských studií. Vychází z holistického modelu medicíny, který vnímá nemocného člověka v jeho tělesné, psychické, sociální a duchovní celistvosti. Ukázalo se, že odborníci často vidí život nemocných jako méně kvalitní nežli sami pacienti, vzhledem k tomu, že se jedná o chronicky nemocné.

V teoretické části nejdříve definuji hlavní pojmy dané práce - fyziologii ledvin, renální insuficienci, indikaci a metody dialyzačního léčení s popisem principu peritoneální dialýzy. Dále přiblížím specifickou ošetrovatelskou péči i potřebu edukace. Poslední kapitolou teoretické části je psychosociální problematika peritoneální dialýzy, která popisuje osobní prožívání nemoci, psychologickou problematiku, sociální prostředí a teorii kvality života.

V teoretické části vycházím z dostupné literatury, řešící problémy dialyzovaných pacientů a chronické renální insuficience. Především ze studia publikací - *Peritoneální dialýza* (V.Bednářová), *Nefrologie pro sestry* (O.Schüick) a edukačních materiálů distribučních firem Gambro a Baxter.

Cílem mé práce je zjistit, jak pacienti s peritoneálním katétreem vnímají a zvládají těžkou životní situaci. Zkoumané okruhy problémů budou zaměřeny na přijetí života s peritoneálním katétreem, na manipulaci s ním, na pomoc zdravotníků, soběstačnosti a sebehodnocení, reakci okolí, sociální prostředí a plány do budoucna. Je možné, že se během rozhovorů ukáží ještě další okruhy, které ovlivňují život nemocného s peritoneálním katétreem.

Pro získání podkladů pro empirickou část své práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, techniku semistrukturovaného rozhovoru.

1. FYZIOLOGIE LEDVIN

1.1. Proč jsou ledviny tak důležité

Ledviny jsou životně důležitý orgán. Za den dokáží přefiltrovat 1700 l krve a vyloučit 1,5 l koncentrované tekutiny s odpadními látkami. Krev je součástí transportního systému, který rozvádí nejrůznější částice v těle. Přenáší živiny, zplodiny látkové výměny a další „chemikálie“, které tělo nepotřebuje. Úkolem ledvin je oddělovat cenné živiny od těchto zplodin. Tím, že ledviny udržují živiny v krevním řečišti a zbavují se nepotřebných zplodin, umožňují organismu zachovat zdravou rovnováhu.

1.2. Hlavní funkce ledvin

Pro zajištění všech funkcí je velmi nutné vydatné prokrvení ledvin.

- 1) Vylučovací – vylučovat z organismu látky, kterých je nadbytek (H_2O , Na, K, fosfáty, vápenaté ionty) a zplodiny metabolismu (kyselina močová, močovina, kreatin).
- 2) Regulační – udržovat stálý objem a složení mimobuněčné tekutiny z hlediska jeho elektrolytového složení, osmotické koncentrace.
- 3) Řízení objemu krve a TK – zvýšený objem krve → zvýšený srdeční výdej → zvýší arteriální i filtrační tlak v ledvinách → zvýšený objem moči (tlaková diuréza) a snížení cirkulujícího objemu, a proto i arteriálního tlaku. Regulace TK je možná také humorálními mechanismy, při \uparrow TK se také \downarrow sekrece ADH a reninu.
- 4) Metabolicko – endokrinní – v ledvinách se tvoří některé látky. Tvorba erythropoetinu stimuluje kostní dřeň k tvorbě erytrocytů, přeměna provitamínu D na jeho aktivní formu a látky nepřímo ovlivňující oběhové ústrojí /renin, prostaglandiny/.
- 5) Udržování acidobazické rovnováhy – při acidobázi se vylučuje větší množství H^+ než bikarbonátu, a tím se snižuje acidita extracelulární tekutiny, při alkalóze je tomu naopak.

Mechanismy, které dovolují změnit množství vylučovaného H^+ , jsou poměrně komplikované, a proto úprava acidobazické rovnováhy ledvinami nastupuje na rozdíl od krevního nárazníkového systému (několik sekund) a dýchacího systému (několik minut) až za několik dní. Výhodou je však možnost regulace poměrně dlouhou dobu. (Schück, 1993)

Viz příloha 1. – Jaké jsou funkce ledvin s. 58.

1.3. Význam ledvin pro udržení homeostázy

- 1) Všechny molekuly bílkovin jsou aktivní resorpcí /pinocytózou/ vráceny v proximálním kanálku do krevního oběhu.
- 2) Aktivní resorpcí je v proximálním kanálku vrácena do krevního oběhu i glukóza, pokud není překročen „práh“ ledvin pro glukózu /glykémie vyšší než 10 mmol/l = glykosurie – cukr v moči.
- 3) Konečné produkty rozpadu bílkovin /močovina, kyselina močová, kreatin/ jsou částečně resorbovány a částečně vylučovány. Množství vyloučené močoviny závisí na množství bílkovin v potravě a na dusíkaté bilanci organismu.

1.4. Řízení činnosti ledvin

RENIN – hormon, který působí na plasmatickou bílkovinu angiotenzinogen, který se mění na angiotenzin I, a ten na angiotenzin II – má vazokonstrikční účinek.

ADH – antidiuretický hormon = vazopresin, je vytvořen buňkami v mezimozku, působí na buňky v distálním kanálu a odtud je prostřednictvím neurohypofýzy uvolňován do krve.

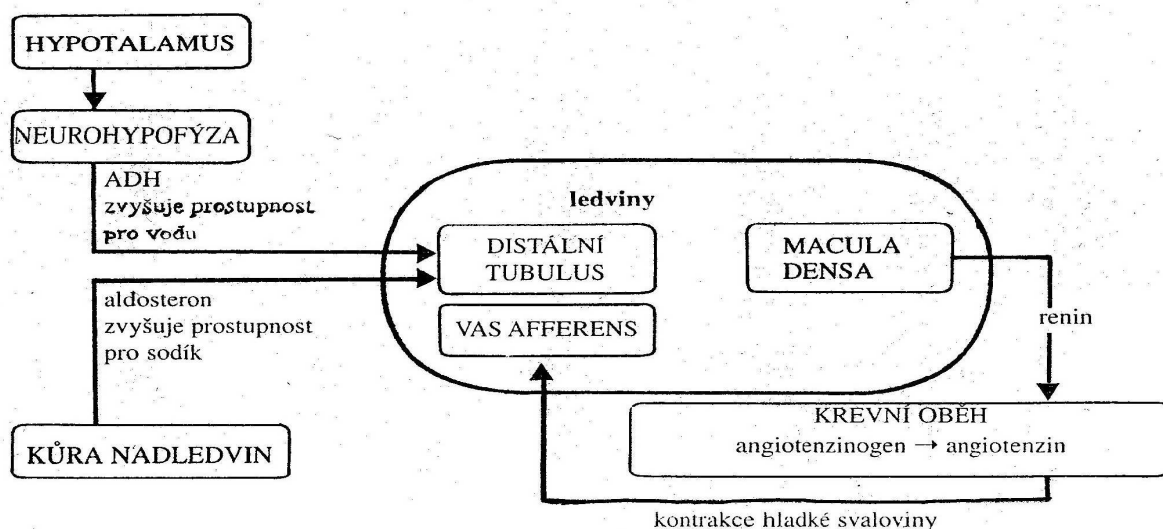
ALDOSTERON – zadržuje Na v organismu : a) když vznikne periferní vazokonstrikce

b) dojde –li ke stimulaci sekreci aldosteronu,

zvyšuje objem extracelulární tekutiny.

Obr. 1

ŘÍZENÍ ČINNOSTI LEDVIN



2. CHRONICKÉ SELHÁNÍ LEDVIN - CHSL

2.1. Vysvětlení pojmu

„Chronickým onemocněním ledvin trpí celosvětově 500 miliónů lidí, přitom ale časná stadia těchto onemocnění mnohdy zůstávají nerozpoznána. V České Republice je přibližně 5 % nemocných s významně sníženou filtrační funkcí ledvin, dialýzou či transplantací ledvin se léčí méně než 0,1 % obyvatel.“ (Postgraduální medicína, 2007, s.6)

CHSL je konečné stadium nejrůznějších chorob, které vedly ke zničení ledvinového parenchymu. „Za chronické se považuje poškození ledvin trvající déle než 3 měsíce, charakterizované morfologickými nebo funkčními odchylkami a provázené normální nebo sníženou filtrační funkcí ledvin.“ (Postgraduální medicína, 2007, s.8) Ledviny přestávají dostatečně plnit své funkce, které nelze obnovit, ale je možné jejich pokles léčbou pozastavit. Funkce ledvin může poklesnout až o 70%, než si začne pacient uvědomovat, že se něco děje. Dojde-li ke konečnému stadiu selhání ledvin, je pacient bez dialýzy nebo transplantace ohrožen na životě. (Válek, 1989)

2.2. Co způsobuje selhání ledvin a jejich projevy

Nejčastější příčinou je chronická glomerulonefritida, intersticiální nefritida, nefroskleróza, polycystická degenerace, diabetická neuropatie, dědičnost či neznámá příčina.

Projevy selhání ledvin mohou být individuální a většinou nenápadné. Jde o „tiché“, plíživé příznaky, teprve až s rozvojem urémie pozorujeme :

- únavu, slabost, bledost – vznik anémie, kůže může mít slámově žlutý odstín a svědí
- nechutenství nevolnost, zvracení, hubnutí – hromadění odpadních látek v krevním řečišti
- poruchy spánky až depresivní stavy – metabolické encefalopatie
- oteklé kotníky – ledviny se nedokáží zbavit přebytečné tekutiny, která se hromadí v těle, může se i přesunout do plic a způsobit dušnost.

Nemocný je ohrožen anémií (nedostatečná tvorba erytropoetinu v ledvinách) a krvácivými stavy na podkladě trombocytopenie. Poruchou kalciofosfátového metabolismu, dochází k retenci fosfátů a nedostatku biologicky účinného vitamínu D – Kalcitriolu. Není-li příčinou vzniká sekundární arteriální hypertenze. V neposlední řadě se v důsledku zhoršování somatického stavu objevuje úpadek ve sféře sociální.

3. INDIKACE K ZAHÁJENÍ DIALYZAČNÍ LÉČBY

3.1. Základní přístupy

Dojde-li k úplnému zániku funkce ledvin může nemocný dále žít jen s pomocí náhrady funkce viz kapitola 4. Nemocný je dispenzarizován v nefrologické ambulanci a je možné jej postupně připravovat na pravidelné dialyzační léčení dietou, medikamentózně a psychologicky. Je nutné rozhodovat individuálně a podle klinického stavu (známky urémie) a laboratorních hodnot (hladiny urey a kreatininu, hodnoty glomeruální filtrace) a sledování reziduální diurézy. Nejlepší náhradou je úspěšná transplantace ledviny, tu nelze provést ihned, proto je zahájeno pravidelné dialyzační léčení. Jako metoda první volby je preferována PD. Pravidelné dialyzační léčení má zajistit :

1. dobrý klinický stav s psychickou a fyzickou akceschopností
2. optimální homeostázu vody, elektrolytů a acidobazické rovnováhy. (Válek, 1989)

„ V roce 2006 zahájilo dialyzační léčbu 2085 pacientů (1905 hemodialýzou a 180 peritoneální dialýzou) – incidence nezvratného selhání ledvin byla u 185ti nových nemocných na 1 milión obyvatel za rok. Léčbu ukončilo (transplantací, přechodem na jinou metodu léčby nebo pro úmrtí) celkem 1718 nemocných (1575 léčených hemodialýzou a 143 peritoneální dialýzou). Celkem bylo transplantováno 395 pacientů. Zemřelo 1121 osob , z toho 1073 léčených hemodialýzou a 48 peritoneální dialýzou.“ (Postgraduální medicína, 2007, s.10)

4. MOŽNOSTI NÁHRADY FUNKCE LEDVIN

4.1. Hemodialýza - HD

Je filtrační proces, kdy se krev filtruje přes dialyzátor, tzv. umělá ledvina, mimo tělo pacienta. Odpadní látky a přebytečná voda odcházejí z krve do dialyzátu a očištěná krev se vrací zpět do těla. Je nutné zajistit trvalý cévní přístup – fistule *Viz příloha 2. – Cévní přístup – fistule s. 59*, hemodialyzační katétry, graft - cévní náhrada protéza. Provádí se 2 - 3x týdně po dobu 4-5 hodin, většinou v dialyzačním středisku. Domácí HD se u nás téměř nevyužívá, je velmi ojedinělá. Při HD musí organismus pacienta zvládnout velké výkyvy krevního tlaku v důsledku ultrafiltrace a změn hladin odpadních látek v těle.

Obr. 2



4.2. Transplantace

Je operační výkon, kdy chirurg vpraví zdravou ledvinu od dárce do těla příjemce v oblasti kyčelní jámy. Darovaná ledvina může pocházet od žijícího dárce nebo kadaverózního dárce, je nutné zařazení v tzv. čekací listině (waiting list). Transplantovaná ledvina je daleko účinnější než dialýza, a tím pádem osvobodí pacienta od dialýzy. Transplantovaní pacienti mají méně omezení a lepší kvalitu života, musí ale stále užívat imunosupresíva.

Základním problémem transplantace je imunitní reakce příjemce, je nutný výběr dárce – příjemce tak, aby byla kompatibilita v ABO krevních skupinách, negativní tzv. křížová zkouška („cross-match“). Dále se určuje genotyp HLA a titer cytologických protilátek.

Imunitní reakci ovlivňujeme podáváním imunosupresív (cyklosporin A). Úspěšnost transplantace ledviny lze posuzovat podle toho, jak dlouho má štěp dostatečnou funkci.

4.2.1. Peritoneální dialýza - PD

Hlavní důvody pro PD jako metodu první volby jsou delší zachování reziduální diurézy, kontinuální ultrafiltrace a odstraňování katabolitů, menší riziko přenosu hepatitid, HIV a kardiovaskulární stabilitu. Pacient má léčbu hodně ve svých rukou a rozvrh výměn může přizpůsobit svým plánům. Výměna se skládá ze 3. kroků – napouštění, prodleva, vypouštění - viz kapitola 5.3.

Při porovnání s hemodialýzou mají pacienti s PD lepší kvalitu života. *Viz příloha 3. – Srovnání HD a PD s. 60.* Ale PD selhává častěji jako metoda, po deseti letech zůstává na peritoneální dialýze jen 10% pacientů, při nedostatečné dialýze a výskytu větších komplikací jsou pacienti přeřazeni na HD. (Bednářová, 2007)

4.2.2. Fyziologie peritoneální dialýzy

Je založena na schopnostech peritonea fungovat jako biologicky polopropustná membrána. V běžné klinické praxi se používá od konce 60. let a začátkem let 70. V naší republice se s peritoneální dialýzou začalo již roku 1978, prvním pracovištěm bylo Interní oddělení Strahov.

Principem peritoneální dialýzy je výměna látek a solutů mezi krví a peritoneálním dialyzačním roztokem instalovaným do peritoneální dutiny. Transport vody a látek se děje difúzí (odstranění urey, kreatininu, kyseliny močové, ionty) a konvencí (odstranění především vody). Peritoneální membránou prochází i malé množství bílkovin, denní ztráty jsou okolo 5 – 10 g. Jako osmoticky aktivní látka se nejčastěji používá glukóza a to v koncentraci 1,5%, 2,5% či 4,25% používaného monohydrátu glukózy. Při použití vyšších koncentrací je za stejných podmínek i vyšší množství ultrafiltrace, mezoteliální buňky peritonea mohou být ale deskvamovány (Sulková, 1998). V současné době se zavádějí nové biokompatibilní roztoky s icodextrinem, což je polymer glukózy, na trhu pod názvem Extraneal (Bednářová, 2007). Výsledné množství dialyzátu a obsah odstraňovaných látek v něm je závislé na množství použitého roztoku, jeho složení a době prodlevy.

4.2.3. Peritoneální dialyzační katétr

Zajišťuje trvalý přístup do dutiny břišní. Katétr je vyrobený ze silikonového materiálu, je měkký, flexibilní, traumatický a biokompatibilní. Vnitřní průměr standardního katétru je cca 2,6 mm, jeho celková délka je různá. Skládá se z několika částí, intrabdominální část má po stranách četné otvory, střední část prochází břišní stěnou, je vybavena dakronovými manžetami, do kterých vrůstají kolagenová vlákna a katétr fixují. (Bednářová, 2007)

Obr. 3



Zevní segment sloužící ke spojení konektorového systému s katétrelem pomocí koncovky, která se nazývá **transfer set**. K transfer setu se připojují vaky s dialyzačním roztokem. Katétr se zavádí chirurgicky, laparoskopicky nebo punkčně. Existují katétry pro akutní a chronickou peritoneální dialýzu.

Rozeznáváme základní typy katétrů :

Tenckhoffův katétr – původní a nejpoužívanější, je rovný , většinou se dvěma manžetami, vyústění směřuje proximálně.

Swan – neck katétr – ve střední části má kolénkovité ohnutí, vyústění směřuje distálně a eventuální sekret může volně odtékat. Díky svému tvaru je zajištěna lepší fixace.

Toronto – Western Hospital katétr (Oreopoulus – Zellermann)- na vnitřní části jsou ploché disky, které mají oddalovat omentum a střevní kličky, a tím zabránit poruchám průchodnosti. U nás se nepoužívá.

Presternální peritoneální katétr – má dlouhý podkožní tunel a vyústuje na přední stěně hrudníku nad dolním sternem. Je výhodný pro obézní pacienty, pro stomiky a děti. Je zde nižší riziko peritonitidy a infekce v okolí katétru. U nás se nepoužívá.

Cruzův katétr – předchůdce swan – necku, u nás se nepoužívá. (Bednářová, 2007)

4.2.4. Indikace a kontraindikace peritoneální dialýzy

Indikace:

PD vychází z medicínských kritérií a přání pacienta, uplatňuje se i vzdálenost mezi dialyzačním střediskem a bydlištěm. Mezi další faktory patří vztah nemocného k léčbě, ochota a spolupráce, rodinné, sociální a pracovní zázemí. Viz *Příloha 4 - Výhody a nevýhody PD s. 61*. Peritoneální dialýza je metodou léčby pro pacienty, u kterých je HD problematická. Jsou to pacienti s trombofilním stavem, s komplikovaným cévním přístupem, s krvácivými komplikacemi, kardiovaskulární nestabilitou a malé děti (do 5 let).

Kontraindikace :

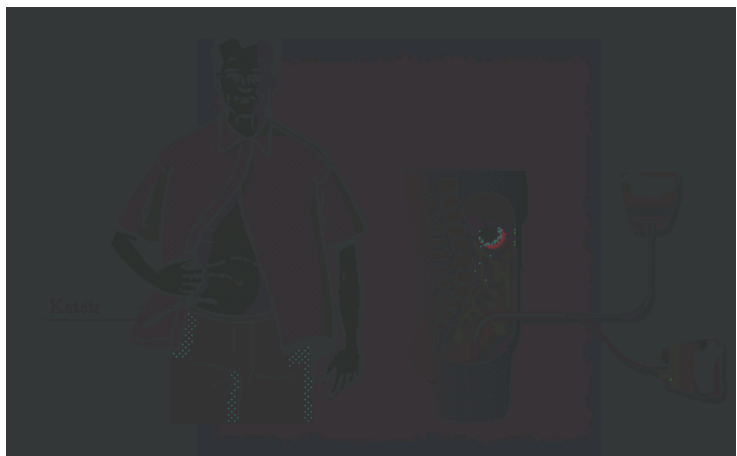
absolutní – rozsáhlá peritoneální fibróza, karcinomatóza peritonea a akutní břišní záněty
relativní – chronické zánětlivé onemocnění střev, kolostomie, patologická obezita, polycystóza ledvin, neřešitelné hernie, bolesti zad.

Vzhledem k tomu, že je pacient do léčby aktivně zapojen, nelze tuto metodu doporučit psychiatrickým pacientům, nedostatečně motivovanému pacientovi a pacientovi, který tuto metodu odmítá. Před zahájením PD je nutné dobře znát sociální zázemí nemocného. (Bednářová, 2007)

4.2.5. Typy režimů peritoneální dialýzy

Obr. 4

CAPD – kontinuální ambulantní peritoneální dialýza, nejčastěji používaný rozvrh. V dutině břišní je neustále dialyzační roztok. Výměny si pacient provádí sám, ručně, 4x denně, každá výměna zabere 20 – 30 minut. Pacient není připoután k přístroji, pohybuje se volně.



CCPD – kontinuální cyklická peritoneální dialýza, dialyzační roztok se vyměňuje jen po část dne, obvykle v noci. Intervaly jsou 60 -120 minut, počet výměn 5 – 7, obsluha pomocí přístroje. Ráno je procedura ukončena a dutina břišní se napustí roztokem, zůstává celý den. Nebo je během dne provedena jedna manuální výměna.

NIPD – noční intermitentní peritoneální dialýza, krátké výměny roztoku v noci pomocí přístroje, přes den je dutina břišní prázdná.

TCD – přílivová (tidal) peritoneální dialýza, režim APD a v dutině břišní zůstává rezervní objem, který se vypouští v malém objemu v určitých časových intervalech.

IPD – intermitentní peritoneální dialýza, léčba probíhá jen po část dne a jen po několik dní týdně. Provádí se manuálně, tato metoda je vhodná pouze pro pacienty s dostatečnou reziduální renální funkcí.

APD – automatizovaná peritoneální dialýza, při které se využívá přístroj – cykler - je to malý přístroj o velikosti kufříku a lze ho snadno přenášet, roztoky jsou pacientům dodány na místo určení. Přístroj ohřívá roztok o objemu 5000 ml, napouští podle zvoleného rozvrhu a v požadovaném množství. Automaticky vyhodnotí průběh dialýzy, zaznamená počet výměn a množství dialyzátu. Umožňuje provádět dialýzu v noci, kdy pacient spí. Pacient se večer připojí a ráno se odpojí, délka noční léčby se pohybuje mezi 8-10 hodinami. Současné přístroje zaznamenávají průběh procedury na kartu, která je součástí dokumentace.

5. SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

5.1. Materiální vybavení pro peritoneální dialýzu

A) Vaky s peritoneální dialyzačním roztokem a drenážní vaky pro vypuštěný dialyzát :

- jednoduché – mono systém, není možný proplach setů a pacient musí nosit prázdný vak během prodlevy. Nepoužívá se v České Republice.
- dvojité vaky – „twin bag“, neoddělitelný komplet, tvořen prázdným drenážním vakem a vakem s dialyzačním roztokem, spojen setem ve tvaru „Y“.

B) Konektorový systém umožňuje spojení mezi vakem s dialyzačním roztokem a katétrem. Skládá se z titanového adapteru nebo umělohmotné spojky a spojovací částí, tzv. **transferu setu = koncovka** - je z umělé hmoty, obsahuje mechanický uzávěr (klapku), kterým uzavírá vstup do katétru. Zajišťuje pevné a bezpečné spojení mezi katétrem a dialyzačním roztokem. Volný konec je chráněn uzávěrem – „čepičkou“. Transfer set je nutno v pravidelných intervalech vyměňovat (6 měsíců) a vždy po peritonitidě. **Titanový adapter** zůstává na katétru trvale, titan je lehký a má mírné mikrobiální vlastnosti, při výměnách se pouze dezinfikuje.

C) Další pomůcky – stojan pro zavěšení vaků, kuchyňské váhy nebo mincíř, ochranné mušle a čepičky napuštěné betadinou, rukavice, dezinfekce, ústenky.

D) Peritoneální dialyzační roztok – je podáván ve sterilních plastických vacích o objemu 2000 ml, existují i vaky s objemem 1500, 2500, 5000 ml. Před napouštěním se ohřívá na teplotu těla pomocí ohřívací ploténky dodané výrobcem. Roztok obsahuje glukózu nebo jinou osmoticky aktivní látku, laktát a ionty (sodík, hořčík, vápník chloridy)

Smyslem používání těchto pomůcek je co nejdokonalejší zajištění sterility při výměnách.

5.2. Manipulace s peritoneálním katétrem

Jakmile je katétr do dutiny břišní zaveden, zůstává v ní trvale. Je životně důležité o něj dobře pečovat. Je třeba se naučit určitým zásadám a ty striktně dodržovat.

Zásady:

- Před každou manipulací si důkladně dezinfikovat ruce, používat rukavice a ústenku.
- Netahat za katétr a netočit s ním, koncovku mít uloženou v ochranném pásku.
- Katétr vždy zajistit proti pohybu, přelepte katétr náplastí.
- V blízkosti katétru nemanipulovat žádným ostrým předmětem.
- Dodržovat zásady sterility, hygienu a udržovat čistotu.(Sulková, 1998)

Péče je zaměřena na bezprostřední okolí katétru = exit-site, které může být bezprostředně po operaci mírně zarudlé a bolestivé. Občas se tvoří krusty s příměsí krve i v pozdějším období. Dezinfekce okolí katétru je nezbytná pro prevenci zánětu v této oblasti, krouživými pohyby směrem od vyústění ven v pravidelných intervalech.

Koncovku peritoneálního katétru při výměně dezinfikovat a ošetřit mušlí (ochrana proti mikrobům). Po odpojení se koncovka uzavře sterilní ochrannou čepičkou.

5.3. Průběh peritoneální dialýzy

Každý pacient, který je propuštěn do domácího léčení, musí umět provádět manuální výměnu. Tato výměna se provádí ručně s využitím gravitace, roztok je napouštěn i vypouštěn samospádem.

Výměna při PD se skládá ze 3 kroků :

1. Vypouštění - Twin bag se spojí s koncovkou peritoneálního katétru, klapka se otevře, vypustí se použitý roztok a klapka se uzavře.
2. Napouštění – nejdříve se propláchne set novým roztokem (přibližně 50 ml) a vyteče do drenážního vaku. Uzavřeme rameno drenážního vaku a otevřeme klapku koncovky, napouštíme dialyzační roztok - 1,5 -2 litry, 5-10 minut. Po napouštění se klapka uzavře a odpojí se koncovka od vaků s použitým roztokem. Koncovka se ošetří sterilním uzávěrem (čepičkou).
3. Doba prodlevy – napuštěný roztok zůstává v dutině břišní = probíhá dialýza (4-6 hod), pacient nosí pouze koncovku. (Baxter, 1994)

5.4. Komplikace peritoneální dialýzy

Neinfekční :

- A) Vytékání dialyzačního roztoku z břišní dutiny kolem katétru = „leak“.
- B) Obstrukce katétru – úplný uzávěr fibrinem, zalomení nebo dislokace z malé pánve.
- C) Uvolnění zevní manžety – nejčastěji v prvním roce léčby.
- D) Poruchy vodní rovnováhy – hyperhydratace, dehydratace.
- E) Metabolické komplikace – často hypokalemie, hyperglykémie, hypertriglyceridemie.
- F) Bolesti zad, ztráta ultrafiltrační schopnosti.
- G) Peritoneální skleróza – vzácně, PD je neúčinná.
- H) Komplikace vedoucí k vynětí katétru – špatná funkce katétru, opakovaná peritonitida.
- I) Dekubitální nekróza s následnou perforací střeva.

Infekční :

A) Peritonitida

Je nejzávažnější a dosud nejčastější komplikací, i když se její výskyt snížil. „V současnosti je výskyt peritonitidy 1 za 25 měsíců léčby, některá střediska uvádějí i výskyt 1 peritonitidy za 60 měsíců.“ (Bednářová, 2007, s.125)

Patogeneze : do peritoneální dutiny se dostává mikrob buď katétrem, zevní kontaminací, podél katétru, tunelovou infekcí a vzácně hematogenně. 55 – 80 % tvoří gram pozitivní bakterie (Staphylococcus epidermis, S.aureus, Streptokokus).

Klinický obraz : bolest břicha, nauzea a zvracení, pocit horka, zimnice a třesavka, zácpa nebo průjem, zkalení dialyzátu, napětí břišní stěny, zvýšená teplota, leukocytóza v krvi.

Diagnostika : mléčně zkalený dialyzát a počet leukocytů v dialyzátu nad 100/ul, pozitivně kultivační nález a celkové příznaky. Důležitým předpokladem je správná technika odběru materiálu. Sterilním způsobem odebereme 20 ml dialyzátu, vyměníme jehlu a vstříkneme do nádoby na hemokulturu – BactAlert nebo Bactec. Do laboratoře musí být materiál odeslán do 2 hodin po odběru. (Sulková, 1998)

Léčba : antibiotika, dle citlivosti kmene, podáváme je dostatečně dlouhou dobu. Je-li průchodný katétr, podáváme intraperitoneálně. Pro zmírnění bolestí podáváme 1 % Mesokain 5ml na 1000 ml a pro zabránění fibrinových srůstů, jsou-li přítomny, podáváme heparin 500 – 1000 U na 1000 ml.

Komplikace : fibrózní změny peritonea, opakované peritonitidy, porucha funkce katétru, metabolické změny – zvýšená propustnost peritonea (hyperglykémie, hypokalemie).

Prevence : velmi důležitá je výuka, je třeba společně s nemocným analyzovat možnost příčiny a provést reedukaci. Pokud je vyšší výskyt peritonid u nemocného, je lepší ho přeřadit na HD. (Bednářová, 2007)

B) Infekce v okolí katétru tzv. „exit site“

C) Infekce podkožního tunelu

6. EDUKACE PACIENTŮ

6.1. Úloha sestry

Těžiště péče o pacienty léčené PD spočívá na zdravotní sestře. Měla by být vzdělaná v oboru nefrologie, samostatná a volit individuální přístup k pacientovi. Je s pacientem a jeho rodinou v kontaktu, pečuje o pacienta v predialyzačním období, v období zavedení peritoneálního katétru a následně sleduje pacienta ambulantně. Nejvýznamnější funkci ale sestra zastává při teoretické i praktické výuce pacienta, jeho rodiny a ošetrovatelského týmu.

Sestra pro peritoneální dialýzu postupuje dle ordinace lékaře, mající na starost pacienty v peritoneálním programu. Dále spolupracuje s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem, sociální pracovnící, servisním technikem, psychologem, zástupcem firmy zajišťující materiální vybavení a ostatními členy multidisciplinárního týmu, kteří se účastní péče o pacienta léčeného PD. Základní rozvrh PD (výměny, množství a složení napuštěného roztoku) se stanovuje individuálně. Terapii ordinuje lékař dle vlastností a schopností peritonea, které jsou stanovovány pomocí funkční zkoušky PET – peritoneální ekvilibrační test, dostatečná dialyzační dávka je stanovena pomocí indexu KT/V. *Viz příloha 5 – Výpočet PET testu s.62 a příloha 6 – Výpočet KT/V s.63.* Sestra respektuje pacientovy zvyky a volí výměny dle vstávání a probouzení pacienta, pohybové aktivity, sociální zabezpečení, možnosti cestování a zaměstnání. Je-li dialyzační léčba adekvátní, cítí se pacient dobře, nemá nauzeu, udržuje stabilní hmotnost a má vyrovnaný TK.

6.2. Zahájení edukace

Již v období ambulantního sledování a konzervativní léčby poskytujeme pacientovi informace o dialyzačním léčení. Nezbytným předpokladem pro dobrý průběh PD, a tím související kvalitu života, je správná edukace. Informace podává lékař, nefrologická sestra, psycholog postupně a opakovaně, seznámíme nemocného s oddělením a pacienty. S výukou se obvykle začíná až v období po zavedení peritoneálního katétru. Nejdříve se vysvětlí, jak se nazývají jednotlivé součásti dialyzačního vybavení, postupně přecházíme na praktickou výuku. Zvládnutí praktické části závisí na manuální zručnosti pacienta a je vysoce individuální. Pacientovi je třeba pečlivě, podrobně a trpělivě opakovat zásady sterility a aseptického postupu při výměnách. Pacient je informován o riziku peritonitidy, jejich příznacích a je poučen, že vždy musí kontaktovat dialyzační středisko.

6.3. Edukační prostředí

Edukace pacientů probíhá : v nefrologické ambulanci, v nemocnici během hospitalizace, v domácím prostředí, reedukace v průběhu ambulantních kontrol nebo během hospitalizace při výskytu komplikací PD (nejčastěji peritonitida, hyperhydratace).

V nefrologické ordinaci si pacient zvolí metodu náhrady funkce ledvin, na tuto debatu je vytvořen dostatek času a spolupracuje spolu lékař, sestra a psycholog. Pacient se hospitalizuje a vytváří se prostředí, které je velmi náročné na psychickou podporu, soukromí a diskrétnost.

Péče o nemocného v domácím prostředí – návštěvní činnost má své požadavky na uspořádání bytu. Nemocný by měl mít svou místnost, kde bude provádět výměny, a místo, kde se bude ukládat zásoba materiálu. Kontroly v bytě u nemocného vykonává sestra pro PD na začátku léčby a poté průběžně (1x za měsíc), dle aktuálního stavu nemocného. Při návštěvách se kontroluje TK, eventuelně glykémii, ošetří se místo vyústění katétru a zkontroluje se zásoba pomůcek pro dialyzační léčbu, způsob uložení (v suchém a čistém prostředí) a expiraci. Popřípadě se odeberou vzorky krve nebo dialyzátu k vyšetření a zkontroluje se domácí dokumentace. Sestra pro PD se přesvědčí, zda pacient správně provádí výměnu a provede znovu reedukaci. Návštěvní služba má velké přínosy v odhalení chyb nemocného, k navození důvěrného vztahu sestra – pacient a poznání rodinného zázemí.

Ambulantní kontroly se provádí týden po propuštění nemocného, po 2 týdnech. Pravidelné kontroly následují po 4-8 týdnech. Pacient provede výměnu pod dohledem sestry, kontrola správného postupu s reedukací. Provede se převaz, zkontroluje se domácí dokumentace a doobjedná se chybějící materiál.

Nezbytnou součástí práce sestry pro PD v různém edukačním prostředí je práce s agenturami domácí péče, s personálem jiných oddělení při hospitalizaci nemocného, s ostatními středisky a distribuční firmou.

6.4. Výuka pacientů

Probíhá v různém edukačním prostředí a dala by se rozvrhnout do několika fází:

- Předoperační období - předoperační vyšetření, seznámení s operačním výkonem, ukázka katétru, vyznačení místa zavedení katétru, celková narkóza.
- Zavedení katétru - péče o katétr, ošetřování místa výstupu katétru a operační rány.

- Pooperační péče – informace o vstávání, hojení, předpokládané době pobytu a zahájení PD. Začíná se 2. den po zavedení katétru proplachy dutiny břišní malými objemy (200-500ml) 1 x denně, dokud nevytéká čirý roztok.
- Edukace – probíhá při plánované hospitalizaci asi 3. týden po založení katétru, začínáme napouštět 1000ml a roztok ponecháme 2 hod v dutině břišní, několikrát denně opakujeme a zacvičujeme pacienta. Každý den zvyšujeme množství roztoku o 100 ml. Pacienta pouštíme v průměru 3 – 4 den, je to velmi individuální. Musí umět provádět výměny a mít teoretické znalosti. Doma si zvyšuje množství roztoku až na 2000 ml. Je informován o zásadách hygieny (umyté ruce, ochranné pomůcky, zavřená okna), o manipulaci s vaky (označení, ohřívání, skladování, likvidace), zná rozpis výměn a příští kontrolu.
- Dokumentace – nemocný si denně zapisuje výměny (čas, koncentraci, množství napuštěného a vypuštěného roztoku, váhu a diurézu).
- Výživa - nemocný získá informace od nutričního terapeuta, který provede základní nutriční screening a individuální edukaci respektující nemocného i laboratorní výsledky. Dieta při PD respektuje znalosti o ztrátách bílkovin, aminokyselin (malnutricie) i některých dalších látek do dialyzátu a vstřebávání glukózy z dialyzačního roztoku do organismu. Doporučuje se denní příjem bílkovin 5 – 15 g denně. Příjem vody a Na závisí na reziduální diuréze a přidává se 500 - 800 ml. Často u PD nacházíme hypokalemii, proto podáváme 3 – 4 g K v potravě. Dieta pro dialyzované má zajistit dostatek energie a látek potřebných pro organismus a současně omezit ty látky, které se hromadí v těle – fosfor, vápník.

7. PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PERITONEÁLNÍ DIALÝZY

7.1. Osobní prožívání nemoci

Vážné onemocnění znamená výzvu pro nemocného i jeho nejbližší, výzvu k vyrovnání se s jeho důsledky a omezujícím způsobem života. Člověk, který se cítí nemocen, se zároveň cítí být ohrožen, prožívá především obavy a strach. U nemocného, který je vážněji nemocen, můžeme pozorovat určité změny psychiky: **zúžení horizontu vědomí** – nemocný žije nemocí, v myšlenkách se zabývá sám sebou a svým onemocněním, **regrese** – bývá pasivita, závislost a **snížení sebevědomí a ztráty sebeúcty** – horší ovládnání a kontrola duševních a tělesných funkcí. Vážnější onemocnění frustruje nemocného i jeho rodinu.

Jestliže člověk onemocní, mnohé se v jeho životě změní, a to ve vztahu, který má k sobě i ve vztahu k relevantním skupinám jako jsou rodina, spolupracovníci a přátelé. K roli nemocného patří i očekávání určité pozitivní sociální odezvy, nemocný bývá litován, nemusí plnit běžné povinnosti, nosí se mu dárky. Bývá i spojen názor, že na své nemoci nenese vinu, stejně tak, že nemůže za své projevy, jež jsou v přímém vztahu a důsledku s jeho nemocí. (Vymětal, 1994)

Nemocní s PD, z pohledu osobnosti, bývají lidé aktivní, dokáží přijmout větší zodpovědnost za léčbu. V zátěžových životních situacích hledají spíše řešení ve vlastních možnostech než v okolí. Mívají větší potřebu kontroly nad svým životem, výraznější potřebu nezávislosti. Ze strany zdravotníků vyžadují obvykle partnerský přístup.

(Stěžeň č.4, 2008, s.20)

7.2. Psychologická problematika

Nemocný se někdy stává zcela závislý na členech své rodiny a ošetřujícím personálu. Může reagovat pasivitou – hledá ochranu, nebo agresivitou vůči svým blízkým i personálu. Někdy tento řetězec vyústí až ve ztrátu zájmu na životě, což se může projevat během léčby, nedodržování léčebného režimu, suicidiální tendence. Trvá různě dlouho, než se nemocný s léčbou a různými omezeními vyrovná. Zahájená dialyzační léčba znamená zlom v dosavadním způsobu života. Nemocní si uvědomují, že jsou zachráněni, ale lidsky nejsou spokojeni, protože chtějí žít normálně, realizovat se ve vztazích pracovních i uvnitř rodiny.

Mohou procházet různými fázemi: **fáze překvapení** – nemocný si uvědomí, že životně důležitý orgán musí být nahrazen, přechází ve **fázi rozčarování** – dialyzační léčení přineslo záchranu života, ale omezuje život nemocnému. A poslední **fáze dlouhodobé adaptace** – nemocný usiluje o akceptaci „spoutaného života.“ Tyto fáze se mohou opakovat. (Schüick, 1994)

Všeobecně nemocní s CHSL s následnou dialyzační léčbou žijí trvale s vysokou mírou stresu. Způsob, jakým se člověk vyrovnává se stresem, může vyústit v lepší nebo horší adaptaci na nemoc. To závisí také na podpoře rodiny, osobnostních vlastnostech nemocného a strategiích, kterými se nemocný vyrovnává se stresem. Přirozeným důsledkem adaptace na dialýzu je identifikace s metodou, ke které dochází snadněji v případě, kdy si ji pacient svobodně zvolil, ale také v případě, kdy mu byla vybrána. Pacient pak obhajuje výhody své metody a zdůrazňuje, že si neumí představit život s jinou metodou. Pacienti s dialyzační léčbou trpí ztrátou vitality, zhoršením fyzické kondice, ztrátou svobody, nezávislosti časovou a prostorovou vázaností, strachem ze smrti, sexuálními poruchami, poruchou spánku, problémy s realizací dovolené a volného času.

Peritoneálně dialyzované zatěžuje vědomí cizího tělesa (katétru) v těle, neestetičnost peritoneálního katétru, odpovědnost za léčbu, pocity viny v případě peritonitidy, časové i prostorové omezení rodiny vlastní léčebnou procedurou, ztráta radosti z koupání ve vaně i volné přírodě, každodennost léčby, která neumožňuje „zapomenout na nemoc“, sociální izolace, která může být důsledkem domácího léčení. (Bednářová, 2007)

7.3. Sociální prostředí

V důsledku zhoršování somatického stavu, dochází i k určitému úpadku ve sféře sociální, zvláště u mužů. Nemocný je ohrožen ve svém zaměstnání, nemůže ho vykonávat tak jako dřív, někdy jej úplně ztrácí. Dochází k úpadku mezilidských vztahů a bývá zasažena i rodina.

„Vzhledem k tomu, že léčba PD probíhá víceméně doma, v kruhu rodiny, je názor partnera a dalších členů rodiny pro nemocného často rozhodující. Vstřícný a podporující postoj blízkého okolí nemocnému volbu PD usnadňují.“ (Stěžeň č.4, 2008, s.20)

Přínosem pro staré pacienty bývá PD s dobrým sociálním zázemím, kdy probíhá léčba ve známém domácím prostředí a dochází k minimalizaci stresů plynoucích z dopravy na středisko a kontaktu s nemocničním prostředím.

7.4. Kvalita života

V posledních dvou desetiletích se kvalita života stala jedním z velkých témat klinické praxe a na její studium se zaměřila řada medicínských studií. Vychází z holistického modelu medicíny, který vnímá nemocného člověka v jeho tělesné, psychické, sociální a duchovní celistvosti. Snaha hodnotit kvalitu života vedla k vytvoření množství dotazníků. Ukázalo se, že odborníci často vidí život nemocných jako méně kvalitní nežli sami pacienti. Proto se používají dotazníky založené na subjektivním, interním hodnocení kvality života samotným pacientem.

Nepřekvapí nás, že většina studií ukazuje na sníženou kvalitu života pacientů s CHSL v porovnání se zdravou populací. Kvalita života peritoneální dialyzovaných pacientů vychází z porovnání s HD, hodnotí se fyzická a mentální stránka života. Výsledky mohou být ovlivněny samotnou volbou dialyzační metody: CCPD - vyšší hodnocení mentálního zdraví - metodu vybírají lidé nezávislí, rozhodní, s rozhledem a kontrolující svůj život a horší hodnocení fyzického zdraví, protože jsou to lidé s těžším tělesným a smyslovým postižením.

Důležitou součástí kvality života nemocných je spokojenost s péčí poskytovanou při léčbě onemocnění. Je důležitý význam psychosociální potřeby nemocných – potřebu orientovat se ve změněné zdravotní situaci na základě dostatečných informací a potřebu psychické podpory ze strany zdravotníků, která pomáhá nemocnému nést břemeno závažného onemocnění.

Kvalitu života je také ovlivněna dostatečným spánkem, výskytem depresí, kdy se mohou ukázat souvislosti s výskytem deprese a peritonitidy. Sexuální poruchy, v predialyzačním i chronickém období nemoci. Toto téma je zanedbáváno, může se vycházet z předpokladů, že sexualita je výsadou zdravých lidí. (Bednářová, 2007)

„Nikdo se z choroby touto nákladnou a náročnou léčbou nevyhlídí, jen život se prodlouží a záleží na mnoho faktorech, jaká kvalita života to bude. V počátcích tohoto léčení trvalo prodloužení života týdny, měsíce, dnes roky. Nemocní i personál znají tuto pravdu a pro ošetřující personál je riziko zodpovědnosti obrovské. Smrt přijde na každého, ale nikdo neví, za jak dlouho. Jistě je skličující dívat se na bolest druhého, vidět ho jít vstříc smrti a vědět podstatně dřív než on, že je neodkladná.“ (Schück, 1994, s.73)

8. METODIKA PRÁCE

8.1. Kvalitativní výzkum

Z názvu mé práce vyplývá, že jsem pro hodnocení svých poznatků použila metodu kvalitativního výzkumu, a ten je definován takto: Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění pro vytváření komplexního, holistického obrazu. Metodologicky postupuje analýzou různých typů textů, získáváním informací o názorech účastníků výzkumu a prováděním zkoumání v přirozených podmínkách. Výsledky se nedosahují pomocí statistických metod nebo kvantifikací dat, ale kvalitativním posouzením fenoménů. (Hendl, 2005)

„Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je tu odkrýt význam podkládaný sdělovanými informacemi.“ (Disman, 1993, s.285)

8.2. Užitá metoda šetření

Pro sběr dat jsem použila techniku rozhovoru. Jelikož rozhovor se skládá z předem formulovaných otázek, rozhodla jsem se použít formu semistrukturovaného rozhovoru. Semistrukturovaný rozhovor je částečně strukturovaný řízený rozhovor, obsahující doplňující otázky. (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/semistrukturovany-rozhovor>) Předpokládám, že v rámci jedné otázky získám otevřenou odpověď na více otázek. Umožním respondentovi se více rozprávět i o jiném tématu, než k jakému byla původně kladená otázka směřována. Celý průběh rozhovoru jsem zaznamenala na diktafon. Během rozhovoru jsem si dělala osobní poznámky, zapisovala výsledky mého pozorování (projevy emocí, výraz tváře, psychický stav, reakce těla,...). Pro záznam rozhovoru jsem získala souhlas nemocného.

Otázky jsou zaměřeny na přijetí chronického onemocnění, vnímání rozdílů života s katétresem a bez něho, pomoc zdravotníků k zvládnutí manipulace s peritoneálním katétresem, vlastní soběstačnost, reakce okolí, sociální prostředí, psychické potíže a plány do budoucna. *Viz příloha 7 – Semistrukturovaný rozhovor s.64.*

Jako výzkumné prostředí mi sloužilo interní oddělení, kde proběhly všechny rozhovory. Snažila jsem se vystihnout správnou chvíli soukromí a vstřícnosti nemocného pro naše povídání. Zapojit nemocného do rozhovoru tak, aby mi řekl co nejvíce.

8.3. Výběr a charakteristika respondentů

Pacientů v peritoneálním programu není mnoho. V současné době má strahovské pracoviště v programu PD zařazeno 17 pacientů, z nichž 4 používají cykler. Procentuální zastoupení PD v léčbě CHSL je na Strahově výrazně vyšší (13%), než činí celostátní průměr (7,5% PD), v zahraničí je to až 80% pacientů v PD.

Provedla jsem rozhovory se šesti respondenty (označených čísly 1 až 6) různého věku, pohlaví. S rozličnými příčinami a rozhodnutí, která je vedla k cestě terapie PD. Rozhovory jsem následně doslovně přepsala viz *příloha 8 – Transkripce rozhovorů s. 65*. Nabízí se srovnání jejich životních příběhů v různých etapách onemocnění a délky dialyzačního léčení.

Výběr respondentů byl zcela náhodný. Jednalo se o pacienty hospitalizované, ambulantní, ale i externí pacienty přicházející na PET vyšetření či edukaci cykleru.

8.4. Cíle výzkumu

Cílem mé práce je zjistit, jak pacienti s peritoneální katétrem vnímají a zvládají těžkou životní situaci. Informovat o tom, zda je spolupráce a edukace se zdravotnickým personálem dostačující. A jak danou situaci zvládají jejich rodiny i jak reaguje okolí. Snažila jsem se zmapovat jejich životní úskalí a přijetí života s peritoneálním katétrem.

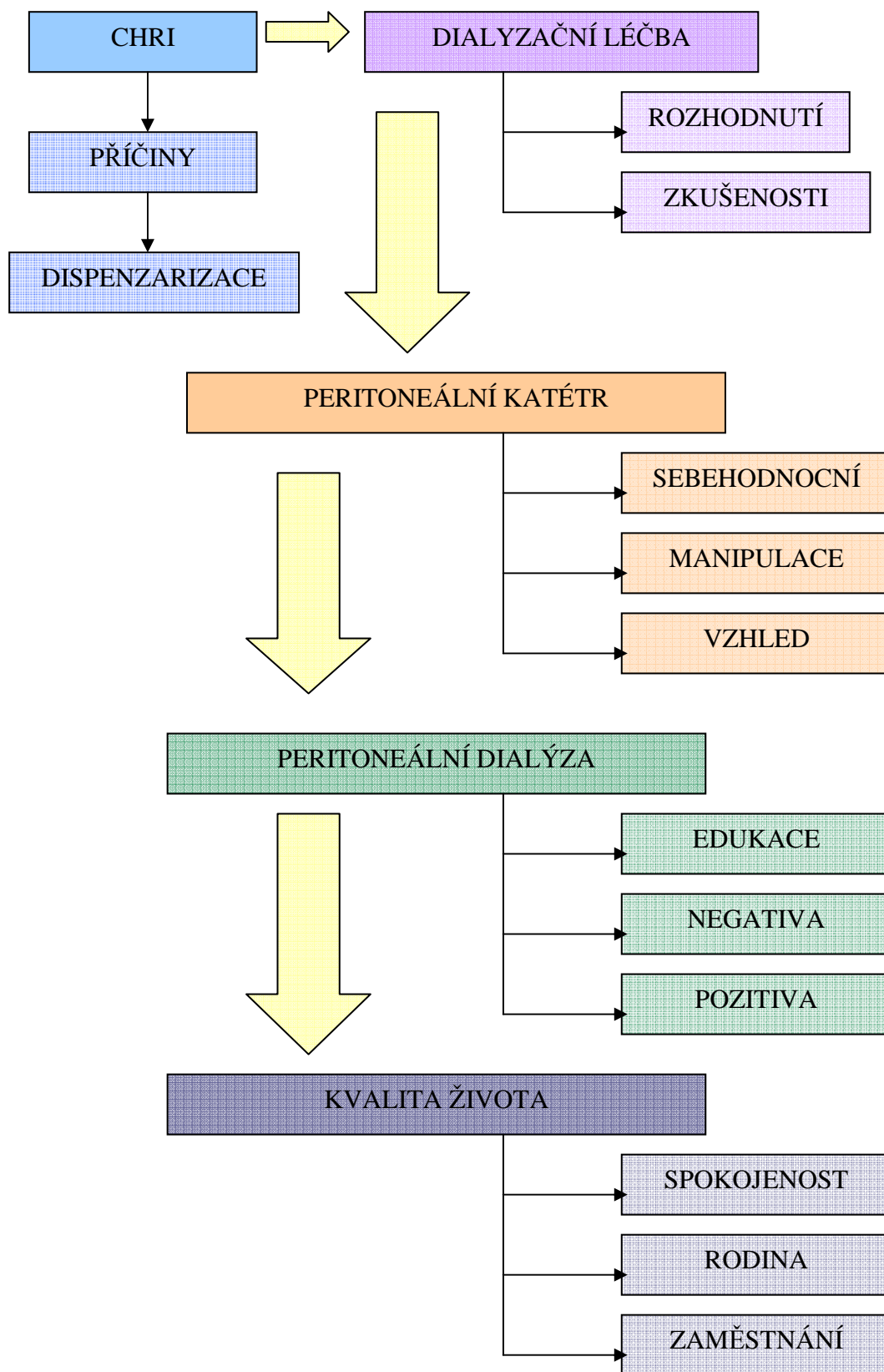
8.5. Realizace šetření

Dosavadní výzkumy se zabývají zjišťováním kvality života metodou SEQoL nebo dotazníkovým šetřením kvality života WHOQOL. Na oddělení probíhá studie - motivace nemocných, kteří se rozhodli pro metodu PD a testování kvality života. Výzkum kvality života probíhá ve dvou fázích, do výzkumu je zařazeno 16 nemocných. Nemocní získávají dotazník jeden den před zavedením katétru (8 otázek) a druhý dotazník za 6. měsíců (11 otázek). Vede ho psycholožka PhDr. Marcela Znojová.

Já jsem se rozhodla pro otevřený rozhovor, kde jsem provedla kódování a pojmenování kategorií společných pro všechny respondenty. Snažila jsem se uspořádat své výsledky do teoretických nebo tématických kategorií. Prvním krokem bylo otevřené kódování, což je analýza údajů, označování a kategorizace pojmů (objevit, pojmenovat, kategorizovat). Dalším krokem by mohlo být axiální kódování, které spojuje navzájem kategorizované údaje. Hledá spojení a vztahy mezi kategoriemi a subkategoriemi. Např. kódování paradigmatu (příčinné podmínky, jev, kontext, intervenující podmínky, jednání, interakce, následky).

Vytvořila jsem situační schéma problematiky, viz obrázek 5 na následující straně, na základě předpokladů předběžného paradigmatu stanoveného prostřednictvím triangulace. Triangulace jsem dosáhla na základě pozorování a úvahy, z literárních zdrojů a rozhovorem s nemocnými.

Obr. 5 – Schéma kategorií otevřeného kódování



8.6. Zkoumané okruhy problémů

Jak bylo v předchozí kapitole 8.5. uvedeno, rozdělím si výsledky rozhovorů do kategorií, každá bude obsahovat svou tématickou oblast společnou pro všechny respondenty.

- Příčina mého onemocnění
- Dialyzační léčení
- Peritoneální katétr
- Peritoneální dialýza
- Kvalita života
- Předpokládám další kategorii, která se odkryje na základě otevřeného kódování

8.6.1. Příčina mého onemocnění

Stejně jako v teoretické části je potřeba začít prvotní příčinou – CHSL, která dovedla všechny respondenty k životu s peritoneálním katétrem. V této oblasti mě krom pohlaví a věku zajímala hlavní příčina renální insuficience. Důležitou informací též je, zda byl respondent dispenzarizován či šlo o náhodné zjištění.

8.6.2. Dialyzační léčení

Tato kategorie je velmi zajímavá a pro nemocného velmi obtížná, jelikož zde jde o rozhodnutí nemocného, o jeho přístupu k chorobě, o způsobu, jakým byl informován. Zda měl zkušenost i s jinou metodou léčby než PD (HD, transplantace).

Tato volba metody léčby rozvíjí všechny další kategorie a promítá se do vytváření subkategorií. Je potřeba si uvědomit, že mohl nastat u respondentů nějaký klíčový okamžik, který jsme my nepředpokládali.

8.6.3. Peritoneální katétr

Nemocný má za sebou nejhorší okamžik, kdy se rozhodl o svém dalším životě. Už nemůže nic změnit, vybral si a má zavedený peritoneální katétr. Prožívá období, kdy dochází k převratným změnám v jeho životě.

Co jeho sebehodnocení, jak zvládne manipulace s katétrem, naučí se všechno tak, aby vše fungovalo ke spokojenosti nemocného i zdravotníků? Jak žít s katétrem do konce života, omezuje nemocného v životě, zvykne si nemocný na svůj změněný vzhled? Řeší tohle vůbec nemocný člověk, nebo je to pouhá malichernost oproti metodě záchrany života?

8.6.4. Peritoneální dialýza

Pro správně fungující léčbu je nezastupitelná edukace, viz kapitola 6. Mám-li dostatek informací, jsem si jistý a nedochází tak často k chybám. Časté chyby mohou vést ke vzniku peritonitidy, někdy i s následným ukončením léčby a převedením na jinou metodu.

Dále nemocní uvádějí, jak probíhala edukace a jejich zacvičení. Jakým způsobem jim mohou být zdravotníci ještě více nápomocní. Hlavní důležitou informací jsou především jejich zkušenosti, pozitivní či negativní.

8.6.5. Kvalita života

Konečná kategorie by měla říci, jaká je kvalita života chronicky nemocného člověka. Každý člověk vidí tu svou kvalitu v něčem jiném, už samotné definování termínu kvalita života nabízí široký okruh odpovědí.

Pro nemocného člověka spoutaného s doživotní léčbou je velmi důležité, zda může alespoň částečně či stejně žít, jako v období před léčbou. Zda může chodit do zaměstnání, žít s rodinou, cestovat a pozitivně vnímat reakci okolí.

8.7. Operacionalizace

Tabulka č.1 - Operacionalizace

Sledovaná oblast	Nositel informací	Způsob získání informací	Transformační podoba
Příčina mého onemocnění	nemocný	rozhovor	Jaká byla vaše cesta k zavedení peritoneálního katétru?
Dialyzační léčení	nemocný	rozhovor	Jaká byla vaše cesta k zavedení peritoneálního katétru?
Peritoneální katétr	nemocný	rozhovor	Jaká byla vaše cesta k zavedení peritoneálního katétru? Jste schopen přijmout svůj vzhled? Změnil Vám život s peritoneálním katétrek nějakým způsobem vaše sebehodnocení? Jak zvládáte manipulaci s peritoneálním katétrek, omezuje Vás v něčem přítomnost peritoneálního katétru?
Peritoneální dialýza	nemocný	rozhovor	Jaká byla vaše cesta k zavedení peritoneálního katétru? Dokázal/a byste zhodnotit pozitivní a negativní zkušenosti s peritoneální dialýzou? Jaký je pro Vás přínos peritoneální dialýzy? Je ještě něco co by Vám ze strany zdravotníku v tomto ohledu pomohlo?
Kvalita života	nemocný	rozhovor	Jste ve svém životě spokojená? Jak svůj život prožíváte, baví Vás? Reaguje na Vás jinak Vaše okolí? Co je podle Vás kvalitní život? Co pro to člověk musí udělat?

9. KOMENTÁŘ VÝSLEDKŮ

9.1. Příčina mého onemocnění

Vycházím z rozhovorů s šesti respondenty ve věku 36 – 80 roků, čtyřmi ženy a dvěma muži. Jako nejčastější **příčina** se objevuje polycystóza ledvin (rodinný výskyt) u mladších jedinců - 36, 50, 54 let a vaskulární neuropatie, či hypertenzní nefroskleróza na podkladě arteriální hypertenze spíše u starších jedinců – 80, 63, 43.

Většina respondentů byla **dispenzarizována** v nefrologické ambulanci. Týká se to převážně nemocných s polycystózou ledvin, kdy respondent udává: „*Já jsem věděl, že jednou přijde ten okamžik, že se budu muset rozhodnout neměl jsem žádné potíže a plynule jsem přešel na PD.*“ (1) Jen u dvou pacientů byla náhodně zjištěna renální insuficience, která byla řešena fistulí a následnou HD. Tato situace, kdy nemocný dostane informaci o dialyzačním léčení aniž tuší, že má nějaké onemocnění ledvin, může způsobit velký šok.

Slova pacienta : „*Přijel jsem z cest, cítil jsem se unavený, myslel jsem si, že mám chřipku. Šel jsem k doktorce, udělala mi náběry a odpoledne už jsem byl napojený na HD. Byl to šok, když mi doktorka říkala, že to mám na celý život!*“ (smutek - 4). Z toho vyplývá vztah mezi věkem a příčinou a hlavně volbou dialyzačního léčení. Jsou-li pacienti včas sledování, nemusí projít HD a mohou si jako první metodu vybrat PD.

V ČR je stále mnoho případů, kdy se nemocný k dialyzačnímu léčení dostane „přímo z ulice“. Což je nesmírně stresující pro nemocného, jelikož je těžké rozhodnutí pro metodu, kdy se mám starat sám o sebe, a tím je PD znevýhodněna.

Tabulka č. 2. Přehled výsledků otevřeného kódování 9.1.

Nejčastější příčiny	Polycystóza	3
	Vaskulární neuropatie	1
	Hypertenzní nefroskleróza	2
Dispenzarizace	Sledování	4
	Náhodné zjištění	2
Přidružené onemocnění	Arteriální hypertenze	4

9.2. Dialyzační léčení

Na otázku, jaké bylo Vaše hlavní **rozhodnutí** pro PD, jsem získala různé odpovědi. Respondenti se zmiňovali o metodě volby, o tom, že mohou dále vykonávat svou práci, ve které jim vyšli vstříc. Dále se objevovaly zdravotní důvody – onemocnění srdce, zánik fistule, špatné žíly. Velký vliv měla možnost provádět dialýzu v domácím prostředí, tudíž nedojíždět do nemocnice, dlouhá doprava na dialyzační středisko. V neposlední řadě se do rozhodnutí promítl vliv lékaře „...vidí, že to zvládnou.“(3) anebo „... bála jsem se, že nemůžu mít PD.“ (6). Dotazovaná měla obavy, protože má polycystózu ledvin, která je relativní kontraindikací PD. Ve výpovědích se objevují slova jako dojíždění a nenáročný na čas, což jsou také jasné výhody PD. To má souvislost s tím, co nemocným sdělujeme a jaká je skutečná realita.

Do výběru metody zasáhly hodně **informace**, které pacienti získávají v nefrologické ambulanci, na internetu a z edukačních prospektů. Důležitá je také možnost konzultace s doktorem, sestrou a psychologem. Objevil se také fakt, že velkým přínosem je možnost vidět metodu na vlastní oči a seznámit se s nemocným, který tuto metodu používá. Ten má zkušenosti a ví, jak povzbudit „...když jsem viděla, že to pan K. zvládá, i když je po mozkové mrtvici, tak jsem se rozhodla, že si dám zavést katétru.“(3). Je dobré získat zpětnou vazbu o našich informacích, které by neměly být jen planými slovy.

Každý z dotazovaných měl různou **zkušenost** s dalšími metodami. Tito nemocní mají většinou možnost porovnání buď z vlastní zkušenosti nebo z doslechu od ostatních nemocných. Jeden z dotazovaných měl zkušenosti s PD, HD i transplantací. Začal metodou volby PD, pro břišní kýlu chodil 2 měsíce na HD a zažil neúspěšnou transplantaci. „...bylo to všechno rychlý, ale bohužel po 2 měsících to přestalo fungovat. Mám nějakého bacila, který způsobil poruchu kostní dřeně. Musí přijít nato, jak se ho zbavit, jinak na další transplantaci nemůžu.“ (zklamání - 1) Zkušenosti určitě rozvíjí osobnost člověka, mohou být buď pozitivní či negativní. Měly by ovlivnit poznání nemocného, které mu umožní snadnější rozhodování.

Z rozhovorů vyplynulo, že daleko lépe zvládají situaci ti nemocní, kteří jsou dlouhodobě sledováni v nefrologické ambulanci (polycystóza) „ Byl jsem sledovaný, neměl jsem žádné potíže a plynule jsem přešel na PD.“(1) Proto určitě stojí na zvaženu, co ještě podniknout, aby se nemocní dostávali včas k informacím a dostupné léčbě. Je zde problém v neukázněném pacientovi nebo v nedostačující péči obvodních lékařů?

Tabulka č. 3. Přehled výsledků otevřeného kódování 9.2.

Rozhodnutí z důvodu	Doporučil lékař, zánik fistule	2
	Dlouhá doprava, dojíždění	2
	Domácí prostředí	3
	Nemusím do nemocnice	2
	Metoda volby, můj čas	2
Pocity v souvislosti s rozhodnutím	Šok	1
	Smíření, jsem připraven	1
	Obavy, strach, že se to nenaučím	2
	Únava ze všeho...	1
Zkušenosti s jinou metodou	Transplantace	1
	HD	4

9.3. Peritoneální katétr

Je nedílnou součástí těla nemocného. Jaké je pacientovo **sebehodnocení**? Většinou nemocní nepociťují, že by se něco změnilo „...spíše naopak. Je to šance a tu šanci neměla moje maminka. Mamince bylo přes 50 let a minulý režim nedovolil dialýzu, takže nám prakticky zemřela doma.“ (smutek, pocit nespravedlnosti – 5)

Nemocní už na sebe převzali břemeno péče o sebe samé a každý dle svého naturelu zvládá základní **manipulace** s PD. Sestry pro peritoneální dialýzu říkají, že muži mají daleko lepší výsledky se zácvikem, jelikož si málokdy připouštějí, že by to nezvládli a je jim bližší postupovat technicky. „*Ono to nic není, je to jednoduchý. Jednou mi to ukázali a už jsem si to dělal sám!*“ (4) Nikdo z dotazovaných nemocných neudával potíže při manipulaci s katétrem, jen jednou se objevilo, že se do edukace zařadil i člen rodiny (vnuk). Jinak díky bezvadně připravenému systému edukace, zvládne manipulaci s katétrem každý, jde jen o první zkušenost.

V souvislosti s trvalou přítomností katétru se nabízí otázka, jestli nemocní pocíťují nějaké omezení či **změnu** svého **vzhledu** „*No nevadí mi můj vzhled, v těchto letech, co by mi na tom vadilo.*“ (4) V tomto ohledu mě překvapil výsledek hodnocení. Bez rozdílu pohlaví, věku a délky zavedení katétru se neobjevila žádná negativní reakce. Jde asi opravdu o fakt, že nemocný člověk přemýšlí úplně o jiných problémech, než člověk zdravý. Možná by bylo zajímavé toto zhodnotit ještě než se katétr zavede. Třeba by se už našly různorodé odpovědi.

V oblasti **omezení** nemocní popisovali svůj stav především z oblasti praktického života, nemůžu se koupat, nevím kam schovám koncovku, když něco dělám, musím být opatrnější „Bojím se něco zvednout, aby mi tam něco neprasklo, já nevím, co to může a nemůže udělat.“

(4) Nově zavedení nemocní se obávají, že jim bude vadit hadička „...„ale nepřekáží. Spíš mi vadí pocit plného břicha.“(2) U respondentů s přístrojovou dialýzou by se mohlo zdát, že omezením bude přístroj, ale problémem je hluk, ale i s tím se nemocní vypořádávají a nenazývají to jako omezení „Tichý to není, ale už jsme si na to zvykli, že nám to nevadí.“(3)

Dotazovaní respondenti chápou, že katétr je pro ně určitým krokem k samostatnosti a svobodě. Pečlivě se o něho starají a snaží se postupovat dle rad zdravotníků. Je pravda, že některé postupy si přizpůsobí svým potřebám, ale vždy zhodnotí, zda jim to přinese nějaké riziko. Svůj katétr opečovávají jako „skleníkovou kytku“ a snaží se, aby jim sloužil celý život.

Tabulka č. 4. Přehled výsledků otevřeného kódování 9.3

Změna sebehodnocení v souvislosti s katétre	Na začátku ano	1
	Nezměnilo	3
	Já myslím, že ne	1
Manipulace s katétre	Naučil jsem se to během 2.dní	1
	Manipulaci zvládám dobře	2
	Budu se to muset naučit	1
	Do edukace zařazen vnuk	1
Omezení v souvislosti s přítomností katétru	Koupání	2
	Nepřekáží	2
	Při spaní zalomení katétru během APD	1
	Bojím se něco zvednout	1
Přijetí svého vzhledu	Nevadí mi katétr	4
	Nestydím se za katétr	1
Potíže, komplikace s katétre	Břišní kýla, 2.měsíce bez užívání k.	1
	Neudává	1
	Potíže s vypouštěním, změna režimu	1
	Peritonitida (při zavedení katétru)	1
	Pooperační stav, nově zavedený katétr	2

9.4. Peritoneální dialýza

Pro správný průběh PD je nezastupitelná **edukace**. Naučí-li se nemocný správný postup, zvládne samostatně provádět výměny a nemusí se obávat, jaké to bude v domácím prostředí. Nemocní by měli mít zdravé sebevědomí, což potvrdila i předchozí kategorie.

Do oblasti edukace zasahuje subkategorie – délka **dialyzačního léčení a zvolený režim**. V subkategorii délka dialyzačního léčení jsou respondenti od 3-letého léčení až po nově zavedené pacienty. Oblast edukace neovlivňuje délka dialyzačního léčení, ale zkušenosti a poznávání nových způsobů. Z toho čtyři nemocní s metodou CAPD a dva v režimu APD.

K průběhu zacvičování se nemocní vyjadřují kladně. *„Byla jsem tady týden na zaučení. Jela jsem podle manuálu, a pak člověk musel sám. Doma mám knížku na cykler, ale ani ho nepoužívám.“* (3) Zvládnou-li pacienti manuální výměny mohou si vybrat metodu přístrojové dialýzy. Tato edukace se provádí pouze na Strahově, kde probíhá zacvičování pro všechny pacienty z republiky. Nemocný se seznámí s přístrojem, s rozvrhem nové léčby a dostane kontakt na distribuční firmu, která realizuje zácvik i v domácím prostředí ... *„jsou-li potíže, zavolám si servis.“* (3) Metoda je jednoduchá a provádí se převážně v nočních hodinách. Tady už záleží na tom, zda nemocný sdílí lůžko s partnerem či spí sám *„přečtu si, co je napsáno na displeji, opravím si katétr a spím dál.“* (3)

Za úspěšnou terapii PD bere na sebe zodpovědnost sám pacient, zdravotníci jsou mu nápomocní. A o to v jaké míře a zda je pomoc dostačující, jsem se také zajímala. Určitě se do odpovědi promítalo z jakého **dialyzačního střediska** nemocný pochází, čtyři respondenti jsou přímo sledováni na Strahově a ostatní jinde ... *„jsem první pacient v Rychnově, učíme se společně.“* (1) Nemocní ze Strahova si chválí postup i přístup zdravotníků *„To co potřebuju, mi dáváte.“* (5) Všimají si samozřejmě i věcí, které nesouvisí jen s PD. Vzhledem k tomu, že se jedná o chronicky nemocné, jsou v častém kontaktu se zdravotníky a vytvářejí si s nimi vazby. Bylo nutné si vyslechnout jejich hodnocení: *„Tady at' s kýmkoliv mluvím, si chválí doktory, sestřičky, s tím jsem se vůbec nikde nesešla.“* (Rozhovor 3) Pro chronicky nemocného je potřebná stabilita a multidisciplinární tým, který má společný cíl, a to je blaho pacienta. To se nám snad daří *„je tu dobrý kolektiv, to je vidět.“* (3) Jeden z respondentů se zmiňuje o ožehavém tématu ... *„pomohlo by mi genetické inženýrství, dostatek orgánů, vhodná imunosupresíva.“* (1)

Pro potvrzení či vyvrácení teoretických poznatků jsem hodnotila pozitivní a negativní stránky PD. Všichni respondenti, kteří měli zkušenost s HD, zmiňovali osvobození od dojíždění, čekání na sanitku, napichování jehel, pobyt v nemocnici. „*Hrozně se mi líbí, že nejsem na to vázán!*“ (4)

Respondenti nám tímto mohou sdělit, zda předpokládané výhody PD nabízené zdravotníky jsou reálné. Přečteme-li si v teoretické části kapitolu 4.2.4 a přílohu 4 - *Výhody a nevýhody PD s. 60*, zjistíme, že mohou být naše předpoklady odlišné. Může nastat rozpor, jestli zdravotník příliš nevychvaluje metodu PD.

Pozitivní hodnocení :

1. „*Žiji jako předtím, mohu vykonávat svou práci.*“
2. „*Pro mě je to zdravější, při HD jsem se nemohla hýbat, kašlat, musela jsem být v jedné poloze.*“
3. „*Byly splněny výhody PD! Jsem spokojená, jsem doma, doporučím to dalším.*“
4. „*Je to jednoduchý, nenáročný na čas, vezmete si to sebou kamkoliv, výměny si přizpůsobím, jak potřebuju, že si to můžu dělat doma kdykoliv. Vemu si na cestu co potřebuju a jedete. Na tu bídu je to dobrý. Ono to funguje a to se mi líbí. Já potřebuju být furt někde a to jsem na HD nemohl. Chválí to všichni, kdo to má!*“
5. „*Budu moc vést normální život, bude to pohodlnější. Bude mi lépe, cítím se dost často unavená.*“
6. „*Zmizí únava.*“

Negativní hodnocení :

1. „*Každý den výměny. Kvůli PD jsem přišel o partnerku*“
2. „*Časová náročnost, musím být doma, bojím se odejít na delší návštěvu.*“
3. „*Strach z peritonitidy.*“

Neutrální (ambivalentní) hodnocení :

4. „*Já bych řekl, že to nemá žádné negativní stránky.*“
5. „*Nepřipouštím si.*“
6. „*Nevím, nebude koupání, ale pojedu k moři.*“

Respondenti jsou se svou volbou spokojeni. Objevují se pozitivní, ale i neutrální hodnocení, kdy někteří dotazovaní hodnotí pozitivně i negativně časový údaj. Negativních názorů je přesto málo, očekávala jsem více kritiky. Možná nemocní úmyslně či neúmyslně vytěsnili negativní stránky metody a žijí s PD jako s věrným kamarádem. Metodu si obhájili a jsou s ní smířeni „*já už to беру jako samozřejmost.*“ (3)

Tabulka č. 5. Přehled výsledků otevřeného kódování 9.4

Edukace	Spokojenost	6	Délka léčby	3 roky	2
				2 roky	1
				1 rok	1
				Nově zavedený	2
	Nespokojenost	0	Metoda léčby	CAPD	4
				APD	2
			Dialyzační středisko	Strahov	4
				Jiné	2
Pomoc zdravotníků		Genové inženýrství		1	
		Správně se to naučit, hygiena		2	
		Všechno vysvětlí, máme co potřebujeme		2	
Pozitivní hodnocení		Nedojíždím		4	
		Jsem doma		2	
		Normální život		2	
		Nenáročný na čas a pohodlí		1	
		Zmírnění únavy		2	
Negativní hodnocení		Každý den výměny		2	
		Strach z různých příčin		2	
		Ztráta partnera		1	
Neutrální hodnocení		Nepřipouštím si negace		2	
		Nevím, nepřipouštím si		2	
		Časová náročnost		1	

9.5. Kvalita života

Každá kategorie vychází z té předchozí a zapadá do té následující. Výslednou kategorií by měla být kvalita života nemocné žijícího s peritoneálním katétrem. Už při **definování pojmu** kvalita života se objevovaly rozličné odpovědi, podle toho jakým životem respondenti žili a co od života očekávají. Většina dotazovaných kvalitu života viděla v životě bez nemoci „*znamená nemít léky, dialýzu*“(1) anebo podobná formulace „*když nemá člověk takovéhle problémy.*“(4) Často bylo řečeno, že se kvalitní život rovná zdraví „*když není zdraví, tak není nic.*“(3)

Dalším ukazatelem byla **rodina** „*mít rodinu, najít si partnerku a být šťastný*“(1) nebo vzpomínky na předchozí partnerský život „*život s manželem, chodili jsme na houby, trávili čas na zahrádce.*“(2) Jen jednou si nebyl respondent jistý, co říci „*nevím, asi možnost pracovat, být s rodinou, mít možnost dělat své koníčky, být aktivní, mít činnost.*“(6) Kvalitní život utváří rodinné prostředí, setkala jsem se dvěma respondenty žijícími sami, ostatní žijí s rodinou. Ale má rodinného prostředí vliv na samostatnost a soběstačnost nemocného? Prostor, ve kterém žije nemocný sám, neovlivní život s peritoneálním katétrem. Tito pacienti se musí o sebe dokázat postarat sami!

Všichni ale mají okruh přátel, se kterými jsou v častém kontaktu „*fandí mi děsně.*“(5) Zde se nabízí otázka, zda reaguje jinak **okolí** na nemocného? Dva respondenti odpovídají, že okolí ví, že jsou nemocní, ale o podrobnostech se nezmiňují. Čtyři respondenti informovali o PD své okolí, ale dva jen své nejbližší. Reakce bývá přiměřena rozsahu informovanosti, většina i odborníci (praktický lékař) netuší, co je to PD a jakým způsobem změní nemocnému život. Většinou si nevšimnou změny „*neberou, že jsem jiný*“(1)...„*ani to na mě nepoznají.*“(3) Všímavější okolí vidí změnu na nemocném „*všimá si únavy*“(6), ale určitě to nedokáže přisoudit konkrétnímu onemocnění ledvin, každý z nás je občas unavený. Nemocný podá informaci svému nejbližšímu okolí většinou za účelem vysvětlení, např. řešení času a místa pro výměny při zaměstnání. Zde očekává pomoc svého okolí, jinak nepředpokládá, že by měl být vnímán jiným způsobem. Nemocní se za katétr nestydí, jak vyplynulo z předchozí kategorie a zeptá-li se někdo na katétr, na život s PD, určitě nemají problémy s vysvětlením. Jinak, není-li třeba, nevypravují nemocní na setkání o svém onemocnění, ale osvětu šíří mezi ostatními pacienty a báječně spolupracují se zdravotníky.

Problém při hodnocení kvality života je použití správného ukazatele. Já jsem se ptala, jestli jsou nemocní ve svém životě **spokojení**, jaké mají záliby, zda mohou pracovat, cestovat a jaké mají plány do budoucna. Mimo jedné odpovědi „*nic moc*“(2) jsou ostatní respondenti v životě spokojení. Ale objevují se i obavy „*mám strach o práci*“(1) a řešení, jak se s tím vyrovnat „*člověk se s tím nějak smířil, že to tak musí být.*“(3) Do této kategorie se samozřejmě promítají osobnostní aspekty a jakým způsobem života žil nemocný před PD, jestli byl spokojený nebo už měl jistá omezení např. v důsledku věku nebo ztráty partnera? Konkrétní plány do budoucna vyslovila polovina dotazovaných, chtěli by žít alespoň tak jako před onemocněním, mít své záliby, práci, možnost cestovat. Někteří jsou spokojení spíše se svým pasivnějším způsobem života.

Polovina z dotazovaných **pracuje** „*v práci mi vyšli vstříc*“(1), zaměstnavatelé jsou informováni o zdravotním stavu nemocného „*můžu si chodit dělat výměny domů.*“(1) Nemocní by rádi v práci zůstali co nejdéle. Druhá polovina je v invalidním a starobním důchodu.

S prací souvisí i **cestování**, to je další ukazatel kvality života. Záleží samozřejmě, jakým způsobem byl respondent aktivní než onemocněl, zda cestoval. Jsou lidé, kteří jsou spokojeni v domácím prostředí, a lidé, kteří neposedí na jednom místě. Proč je tohle důležité u nemocných s PD? Je zde zapotřebí denně provádět výměny, u kterých se má dodržet hygiena a zásady aseptického postupu. Je tohle možné dodržet i na cestách a jsou nemocní schopní si zajistit materiální vybavení? Polovina z dotazovaných cestuje, ať do práce či do zahraničí „*chci pracovat, jezdit na služební cesty.*“(6) Nečiní jim problém vykonávat výměny „*byl jsem 10 dní na Ukrajině, vše si vozím v autě.*“(4) Je jen zapotřebí v dostatečném předstihu informovat firmu, na jaké místo a jaké množství je potřeba doručit a nemocný si jen obstará pomůcky k péči o katétr. Závěrem lze říci, že cestují nemocní, kteří cestovali i před PD. Rozhodně jim PD neomezila možnost pohybovat se mimo domov. Ti, co mají potíže provádět si výměny jinde než doma, mají vesměs pocit studu, mají jiné osobnostní předpoklady a hodnoty.

Dotazovaní respondenti mají své **záliby**, které jsou stejné jako před onemocněním. Nejčastěji jmenované jsou : příroda, zahrádka, rodina, ruční práce, anebo auta, kamióny a střílení (dříve závodně). Všichni dotazovaní se shodují na tom, že je život baví. Co pro to musí člověk udělat? Pár odpovědí se zaměřuje na životní styl „*šetřit se, zdraví je to hlavní*“(4) na správnou životosprávu, ale také na sdílení volného času se svými blízkými „*mít pro koho žít (vnoučata).*“(2)

Objevují se i charakterové vlastnosti pro kvalitní život „*být poctivý, slušný, pracovitý*“ (5).....*nebýt zlí.*“(6) Každý z nás by měl vědět, co od života chce a taky, že je potřeba pro to něco udělat. Onemocníme-li, musíme se v životě snažit ještě více a „*to ostatní pak přijde.*“ (5) Závěrem bych použila slova pacientky : „*Život s PD mám kvalitní, před ní jsem byla slabá, unavená, neměla jsem chuť k jídlu. Teď je mi lépe, vypadám lépe, říká to rodina.*“ (2)

Tabulka č. 6. Přehled výsledků otevřeného kódování 9.5

Definice pojmu kvalitní život	Zdraví, život bez nemoci			4	
	Ostatní	Práce		3	
		Rodina		2	
Spokojenost se životem	Život mě baví (6x)	Plány do budoucna	Mám plány	3	
			Vše jak je teď	1	
			Zůstat pracovat, cestovat	1	
			Nemám plány	1	
Rodina	Žije sám/a			2	
	Žije s rodinou			4	
Reakce okolí	Očekávání	Podpora v práci	Informování	Nejbližší	3
		Potřeba informovat		V práci	3
				Všichni	3
Volný čas	Zaměstnání		Ano	3	
			Invalidní důchod	2	
			Starobní důchod	1	
	Cestování	Před PD	Ano	5	
			Ne	1	
		Po PD	Ano	3	
			Ne	2	
		Neví	1		

10. DISKUZE

V empirické části své bakalářské práce jsem se zabývala životem s peritoneálním katétrem. K pochopení této problematiky mi pomohl kvalitativní výzkum prováděný formou rozhovorů. Nejdelší rozhovor mi trval 45 minut a nejkratší 20 minut. Snažila jsem se vybírat pacienty různého věku, pohlaví a délky dialyzačního léčení, aby se promítly jejich různé zkušenosti, jejich životní příběh. Coby zdravý člověk jsem měla předpoklady, že život s peritoneálním katétrem nemůže být plnohodnotný a 100% kvalitní. Opomněla jsem fakt, jak důležité je vědět o životě nemocného před onemocněním.

Z výpovědí nemocných vyplývá, že nejhorší období bylo pro ně na začátku. Uvědomění si příčiny onemocnění, vlastní chorobu a hlavně rozhodnutí pro následnou léčbu, která ovlivní život nejen nemocného, ale i nejbližší rodiny. V tomto ohledu se ukázalo, že „čas přejde připraveným!“ Možná se zde i pootevřela brána pro další diskuzi, z jaké části nese zavinění pacient a jakou část má lékař? Ignorování léčebného režimu nebo nedostatečné informace ze strany lékaře, především v léčbě arteriální hypertenze. Málokterý pacient tuší, že špatně korigovanou hypertenzí může skončit až v dialyzační léčbě! Je potřeba pozvednout povědomí o důležitosti prevence onemocnění a více spolupracovat s pacientem i ostatními zdravotníky. Aby se nemocný co nejdříve dostal ke specializovanému lékaři do nefrologické ambulance, kde mu budou poskytnuty informace a nastíněny možnosti jeho léčby. Výsledným konáním by měla být minimalizace stresu nebo šoku, pocitu beznaděje, která nemocného trápí, jelikož není připraven na život s dialýzou. Ale naopak najít cestu ke smíření se s chorobou a přijetí života s dialyzačním léčením.

Z toho i jasně vyplynulo, že rozhodnutí pro metodu PD, měli především ti pacienti, kteří byli dlouhodobě dispenzarizováni. Jelikož metoda PD je založena na domácím prostředí, kterou si provádí nemocný sám, a tudíž přebírá míru zodpovědnosti na sebe. To je ale těžké pro nemocného ve fázi překvapení, šoku z informace o chronickém onemocnění. V této fázi raději přenesse břemeno své léčby na druhé, v tomto případě na zdravotníky z dialyzačního střediska. Zde se potvrzuje přímá úměra mezi informovaností a rozhodnutím pro metodu léčby! Předpokládala jsem, že nemocní budou mít i zkušenosti s jinou metodou, což se také potvrdilo! Dalo by se říci, že díky HD a kontaktu s jinými pacienty se rozšíří i povědomí o jiné metodě – PD. Nemocní si mezi sebou předávají své poznatky, hodnocení a následná doporučení. Mají možnost porovnávat a rozhodovat se na základě objektivního hodnocení. Sdělením svých negativních zkušeností nám také mohou pomoci správně informovat ostatní nemocné.

Život s peritoneálním katétresem sebou nese i různá omezení. Dalo by se předpokládat, že nemocným především naruší jejich vzhled, ale to se nepotvrdilo. Stejně tak manipulace nečinila nemocným větší potíže. Dokážou se o katétresem a průběhem dialýzy postarat bez větších potíží a řešit i drobné komplikace. V oblasti omezení se objevilo koupání, ať už v přírodě nebo ve vaně. Ale řešením je možnost jet k moři, kde s použitím stomického sáčku je koupání možné. Mladší pacienti o této skutečnosti vědí a využili ji nebo ji využijí v budoucnu. Starší pacienti nemají tuto potřebu nahradit nějakým jiným způsobem.

Pro správné soužití s katétresem je nezbytná role zdravotníka a jejich vhodná edukace. Všichni dotazovaní byli nadmíru spokojeni s průběhem edukace, se zacvičováním, v jejich postupu by nic neměnili. Promítl se také fakt, z jakého dialyzačního střediska nemocní pochází a jak dlouho je léčen. Všichni nemocní měli alespoň jednu zkušenost s pobytem na Strahově, velmi pozitivně hodnotí péči i postup při provádění výměn, systém kontrol, informovanost o komplikacích a distribuční firmě.

Zajímá mě také názor nemocného člověka na pozitivní a negativní hodnocení PD. Zda dojde ke shodě s poskytnutými informacemi od zdravotníků, kteří jsou zdraví. Většinou nemocní jmenovali výhody PD uvedené v teoretické části. Toto pozitivní hodnocení převyšovalo negativní hodnocení, kterého bylo minimálně. A ještě k tomu vznikla nová kategorie neutrálního hodnocení, kdy se objevil ambivalentní pojem o čase. Pro jednoho pacienta byla časová nenáročnost pozitivním hodnocením a pro druhého zase negativním z důvodu denních výměn.

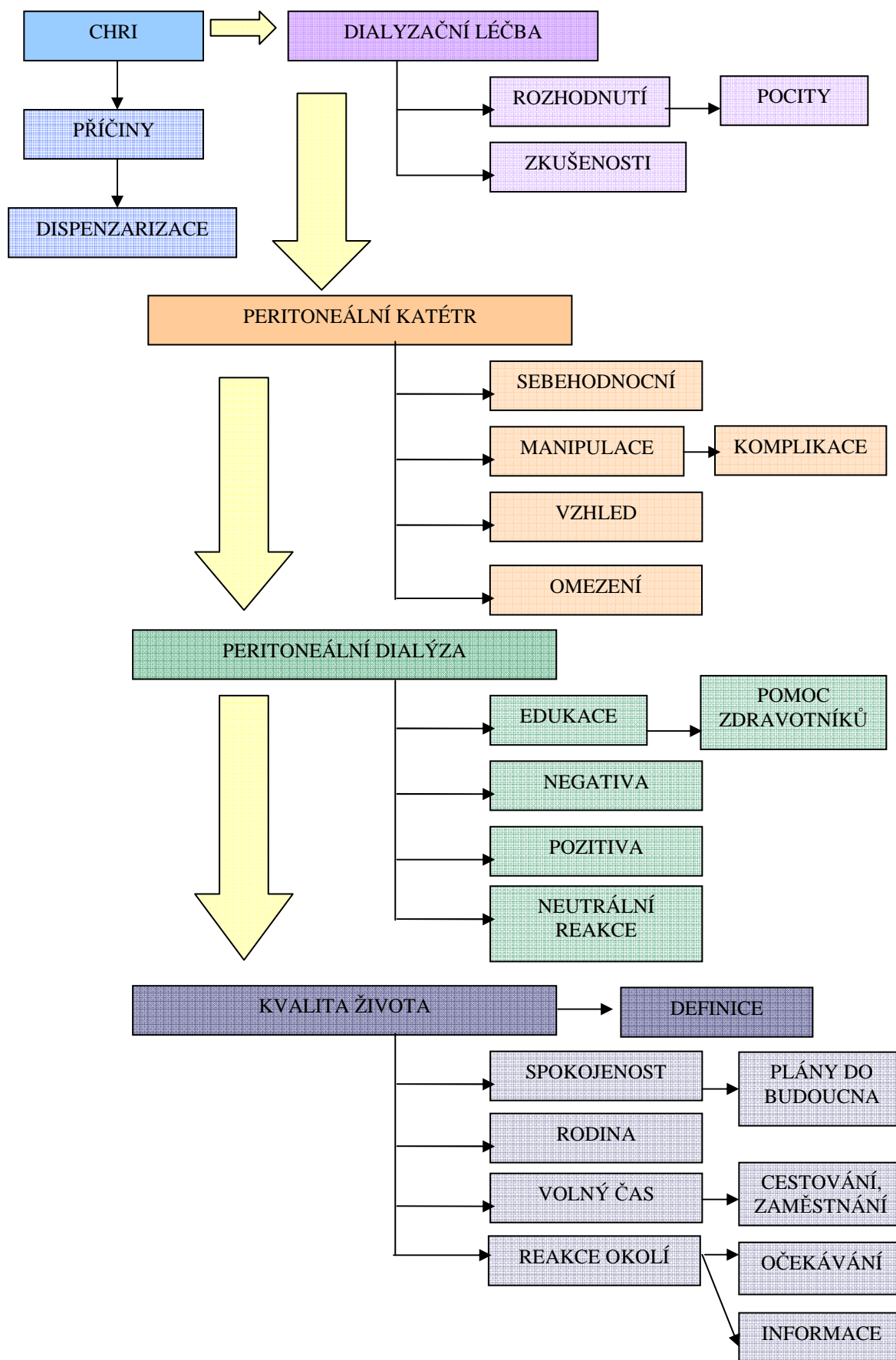
V poslední kategorii kvalita života jsem se ptala na vlastní definici. Touto otázkou jsem většinu dotazovaných zaskočila, nevěděli, co říci. Často formulovali kvalitu jako zdraví, život bez nemoci, z toho by se dalo říci, že nemocní s peritoneálním katétresem nemají kvalitní život, protože jsou nemocní. Ale to není jednoznačné! Jelikož do kvality života se promítá velké množství různých hodnot, a každé hodnotě přisuzuje nemocný jinou stupnici. Pro mě se zdála důležitá kategorie rodina, život s rodinou, nebýt sám. Ale zjistila jsem, že rodina hodně podpoří nemocného, ale výrazný vliv na metodu PD nemá. Neboť nemocný musí zvládnout péči o sebe a katétresem sám! Nemocný, který žije sám, i tak zvládá veškerou sebek péči. Podporu nalézá ve svém okolí, se kterým je v kontaktu.

Daleko důležitější je pro nemocného udržet si své záliby, práci, možnost cestovat, prostě žít život stejný nebo podobný jako před nemocí. Hlavně možnost pracovat se u nemocných, kteří nejsou ve starobním či invalidním důchodu opakovala. Pracovat co nejdéle a s tím související možnost cestovat, jezdit na služební cesty.

Pracující nemocní získali podporu v zaměstnání, byla jim nabídnuta pomoc při řešení denních výměn. Dotazovaní volili volbu dělat si výměny doma a přizpůsobit rozvrh výměn práci a naopak. Aktivnější nemocní nepocítili omezení v možnosti cestovat, pohybovat se a dělat si výměny v jiném prostředí než doma. Zde se promítly osobnostní rysy nemocného a jeho život před nemocí. Byl-li nemocný aktivnější, PD ho neomezila, snažil se zůstat aktivní i s ní. A pasivnější nemocný neměl potřebu něco měnit, cesta k moři ho už neláká! Všichni dotazovaní vyjádřili spokojenost se životem, život je baví!

Domnívám se, že život s peritoneálním katétrem je pro nemocného kvalitní. Rozhodně už přináší odstranění jeho prvotních problému. Pak už záleží na povaze nemocného, jak se s metodou PD sžije. Snažila jsem se kategorizovat hlavní problémy nemocných a popsat jejich nejčastější stesky. V průběhu zpracování se mi ale odkryly i další fakta, které by se daly uplatnit v dalším výzkumu. Zařadila jsem je do původního schématu a vytvořila podkategorie, viz obrázek 6 na následující straně.

Obr. 6 – Schéma kategorií po otevřeném kódování - doplnění



ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá životem s peritoneálním katétrem. Zjišťovala jsem nakolik jsou nemocní spokojeni se svým životem, jaká je vlastně jejich kvalita života. K tomu jsem použila kategorizaci problémů, která byla společná pro všechny dotazované. Základní kategorie sledovaly příčinu onemocnění, dialyzační léčbu, manipulaci s peritoneálním katétrem, vlastní průběh PD a kvalitu života. V oblasti kvality života vznikly subkategorie, které mi pomohly definovat problematiku života s peritoneálním katétrem. Bylo to hlavně rodinné prostředí, možnost chodit do práce, cestovat a reakce okolí. Pro pochopení kvality života mě zajímala vlastní definice dotazovaných.

V teoretické části bakalářské práce jsem se po prostudování příslušné literatury zabývala stručnou charakteristikou fyziologie ledvin, renální insuficiencí, indikací a metodami dialyzačního léčení a principem PD. Dále jsem přiblížila specifickou ošetrovatelskou péči i potřebu edukace. Poslední kapitolou teoretické části je psychosociální problematika peritoneální dialýzy, která popisuje osobní prožívání nemoci, psychologickou problematiku, sociální prostředí a teorii kvality života. Mým záměrem bylo nastínit důležitost fungování ledvin, jaký problém nastane, když ledviny selžou i jaké jsou možnosti léčby.

Cílem mé práce je zjistit, jak nemocní s peritoneálním katétrem vnímají a zvládají těžkou životní situaci. Informovat o tom, zda je spolupráce a edukace se zdravotnickým personálem dostačující. Snažila jsem se zmapovat jejich životní úskalí a přijetí života s peritoneálním katétrem.

Provedla jsem výzkum založený na kvalitativní analýze semistrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny se šesti respondenty. Rozhovory jsem zaznamenala na diktafon a následně doslovně přepsala.

Empirická část popisuje kvalitativní výzkum, užitou metodu šetření, výběr a charakteristiku respondentů, cíle výzkumu a vlastní realizaci šetření. Na základě analýzy jednotlivých rozhovorů jsem provedla kódování s vytvořením kategorií a subkategorií společné pro všechny respondenty. Provedla jsem komentář jednotlivých výsledků i závěrečnou diskuzi se shrnutím jednotlivých kategorií.

Z výsledné analýzy rozhovorů vyplynulo, že nemocní jsou smířeni se svou chorobou, ale hlavně spokojeni se svou volbou pro život s peritoneálním katétrem. V oblasti rozhodování jim chyběla možnost vidět pacienta s PD a vlastní průběh dialýzy na vlastní oči. Omezený život je i v oblasti zaměstnání a možnosti cestovat, z důvodu každodenních výměn.

Domnívám se, že kvalita života je ovlivněna mnohými činiteli, některé z nich jsme s nemocnými zmínili, ale určitě každý z nás považuje za ovlivnitelné něco jiného. Jednoznačně vyplynulo, že nemocný člověk vidí kvalitu života ve zdraví, nebýt nemocen. Tento výsledek by možná nebyl tak jednoznačný u zdravých lidí?

Jsem si vědoma toho, že tato práce v důsledku omezeného počtu respondentů odkrývá je část některých problémů, domnívám se však, že závěry mohou být i tak určitým podmětem pro zamyšlení či případné hlubší studium této problematiky.

ANOTACE

Autor:	Pavλίna Šedivá
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Život s peritoneálním katétrem
Vedoucí práce:	PhDr. Mariana Bažantová
Počet stran:	75
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2009
Klíčová slova:	peritoneální katétr, peritoneální dialýza, edukace, psychosociální problematika, kvalita života, informovanost, rozhovory

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života nemocného s peritoneálním katétrem. Ukazatelů pro hodnocení kvalitního života je mnoho, já jsem se zabývala rodinným prostředím, možnostmi chodit do práce, cestovat, věnovat se svým zálibám a vlastním definováním kvality života. Zde je nutné přihlídnout, jaký život žil nemocný před zahájením dialyzačního léčení a jaká je jeho osobnost.

Těžiště práce tvoří výzkum založený na kvalitativní analýze semistrukturovaných rozhovorů. Zkoumaný vzorek tvoří 6 nemocných v programu PD různého věku, pohlaví a délky dialyzačního léčení. Rozhovory byly prováděny na interním oddělení VFN Strahov. Pomocí otevřeného kódování vznikly kategorie, které popisovaly problematiku přijetí života s peritoneálním katétrem v oblasti příčiny onemocnění, dialyzační léčby, manipulací s katétrem, průběhem PD a hodnocením kvality života. Součástí práce jsou doslovně přepsané rozhovory s jednotlivými respondenty.

This bachelor thesis deals with life quality of patient with peritoneal catheter. Several indicators for life quality evaluation were used: Family environment, possibility to be employed, travelling, hobbies, and own definition of the life quality. It is necessary to consider the patient's life before starting the dialysis treatment and his personality

The emphasis of this thesis is based upon survey which is based on qualitative analysis of semi-structured interviews. The explored sample consisted of 6 diseased patients under PD program of various age, sex and duration of dialysis treatment. Empiric chapter is focused on problematic of life acceptance with peritoneal catheter in the area of disease cause, dialysation treatment, catheter manipulation, PD progression, and life quality evaluation. The life is limited also in the area of employment and travelling possibilities, by reason of the everyday exchanges.. The thesis also consists of exactly re-written talks with individual patients.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

Monografie:

1. BEDNÁŘOVÁ, V., DUSILOVÁ SULKOVÁ S., A KOL. *Peritoneální dialýza*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2007. 334 s. ISBN 978-80-7345-005-2.
2. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 371s. ISBN 80- 7184-141-2.
3. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
4. *Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin*. 2. vyd. Praha: Baxter, 2002, 21s.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vydání. Brno: IDVPZ, 1995. 155s. ISBN 80-7013-197-x.
6. *Lemon 2, Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1.vyd. Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 134 s. ISBN 80-7013-238-8.
7. SCHÜCK, Ota. *Nefrologie pro praktické lékaře*. 1.vyd. Praha: Scientia Medica, 1993. 176 s. ISBN 80-85526-21-2.
8. SCHÜCK, Ota. *Nefrologie pro sestry*. 1.vyd.. Brno: IDVPZ, 1994. 213s. ISBN 80-7013-165-9.
9. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-x.
10. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky, Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky..* Praha: MZ ČR, 2002.118s. ISBN 80-85047-23-3.

11. SULKOVÁ, S., NERMUTOVÁ, L. *Peritoneální dialýza. Učebnice pro sestry*. Brno: IDVPZ, 1998. 131 s. ISBN 80-7013-2612.
12. VÁLEK, A., SCHÜCK, O. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 392 s. ISBN 08-037-89.
13. VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 185 s. ISBN 80-901601-3-1.
14. *Život s peritoneální dialýzou, Úvod do peritoneální dialýzy*. Praha: Gambro, 1994

Periodika:

1. *Stěžněň Č.4*. Praha: Společnost dialyzovaných a transplantovaných, 2008. 40 s. ISSN 1210-0153.
2. *Postgraduální medicína. Interna vybrané kapitoly. Č 9*. Praha:MF , 2007, 65 s. ISSN 1212-4184.

Elektronické zdroje :

1. Baxter.cz – Terapie HD [online]. [cit. 2009-04-03]. Dostupné na <http://www.baxter.cz/images/baxtercz/dialyza7.gif>
1. Baxter.cz – Terapie CAPD [online]. [cit. 2009-08-03]. Dostupné na http://www.baxter.cz/terapie/renal/formy/terapie/sub/per_analyza.html
2. Google.cz Obrázek CAPD [online]. [cit. 2009-08-03]. Dostupné na http://www.naod-drd.org/images/capd_1.gif
3. Slovník cizích slov.cz [online]. [cit. 2009-11-04]. Dostupné na <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/semistrukturovany-rozhovor>
4. Strahov.cz [online]. [2009-08-03]. Dostupné na <http://www.dialyza-strahov.cz/obrazky/obr12.jpg>

Diplomové a bakalářské práce :

SOUKUPOVÁ, M. *Kvalita života pečujících o osoby se syndromem demence*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v roce 2008, 95 s.

SEZNAM ZKRATEK

PD = peritoneální dialýza

TK = krevní tlak

H₂O = voda

Na = natrium, sodík

K = kalium, draslík

ADH = antidiuretický hormon

HD = hemodialýza

H⁺ = vodík

CAPD = kontinuální ambulantní peritoneální dialýza

CCPD = kontinuální cyklická peritoneální dialýza

PET = peritoneální ekvilibrační test

CHSL = chronické selhání ledvin

APD = automatizovaná PD

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 = Řízení činnosti ledvin	9
Obrázek 2 = Hemodialýza	12
Obrázek 3 = Peritoneální dialyzační katétr	14
Obrázek 4 = CAPD	15
Obrázek 5 = Schéma kategorií otevřeného kódování.....	29
Obrázek 6 = Schéma kategorií po otevřeném kódování – doplnění	46

SEZNAM TABULEK

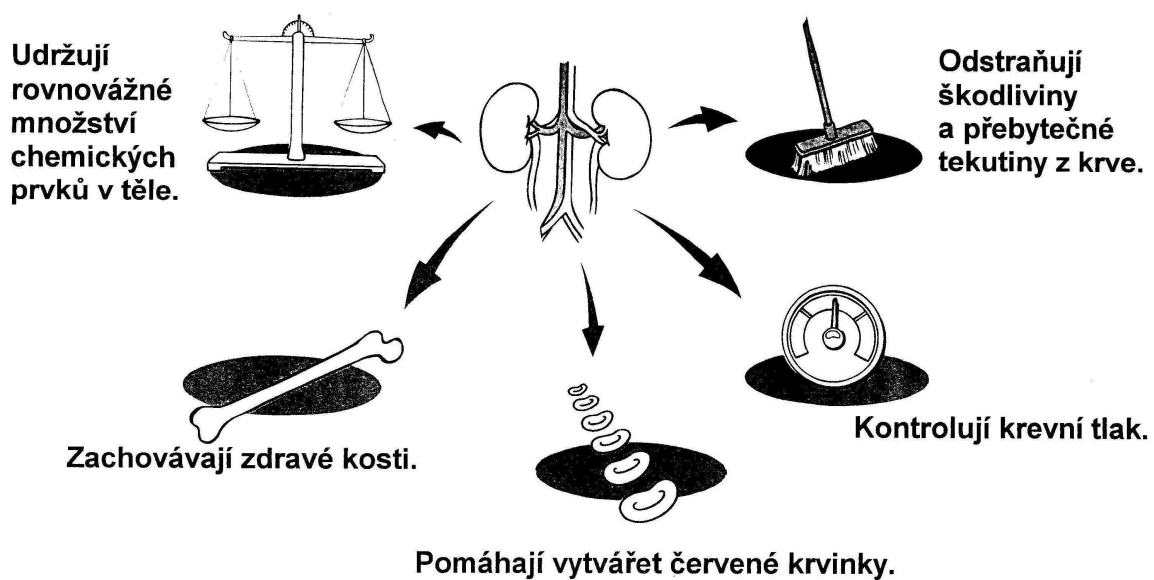
Tabulka č. 1	Operacionalizace.....	32
Tabulka č. 2	Přehled výsledků otevřeného kódování 9.1.....	33
Tabulka č. 3	Přehled výsledků otevřeného kódování 9.2.....	35
Tabulka č. 4	Přehled výsledků otevřeného kódování 9.3.....	36
Tabulka č. 5	Přehled výsledků otevřeného kódování 9.4.....	39
Tabulka č. 6	Přehled výsledků otevřeného kódování 9.5.....	42

SEZNAM PŘÍLOH

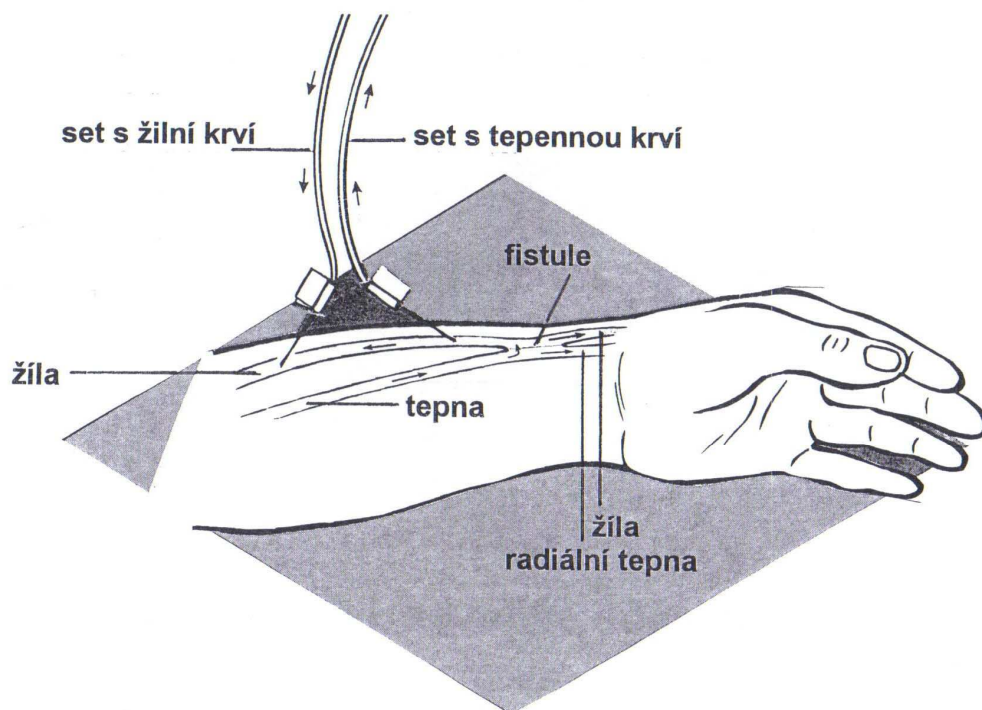
Příloha 1 = Jaké jsou funkce ledvin	58
Využitá literatura : Výukový program Barter s. 6	
Příloha 2 = Cévní přístup - fistule	59
Využitá literatura : Výukový program Barter s. 17	
Příloha 3 = Srovnání HD a PD.....	60
Využitá literatura : (Bednářová, 2007s.50)	
Příloha 4 = Výhody a nevýhody PD	61
Využitá literatura : (Bednářová, 2007 s.57)	
Příloha 5 = Výpočet PET testu	62
Využitá literatura : Získáno z dokumentace oddělení Strahov	
Příloha 6 = Výpočet KT/V	63
Využitá literatura : Získáno z dokumentace oddělení Strahov	
Příloha 7 = Semistrukturovaný rozhovor	64
Příloha 8 = Transkripce rozhovorů	65
1. Rozhovor č.1	65
2. Rozhovor č.2	67
3. Rozhovor č.3	69
4. Rozhovor č.4	71
5. Rozhovor č.5	73
6. Rozhovor č.6	75

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Jaké jsou funkce ledvin



CÉVNÍ PŘÍSTUP - FISTULE



Příloha 3 - Srovnání HD a PD

	HD	PD
lokalizace membrána přístup hustota pórů membrány průměr pórů týdenní KT/V (doporučená hodnota)	extrakorporální syntetická cévní (spojka, katétr) vysoká malý 3,8 - 4	intrakorporální biologická břišní nízká velký 1,8 - 2
velikost membrány ztráty bílkovin týdně	ovlivnitelná do 2 g	neovlivnitelná 60 g
transmembránový tlak	hydrostatický	osmotický
ovlivnění činnosti charakter metody antikoagulace poškození membrány reziduální diuréza kardiiovaskulární aparát	průtok, plocha, membrána intermitentní nutná nahraditelné	množství roztoku kontinuální není nenahraditelné
infekce selhání metody léčby	hyperkinetická cirkulace, změny intravaskulárního objemu, anemie, hypertenze, minerálové změny endokarditida, cévní přístup	déle zachována hypedhydratace, aterogenní profil lipidů peritonitidy častější
kvalita života	závislost na přístroji, menší volnost, více akutních komplikací	peritoneální katétr – estetické hledisko, denní provádění dialýzy

Příloha 4 – Výhody a nevýhody PD

Výhody PD	Nevýhody PD
<p>domácí léčba kontinuální metoda (ultrafiltrace, odstraňování solutů) lepší clearance pro středně velké molekuly déle zachovaná reziduální diuréza</p> <p>lépe ovlivnitelný krevní tlak</p> <p>lépe léčitelná anemie, menší spotřeba erythropoetinu možnost intraperitoneálního podávání inzulínu nepodává se heparin ani antiagregace nevytváří se cévní spojka</p> <p>méně akutních komplikací (převonění, hyperkalemie, hypotenze, hypertenze) větší volnost v dietě nezávislost na přístroji (CAPD režim)</p>	<p>poškození pacienta zátěž pacienta (provádí výměny sám), vyhoření</p> <p>zátěž glukózou</p> <p>zhoršení hyperlipoproteinemie, vzestup aterogenního indexu zavedený katétr (omezení sportovních aktivit, plavání, estetické hledisko) riziko infekce peritonea a okolí peritoneálního katétru bolesti v zádech</p> <p>ztráty bílkovin do dialyzátu trvalá mírná hyperhydratace, větší riziko pro kardiovaskulární onemocnění po ztrátě diurézy</p>
<p>možnost cestovat, být zaměstnán (volnost režimu)</p>	

Příloha 5 – Výpočet PET testu

PET je funkční vyšetření, které hodnotí transportní funkci peritonea. Určuje jaká část dané látky (kreatininu) přestoupí za určitou dobu z krve do dialyzátu. A jaká část glukózy z napuštěného roztoku zůstává po této době v dialyzátu. Test i s přípravou trvá 5 hodin, pacient je na oddělení. Začátek testu je dán okamžikem ukončení napouštění. V čase 0, 120, 240 se odeberou vzorky dialyzátu a séra. PET se provádí při zahájení CAPD, poklesu diurézy, změny reziduální funkce ledvin a po proběhlé peritonitidě. Pacienti se střední propustností jsou ideální kandidáti pro CAPD.

$$D/P \text{ kreat} = \text{kreat D (240)} \div \text{kreat S}$$

$$D / \text{do gluk.} = \text{gluk. D (240)} \div \text{gluk. D (0)}$$

kreat D – koncentrace kreatininu v dialyzátu po 240 min

kreat S – koncentrace kreatinu v séru

gluk D (240) – koncentrace glukózy v dialyzátu po 240 min

gluk D (0) - koncentrace glukózy v dialyzátu v čase 0 = 127 mmol / l

vysoká propustnost peritonea

H (high)

středně vysoká propustnost peritonea

HA (high average)

středně nízká propustnost peritonea

LA (low average)

nízká propustnost peritonea

L (low)

	D/P kreatinin	D/do dlukoza
H	0,81 - 1,03	0,12 – 0,26
HA	0,65 – 0,81	0,26 – 0,38
LA	0,5 – 0,65	0,38 – 0,49
L	0,34 – 0,5	0,49 – 0,61

Příloha 6 – Výpočet KT/V

Celková týdenní clearance kreatinu a index KT/V slouží k posouzení adekvátnosti PD. Jde o kvantitativní popis dialyzačního děje ve vztahu k pacientovi a k odstraňování látek určité molekulové hmotnosti. Ke stanovení celkové týdenní clearance pacient sbírá 24 hod dialyzátu a moč, změří se množství moče, dialyzátu, koncentrace kreatininu v krvi, dialyzátu, moči. Stanovení KT/V indexu : sběr moči a dialyzátu za 24 hod. Po zavedení peritoneálního katétru se za měsíc provádí výpočet KT/V. Kontrola 2x ročně.

Výpočet indexu KT/V:

$$\mathbf{KT/V = Kd + Ku \div V \times T}$$

Kd – clearance dialyzační = urea D ÷ urea S × objem dialyzátu v (l/24hod)

urea D – koncentrace urey v dialyzátu (mmol/l)

urea S – koncentrace urey v séru (mmol/l)

Objem dialyzátu nutno uvádět v litrech

Ku – clearance renální = urea U ÷ urea S × (l/24hod)

Urea U – je množství urey vyloučené / 24 hod (mmol/24 hod)

Urea S – je koncentrace urey v séru

T – TIME = 7 (den)

V – distribuční objem urey (Watsonův vzorec)

$V_w = 2,447 - 0,09516 a + 0,1074 h + 0,3362 bv$ (muži)

$V_w = -2,907 + 0,1069 h + 0,2466 bv$ (ženy)

a = věk

h = výška

bv = hmotnost

Příloha 7 – Senistrukturovaný rozhovor

Před každým rozhovorem si zjistím základní informace o léčbě pacienta z jeho dokumentace. Při kontaktu s pacientem si otázkou : **Jaká byla jeho cesta k zavedení peritoneálního katétru?** Ověřím si, zda má pacient dostatek informací o svém předchobí a jeho motivaci pro život s peritoneálním katétrem.

Pacient zná důvod mého rozhovoru, představím se mu a vyžádám si jeho souhlas se zvukovým záznamem našeho rozhovoru.

- 1) **Jste ve svém životě spokojený/á.**Podotázka : **Jak svůj život prožíváte, baví Vás?(Vaše záliby, hodnoty, plány do budoucna)**
- 2) **Změnil Vám život s peritoneálním katétrem nějakým způsobem Vaše sebehodnocení?**Podotázka : **Jak zvládáte manipulaci s peritoneálním katétrem?**
- 3) **Reaguje na Vás jinak vaše okolí?**
- 4) **Omezuje Vás v něčem přítomnost peritoneálního katétru?**Podotázka : **Jste schopen/na přijmout svůj vzhled?**
- 5) **Dokázal/a byste zhodnotit pozitivní a negativní zkušenosti s peritoneální dialýzou?** Podotázka : **Jaký je pro Vás přínos peritoneální dialýzy?**
- 6) **Je ještě něco co by Vám ze strany zdravotníku v tomto ohledu pomohlo?**
- 7) **Co je podle Vás kvalitní život?**
- 8) **Co člověk pro to musí udělat?**

Příloha 8 - Transkripce rozhovorů

1. Rozhovor č. 1.

Jaká byla cesta k zavedení peritoneálního katétru?

Pán R., 36 let – polycystóza ledvin, sledován, matka byla dialyzována

2005-2006 PD

2006 – břišní kýly – HD – 2.měsíce, katetrová sepse

9/07- transplantace ledvin, po měsíci rejekce-úbytek erytrocytů, porucha kostní dřeně, zvážit, zda může být další transplantace

Slova pacienta : „Metoda volby, mohu vykonávat svou práci (strojírenský závod), v práci mi vyšli vstříc, 3x denně výměny, přes noc mám plný břicho.“

1) Jste ve svém životě spokojený/á. Podotázka : Jak svůj život prožíváte, baví Vás? (Vaše záliby, hodnoty, plány do budoucna)

70-80% ano, mám strach o práci, jsem v částečném invalidním důchodu. Žiju sám v Čechách, od známých mám pronajatou chaloupku, kde je mi dobře. Rád bych si našel partnerku, kvůli PD jsem o ni přišel.

2) Změnil Vám život s peritoneálním katétrelem nějakým způsobem Vaše sebehodnocení? Podotázka : Jak zvládáte manipulaci s peritoneálním katétrelem?

Na začátku ano, ale během dvou dní jsem se to naučil, přečetl jsem si materiály, informace na internetu. Jsem první. pacient v Rychnově. Učíme se společně. Výměny provádím doma.

3) Reaguje na Vás jinak vaše okolí?

Okolí je informováno, neberou, že jsem jiný.

4) Omezuje Vás v něčem přítomnost peritoneálního katétru? Podotázka : Jste schopen/na přijmout svůj vzhled?

Koupání v přírodních řekách, můžu se koupat jen doma v bazénu, nestydím se za katétre.

Cestuju za tatínkem na Slovensko, nemám problém s dodáním materiálu, jen musím říct včas (měsíc dopředu).

5) Dokázal/a byste zhodnotit pozitivní a negativní zkušenosti s peritoneální dialýzou? Podotázka : Jaký je pro Vás přínos peritoneální dialýzy?

Přínos – byl jsem sledovaný, neměl jsem žádné potíže a plynule jsem přešel na PD

Pozitiva – žiji jako předtím, nemusím cestovat na HD.

Negativa – každý den výměny.

6) Je ještě něco, co by Vám ze strany zdravotníků v tomto ohledu pomohlo?

Pomohlo by mi genetické inženýrství, dostatek orgánů, vhodná imunosupresíva.

7) Co je podle Vás kvalitní život?

Kvalitní život znamená nemít léky, dialýzu, mít rodinu, být šťastný.

8) Co člověk pro to musí udělat?

Správná životospráva, pobyt v přírodě, práce doma, rodina, dobíjet si baterky.

2. Rozhovor č. 2

Jaká byla cesta k peritoneálnímu katéttru?

Paní CH., 71 let – renální insuficience na podkladě vaskulární neuropatie, 1988

1.3.05 – uremické příznaky, CŽK – HD, nefrologická ambulance Klatovy

6.3.05 – založen peritoneální.katétr

Slova pacienta : „Rozhodla jsem se proto, že mám kardiologické onemocnění, metoda ze zdravotních důvodů. Podpořila mě psycholožka, do edukace byl zařazen i vnuk.“

1) Jste ve svém životě spokojený/á. Podotázka : Jak svůj život prožíváte, baví Vás? (Vaše záliby, hodnoty, plány do budoucna)

Nic moc, celkem ano, jsem v kontaktu s rodinou, synem. Záliby-domácnost, rodina. Žiju sama, jsem vdova.

2) Změnil Vám život s peritoneálním katétrem nějakým způsobem Vaše sebehodnocení?Podotázka : Jak zvládáte manipulaci s peritoneálním katétrem?

Ne, zahrádka, pasivní způsob života s přihlédnutím na věk.“

3) Reaguje na Vás jinak vaše okolí?

Ne, okolí neví, netuší, že mám katétr. Ani obvodní lékařka neměla povědomí o PD.

4) Omezuje Vás v něčem přítomnost peritoneálního katéttru? Podotázka : Jste schopen/na přijmout svůj vzhled?

Bála jsem se, že mně bude vadit hadička, ale nepřekáží. Spíš mi vadí pocit plného břicha.

5) Dokázal/a byste zhodnotit pozitivní a negativní zkušenosti s peritoneální dialýzou? Podotázka : Jaký je pro Vás přínos peritoneální dialýzy?

Pozitiva – pro mě je to zdravější, při HD jsem se nemohla hýbat, musela jsem být v jedné poloze a nemohla jsem kašlat. Taky nemusím do nemocnice.

Negativa – časová náročnost, musím být doma, bojím se odejít na delší návštěvu.

6) Je ještě něco, co by Vám ze strany zdravotníků v tomto ohledu pomohlo?

Vhodná edukace, ale mám strach, že se to nenaučím správně, jsem starší.

7) Co je podle Vás kvalitní život?

Život s manželem, chodili jsme na houby, trávili čas na zahradě. Děti přijedou, až mají volno.

Jsem doma, sestra bydlí poblíž, vídáme se každý den, navštěvují mě i kamarádky.

Život s PD mám kvalitní, před ní jsem byla slabá, unavená, neměla jsem chuť k jídlu. Teď je mi lépe, vypadám lépe, říká to rodina.

8) Co člověk pro to musí udělat?

*Mít pro koho žít, starat se o manžela (vdova) a vnoučata (6). Nakupovat dárky, péct dorty.
Starat se o pejska dětí, kterého často hlídám.*

3. Rozhovor č. 3

Jaká byla cesta k peritoneálnímu katéttru?

Pán H., 43 let – náhodně zjištěna renální insuficience při chřipkovém onemocnění, předán do nefrologické ambulance. (hypertenzní nefroskleróza)

6/08 - AVF na LHK, 11/08 – 1x HD

17.12.08-založen peritoneální.katétr – peritonitida (stafylokok)

1/09 - CAPD start, nyní APD režim, dialyzační středisko Strahov

Slova pacienta: „Únava, přijel jsem z cest, myslel jsem, že mám chřipku, udělali mi ráno náběry a odpoledne už jsem byl napojený na HD, byl to šok, když mi doktorka říkala, že už to mám na celý život. Řekla mi o PD, ukázala mi pacienta,. Chválí to všichni, kdo to má. Zažádal jsem o PD, volba byl můj čas, dlouhá doprava na HD Na HD jsem musel 3x týdně dojíždět, 4 hodiny sedět, tohle si můžu dělat doma, časově výhodný.“(radost nad metodou)

1) Jste ve svém životě spokojený/á. Podotázka : Jak svůj život prožíváte, baví Vás? (Vaše záliby, hodnoty, plány do budoucna)

Jo! Spokojený jsem, život mě baví. Hlavně auta, kamiony, to i dělám, zajímám se o to.

Ihm, teď moc ne (hospitalizace-susp.pásový opar). Jaký plány-furt nějaký mám.

(povzdech) no a tak....!Žiju sám u rodičů v rodinném domě, mám svou místnost, do práce nechodím, ale dělám

2) Změnil Vám život s peritoneálním katétrem nějakým způsobem Vaše sebehodnocení? Podotázka : Jak zvládáte manipulaci s peritoneálním katétrem?

Já myslím bez problému, rychle jsem se to naučil, ono to nic není, je to jednoduchý. Jednou mi to ukázali a už jsem si to dělal sám. Cestuju po světě, byl jsem 10 dní na Ukrajině, před hranicemi jsem se v hotelu napojil a pokračoval jsem až do Kyjeva.Vše si vozím, nafasuju auto. Pojedu k moři autem. Ono to funguje a to se mi líbí. Já potřebuju být furt někde a to jsem na HD nemohl.

3) Reaguje na Vás jinak vaše okolí?

Jo vědí, že jsem nemocný. Nevidí žádný rozdíl. Všem jsem vysvětloval, co je to PD i obvodní lékařce.

4) Omezuje Vás v něčem přítomnost peritoneálního katéttru? Podotázka : Jste schopen/na přijmout svůj vzhled?

No, nevadí mi můj vzhled, v těchto letech, co by mi na tom vadilo. Bojím se něco zvednout, aby mi tam něco neprasklo. Myslím na to, když něco dělám, opatrně nebo to radši dělat nebudu.

Já nevím, co to může a nemůže udělat. Jsem na sebe opatrnější. Člověk na sebe musí dávat víc pozor.

5) Dokázal/a byste zhodnotit pozitivní a negativní zkušenosti s peritoneální dialýzou? Podotázka : Jaký je pro Vás přínos peritoneální dialýzy?

Pozitivní – je to jednoduchý, nenáročný na čas, vezmete si to s sebou kamkoliv, to, že nejsem vázán na nemocnici, výměny si přizpůsobím, jak potřebuju. Vemu si na cestu co potřebuju a jedu. Že si to můžu dělat doma kdykoliv, třeba když se nestihnu napojit v 10, napojím se v 1, je to jedno. Hrozně se mi líbí, že nejsem na to (HD) vázán. Na tu bídu je to dobrý.

Negativní – já bych řekl, že to nemá žádné negativní.

6) Je ještě něco, co by Vám ze strany zdravotníků v tomto ohledu pomohlo?

Ne, tady je to dobrý, tady vám to všechno vysvětlí. Co člověk potřebuje, všechno zjistí, vysvětlují dobře.

7) Co je podle Vás kvalitní život?

Kvalitní život? (pousmání) Když nemá člověk takovéhle problémy. Když je člověk zdravý.

8) Co člověk pro to musí udělat?

Šetřit se, zdraví je to hlavní! Musí být hlavně zdraví, ostatní se dá koupit. Já jsem se moc nešetřil, ale nevím, proč jsem onemocněl, možná rodově?

4. Rozhovor č. 4

Jaká byla Vaše cesta k zavedení peritoneálního katétru?

Paní K., 63 let – 8/07 provedena kolonoskopie, zjištěna renální insuficience

9/07 – založena AVF na PHK, zánik

19.11.07 – založen peritoneální katétr, rozhodnutí pro nefunkční shunt,

28.2.08 – laparoskopická úprava polohy katétru,

3/08 – problém s CAPD, nevypouštěla, režim APD

Slova pacienta: „Začalo to, že jsem ležela v Domažlicích v nemocnici a tam se jim nezdály mé výsledky a poslali mě na nefrologickou kliniku do Plzně. Jezdila jsem na kontroly tam a prosila jsem, jestli by mě nemohli předat do Klatov, tam mi udělali shunt do pravé ruky, jenomže ten shunt prostě nefungoval., tak pan doktor Švára s p.dr.Novotnou mě přemluvili, abych si dala PD. Že vidí, že to zvládnu, a já jsem jim řekla, že se jim to lehce řekne dát si PD, když jsem to ještě nikdy neviděla, tak mě pozvali sem do Prahy a tady mně to předvedl nějaký pán K. A byla jsem tu s manželem, a když jsem viděla, že to pan K. zvládá, i když byl po mozkové mrtvici, tak jsem se rozhodla, že si nechám zavést katétr do břicha, nechám si udělat PD. V Klatovech je málo pacientů, rozhodla jsem se, že budu jezdit do Prahy. Jsem v důchodu, žiju s manželem.“

**1) Jste ve svém životě spokojený/á. Podotázka : Jak svůj život prožíváte, baví Vás?
(Vaše záliby, hodnoty, plány do budoucna)**

Já bych řekla, že jo, Tak, život mě baví, to víte, jsou samozřejmě různé překážky, ale člověk se s tím tak nějak smířil, že to musí být. Moje záliby, napřed jsem chodila na houby do lesa na celý den, v lese jsem se cítila skvěle, vzala jsem si s sebou psa, vylezla si na posed, na srnky, takže to bylo moje potěšení si vyrazit. Ted' už nechodím.

**2) Změnil Vám život s peritoneálním katétrem nějakým způsobem Vaše
sebehodnocení? Podotázka : Jak zvládáte manipulaci s peritoneálním katétrem?**

(Kývá hlavou, že ne) Nezměnilo. Manipulace-dobře. Byla jsem tady ten týden na zaučení. Většinou žádné problémy nejsou, jela jsem podle manuálu, pak člověk musel sám. Doma mám knížku na celer, ale ani ho nepoužívám, jsou-li potíže, zavolám si na servis. Když cykler vyprazdňoval, pípalo to, tak jsme volali na servis, zkoušeli jsme to podle nich, pak jsme vyměnili set a šlo to dál. Tady to vždycky objednají a mám dostatek. Zavolat si včas. Výměny jen doma. Ale k moři by mě to ani netáhlo, spíše poznávací zájezdy. To že se nemůžu koupat mě nevadí.

3) Reaguje na Vás jinak vaše okolí?

No ani ne. Kdybych jsem to neřekla, že má něco, ani to na mě nepoznají. (smích)

4) Omezuje Vás v něčem přítomnost peritoneálního katétru? Podotázka : Jste schopen/na přijmout svůj vzhled?

Nevadí vůbec. Většinou když v noci spíte, se mi to skřípne, začne pípat přístroj, přečtu si, co je napsáno na displeji, opravím si katétr a spím dál. Tichý to není, ale už jsme si na to zvykli, že nám to nevadí.

5) Dokázal/a byste zhodnotit pozitivní a negativní zkušenosti s peritoneální dialýzou? Podotázka : Jaký je pro Vás přínos peritoneální dialýzy?

Pozitivní –byly splněny výhody PD, no!

Negativní –ne taky ne. Jsem spokojená, doporučím to dalším. Největší strach mám z peritonitidy. Mám špatný žíly, byla by špatná HD. Ruční dialýza, měla jsem problémy, sestřičky říkaly, že zkusí mi dát cykler, jinak HD.

Přínos, já si myslím, že když takhle vozíme ty lidi na dialýzy se takhle bavíme a paní mi řekla, že paní čekala 6 hod na sanitku, zapomněli na ni, to já takhle nemám. Já jsem doma. Určitě, jsem v domácím prostředí.

6) Je ještě něco, co by Vám ze strany zdravotníků v tomto ohledu pomohlo?

Všechno mi řekli, ukázali. Největší strach jsem měla, že je to strašně hygiena, měla jsem strach z peritonitidy a z toho mají strach i všichni ostatní. Je potřeba na to člověka pozvat, aby to viděl a rozhodl se. Jsem spokojená. Není problém přijet na kontroly. Domluví se sanitkama v kolik hodin mají pro mě přijet. Tady ať s kýmkoliv mluvím, si chválí s doktory, sestřičky, s tím jsem se vůbec nikde nesešla. Je tu dobrý kolektiv, to je vidět.

7) Co je podle Vás kvalitní život?

Co je pro mě kvalitní život, určitě je to zdraví, když není zdraví, tak není nic. Musí být pevná vůle. Já už to beru jako samozřejmost. Žiju kvalitní život, beru to tak, jak to je.

8) Co člověk pro to musí udělat?

(smích) Nevím, co říct. Já většinou chodím na procházky, hodně chodím ke kamarádkám.

5. Rozhovor č. 5

Jaká byla Vaše cesta k peritoneálnímu katéttru?

Paní P., 55 let – renální insuficience na podkladě polycystózy ledvin

23.3.09 – zaveden peritoneální katétr

Slova pacienta : „Rozhodla jsem se, že mám špatné žíly a potom dojíždění samozřejmě. Jakmile řekl pan doktor, že si to budu moc dělat sama doma, bylo vyhráno. Až na Strahově jsem se dověděla o PD. Já jsem v plném invalidním důchodu a trochu pracuju, aby se neřeklo. Žiju s manželem v třípokojovém bytě. O cestování jsem nepřemýšlela, uvidíme, jak se s tím sžiju.“

1) Jste ve svém životě spokojený/á. Podotázka : Jak svůj život prožíváte, baví Vás? (Vaše záliby, hodnoty, plány do budoucna)

Baví mě život, to víte, že jo (smích) Já jsem taková obyčejná ženská, ráda pletu, šiju.

Ted' jsme si pořídili zahrádku, takže zahrádkujeme. Plány-Doufám, že jo, Vše, jak je ted'.

Nechci se izolovat

2) Změnil Vám život s peritoneálním katétrem nějakým způsobem Vaše sebehodnocení? Podotázka : Jak zvládáte manipulaci s peritoneálním katétrem?

Já si myslím, že ne, spíše naopak. Je to šance a tu šanci neměla moje maminka. Mamince bylo přes 50 a minulý režim nedovolil dialýzu, takže nám prakticky zemřela doma. PD mi pomáhá, budu to muset zvládnout. Nemám obavy.

3) Reaguje na Vás jinak vaše okolí?

Ne naopak, fandí mi děsně.To, že budu mít hadičku budou vědět jen mí příbuzní a nejbližší.

4) Omezuje Vás v něčem přítomnost peritoneálního katéttru?Podotázka : Jste schopen/na přijmout svůj vzhled?

Nevadí mi, jsem omezená operačním stavem.

5) Dokázal/a byste zhodnotit pozitivní a negativní zkušenosti s peritoneální dialýzou? Podotázka : Jaký je pro Vás přínos peritoneální dialýzy?

Pozitivní –budu moc vést normální život, bude to pohodlnější. Přínos-určitě mi bude lépe, cítím se dost často unavená, proto jsem musela skončit v práci.

Negativní – si nepřipouštím.

6) Je ještě něco, co by Vám ze strany zdravotníků v tomto ohledu pomohlo?

To, co potřebuju, mi dáváte.

7) Co je podle Vás kvalitní život?

Já si myslím, kvalitní život se rovná zdraví. To ostatní pak přijde.

8) Co člověk pro to musí udělat?

To jsou takový ty normální věci. Být poctivý, slušný, pracovitý taky.

6. Rozhovor 6

Jaká byla Vaše cesta k zavedení peritoneálního katétru?

Paní S., 50 let – polycystóza v rodinné anamnéze, od roku 1998 dispenzarizována

2008 – 2x neúspěšná AVF, 2009 nový pokus – zánik

17.3.2009 – zaveden peritoneální katétr

Slova pacienta: „Rozhodl lékař, informace z internetu, bála jsem se, že nemůžu mít PD (polycystoza je kontraindikací). Mám dialyzační středisko ve Svitavách.“

1) 1. Jste ve svém životě spokojený/á. Podotázka : Jak svůj život prožíváte, baví Vás? (Vaše záliby, hodnoty, plány do budoucna)

Spokojená, život mě baví, střílím (dříve závodně), ruční práce, čtu, zahrada, rodina (vnoučata), žiju v rodinném domě, mám svůj pokoj. Chci zůstat pracovat, jezdit na služební cesty. V práci jsou informováni, můžu si chodit dělat výměny domů.

2) Změnil Vám život s peritoneálním katétrem nějakým způsobem Vaše sebehodnocení? Podotázka : Jak zvládáte manipulaci s peritoneálním katétrem?

Kouká mi hadička z břicha, manipulace zvládám.

3) Reaguje na Vás jinak vaše okolí?

Okolí netuší, všímá si únavy, informováni jen nejbližší a v práci.

4) Omezuje Vás v něčem přítomnost peritoneálního katétru? Podotázka : Jste schopen/na přijmout svůj vzhled?

Přemýšlím kam schován koncovku.

5) Dokázal/a byste zhodnotit pozitivní a negativní zkušenosti s peritoneální dialýzou? Podotázka : Jaký je pro Vás přínos peritoneální dialýzy?

Pozitivní- zmizí únava, nebudu trávit čas cestováním, pícháním jehel

Negativní – nevím, nebude koupání, ale pojedou k moři

6) Je ještě něco, co by Vám ze strany zdravotníků v tomto ohledu pomohlo?

Edukace na Strahově, nechybí mi informace.

7) Co je podle Vás kvalitní život?

Nevím, asi možnost pracovat, být s rodinou, mít možnost dělat své koníčky, být aktivní, mít činnost

8) Co člověk pro to musí udělat?

Udržovat se, být zdravý, nebýt zlý.